

## APPROCCIO TERAPEUTICO INTEGRATO DI GRUPPO SULL'IMMAGINE CORPOREA CON PAZIENTI AFFETTI DA ANORESSIA NERVOSA: UN'ESPERIENZA PILOTA

Marzia Gaita<sup>1</sup>, Raffaella Ramponi<sup>2</sup>, Gabrielle Coppola<sup>3</sup>, Aldo Genovese<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Psicologa Psicoterapeuta, specializzanda presso U.O Psicologia Clinica e Centro Disturbi del Comportamento Alimentare APSS Trento

<sup>2</sup>Psicologa Psicoterapeuta, U.O. Psicologia Clinica e Centro Disturbi del Comportamento Alimentare APSS Trento

<sup>3</sup>Psicologa Psicoterapeuta, Professore Associato presso il Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione, Università degli Studi di Bari A. Moro

<sup>4</sup>Psichiatra Psicoterapeuta, Responsabile del Centro Disturbi del Comportamento Alimentare APSS Trento

### Corrispondenza

Marzia Gaita

E-mail: [gaitamarzia@gmail.com](mailto:gaitamarzia@gmail.com)

### Riassunto

Lo studio presenta l'applicazione di una terapia di gruppo per il disturbo dell'immagine corporea in pazienti con diagnosi di anoressia nervosa (AN). L'approccio integra tecniche della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) con tecniche comportamentali di esposizione allo specchio e esercizi esperienziali dell'acceptance and commitment therapy (ACT) con l'obiettivo di sostenere le pazienti nello sviluppo di un migliore rapporto con il proprio corpo. L'intervento è stato condotto presso il Centro Disturbi del Comportamento Alimentare dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento e si è articolato in tre fasi: 1 sostegno nell'acquisizione di una maggiore consapevolezza del proprio funzionamento cognitivo-comportamentale; 2 promozione di un'esperienza emotiva correttiva attraverso esercizi esperienziali (ACT) ed esposizione dal vivo allo specchio con la finalità di ridurre comportamenti di bodychecking ed evitamento implicati nel mantenimento del malessere; 3 sensibilizzazione ai valori (ACT) che possano accrescere il significato e la pienezza della loro vita oltre la contingenza del disturbo alimentare.

Le pazienti hanno compilato due strumenti di autovalutazione all'inizio del trattamento e al termine al fine di verificarne l'efficacia. I risultati emersi dalla comparazione delle misure pre e post – intervento supportano l'utilità di integrare un lavoro di tipo cognitivo con una componente esperienziale di presa di contatto con la propria emotività.

**Parole chiave:** disturbo dell'immagine corporea, anoressia nervosa, psicoterapia cognitivo comportamentale, tecniche di esposizione allo specchio, acceptance and commitment therapy (ACT), psicoeducazione, terapia di gruppo

## INTEGRATED GROUP THERAPEUTIC APPROACH TO BODY IMAGE WITH PATIENTS WITH ANOREXIA NERVOSA: A PILOT STUDY

### Abstract

The paper describes a pilot study testing the efficacy of a group intervention protocol directed to patients with anorexia nervosa, integrating behavioral-cognitive technics with behavioral technics of mirror exposure and the experiential approach of the acceptance and commitment therapy (ACT). The treatment was conducted at the Center of Eating Disorders of the public health service of the city of Trento with the general aim to support patients in developing a better relationship with their body. The intervention protocol comprised three phases: the aim of the first phase was to help patients in becoming aware of their cognitive-behavioral functioning; the second phase provided patients with a corrective emotional experience by the means of the ACT experiential approach and in vivo mirror exposure, in order to reduce bodychecking behaviors and avoidance implied in the maintenance of the disturbance. Lastly, the aim of third phase, in accordance with the ACT framework, was to help patients in choosing values of personal importance and take committed action in the direction of those values, and move beyond their disturbance. The patients filled two questionnaires twice, before and after the intervention in order to assess its efficacy in reducing dysfunctional features associated with the disturbance. The results support the efficacy of the intervention and encourage the utility to integrate the cognitive intervention with an experiential component aimed to increase the confidence with one's own emotionality.

**Key words:** body image disturbance, anorexia nervosa, cognitive-behavioral psychotherapy; mirror exposure; acceptance and commitment therapy (ACT), psychoeducation, group therapy

### Introduzione

L'anoressia nervosa (AN) è un disturbo del comportamento alimentare (DCA) che si caratterizza per l'alterazione del comportamento alimentare in associazione a credenze disfunzionali nei confronti del peso e delle forme corporee (Brusca 2009, Dalle Grave et al. 2007), al giudizio sul proprio valore personale basato principalmente o esclusivamente sul peso e sulle forme corporee (Lorenzini e Sassaroli 2000, Fairburn et al. 2003, Dalle Grave et al. 2007), all'alterazione del modo in cui viene percepita la propria immagine corporea (Brusca 2009) e difficoltà nel riconoscere e tollerare le proprie emozioni (Cecere e Attinà 2004, Fairburn et al. 2003). L'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale nel trattamento dell'AN si basa prevalentemente sull'obiettivo di modificare le convinzioni errate riguardo il peso e l'aspetto corporeo al fine di favorire la sostituzione di un regime alimentare patologico con comportamenti alimentari più sani (Brusca 2009). Più nello specifico, nei DCA e dunque anche nel trattamento dell'AN viene utilizzata la terapia cognitivo comportamentale multi-step (CBT-MS), un innovativo trattamento derivato dalla terapia cognitivo-comportamentale transdiagnostica (CBT-E) (Fairburn 2003, Dalle Grave et al. 2007, Bontempi e Dalle Grave 2012). Questa terapia si basa prevalentemente sull'obiettivo di aiutare il paziente a modificare la relazione con il suo disturbo e sviluppare un'autoconsapevolezza metacognitiva (Dalle Grave et al. 2007). Ciò implica un cambiamento nel suo mind-set (stato mentale), cioè un decentrarsi e disidentificarsi dal disturbo alimentare. Piuttosto che essere *anoressico* il paziente è spinto a pensare che *ha l'anoressia*, un disturbo psicologico associato a un caratteristico e problematico stato mentale. Il trattamento aiuta quindi il paziente a diventare inquisitivo rispetto alle convinzioni errate, come quelle sul peso e l'aspetto corporeo e a partecipare attivamente nell'analisi e nella modificazione dei processi che lo mantengono (Dalle Grave et al. 2007). In particolare le credenze disadattive

