

IPOTESI E METODI DI STUDIO

Un'applicazione dell'approccio pluralistico integrato nei Disturbi Alimentari: il trattamento di gruppo breve, intensivo, blended

Antonio Iannazzo¹, Enrichetta Spalletta¹

¹ A.S.P.I.C

ABSTRACT

The present work proposes an example of integrated pluralistic treatment with people suffering from Eating Disorders, declined as follows: short, intensive, multidisciplinary, group, blended, step by step. It starts from the consideration of the transdiagnostic characteristics of the Eating Disorders, identifying general and specific factors, on which the intervention focuses to proceed with its implementation, to get to build a group outpatient treatment plan in 38 weeks (40 including two follow-ups). The work implies: the selection of patients who can use the group setting with the characteristics proposed by the treatment; the focus of cycles of experiential workshops on cre-active psycho-education, on the recovery of a healthy relationship with food, weight, the body, on the regulation of interpersonal relationships and the identification of one's own body identity. Intensive work is done face-to-face and online. The goal is to offer users an effective service, with low costs and a frequency compatible with the performance of normal daily activities. The treatment can also be integrated into individual and/or long-term individual psychotherapy.

KEYWORDS

Eating Disorders, Integrative Treatment, Blended Treatment, Multidisciplinary Treatment, Individual and Group Treatment.

ABSTRACT IN ITALIANO

Il lavoro presentato propone un esempio di trattamento pluralistico integrato con persone che soffrono di Disturbi Alimentari, declinato come segue: breve, intensivo, multidisciplinare, di gruppo, blended. Parte dalla considerazione delle caratteristiche transdiagnostiche dei Disturbi dell'Alimentazione, individuando fattori generali e specifici, su cui l'intervento si focalizza per procedere alla sua realizzazione, per arrivare a costruire un piano di trattamento ambulatoriale di gruppo in 38 settimane (40 comprendendo due follow up). Il lavoro implica: la selezione dei pazienti che possono usufruire del setting grupale con le caratteristiche proposte dal trattamento; la focalizzazione di cicli di laboratori esperienziali sulla psico-educazione *cre-attiva*, sul recupero di un sano rapporto con il cibo, il peso, il corpo, sulla regolazione delle relazioni interpersonali e l'individuazione della propria identità corporea. Il lavoro intensivo viene svolto in presenza e *online*. L'obiettivo è quello di poter offrire all'utenza un servizio efficace, con costi contenuti e una frequenza compatibile con lo svolgimento delle normali attività quotidiane. Il trattamento è, inoltre, integrabile in percorsi individuali e/o a lungo termine.

PAROLE CHIAVE

Disturbi Alimentari, Trattamento Integrato, Intervento Blended, Intervento Multidisciplinare, Trattamento individuale e di gruppo.



Citation

Iannazzo A., Spalletta E. (2022).
Un'applicazione dell'approccio pluralistico integrato nei Disturbi Alimentari: il trattamento di gruppo breve, intensivo, blended
Phenomena Journal, 4, 166-190.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.169>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Antonio Iannazzo
antonio.iannazzo1@gmail.com

Ricevuto: 17 ottobre 2022

Accettato: 5 dicembre 2022

Pubblicato: 5 dicembre 2022



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

Introduzione

Le manifestazioni problematiche e le patologie conclamate, connesse alla sfera dell'alimentazione, hanno subito una imponente diffusione in questi anni di pandemia. I dati più recenti, infatti, relativi a un'indagine conclusasi a febbraio 2021, basata sull'incrocio di diversi flussi informativi analizzati dal Consorzio interuniversitario CINECA, confermano un aumento della patologia di quasi il 40% rispetto al 2019. Il carico assistenziale globale dei nuovi casi e casi in trattamento è stato rilevato nel 2020 nel numero di 2.398.749 pazienti, un dato sottostimato poiché esiste in questa patologia una grande quota di pazienti che non arriva alle cure. I dati dell'indagine rivelano anche un ulteriore abbassamento dell'età di esordio: il 30% della popolazione ammalata è sotto i 14 anni e una maggiore diffusione nella popolazione maschile (nella fascia tra i 12 e 17 anni comprende il 10%) [1].

Secondo la definizione del DSM-5 [2] i disturbi alimentari sono caratterizzati da comportamenti inerenti all'alimentazione, che portano ad un alterato consumo o assorbimento di cibo, tali da compromettere significativamente la salute fisica e/o il funzionamento psicosociale.

Il loro situarsi nell'intersezione tra corpo, mente e cultura, ne definisce e ne determina la variazione nel corso dei tempi. Oggi, l'attribuzione di valore alla magrezza come garanzia di felicità e successo sta facendo spazio alla programmazione sistematica e al controllo di azioni che mantengano un corpo forte e indipendente, estremizzato nella vigoressia, o un corpo sano che si nutre solo di alimenti assolutamente "sani". La fobia di un cibo-Mondo/Altro (altro da sé, fuori da sé) pericoloso e tossico si trasforma in ricerca ossessiva di cibi considerati sani, come nell'ortoressia (attenzione ossessiva all'alimentazione sana).

“La loro (dei Disturbi Alimentari) declinazione orto-vigoressica ci parla di una nuova femminilità ispirata da nuovi valori identitari: (...) sono comparse giovani Amazzoni impavide e determinate, apparentemente invincibili, e tuttavia debilitate da una ferita identitaria profonda che ne inibisce le potenzialità, ispirandone i comportamenti autolesivi” [3] (p.9).

Le condotte alimentari mutano nel corso della vita, facilmente vediamo ragazze in origine restrittive, passare a comportamenti bulimici con o senza azioni compensatorie. Il transito è più frequente dall'iper-controllo all'impulsività, anche se non mancano transizioni in senso contrario.

Sono disturbi seri e complessi, perché coinvolgono i diversi piani dell'esistenza e riguardano profondamente tutto il funzionamento della persona. Vissuti ed esperienze relativi al corpo, alla mente, alle emozioni, alla vita relazionale e affettiva, risultano oggetto di dispercezione, si esprimono con pensieri ossessivi e agiti compulsivi che attivano e rinforzano circuiti interattivi invalidanti.

1. Le visioni ateoretiche delle classificazioni diagnostiche, l'evoluzione dimensionale del DSM-5 e l'esperienza clinica

I disturbi alimentari sono caratterizzati da comportamenti (azioni), pensieri (convin-

zioni disfunzionali, errori cognitivi; deficit metacognitivi), emozioni (disregolazione, alessitimia...) specifici, espressi come:

- eccessiva preoccupazione per il proprio peso e per la propria forma fisica;
- alterazioni del consumo di cibo (calo/eccesso/alternanza restrizione-eccesso);
- diete ripetute e/o abbuffate;
- comportamenti di compenso (vomito, abuso di diuretici, lassativi o pillole per dimagrire).

Le classificazioni diagnostiche basate su premesse ateoretiche, permettono a studiosi di diversi orientamenti e approcci, di dialogare, cercando un linguaggio comune (Senza dimenticare i manuali diagnostici psicodinamici, PDM, la cui impostazione teorica è, invece, dichiarata).

Il DSM-5 ha introdotto nelle varie categorie diagnostiche l'indice di gradualità con cui un sintomo o un disturbo compaiono, oltre ad aver stabilito parametri dimensionali nella valutazione del funzionamento della personalità [4].

Il grado di severità lieve, moderato, grave, o lo stato del disturbo nel processo di remissione, riguarda anche i Disturbi Alimentari (Tab.1).

Tabella 1- Criteri diagnostici dei Disturbi Alimentari

Anoressia Nervosa

Colpisce circa tre donne su mille, il rapporto tra donne e uomini colpiti è di 9 a 1.

Esordisce tra i 12 e i 25 anni e si esprime nella cultura occidentale e in quelle occidentalizzate.

È distribuita omogeneamente nelle classi sociali.

Si rileva più frequentemente nel mondo della moda e della danza e degli sport in cui la forma corporea e il peso rivestono una condizione per l'attività (danza classica, nuoto sincronizzato, ginnastica artistica...).

Criteri Diagnostici (DSM-5):

A Restrizione dell'apporto energetico rispetto al necessario, che conduce a un peso corporeo significativamente basso tenendo conto dell'età, del sesso, della traiettoria evolutiva e dello stato di salute fisica. Si intende per peso significativamente basso un peso che è inferiore al minimo normale o, per i bambini e gli adolescenti, inferiore a quello minimo atteso.

B. Intensa paura di acquistare peso o di diventare grasso, o comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche in presenza di un peso significativamente basso

C. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il proprio peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, o persistente rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso

Specificare il sottotipo

Tipo restrittivo: Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo non ha avuto ricorrenti crisi bulimiche o condotte di eliminazione (cioè vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi). Questo sottotipo descrive quei casi in cui la perdita di peso è ottenuta primariamente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'esercizio fisico eccessivo

Tipo con crisi bulimiche/condotte di eliminazione: Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo ha avuto ricorrenti crisi bulimiche o condotte di eliminazione (cioè vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi)

Specificare se:

-in remissione parziale (Criterio A soddisfatto; criteri B e C non ancora soddisfatti)

-in remissione completa: nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo

Specificare il livello attuale di gravità

Il livello minimo di gravità è basato, per gli adulti, sull'attuale indice di massa corporea (vedi sotto) o, per i bambini e gli adolescenti, sul percentile dell'indice di massa corporea. Il livello di gravità può essere aumentato tenendo conto dei sintomi clinici, del

grado di disabilità funzionale e del bisogno di supervisione

Lieve: Indice di massa corporea ≥ 17 kg/m²

Moderato: Indice di massa corporea 16-16,99 kg/m²

Grave: Indice di massa corporea 15-15,99 kg/m²

Estremo: Indice di massa corporea < 15 kg/m²

Bulimia Nervosa

Colpisce una donna su cento, si verifica un aumento esponenziale della frequenza del disturbo nel corso degli anni.

Il rapporto in cui colpisce le donne rispetto agli uomini è di 9 a 1.

L'età di esordio si colloca tra i 12 e i 25 anni

È più rara dell'anoressia nelle culture non occidentali/occidentalizzate, è distribuita omogeneamente nelle varie classi sociali.

Il peso è normale, o c'è un lieve sottopeso, o un lieve sovrappeso, è raro un grande sovrappeso (con un BMI oltre 18,5 non è AN).

Criteria Diagnostici (DSM-5):

A. Ricorrenti crisi bulimiche. Una crisi bulimica è caratterizzata da entrambi gli aspetti seguenti:

1. Mangiare, in un periodo definito di tempo (es. un periodo di 2 ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che

la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili

2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o di non controllare che cosa o quanto si sta mangiando)

B. Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo

C. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta a settimana per 3 mesi

D. I livelli di autostima sono inappropriatamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo

E. Il disturbo non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa

Specificare se:

-in remissione parziale

-in remissione completa

Specificare il livello attuale di gravità

Il livello minimo di gravità è basato sulla frequenza delle condotte compensatorie inappropriate (vedi sotto). Il livello di gravità può

essere aumentato tenendo conto degli altri sintomi e del grado di disabilità funzionale

Lieve: Una media di 1-3 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana

Moderato: Una media di 4-7 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana

Grave: Una media di 8-13 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana

Estremo: Una media di 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana

Binge Eating Disorder (BED)

Colpisce il 2-5% della collettività e il 5-8% degli obesi il rapporto donne/uomini è di 3 a 2.

Più elevato è l'eccesso ponderale, maggiore è la prevalenza di BED (BMI 25-28: BED 10% - BMI oltre 40: BED 40%).

È correlato all'insorgenza precoce di obesità, alle ripetute diete ed è presente un'elevata familiarità per l'obesità.

Le principali comorbilità psichiatriche sono: la depressione maggiore, i disturbi d'ansia, gli attacchi di panico, l'abuso di sostanze, i disturbi di personalità borderline ed evitante).

Criteria Diagnostici (DSM-5):

A. Ricorrenti crisi bulimiche. Una crisi bulimica è caratterizzata da entrambi gli aspetti seguenti:

1. Mangiare, in un periodo definito di tempo (es. un periodo di 2 ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella

che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili

2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o di non controllare che cosa o quanto si sta mangiando)

B. Le abbuffate sono associate con tre (o più) dei seguenti aspetti:

1. Mangiare molto più rapidamente del normale
2. Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieno
3. Mangiare grandi quantità di cibo quando non ci si sente fisicamente affamati
4. Mangiare da solo perché ci si sente imbarazzati dalla quantità di cibo che si sta mangiando
5. Sentirsi disgustato di sé stesso, depresso o assai in colpa dopo l'abbuffata

C. È presente un marcato disagio in rapporto alle abbuffate

D. Le abbuffate si verificano, in media, almeno una volta a settimana per 3 mesi

E. Le abbuffate non sono associate con l'attuazione ricorrente di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa e non si verificano esclusivamente durante il decorso della bulimia nervosa o dell'anoressia nervosa.

Specificare se:

-in remissione parziale

-in remissione completa

Specificare il livello attuale di gravità

Il livello minimo di gravità è basato sulla frequenza delle crisi bulimiche (vedi sotto). Il livello di gravità può essere aumentato tenendo

conto degli altri sintomi e del grado di disabilità funzionale

Lieve: 1-3 crisi bulimiche per settimana

Moderato: 4-7 crisi bulimiche per settimana

Grave: 8-13 crisi bulimiche per settimana

Estremo: 14 o più crisi bulimiche per settimana

Sindromi parziali o subcliniche /subliminali, molto frequenti nella pratica clinica.

Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo e in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica della nutrizione o dell'alimentazione. La categoria disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per nessuno specifico disturbo della nutrizione o dell'alimentazione.

Per esempio:

Anoressia Nervosa Atipica: sono soddisfatti tutti i criteri tranne la perdita di peso, che può essere all'interno o supera il range del normopeso.

Bulimia Nervosa (a bassa frequenza e/odi durata limitata): soddisfatti i criteri BN, tranne che le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano meno di una volta a settimana e/o per meno di tre mesi.

Binge Eating Disorder (a bassa frequenza e/odi durata limitata): soddisfatti i criteri BED, tranne che le si verificano meno di una volta a settimana e/o per meno di tre mesi.

Disturbo da condotta di eliminazione: ricorrenti condotte di eliminazione per influenzare il peso o la forma del corpo, in assenza di abbuffate.

Sindrome da alimentazione notturna: ricorrenti episodi di alimentazione notturna, dopo risvegli o dopo il pasto serale. L'alimentazione notturna causa significativo disagio e/o compromissione del funzionamento. I pattern di alimentazione non sono meglio spiegati dal BED o a altro disturbo mentale, compreso l'uso di sostanze, e non sono attribuibili ad un altro disturbo medico oppure all'effetto di farmaci.

Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione

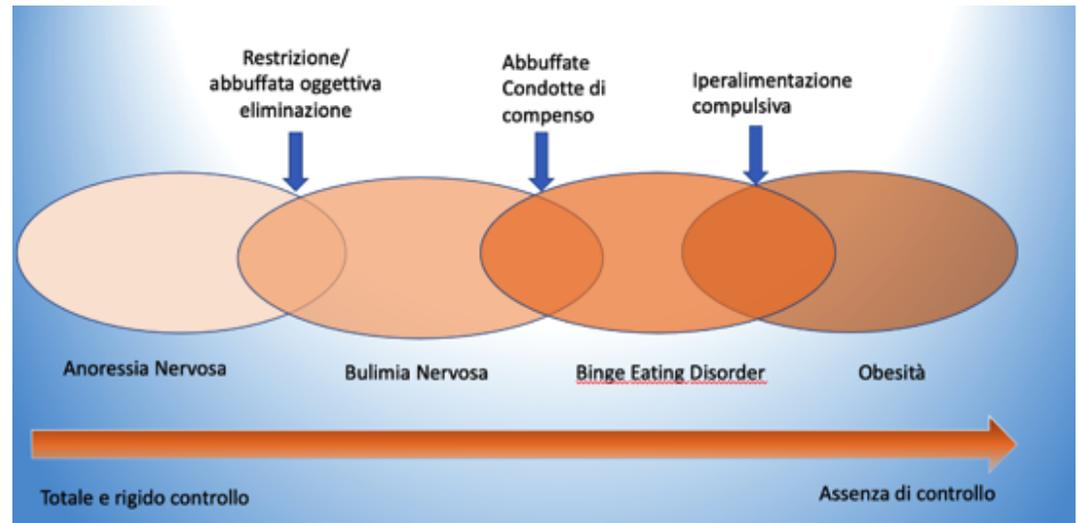
Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo e in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica della nutrizione o dell'alimentazione. Questa categoria è utilizzata quando il clinico sceglie di non specificare la ragione per cui i criteri per un determinato disturbo della nutrizione o dell'alimentazione non sono soddisfatti e comprende le manifestazioni per cui non sono dati insufficienti per porre una diagnosi più specifica.

A queste classificazioni si uniranno, a breve, vigoressia e ortoressia, i nuovi volti dell'anoressia.

Assistiamo a una proliferazione e frammentazione di categorie diagnostiche, in cui compaiono descrizioni sempre più accurate delle diverse sindromi, che consentono di confrontare dati e studi, ma si scontrano con la scarsa fruibilità clinica delle classificazioni diagnostiche.

A fini illustrativi possiamo immaginare che le diverse manifestazioni dei Disturbi Alimentari abbiano delle zone di contiguità e sovrapposizione l'una con l'altra, lungo l'asse del controllo, inteso come un parametro significativo nell'espressione delle condotte alimentari (Fig. 1). Nello schema compare anche l'obesità, non perché sia di per sé un disturbo dell'alimentazione, ma per la frequenza con cui si manifesta in casi di alimentazione incontrollata.

Fig. 1 - Aspetti di continuità tra Disturbi Alimentari



La classificazione diagnostica del DSM-5 va comparata con la realtà clinica, dalla quale emerge che:

- le categorie diagnostiche “disturbi della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione o senza specificazione” risultano le più comuni manifestazioni cliniche
- esiste una migrazione notevole tra categorie diagnostiche
- le categorie diagnostiche presentano scarse indicazioni prognostiche e tera-

peutiche

Per questi motivi, sin dai primi anni 2000, i ricercatori del gruppo di Fairburn e Bohn [5] del centro CREDO di Oxford propongono un modello transdiagnostico, in cui i disturbi dell'alimentazione compaiono senza suddivisioni.

In effetti quello che colpisce è che le diverse categorie diagnostiche condividono la maggior parte delle loro caratteristiche cliniche:

- l'eccessiva valutazione di sé in relazione al peso e alle forme corporee (psicopatologia specifica dei disturbi dell'alimentazione) e/o controllo eccessivo dell'alimentazione e una relativa marginalizzazione delle altre aree della vita;
- abitudini alimentari disturbate (discontrollo/ipercontrollo del cibo, del peso, delle forme corporee);
- conseguenze sul piano della salute fisica e/o psicosociale delle abitudini disturbate relative al cibo, al peso, alle forme corporee;
- frequenti comorbilità psichiche: quadri depressivi, ansiosi, disturbi di personalità.

E ancora:

“Le due principali patologie (anoressia e bulimia) rappresentano oggi gli estremi di un continuum fenomenologico, lungo il quale trovano posto tutta una serie di configurazioni intermedie, ibride, passibili di un'esistenza autonoma rispetto ai disordini “ufficiali”, e non necessariamente di essi predittive. Le diverse manifestazioni (...) sono divise da una soglia puramente quantitativa lungo una scala di severità clinica” [6] (p.14).

Quasi tutte le persone con disturbi alimentari e del peso hanno in comune alcune caratteristiche: una percezione di sé e del corpo negativa e in molti casi distorta, un basso concetto di sé, una scarsa autostima e un senso d'identità indefinito. Il corpo risulta un terreno “favorevole” su cui depositare e far crescere autosvalutazioni che hanno radici ben più profonde che nell'immagine apparente.

I pazienti, pur se intrattengono spesso amicizie e rapporti sociali, hanno in genere difficoltà a stabilire relazioni intime e tendono a dipendere dall'ambiente esterno per avere conferme e sicurezze. Questo tratto di dipendenza può manifestarsi anche attraverso comportamenti esplicitamente opposti, come quelli contro-dipendenti e/o oppositivi.