considerate dalla letteratura scientifica cognitiva come le più rilevanti implicate nei disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono il perfezionismo nelle sue due dimensioni, standard personali e preoccupazioni valutative circa peso e forme corporee (Fairburn et al. 2003), la bassa autostima intesa come sentimento pervasivo vago e generico di non essere sufficientemente competenti o adatte alle richieste della vita e rimugini su questi pensieri negativi (Brusca 2009). Bodychecking ed evitamento dell'esposizione del corpo sono tra i meccanismi di mantenimento specifici dell'AN (Brusca 2009, Bontempi e Dalle Grave 2012), funzionali a evitare il contatto con la propria emotività, considerata in modo cognitivamente distorto come dovuta al corpo (Cash 2008) perché sentita attraverso di esso.

L'analisi della letteratura evidenzia la tendenza a un aumento dell'utilizzo di terapie di gruppo per il trattamento dei DCA. Ciò è favorito dall'aumento della domanda nel sistema sanitario pubblico, dall'economicità delle sedute e dall'efficacia riscontrata (Downey 2014). La dimensione del gruppo ha il vantaggio per i pazienti di condividere feedback sul disagio percepito per il medesimo disturbo e ridurre l'isolamento, percepire maggiore supporto e avere interazioni sociali sotto la guida di uno psicoterapeuta, condizioni non sperimentabili con nessuna altra modalità terapeutica (Dixon 1988). Inoltre riduce la resistenza al trattamento ed estende le opzioni dello stesso quando la terapia individuale e familiare sono insufficienti per ridurre la cronicità del disturbo (Dixon 1988) o durante la progressiva riduzione delle stesse (Gerlinghoff et al. 2003). I risultati di sedute di gruppo basati sulla terapia cognitivo comportamentale (Lazaro et al. 2011) su pazienti con AN e BN riportano un miglioramento della percezione del peso e forme corporee, dell'apparenza fisica, del livello di benessere, del giudizio su di sé rispetto agli altri e l'acquisizione di abilità relazionali. Inoltre, gruppi di DBT (Dialectical Behavior Therapy) risultano utili per l'acquisizione di abilità di regolazione emotiva, per ridurre condotte restrittive e di purging, body checking, esercizio fisico eccessivo, uso di lassativi e pillole dimagranti (Salbach et al. 2008).

L'utilizzo di sedute di gruppo nella terapia cognitivo comportamentale transdiagnostica (CBT-E) ha efficacia nel rafforzare il lavoro eseguito durante le sedute individuali di psicoterapia (Dalle Grave 2017). Nel programma di trattamento di Villa Garda, ad esempio, i gruppi vengono utilizzati poiché, oltre a rappresentare un modo efficiente per somministrare il trattamento terapeutico, incoraggiano l'autorivelazione, il mutuo aiuto e l'apprendimento dei pazienti che stanno affrontando il proprio disturbo alimentare. In alcuni casi, inoltre, aiutano ad affrontare la vergogna per avere un disturbo alimentare, favorendo lo sviluppo di positive relazioni interpersonali (Dalle Grave 2017).

In questo programma terapeutico i gruppi sono psicoeducazionali e CBT-E. I primi hanno l'obiettivo di educare il paziente sui meccanismi di mantenimento dei disturbi dell'alimentazione e sulle strategie e procedure della CBT-E. I secondi invece affrontano due argomenti principali: eventi, emozioni e alimentazione e immagine corporea.

Lavorare in gruppo si rivela dunque utile per le pazienti nel condividere la sofferenza sperimentata, stimolare la solidarietà ma anche l'integrazione e l'applicazione del programma terapeutico (Dalle Grave 2017). Il gruppo si rivela dunque molto utile per ridurre le resistenze e il rifiuto e incoraggia la motivazione (Vanderlinden 2001).

Oltre all'approccio cognitivo – comportamentale al trattamento di pazienti diagnosticati con AN, esistono altri protocolli che sembrano particolarmente utili nel trattamento di questo disturbo. L'analisi della letteratura evidenzia che la distorsione dell'immagine corporea è l'aspetto diagnostico fondamentale dell'AN (Bruch 1962), nonché un importante predittore delle ricadute (Key et al. 2002). Questo dato ha supportato la validità delle terapie centrate sulla

distorsione dell'immagine corporea (Key et al. 2002) e l'utilizzo della tecnica dell'esposizione allo specchio allo scopo di rendere più consapevoli le pazienti della conflittualità dei dialoghi che intrattengono con se stesse, con le varie rappresentazioni e vissuti del proprio sé fisico (Cash 2008). In particolare, il programma terapeutico con esposizione allo specchio (Key et al. 2002) si è dimostrato efficace per pazienti con AN: infatti, a distanza di sei mesi dall'intervento, è stata riportata una riduzione del livello di insoddisfazione per il proprio corpo e di paura per la maturità e un aumento della consapevolezza del proprio disagio, così come di coinvolgimento in situazioni sociali. Inoltre, anche se l'esposizione risulta particolarmente ansiogena per le pazienti, sperimentare quest'ansia sembra avere un'utilità ai fini terapeutici (Key et al. 2002).