A livello psicologico presentano:

- difficoltà nella sfera dei sentimenti (inibiti/drammatizzati)
- confusione enterocettiva
- percezione alterata dello stimolo della fame e del senso di sazietà (con correlati neurofisiologici),
- difficoltà nella distinzione tra stimoli interni ed esterni, sia nel corretto riconoscimento delle proprie emozioni e sensazioni, sia nel sistema di attribuzione di significato agli eventi.

Soffrono fondamentalmente di alessitimia: hanno difficoltà a riconoscere i propri stati interni (fame, sazietà, senso di vuoto), ad esplorare il proprio mondo interiore,

presentano scarse competenze nel riconoscere ed esprimere le proprie emozioni. Tale carenza priva queste persone di una importante fonte di informazione sul proprio stato di benessere e sui propri desideri e bisogni, ostacolando la creazione di confini stabili con gli altri e incrementando la dipendenza dall'ambiente esterno per aver conferme e sicurezze [7].

Le condotte alimentari disfunzionali si esprimono con:

- Dipendenza (*locus of control* esterno, introiezione acritica)
- Ritiro sociale (fino alla fobia sociale)
- Depressione (che precede/accompagna il DA e ne viene aggravata)
- Disinvestimento della sfera relazionale e sessuale (iperinvestimento della razionalità) con la paura di acquisire la propria maturità sessuale, la propria identità individuata.

Le condotte alimentari disfunzionali si perpetuano attraverso:

- Errori di pensiero (Irrazionali, disfunzionali...)
- Errori cognitivi (assolutismi, pensiero dicotomico, doppio standard, selettività, ecc.)
- Deficit metacognitivi
- Disregolazione relazionale, emotiva, comportamentale, mentale (Fig. 2).

Fig. 2 - Aspetti della disregolazione nei Disturbi Alimentari



Da un punto di vista gestaltico le persone che soffrono di Disturbi Alimentari, manifestano un debole senso di sé, confini disturbati (irrigiditi/confusi/confluenti); una funzione Es perturbata (carenza percettiva dei bisogni e delle emozioni, carente autoregolazione organismica); la funzione IO non sviluppata (scarsa definizione dei bisogni e non identificazione con essi) e un deficit di assimilazione in divenire delle esperienze (funzione Personalità). Viene inoltre adottato un uso massiccio delle interruzioni del contatto.

La guarigione passa attraverso l'accettazione del sintomo, considerato come un tentativo di adattamento, la responsabilità personale del sintomo ("è una faccenda che mi riguarda" e io posso fare qualcosa), il recupero della consapevolezza sensibile, nell'integrazione sempre più continua tra modi top-down e bottom-up [8].

2. Caratteristiche di integrazione che contraddistinguono il trattamento breve proposto:

Assunti alla base del trattamento proposto:

1. Sulla base degli aspetti che accomunano i disturbi il trattamento si focalizza sui fattori di mantenimento dei disturbi stessi
2. Come la malattia coinvolge il corpo, il comportamento, la mente, gli affetti, le relazioni, così il trattamento affronta i vari aspetti: dalle complicanze fisiche, alle alterazioni del comportamento alimentare, all'insoddisfazione fisica, alle ossessioni, alle co-morbilità psichiatriche, ai problemi emozionali, alle difficoltà relazionali (Fig. 3).
3. La metodologia è basata sull'attraversamento esperienziale, sull'imparare a stare nel fluire dei vissuti, mettendo in atto quanto si vuole apprendere e assimilare.
4. I laboratori psicoeducativi esperienziali integrati, parte dell'autosostegno psicoeducativo, propongono contenuti di conoscenza e informazione e attivazioni pratiche che facilitano il passaggio delle informazioni, anche quando proposti nella modalità a distanza.



Fig. 3 - Piani di intervento multidisciplinare integrato nei Disturbi Alimentari

Numerosi studi e ricerche attestano l'efficacia della psicoterapia breve [9, 10, 11, 12, 13, 14].

Nello specifico il trattamento breve intensivo proposto a livello ambulatoriale (Figg. 3-4; Tab. 2):

- ha un andamento articolato in fasi ed è multidimensionale;
- viene condotto da figure professionali provenienti dall'ambito psicologico-psichiatrico e da quello medico-nutrizionale;
- è accompagnato all'autosostegno psicoeducativo e sostenuto nel tempo dall'auto-aiuto [15, 16, 17, 18, 19, 20];
- utilizza la metodologia esperienziale e l'apprendimento attivo per facilitare il cambiamento e il consolidamento dei nuovi comportamenti;
- è focalizzato sull'integrazione del piano emotivo nei processi mentali e nelle scelte comportamentali [15, 21, 22, 23];
- applica tecniche pluralistiche per elaborare sul piano personale le tematiche dell'identità corporea [24, 25, 26, 27] dell'autoregolazione, dell'autovalutazione e dell'autostima e, sul piano affettivo-relazionale, mira alla regolazione della giusta distanza ecologica interpersonale;
- è un intervento Blended, avvalendosi anche dell'ausilio dell'online [28, 29];
- prevede un impegno che, anche nelle fasi iniziali prevede una frequenza che non va oltre le due volte settimanali;
- si traduce in un costante lavoro di équipe dei professionisti impegnati, i quali condividono visione e modalità operative. Il lavoro può essere condotto in una stessa sede o in modalità "diffusa". Il confronto e la supervisione degli operatori sono settimanali.

2.1 Criteri di inclusione ed esclusione dei pazienti nel piano di trattamento

Criteri di inclusione

Sulla base di indicazioni della letteratura [12, 13, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36] le persone che possono, con vantaggio prevedibile, essere inserite nel programma breve intensivo di gruppo devono:

- avere una *buona consapevolezza del problema cruciale* (le persone con problemi gravi e numerosi potrebbero non risultare adatte alla terapia breve; inoltre la capacità di un cliente di identificare e articolare un problema centrale è spesso segno di una certa forza dell'Io).
- un livello alto di *motivazione al cambiamento*
- *Buona Capacità di mentalizzazione*. Ci si riferisce al grado di consapevolezza che il paziente ha dei propri pensieri, convinzioni, desideri e bisogni; alla capacità di guardarsi dentro e identificare anche in sé l'origine dei propri problemi, non attribuendo le proprie difficoltà al mondo esterno, colpevolizzando gli altri e l'ambiente; alla capacità di sintetizzare e integrare i vari frammenti di informazioni, di riflettere sulle loro connessioni per sviluppare una spiegazione significativa sui sintomi e difficoltà interpersonali [32].
- *Coraggio di affrontare realtà dolorose*. Ci si riferisce alla capacità di contattare

e parlare di situazioni, pensieri, emozioni che provocano tristezza, disagio, rabbia, vergogna e sensi di colpa. La presenza immediata di tale requisito appare assolutamente essenziale per questo tipo di approccio, altrimenti la terapia, concentrata in tempi molto brevi, non risulta assolutamente possibile (dati i tempi, infatti, si deve lavorare sul problema e non ci si può permettere di impiegare troppo tempo ad aiutare il paziente a riconoscere l'esistenza del problema e ad affrontare le emozioni connesse).