Diversi studi dimostrano anche l'efficacia di tecniche ACT nel trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare (Manlick et al. 2013, Juarascio et al. 2010) e della possibilità di utilizzarle in combinazione con quelle standard della terapia Cognitivo Comportamentale (Heffner et al. 2002). Obiettivo dell'ACT è alimentare un atteggiamento non giudicante di osservazione e accettazione di sensazioni, pensieri ed emozioni. I pensieri vengono considerati come fluttuanti e transitori e non come rappresentazioni della realtà. Pertanto il lavoro terapeutico mirerà a facilitare tale consapevolezza, sostituire cognizioni distorte con altre, ridurre la percezione del paziente di essere "fuso con la dieta" (Baer 2006). L'utilizzo di esercizi esperienziali ha infatti l'obiettivo di sostenere le pazienti nel difendersi da pensieri e credenze disfunzionali riguardo al peso e alla forma del proprio corpo, ad avere una maggiore consapevolezza del momento presente oltre che della propria tolleranza emotiva e a spostarsi dalla "lotta al disturbo" al considerare i valori che possano arricchire e rendere più significativa la loro vita. La verifica dell'efficacia di questo approccio evidenzia che attraverso il processo di defusione vi è una riduzione dei comportamenti disfunzionali. Il processo di accettazione piuttosto che l'evitamento emotivo facilita una riduzione dei comportamenti binge purging e abbassa l'insoddisfazione nei confronti del proprio corpo. I valori e l'azione impegnata risultano importanti fattori di mantenimento dei risultati della terapia sui disturbi alimentari e utile strumento di prevenzione delle ricadute (Manlick et al. 2013).

Terapie di gruppo basate sull'approccio dell'ACT nel trattamento dei disturbi alimentari (Juarascio et al. 2013) riportano l'utilità di questa modalità soprattutto per la qualità dell'interazione sperimentata tra i partecipanti, per l'analisi e la condivisione dei rispettivi pensieri e comportamenti in correlazione a una minore resistenza rispetto al rimando del terapeuta in sessioni individuali sui pattern rilevati (Juarascio et al. 2013). Inoltre i membri del gruppo si incoraggiano nel provare esperienze di esposizione e c'è reciproco supporto nei progressi del trattamento terapeutico (Juarascio et al. 2013). La letteratura riporta un sostanziale decremento nella patologia alimentare e minori tassi di ri-ospedalizzazione in pazienti trattati con terapia di gruppo basata sull'ACT (Juarascio et al. 2013).

Alla luce di questa breve rassegna della letteratura, si è voluto verificare l'efficacia di un protocollo di intervento breve integrato, che associasse il trattamento cognitivo-comportamentale alla tecnica dell'esposizione allo specchio e strategie dell'ACT: a oggi, infatti, non esistono dati disponibili in letteratura circa l'efficacia di trattamenti che abbiano tentato di coniugare i tre approcci. Lo scopo generale dell'intervento era sostenere le pazienti nella acquisizione di un rapporto più funzionale con il proprio corpo, riuscendo a "guardarsi in modo più amorevole". L'intervento è stato articolato in tre fasi. La prima ha avuto i seguenti obiettivi: 1. aiutare le pazienti ad avere una maggiore consapevolezza del modo in cui percepiscono la propria immagine corporea, 2. chiarire e ristrutturare gli schemi di autovalutazione disfunzionali, le credenze disadattive di perfezionismo, i pensieri e le preoccupazioni per il peso e le forme

corporee, 3. chiarire i circoli di mantenimento emotivo di body checking ed evitamento. A tale scopo le strategie utilizzate sono state: il Modello ABC, la ristrutturazione cognitiva e la tecnica di defusione ACT “foglie sul ruscello” (Russ 2011). La seconda fase dell’intervento è stata maggiormente esperienziale e finalizzata nel sostenere le pazienti nel “sentire” le proprie difficoltà, provare a “tollerare” la sensazione di essere grasse e prendere contatto con la propria emotività. Poiché body-checking ed evitamento emotivo si configurano come comportamenti messi in essere allo scopo di non entrare in contatto con la propria emotività, sono state utilizzate le strategie dell’esposizione allo specchio e l’esercizio di accettazione esperienziale ACT “oggettivare l’emozione” (Russ 2011).

Nella terza e ultima fase, è stata proposta la metafora ACT “la bussola dei valori” (Russ 2011) al fine di favorire lo sviluppo di un senso di benessere a lungo termine nelle pazienti e fornire loro uno strumento per considerare i valori che possono arricchire la propria vita e per distanziarsi dalla centralità assunta dal problema alimentare. In considerazione del lavoro terapeutico integrato che caratterizza il protocollo, si è ipotizzato che il livello di disagio percepito, valutato in termini di incidenza di sintomi e problemi, comportamenti e pensieri disadattivi, comportamenti di evitamento di situazioni e comportamenti elicitanti la preoccupazione per il proprio corpo diminuiscano dopo l’intervento.

## Campione

Sono state sottoposte al trattamento 13 pazienti seguite ambulatorialmente dal Centro Disturbi del Comportamento Alimentare (CDCA), tutte di sesso femminile e con un’età media pari a 20,08 anni ( $DS = 4,23$ ;  $range = 15-30$  anni). I principali criteri di inclusione erano un body mass index (BMI) non inferiore a 17, la motivazione ad affrontare il problema con il proprio corpo e l’esclusione di comorbidità con altre patologie. Dal momento che l’esposizione emotiva e allo specchio avrebbero potuto sollecitare dinamiche traumatiche, aumentare abbuffate, restrizioni e gesti autolesivi, è stato necessario che tutte le pazienti fossero seguite individualmente e vi è stato uno stretto contatto con il terapeuta di ognuna al CDCA: infatti, la terapia individuale ha garantito uno spazio in cui elaborare dinamiche traumatiche che l’esposizione potrebbe sollecitare.

## Strumenti e misure raccolte

Al fine di valutare l’efficacia del trattamento sono stati somministrati all’inizio e a termine trattamento due questionari di seguito descritti.

*Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ)*; Rosen et al. 1991). Si tratta di un questionario self-report con 19 item che viene utilizzato per evidenziare la presenza di comportamenti evitanti e atteggiamenti negativi nei soggetti con disturbo dell’immagine corporea. nel dettaglio, gli item valutano il grado di evitamento di situazioni e comportamenti che potrebbero elicitare preoccupazioni relative all’immagine corporea. la modalità di risposta degli item varia da 0 (mai) a 5 (sempre) e maggiore è il punteggio, più marcato è l’evitamento. lo strumento si compone di 4 scale: *clothing* (i comportamenti di evitamento relativi alla scelta degli indumenti), *social activities* (comportamenti di evitamento delle situazioni sociali nelle quali il peso e/o l’immagine corporea possono assumere rilievo), *eating restraint* (comportamenti di controllo e restrizione alimentare), *grooming and weighting* (comportamenti relativi al controllo del peso e alla cura del corpo). Il questionario risulta indisponibile in pre e post trattamento per una paziente, e in post

per due pazienti, a causa della loro mancata consegna.

*Clinical Outcomes in Routine Evaluation- Outcome Measure (CORE-OM;* Evans et al. 2002). Si tratta di uno strumento di self-report impiegato per valutare il cambiamento durante il trattamento psicologico. Consta di 34 item con una modalità di risposta su scala a 5 punti (da per nulla=0 a molto spesso =4). Gli item si raggruppano nelle seguenti sotto-scale: *benessere soggettivo* (punteggi più alti indicano minore presenza di indicatori di benessere personale); *sintomi/problemi* (sintomi depressivi, sintomi ansiosi, sintomi fisici ed effetti del trauma); *funzionamento* (relazioni significative, funzionamento generale e sociale; punteggi più alti indicano maggiore frequenza di comportamenti disfunzionali); *rischio* (comportamenti e ideazioni auto- ed etero-lesivi). Il questionario risulta indisponibile in pre e post trattamento per due pazienti e in post per una paziente, a causa della mancata consegna.

## Procedura

*Descrizione dettagliata del protocollo: obiettivi e tecniche di intervento.* A tutte le pazienti è stata proposta la partecipazione al trattamento di gruppo. Dopo aver raccolto il consenso informato, ha preso avvio l'intervento di gruppo. Complessivamente esso ha incluso 8 incontri ambulatoriali con cadenza settimanale della durata di un'ora e mezza.

L'obiettivo generale era promuovere il cambiamento del proprio stato mentale attraverso lo sviluppo di una maggiore autoconsapevolezza metacognitiva per decentrarsi dal disturbo ed entrare in contatto attraverso il corpo con la propria emotività.

Le strategie cliniche utilizzate nell'intervento hanno avuto come focus di lavoro gli aspetti cognitivi implicati nell'Anoressia Nervosa quali convinzioni errate rispetto al peso e alle forme corporee, perfezionismo, preoccupazione per il peso, il grasso e le forme corporee, immagine corporea alternata (Brusca 2009, Dalle Grave et al. 2007). Inoltre le strategie hanno mirato a interrompere alcuni dei meccanismi di mantenimento specifici dell'Anoressia Nervosa (Brusca 2009, Bontempi e Dalle Grave 2012) quali schemi di autovalutazione disfunzionali pensieri e preoccupazioni per il peso e le forme corporee e il controllo dell'alimentazione, rinforzi positivi e negativi della perdita di peso, body-checking, evitamento dell'esposizione del corpo, sensazione di essere grasse, intolleranza alle emozioni. Relativamente alle tecniche impiegate, esse rientrano nell'orientamento cognitivo-comportamentale e sono descritte di seguito.

1. *Psicoeducazione.* In linea con la lettura cognitivo-comportamentale del problema per cui il paziente spesso mal-interpreta ciò che accade (credenze erranee, disfunzionali, parziali) e questo crea/incrementa il problema, la psicoeducazione ha lo scopo di fornire informazioni su emozione/problema, in modo da favorirne la comprensione. Lo scopo è di incrementare le conoscenze sul disturbo, su ciò che lo causa e mantiene, sulla terapia cognitivo-comportamentale. Questa condivisione di spiegazioni e lettura del problema crea inoltre le basi per una miglior compliance e alleanza al trattamento.