- *Discrete Capacità relazionali*. Ci si riferisce alla costanza oggettiva del paziente, alla capacità di percepire gli altri come oggetti interi, senza mettere in atto processi di scissione *troppo accentuati* (idealizzazione/svalutazione), di tollerare l'assenza degli altri al fine di poter creare una relazione terapeutica che consenta di definire una piattaforma comunicativa comune e condivisa.

- *Buon livello di funzionamento intellettuale*. Questo tipo di approccio è possibile con persone dotate di un buon livello di intelligenza astratta che favorisce la capacità di pensare per metafore e analogie che consentano connessioni tra i vari livelli di astrazione [32].

- *Presenza di una minima rete sociale di supporto*. Questo aspetto consente di promuovere e "agganciare" immediatamente il cambiamento del paziente ad altri più o meno significativi che possano supportarlo (in forma diretta o indiretta) nel processo di apprendimento socio/affettivo che si verifica nelle diverse declinazioni delle esperienze gruppali proposte.

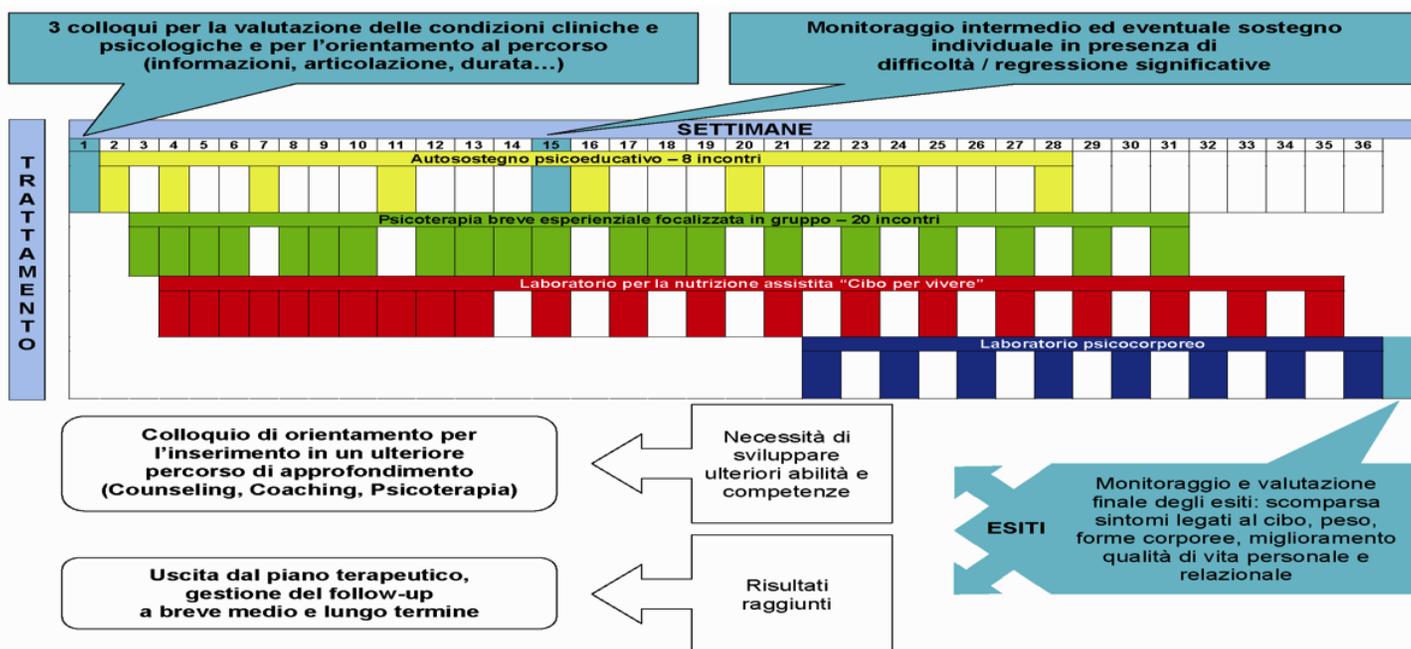
Criteria di esclusione

- Pazienti con scarsa o nulla motivazione al cambiamento, reattanti, con forte resistenza all'alleanza;
- Pazienti con elevata labilità emotiva e scarso controllo dell'impulsività;
- Pazienti ad elevato rischio di suicidio o che vivono attualmente una situazione particolarmente stressante;
- Pazienti con marcati tratti antisociali o psicopatici;
- Pazienti con personalità molto difese;
- Pazienti che presentano un quadro psicopatologico di psicosi in acuzie;
- Pazienti con comportamenti multimpulsivi gravi (alcolismo, tossicodipendenze, autolesionismo)

2.2 Strumenti di valutazione utilizzati

Per la valutazione del disturbo alimentare, oltre alla scheda di raccolta anamnestica, viene somministrata la versione aggiornata dell'EDI – Eating Disorder Inventory 3 [37] (cut off: punteggio percentile maggiore di 85); il Body Uneasiness Test – BUT [38] (cut off: punteggio medio uguale o superiore a 3 del Global Severity Index), la valutazione della motivazione con l'analisi motivazionale proposta da Treasure e Smith [39], e la Stage of Change Scale - SCS [40], in cui la persona deve trovarsi nello stadio di consapevolezza, con un punteggio di almeno nove sulla scala, per essere inclusa. Per la valutazione di personalità viene somministrato l'MMPI [41] (cut

off: punteggi T superiori a 65). Il DPA [42] permette di evidenziare quanto la persona è in grado di instaurare relazioni, ha accesso ai suoi vissuti interiori, e ha una buona autostima; nell'insieme il profilo deve risultare armonico nelle dimensioni dell'Area del Sé e in quelle dell'Area Interpersonale, per poter includere la persona nel percorso intensivo. L'assessment diagnostico rappresenta anche il momento di coinvolgimento iniziale dei pazienti nel trattamento. Se non possono essere inseriti nel trattamento breve si procede al percorso più indicato (trattamento farmacologico, psicoterapia individuale), favorendo comunque l'inserimento nel percorso psicoeducativo prima e successivamente nelle altre iniziative di gruppo previste. Il trattamento breve si inserisce così, come facilitatore del cambiamento, anche nei percorsi a lungo termine. Nello schema 1 viene riassunto il piano di trattamento così come viene proposto alle pazienti che rispondono alle specifiche caratteristiche di compatibilità indicate in seguito e può essere eventualmente utilizzato anche come trattamento integrativo del percorso individuale.