2. *Tecnica dell'ABC.* Il modello ABC di Ellis (1958) esprime il concetto fondamentale della prospettiva cognitivo-comportamentale, secondo cui gli eventi, esterni o interni (A, activating event), non provocano direttamente le emozioni e i comportamenti della persona (C, consequences), espressione, invece del suo sistema di convinzioni, valori e pensieri (B, belief system) (Cosentino et al. 2008). Tale tecnica, nello specifico, ha lo scopo di rendere le pazienti consapevoli di due aspetti del funzionamento psicologico: non sono le sensazioni e le situazioni (A) a scatenare emozioni negative (C), ma le loro interpretazioni di ciò che accade (B); la modifica di tali interpretazioni produce un abbassamento dell'emozione negativa e una riduzione dei comportamenti di



mantenimento del disturbo alimentare (es. bodychecking ed evitamento emotivo).

3. *Ristrutturazione cognitiva*. Evidenziati i pensieri critici (in termine di non realismo e non funzionalità) si prova con la ristrutturazione cognitiva a metterli in discussione al fine di modificare un comportamento critico. Si può sostenere il paziente nel cercare di capire quali pensieri e credenze stanno dietro a un comportamento problematico, esaminare e trovare le prove a favore di queste convinzioni, i dati che le sostengono per poi trovare le prove contrarie, le eccezioni, i dati che le smentiscono. Si possono mettere assieme prove a favore e prove contrarie per trarne una conclusione ragionata. Si programmano poi degli “esperimenti” che possano far emergere dati a sostegno o a smentita di queste nuove conclusioni, al fine di rinforzare le credenze più opportune ed efficaci sostituendole progressivamente e togliendo forza alle vecchie assunzioni e credenze.

4. *Esposizione allo specchio*. La tecnica è un metodo di esposizione in cui le pazienti vengono istruite a guardarsi allo specchio, in un definito periodo di tempo, provando a non giudicare il proprio corpo. Lo scopo è aumentare la consapevolezza del dialogo interno che intrattengono con il proprio sé fisico, causa di emozioni negative e dei comportamenti di bodychecking ed evitamento emotivo.

5. *Defusione*. La defusione cognitiva è una procedura che aiuta il paziente a diventare l'osservatore dei suoi stessi pensieri (Barcaccia 2012). Nella prospettiva della terapia ACT, la defusione ha lo scopo di ridurre l'impatto dei pensieri disfunzionali ponendo l'accento sull'importanza di considerare i pensieri per ciò che sono, parole in fila e non contenuti di verità sul mondo. La tecnica, dunque, agisce attraverso la presa di distanza dai contenuti mentali e non attraverso la messa in discussione degli stessi, così come avviene e nella terapia cognitiva standard. Lo scopo è di modificare la funzione che i pensieri hanno, e non il loro contenuto. Non sono considerate delle ipotesi da sottoporre a verifica (Barcaccia 2012).

*Descrizione dettagliata del protocollo: piano del trattamento*. Il I incontro è stato incentrato sulla presentazione delle partecipanti, sono state analizzate le aspettative ed è stato spiegato e condiviso il modello dell'ABC. È stato poi chiarito che l'obiettivo del gruppo sarebbe stato quello sostenere le pazienti nell'accettarsi e la differenza tra l'accettazione e il piacersi. Per esemplificare loro la differenza, è stato utilizzato l'esempio del quadro: complessivamente esso può piacere, anche se i singoli dettagli possono presentare dei difetti (qualche pennellata troppo grossolana o il colore non proprio uniforme). Le pazienti sono state sollecitate a riflettere sul fatto che nessuno si piace in modo assoluto, ogni persona troverebbe dei difetti valutando il proprio corpo, anche chi non ha un disturbo del comportamento alimentare infatti fa body-checking, ma da ciò non dipende in maniera esclusiva la valutazione di sé. Tutti gli incontri si sono conclusi con l'assegnazione di homework attinenti al contenuto trattato; in questa occasione è stato l'utilizzo del modello ABC in situazioni di disagio, in cui si vivono emozioni spiacevoli e si mettono in atto comportamenti che poi generano sofferenza.

Nel II incontro si è utilizzato il modello ABC per sottolineare il legame tra corpo ed emozioni. Sulla base dei feedback raccolti e dei contenuti del precedente incontro, sono stati fatti i seguenti interventi di ristrutturazione cognitiva: “ciò che sentiamo dipende da ciò che pensiamo”; “accettare il proprio corpo è diverso da piacersi”; “ciò che siamo è diverso da ciò che sentiamo”: non è cambiando il corpo che si cambia ciò che si sente, investendo sul corpo si ha la sensazione di cambiare. Al termine dell'incontro è stato assegnato l'homework di utilizzare il modello ABC in situazioni di disagio, quando si sperimentano emozioni spiacevoli e si mettono in atto comportamenti di iperinvestimento sul proprio corpo e/o sul cibo.

Il III incontro si è articolato in due fasi. Nella prima si è puntato a definire come si costruisca l'immagine corporea e la funzione del corpo di veicolare l'emotività; nella seconda fase, sulla base dei feedback raccolti, è stata utilizzata la tecnica di defusione dell'ACT "foglie sul ruscello" (Russ 2011) per far vivere alle pazienti, emotivamente attive, un esercizio esperienziale attraverso il quale poter constatare di essere in grado di prendere le distanze dai pensieri disfunzionali e tollerare le emozioni negative determinate da essi, senza mettere in atto evitamenti. Al termine dell'incontro è stato condiviso l'homework di ripensare a cosa abbia influito sulla costruzione della propria immagine corporea e provare, nelle situazioni di difficoltà, a individuare attraverso il modello ABC, i pensieri che generano malessere emotivo e trovarne di alternativi, utilizzando la tecnica della ristrutturazione cognitiva oppure la tecnica della defusione.

Durante il IV incontro si è lavorato sulla tendenza di pazienti affetti da un DCA, a iperinvestire di significato il proprio corpo. È stato fatto un intervento di psico-educazione sui meccanismi di mantenimento di bodychecking ed evitamento e sulla base dei pensieri negativi generati nell'incontro, è stata utilizzata una seconda volta la tecnica della defusione ACT "foglie sul ruscello" (Russ 2011). Al termine dell'incontro è stato condiviso l'homework di pensare al proprio evitamento.

Durante il V incontro è stato utilizzato il modello dell'ABC relativamente a situazioni di disagio con il proprio corpo. È stato fatto un intervento di ristrutturazione cognitiva sul pensiero, emerso dai feedback, di "sentirsi brutta e grassa" definendo come "sentirsi brutta non voglia dire essere brutta". Partendo dai comportamenti di body checking ed evitamenti riportati è stato condiviso il fatto che chi ha un disturbo del comportamento alimentare (DCA), ha la tendenza a ricorrere a strategie per "non sentire" emozioni negative che fanno troppo male, strategie che tuttavia a lungo termine possono confermare la sofferenza e le idee disfunzionali che si hanno su se stesse. L'obiettivo proposto è stato quindi di provare con l'esercizio di accettazione esperienziale dell'ACT "oggettivare l'emozione" (Russ 2011) a stare a contatto con le sensazioni e le emozioni e poter notare che "per quanto l'emozione sia grande non potrà mai essere più grande di sé". Al termine dell'incontro è stato condiviso l'homework di fare la lista dei propri evitamenti e bodychecking.

Durante il VI incontro è stato condiviso con le pazienti l'utilizzo dello specchio che per chi è affetto da un DCA, è strumentale a evitare di entrare in contatto con la propria emotività. Prima di effettuare l'esposizione allo specchio è stato spiegato il modello ABC da compilare al termine della stessa e ci si è accertati che le pazienti avessero ben chiara la distinzione tra pensieri, percezioni ed emozioni.

È stato poi concordato con le pazienti di fare una prima esposizione dal vivo allo specchio della durata di 10 secondi, provando a "guardarsi in modo amorevole" evitando di fare body checking o altro evitamento. Lo specchio è stato posizionato in una zona della sala in cui le altre non potessero vedere chi stava facendo l'esercizio. Al termine hanno compilato il modello ABC, poi è stato condiviso quanto riportato da ognuna. Per far vivere alle pazienti, emotivamente attive, un'esperienza di contatto e gestione della propria emotività, è stato riproposto l'esercizio di accettazione esperienziale dell'ACT "oggettivare l'emozione" (Russ 2011). Al termine dell'incontro è stato condiviso l'homework di specchiarsi a casa provando a guardarsi in modo più amorevole senza fare bodychecking.

Durante il VII incontro è stata effettuata una seconda esposizione dal vivo allo specchio provando nuovamente a "guardarsi senza giudicarsi", evitando il bodychecking e l'evitamento emotivo, cercando di guardarsi allo specchio nell'insieme e non concentrandosi su singole parti del corpo. La durata dell'esposizione è stata sempre di 10 secondi.



È stato proposto un ulteriore esercizio di accettazione esperienziale “oggettivare l’emozione” a partire dall’emozione più forte sentita ed è stato condiviso con le pazienti come sia possibile imparare e allenarsi a stare a contatto con la propria emotività, a poter sentire anche il dolore. Al termine dell’incontro è stato condiviso l’homework di specchiarsi a casa provando a guardarsi in modo più amorevole senza fare body checking, guardandosi nell’insieme.

L’VIII incontro è stato avviato chiedendo alle pazienti di condividere le emozioni provate in settimana e durante l’homework. Partendo dalle loro osservazioni si è sottolineato come “ci si possa rapportare con il proprio corpo come ci si rapporterebbe con una persona a cui si vuole bene, la si conosce, non la si misura”. Si è passato poi a condividere con le pazienti il concetto di valori proprio dell’ACT. Per introdurre il tema, sono state utilizzate una serie di domande (Basile 2012) ed è stato chiarito come differiscono dagli obiettivi utilizzando la “metafora della bussola” (Russ 2011). Sono stati condivisi i feedback; infine, sono stati somministrati nuovamente i test BIAQ e CORE-OM, e consegnate le fotocopie delle slide relative agli incontri e alle attivazioni ACT.

## Analisi dei dati e risultati

Al fine di verificare eventuali cambiamenti nelle dimensioni misurate dai due strumenti, è stata effettuata una serie di *t*-test a misure ripetute che ha consentito di comparare le medie delle misure pre e post intervento del gruppo sottoposto al trattamento.

Relativamente allo strumento BIAQ, è emersa una differenza statisticamente significativa tra le medie pre e post test di tutte e quattro le sotto-scale; in altre parole, le pazienti riportano una diminuzione significativa, a conclusione dell’intervento, dei comportamenti di evitamento nella gestione dell’abbigliamento e delle situazioni sociali; inoltre riportano una diminuzione nei comportamenti di controllo e restrizione alimentare e di controllo del peso e cura del corpo. Le statistiche descrittive e i valori *t* sono riportati nella **tabella 1**.