Schema 1 - Piano di trattamento integrato di gruppo per interventi brevi nei Disturbi Alimentari

3. Il setting di gruppo

Recuperare nel gruppo il *CON-TATTO* con il diverso da sé nei soggetti affetti da Disturbi Alimentari, rappresenta un processo estremamente prezioso e realizzabile con chiarezza. Infatti, per questi pazienti il problema dell'identità scarsamente definita e, di conseguenza, dei confini ora vaghi e gassosi ora rigidissimi e impermeabili, è centrale.

In una prospettiva gestaltica, si verifica un continuo passaggio tra uno stato di costante confluenza (stato di non contatto, in cui vi è fusione con l'altro e l'ambiente, per assenza di confine-contatto, in cui il sé non è identificabile) a uno stato di cronica

retroflessione (con distacco totale dall'esterno, percepito come troppo invasivo e pervasivo a causa della confluenza, e conseguente invasione del proprio mondo interno). Ciò determina uno stato perenne di scarso contatto sano con l'ambiente, per cui, la persona con Disturbo Alimentare ha una scarsissima conoscenza dei propri bisogni e di come soddisfarli. È proprio nel gruppo, in un contatto consapevole con l'alterità, che può trovare un equilibrio rispetto alle polarità, costantemente in conflitto, del fuori/dentro, vicino/lontano [43].

Il riconoscimento e la consapevolezza della diversità, consente e facilita una maggiore accettazione del proprio essere nonché la sperimentazione della propria unicità e valore, aspetti fondamentali in pazienti come le bulimiche che tendono a definire (faticosamente!) la propria identità solo e soltanto in termini di eccezionalità. Tra gli obiettivi essenziali che ci si propone di raggiungere nel trattamento dei DA vi è proprio: "...un'accettabile dimensione di individuazione: non nell'eccezionalità, ma nell'unicità, che è per tutti l'unica ancora di salvezza. È nello specchio della propria unicità che ciascuno si deve riconoscere" [44].

Un altro notevole vantaggio che pazienti con Disturbi Alimentari possono trarre dalla partecipazione a un gruppo, è l'acquisizione di skill relazionali: l'elevato numero di interazioni che si verificano in gruppo consente di apprendere e monitorare più competenze relazionali da trasferire nel proprio contesto sociale. Inoltre, il confronto e la condivisione con altre/i che sperimentano problematiche legate alle stesse tematiche, può aiutare a superare il senso di anormalità, isolamento, vergogna e unicità, che spesso caratterizza chi soffre di Disturbo Alimentare [19].

Da ultimo, si può rilevare che, un'esperienza di gruppo (non necessariamente di tipo psicoterapico ma diversa da quella familiare) ha una serie di caratteristiche che la rendono un'occasione pressoché unica di crescita e maturazione. Si tratta, infatti di un'esperienza "*mediamente strutturata, scelta volontariamente dalla persona, in cui ci si trova insieme per lavorare su obiettivi comuni e condivisi in cui si è, quindi, tenuti (non trattenuti!) a cooperare, collaborare e negoziare. Si affronta anche la rinuncia, spesso dolorosa, a voler fare "come si vuole", accettando, talora, non sempre, ma altrettanto dolorosamente, di "mettere i principi al di sopra delle personalità"* [45], Rappresenta la possibilità per trascendere sé stessi, incontrare l'Alterità, ridefinirsi e diventare veramente sé stessi in relazione ad essa [12]. Crediamo, pertanto, che una tale occasione di maturazione personale, come quella che si realizza in gruppo, possa rivelarsi estremamente utile in una persona affetta da Disturbi dell'Alimentazione e, quindi, bloccata nel processo di individuazione.

Nella Tabella 3 viene riportato un quadro riassuntivo delle fasi e degli obiettivi dell'intervento terapeutico di gruppo inserito nel trattamento integrato qui proposto. Nelle successive Tabelle 4 e 5 si trovano descritti fasi e obiettivi del processo breve intensivo di gruppo, i temi fondamentali, la psicopatologia centrale dei Disturbi Alimentari (valutazione di sé vincolata a peso e forme corporee), la facilitazione degli aspetti relazionali nel processo di gruppo.

TAB. 2 - AREE, STRUMENTI E OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO BREVE INTENSIVO DI GRUPPO PER DA (ad.to da: [46]).

| TRATTAMENTO | Strumenti (strategie e tecniche) | AREA PSICOPATOLOGICA | MACRO-OBIETTIVI |
|----------------------------------|---|---|---|
| PSICOTERAPIA INTEGRATA IN GRUPPO | Individuazione-risoluzione problemi relazionali attuali; apprendimento nuove abilità gestionali, relazionali e comunicative; monitoraggio e ridefinizione delle aspettative, convinzioni, e competenze rispetto alla rappresentazione di sé/dell'altro/ e di sé e dell'altro in relazione. | <ul style="list-style-type: none"> > area relazioni > area rappresentazione di sé e autoconsapevolezza > area cognitiva > area sintomatologia alimentare > area cognitiva | <p>Capacità di creare relazioni intime e nutrienti</p> <p>Incremento dell'autostima e modificazione dello schema disfunzionale della valutazione di sé</p> |
| AUTOSOSTEGNO PSICOEDUCATIVO | Offerta di nuove e realistiche informazioni rispetto alla psicopatologia centrale dei DA, con conseguente possibilità di usare i nuovi apprendimenti per produrre cambiamenti rispetto alla gestione dei temi nevralgici; (incontri in presenza e online) informazioni rispetto alle dinamiche psicologiche centrali, con presentazione di strumenti e tattiche che consentono di gestirle in modo funzionale al benessere della persona; proposta di un intero programma relativo a nuove abilità di coping rispetto alla gestione dei problemi cruciali e indicazioni su come seguirlo autonomamente; uso della scrittura autobiografica. | <ul style="list-style-type: none"> > area rappresentazione di sé e auto-consapevolezza | <p>Normalizzazione della condotta alimentare con eliminazione dei comportamenti restrittivi/impulsivi</p> <p>Incremento dell'autostima e modificazione dello schema disfunzionale della valutazione di sé</p> |
| LABORATORIO PSICOCORPOREO | Tecniche di rilassamento e meditazione Potenziamento della consapevolezza, si agevola la tolleranza delle emozioni negative e la sospensione del giudizio sul proprio corpo Narrazione della storia personale del rapporto con il corpo e l'Immagine Corporea Acquisizione di competenze di mindfulness Lavoro allo specchio Movimento creativo e narrazione di sé Esperienze di danzaterapia, danza del ventre e danze primitive per un CONTATTO profondo e diretto con la corporeità e con le sensazioni, i bisogni, i desideri, le potenzialità insite in essa | <ul style="list-style-type: none"> > area Identità Corporea | <p>Raggiungimento dell' "Autonomia esperienziale" nel processo di soggettivazione</p> |
| LABORATORIO "CIBO PER VIVERE" | Attivazioni sensoriali e nutrizione reciproca tra pari Consapevolezza multisensoriale Esercizi di alimentazione consapevole Restituzione al cibo dei suoi valori nutritivi | <ul style="list-style-type: none"> > area sintomatologia rapporto con il cibo | <p>Normalizzazione delle condotte alimentari con eliminazione dei comportamenti restrittivi/impulsivi; interruzione del circuito "emozioni e cibo"</p> |