Relativamente al CORE-OM, i punteggi medi su tutte e quattro le sotto-scale evidenziano una diminuzione che indica in generale una remissione nelle aree problematiche indicate. Nessuna differenza tra punteggio medio pre e post intervento raggiunge la significatività statistica; va tuttavia rilevato che la diminuzione dell’incidenza di problemi e sintomi, nonché di comportamenti disfunzionali è marginalmente significativa ( $p < .10$ ). Si rimanda alla **tabella 1** per le statistiche descrittive e i relativi valori *t*.

**Tabella 1.** Statistiche descrittive delle misure pre e post intervento e relativi valori *t* di Student dei test condotti

Dimensione	M(DS) Pre intervento	M(DS) Post intervento	t(gdl)
Clothing	17,7 (9,121)	12,23(10,183)	2,859(12)*
Social Activities	8,38 (5,752)	4,8(4,501)	3,683(12)**
Eating Restraint	6,31(2,926)	4,31(2,898)	2,523(12)*
Grooming /Weighting	6,69(3,093)	4,69(3,351)	2,944(12)*
Benessere soggettivo	9,82(4.191)	7,00(4,837)	1,594(10)
Sintomi/Problemi	23,91(12,437)	16,36(10,259)	1,994(10) <sup>†</sup>
Funzionamento	20,18(11,356)	14,09 (9,428)	1,864(10) <sup>†</sup>
Rischio	3,18(4,813)	1,55(2,697)	1,292(10)

<sup>†</sup>  $p < .10$ . \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ .

## Discussione

L'obiettivo dello studio pilota presentato era verificare l'efficacia di un intervento integrato di gruppo, finalizzato a combinare elementi dell'approccio cognitivo – comportamentale, con tecniche comportamentali di esposizione allo specchio e esercizi esperienziali dell'acceptance and commitment therapy (ACT). Complessivamente i risultati appaiono incoraggianti poiché tutte le misure raccolte, indicative di aspetti di problematicità, subiscono una riduzione dopo l'intervento, sebbene solo per alcune misure si raggiunga la significatività statistica.

Entrando più nel dettaglio dei risultati, è emersa una diminuzione significativa su tutte le dimensioni problematiche valutate dallo strumento BIAQ, indicative dell'anoressia nervosa e implicate nel disturbo dell'immagine corporea. I risultati appaiono dunque incoraggianti rispetto all'efficacia dell'intervento e rispondono a quanto riportato in letteratura dall'utilizzo di terapie di gruppo ACT per i disturbi alimentari rispetto al decremento della sintomatologia e dunque a un minor tasso di ri-ospedalizzazione (Juarascio et al. 2013). La riduzione di comportamenti di controllo su peso, forma corporea e restrizione alimentare rilevati dal BIAQ risulta in linea con l'obiettivo terapeutico dell'approccio cognitivo-comportamentale secondo cui il lavoro di ristrutturazione cognitiva su credenze disfunzionali implicate nell'AN, favorisca cambiamenti verso l'assunzione di comportamenti alimentari più sani (Brusca 2009). L'efficacia sulla riduzione di comportamenti di evitamento di situazioni sociali che sollecitano preoccupazioni relative al proprio corpo è poi in linea sia con quanto rilevato da Key e colleghi (2001), a seguito di un programma terapeutico di esposizione allo specchio che con quanto riportato dagli esiti di terapie di gruppo basate sulla terapia cognitivo comportamentale, dialectical behavior therapy e CBT-E (Lazaro et al. 2011, Salbach et al. 2008, Dalle Grave 2017).

I risultati al BIAQ trovano inoltre conferma in quanto rilevato da Bruch (1962) secondo cui l'immagine corporea è il più importante criterio diagnostico e prognostico per i disturbi alimentari, quindi un intervento di buon risultato su di essa dovrebbe dare benefici a lungo termine per le pazienti (Key et al. 2002).

A differenza di quanto ottenuto su tutte le misure ricavate con lo strumento BIAQ, non tutti gli indicatori di rischio valutate dal CORE-OM hanno subito una diminuzione: è plausibile ipotizzare che la diversa efficacia dell'intervento sugli indicatori di problematicità rilevati dai due strumenti sia dovuto al fatto che le misure rilevate dal CORE-OM non sono specifici per il disturbo dell'immagine corporea implicato nell'AN; diversamente quelli rilevati dal BIAQ sono altamente specifici dell'Anoressia Nervosa, e quindi più sensibili al cambiamento indotto dal trattamento terapeutico. Due dimensioni del CORE-OM evidenziano, comunque, diminuzioni marginalmente significative: la prima è relativa all'incidenza di sintomi e problemi e la seconda relativa a comportamenti disfunzionali in ambiti sia personale che sociale. Questo risultato indica, complessivamente, che le pazienti trattate sono andate incontro a un generale miglioramento della loro condizione psicologica.

Oltre ai risultati quantitativi, anche la valutazione su parametri qualitativi risulta incoraggiante: i feedback delle pazienti hanno confermato quanto riportato in letteratura sull'efficacia della terapia di gruppo rispetto all'esperienza di condivisione della sofferenza (Dalle Grave 2017), al reciproco supporto percepito durante il trattamento terapeutico, allo sviluppo di abilità di socializzazione e scambio e alla maggiore motivazione nello sperimentarsi nell'esposizione (Juarascio et al. 2013)

L'utilità delle tecniche ACT è stata riscontrata dalle pazienti rispetto al benessere percepito nel provare a non identificarsi con i propri pensieri e descrizioni disfunzionali di sé; inoltre le

pazienti hanno mostrato disponibilità nell'entrare in contatto con un senso di sé che osserva e con la propria emotività seppur dolorosa. Sono stati positivi anche i riscontri relativi al contatto con i propri valori: dai feedback è emerso come le pazienti siano riuscite a cogliere una direzione valoriale verso la quale orientarsi e distanziare l'attenzione da scopi patogeni e contingenti propri del DCA (Baer et al. 2006).