TAB. 3 - FASI E OBIETTIVI DEL PROCESSO DI GRUPPO (ad.to da [46])

| FASI e OBIETTIVI del PROCESSO DI GRUPPO (trattamento breve) | FASI DI SVILUPPO DEL GRUPPO | LAVORO DEI PAZIENTI | LAVORO DEL TERAPEUTA |
|---|--|---|---|
| Fase iniziale: identificare le aree problematiche | Engagement (sedute 1-2) | I componenti del gruppo sono alla ricerca di una struttura, alle prese con l'ansia di inserirsi in un gruppo e condividere i loro problemi | Il terapeuta introduce le norme che facilitano la comunicazione e crea una struttura che consenta l'auto-presentazione. Propone attivazioni esperienziali che favoriscono il clima di coesione e appartenenza che favorisce l'emergere del senso del Noi. |
| | Differenziazione (sedute 3-5) | I componenti sono impegnati nel confronto e nella gestione dei sentimenti negativi relativi alle differenze interpersonali che emergono. | Il terapeuta facilita la comprensione delle reazioni alle differenze interpersonali nella vita sociale fuori dal gruppo. È importante far emergere eventuali tensioni, per procedere al lavoro successivo. |
| Fase intermedia: lavoro sugli obiettivi | Azione (6-15) | I componenti continuano a lavorare sulle differenze interpersonali e si concentrano sugli obiettivi comuni | Il terapeuta facilita le relazioni tra i componenti mentre condividono il loro lavoro e incoraggia l'applicazione delle nuove skill apprese fuori e dentro il gruppo. Mantiene l'attenzione sugli obiettivi da discutere. |
| Fase finale (16-20): consolidamento dei risultati | Conclusione, mantenimento dei risultati e prevenzione delle ricadute (16-20) | I componenti si concentrano sulle emozioni suscitate dalla fine imminente del trattamento e sulla conseguente perdita dei legami con le persone del gruppo. Si lavora sul superamento della perdita, sulle strategie di sostegno in caso di situazioni a rischio e/o di regressioni | Il terapeuta aiuta i componenti a consolidare il lavoro fatto e a pianificare il futuro. Facilita l'elaborazione del lutto. Si evidenzia come ora ognuno abbia la responsabilità di proseguire il proprio cammino, anche sulla base del lavoro restante. |

TAB. 4 - AUTOSTIMA E VALUTAZIONE DI SÉ

| AREA PSICOPATOLOGICA | MACRO OBIETTIVO | SOTTO-OBIETTIVI |
|--|---|--|
| area problematiche: rappresentazione di sé e autoconsapevolezza; | INCREMENTO DELL'AUTOSTIMA E MODIFICAZIONE DELLA VALUTAZIONE DI SÉ | <ol style="list-style-type: none"> 1. favorire la costruzione di una rappresentazione di sé realistica, non astratta e generica, "autocommiserativa", focalizzandosi su risorse e limiti, di cui spesso le pazienti, non hanno una reale consapevolezza; 2. incrementare il senso di auto-efficacia, rielaborando gli schemi relativi al fallimento e orientando l'azione su nuovi campi e con parametri più flessibili; 3. passaggio dalla rigidità assoluta alla flessibilità nella percezione di sé, degli altri, delle prestazioni e potenziamento della capacità di vedere e costruire opzioni alternative, tra cui è possibile scegliere; 4. in particolare, le alternative si focalizzeranno sul creare le condizioni perché il soggetto possa ampliare la sua "pensabilità in una nuova condizione desiderata" (i desideri dovrebbero essere emersi dal lavoro sull'obiettivo precedente). Ci riferiamo, quindi, alla capacità di percepirsi e rappresentarsi dinamicamente, in modi diversi, con diverse risorse e diversi limiti, "possibili" rispetto all'unica immagine rigida e irraggiungibile di perfezione a cui chi soffre di DA si condanna/sente di essere condannato; 5. ampliamento delle aree su cui si articola l'auto-valutazione (es., relazioni amicali e sentimentali, capacità, professione, famiglia, hobby) non più limitata solo al controllo del peso e dell'alimentazione; 6. diminuzione del pensiero dicotomico ("tutto o nulla", "mai o sempre", "bianco-nero", "questo o niente"); ciò implica uno smussamento della tendenza all'estremizzazione, con la possibilità di creare e operare scelte lungo un continuum esteso e non solo su polarità estreme. Questo diminuisce la possibilità di rendersi vulnerabile alla sensazione di fallimento; 7. ristrutturazione del locus of control, da esterno a interno; 8. correzione e ristrutturazione della lettura (<i>etichettamento</i>) degli eventi avversi addebitati a peso e forme corporee e percezione corretta delle proprie responsabilità nel determinare gli eventi o della reale, effettiva portata degli eventi (in cui può non esserci una responsabilità personale); 9. favorire una sufficiente accettazione del corpo, del peso e delle forme, focalizzando pregi e difetti guardando ad esso nel suo insieme; 10. diminuzione del perfezionismo clinico (ove presente), con interruzione del circolo vizioso "<i>percezione cronica di non essere stata all'altezza degli standard/vissuto fallimentare/aumentata sensazione di impotenza/ abbassamento della stima</i>". Potenziare la capacità di fissare in modo chiaro obiettivi e mete in termini concreti e descrittivi, adeguati alle proprie possibilità e alle risorse ambientali a disposizione. Le mete sono calibrate rispetto alle possibilità dell'individuo e al tempo stesso ciascuna meta implica una sfida piacevole e <i>non ossessiva e persecutoria</i> rispetto al raggiungimento/superamento di alcuni limiti. Valutazione accurata delle aree in cui si è più capaci di "fare bene" e, al tempo stesso, diminuzione dell'evitamento e ampliamento delle attività, incluse quelle in cui si teme di non poter "eccellere". 11. miglioramento delle strategie del <i>problem solving</i> per orientarsi in modo adeguato verso mete e standard possibili e ragionevoli, che non implicino troppe conseguenze avverse; 12. diminuzione del gap tra Sé reale e il Sé ideale; 13. diminuzione/eliminazione delle condotte alimentari restrittive/disregolate, per incrementare la consapevolezza di sé e delle proprie emozioni; 14. su queste basi, avvio e sviluppo di una nuova progettualità esistenziale |
| area problematiche relazionali; | | |
| area problematiche cognitive; | | |
| area problematiche immaginaria corporea | | |