## Conclusioni

I risultati quantitativi e qualitativi relativi all'efficacia del trattamento sperimentato in questo studio pilota supportano la validità del protocollo e dunque l'utilità di integrare a un lavoro di tipo cognitivo-comportamentale, una componente esperienziale di presa di contatto con la propria emotività. Questo studio pilota dunque apre la possibilità di verifiche successive su campioni più ampi di pazienti ed eventualmente, caratterizzati da gradi diversificati di problematicità.

## Bibliografia

- Baer RA, Fischer S, Huss DB (2006). Mindfulness and Acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy* 23, 4, 281-300.
- Barcaccia B (2012). Il processo di defusione nella terapia dell'accettazione e dell'impegno (ACT). *Cognitivismo Clinico* 9, 2, 151-161.
- Basile B (2012). Valori e Azione Impegnata nell'ACT. *Cognitivismo Clinico* 9, 2, 162-177.
- Bontempi S, Dalle Grave R (2012). Disturbi dell'alimentazione: una sintesi delle attuali conoscenze e della terapia cognitivo comportamentale transdiagnostica. *Psicoterapeuti in formazione* 10, 3-19.
- Bruch H (1962). Perceptual and conceptual disturbance in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine* 24, 187-194.
- Brusca N (2009). L'anorexia nervosa. *Psicoterapeuti in formazione APC-SPC* 4, 49-73.
- Cash T, PH.D. (2008). *The body image workbook. An 8-step program for learning to like your looks*. New Harbinger Publication, Oakland.
- Cecere F, Attinà G (2004). Il ruolo delle emozioni nei disturbi del comportamento alimentare. *Fosan* 37, 4, 1-9.
- Cosentino T, Bove A, Nicolò G (2008). Terapia di gruppo per il disturbo da attacchi di panico. *Cognitivismo clinico* 5, 2, 145-155.
- Dalle Grave R (2017). *Vincere I disturbi dell'alimentazione con il trattamento Villa Garda*. Positive Press, Verona.
- Dalle Grave R, Sartirana M, Camporese L, Marchi I, Calupi S (2007). Terapia cognitivo comportamentale multi-step per i disturbi dell'alimentazione: basi teoriche e aspetti pratici. *Cognitivismo Clinico* 4, I, 54-71.
- Dixon KN (1988). Group psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia. *The eating disorders* 457-468.
- Downey J (2014). Group therapy for adolescent living with an eating disorder: a scoping review. *Sage Open* 1-11.
- Evans C, Connell J, Barckham M, Margison F, McGrath G, Mellor-Clark J, Audin K (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM. *The British Journal of Psychiatry* 180, 1, 51-60.
- Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour research and therapy* 41, 509-528.
- Gerlinghoff M, Gross G, Backmund H (2003). Eating disorder therapy concepts with a preventive goal. *European child & adolescent psychiatry* 12, 72-77.
- Heffner M, Sperry J, Eifer GH e Detweiler M (2002). Acceptance and Commitment Therapy in treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: a case sample. *Cognitive and behavioral practice* 9, 232-236.
- Juarascio AS, Forman EM, Herbert JD (2010). Acceptance and Commitment therapy versus cognitive therapy for the treatment of comorbid eating pathology. *Behavior Modification* 34, 175-190.
- Juarascio A, Shaw J, Forman E, Timko CA, Herbert JD, Butryn ML, Lowe M (2013). Acceptance and Commitment Therapy for eating disorders: Clinical applications of a group treatment. *Journal of Contextual Behavioral*

*Science* 2, 85-94.

- Key A, Louise G, Desley B, Kate S, Hubert L e Glenn W (2002). Body image Treatment Within an Inpatient Program for Anorexia Nervosa: The Role of Mirror Exposure in the Desensitization Process. *International Journal of Eating Disorders* 31, 185-190.
- Lazaro L, Font E, Moreno E, Calvo R, Vila M, Ansres-Perpina S, Canalda G, Martinez E, Castro-Fornieles J (2011). Effectiveness of self-esteem and social skills group therapy in adolescent eating disorder patients attending a day hospital treatment programme. *European Eating Disorders Review* 19, 5, 398-406.
- Lorenzini R, Sassaroli S (2000). *La mente prigioniera*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Manlick CF, Cochran SV, Koon J (2013). Acceptance and commitment therapy for eating disorders: Rationale and literature review. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 43, 2, 115–122.
- Pearson AN (2012). A pilot study of Acceptance and Commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and behavioral practise* 19, 181-197.
- Rosen JC, Srebnik D, Saltzberg E, Wendt S (1991). Developmental of a Body Image Avoidance Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 3, 1, 32-37.
- Russ H (2011). *Fare ACT Una guida pratica per professionisti all'Acceptance and Commitment Therapy*. Franco Angeli, Milano.
- Salbach AH, Bohnkamp I, Pfeiffer E, Lehmkuhl U (2008). Dialectical behavior therapy of anorexia nervosa and bulimia nervosa among adolescents: A case series. *Cognitive and Behavioral Practise* 15, 415-425.
- Vanderlinden J (2001). *Vincere l'anoressia nervosa. Strategie per pazienti, familiari e terapeuti*. Positive Press, Verona.