TAB. 5 - ACQUISIZIONE DI COMPETENZE RELAZIONALI NEL GRUPPO

| AREA PSICOPATOLOGICA | MACRO OBIETTIVO | SOTTO-OBIETTIVI |
|--|--|---|
| Area rappresentazione di sé e autoconsapevolezza; area problematiche relazionali; area cognitiva; area identità corporea; area sintomatologia alimentare | ACQUISIZIONE DELLA CAPACITÀ DI CREARE RELAZIONI INTIME E NUTRIENTI | <ol style="list-style-type: none"> 1. potenziare l'autosostegno, la responsabilità personale e l'autonomia, diminuendo la dipendenza dalla valutazione e dal supporto altrui; 2. definire confini del sé più stabili e sicuri; 3. potenziamento delle skill relazionali: sapere cosa sia importante nelle relazioni e come e su cosa ci si relazioni, cosa c'è "al di là del corpo magro" e della prestanza fisica; 4. tra le skill relazionali, prestare particolare attenzione al potenziamento dell'assertività; 5. contattare meglio il mondo interno per conoscere i bisogni e i desideri che si "portano" nella relazione; 6. potenziare la capacità di esprimere nelle relazioni le proprie emozioni, bisogni e opinioni, senza pensare che l'accettazione passi attraverso la totale aderenza alle aspettative altrui: diventare ciò che si è e non ciò che si percepisce vogliono gli altri; 7. rapportarsi all'altro non più come "oggetto parziale", al servizio della paura e del riconoscimento: riconoscere l'altro nella sua interezza e dignità e creare relazioni "IO-TU" da posizioni adulte; 8. smussare il pensiero dicotomico applicato alle relazioni. In questo modo si diventa più tolleranti verso l'alterità, e si evita di far diventare le persone alternativamente "sante" o "demoni"; 9. diminuzione dell'isolamento dovuto alla sensazione di non sentirsi fisicamente a proprio agio (percependosi troppo grasse), specie in quelle situazioni in cui il corpo viene esposto di più o maggiormente al centro dell'attenzione; 10. applicazioni dei nuovi apprendimenti alle relazioni esistenti e ampliamento del network relazionale (es., tramite lo sviluppo di hobby socializzanti); 11. monitoraggio e conoscenza accurata dei sistemi di sostegno a cui si appartiene, con conseguente possibilità di accedere alle risorse in modo interattivo, attivando uno scambio produttivo e nutriente con il proprio ambiente. |

4. L'autosostegno psicoeducativo

In questa fase dell'intervento il gruppo viene "utilizzato" come luogo di informazioni condivise (dati sui Disturbi alimentari: eziologia, fattori coinvolti, ruolo della dieta, conseguenze delle diete e dei digiuni e sulle strategie più efficaci per farvi fronte; input per lo sviluppo di nuove convinzioni, comportamenti e abitudini favorevoli alla salute e al nutrimento del sé), lettura attiva di testi di autoaiuto e visione di filmati educativi utilizzati anche come stimolo di nuovi apprendimenti.

Qui si inseriscono esperienze di Microlearning [47], in cui ai pazienti vengono inviati link, filmati, articoli, utili alla comprensione e al superamento del disturbo.

Nei laboratori psicoeducativi esperienziali si inseriscono anche genitori (soprattutto se di adolescenti), e vengono estesi anche a persone strettamente legate alla rete di appartenenza dei pazienti, coinvolte, a livello relazionale, nella cura. Coinvolgere più persone del contesto di appartenenza consente di facilitare informazioni univoche coerenti e di sostenere la collaborazione coordinata verso uno scopo condiviso.

Chi porta il disturbo ne diventa sin dall'inizio un esperto responsabile e un collabo-

ratore attivo nel processo terapeutico. L'autosostegno psicoeducativo è inserito nelle attività dei laboratori esperienziali psicoeducativi, e intende modificare, tramite l'acquisizione e il padroneggiamento di informazioni attraverso la metodologia dell'apprendimento attivo, le convinzioni rispetto alla preoccupazione per il peso e la forma fisica. Intende inoltre ridurre la sintomatologia relativa a restrizioni e comportamenti di compenso e consentire nuove e più efficaci strategie rispetto allo stile alimentare e alla scelta di attività di nutrimento del sé [48].

Questo approccio risulta importante nelle prime fasi della terapia di riferimento, perché consente di strutturare una relazione terapeutica collaborativa, potenziando l'empowerment. Alla luce degli studi fatti sull'applicazione della sola psicoeducazione e della sua integrazione con altri trattamenti, risulta che essa dia ottimi risultati come trattamento integrativo di altre terapie, mentre usata da sola risulta efficace solo per pazienti affetti da forme più lievi di disturbo [19, 35, 49, 50, 51, 52].

All'interno di questo modulo di autosostegno psicoeducativo si colloca il lavoro di auto-aiuto guidato: sono proposti strumenti per procedere all'uso della scrittura sia come narrazione autobiografica correttiva, sia come momento di deflusso di pensieri che ingorgano la mente e trovano un posto su una superficie (foglio o schermo), generando un senso di liberazione [53, 54, 55, 56].

Il programma ha un accento inizialmente cognitivo-comportamentale e prevede un percorso sequenziale di passi finalizzati a eliminare o diminuire i principali fattori di perpetuazione dei DA [34, 57].

Tale manualizzazione ha vari punti di forza: aumenta il senso di empowerment di ogni paziente, che sente di avere il controllo sul trattamento; non richiede l'intervento continuo di un terapeuta (con notevole diminuzione dei costi); può essere usata in fase di prima presa in carico (*primary care*).

Non si tratta di un programma adatto a tutta la popolazione pazienti affetta da DA. I criteri di esclusione sono piuttosto rigidi. L'auto-aiuto non va utilizzato come unico rimedio con chi è sottopeso, in gravidanza, chi soffre di depressione severa o se vi è un disturbo degli impulsi molto accentuato, con uso di sostanze stupefacenti, promiscuità, autolesionismo ripetuto. È inoltre necessaria un'elevata motivazione.

L'auto-aiuto è finalizzato ad agevolare:

1. l'uso della scrittura per l'autosostegno
2. la gestione equilibrata del tempo
3. l'individuazione di attività di nutrimento del sé
4. la compilazione del diario alimentare ed emotivo;
5. alimentazione pianificata/alimentazione consapevole/mindful eating
6. guida nell'identificazione delle situazioni ad alto rischio e nella scelta di attività alternative;
7. applicazione del problem solving creativo;
8. accettazione del peso naturale/confutazione dei pensieri disfunzionali;
9. monitoraggio consapevole dei fattori personali di mantenimento dei risultati e prevenzione delle ricadute.
10. Il riconoscimento dei momenti in cui c'è bisogno di chiedere aiuto.

4.1 L'approccio Blended

È in questa fase del trattamento che l'utilizzo di un approccio Blended mostra la sua efficacia.

Il termine Blended ha iniziato ad essere utilizzato più frequentemente a inizio secolo ed era riferito alla ricerca di fragranze migliori (ad es., per i liquori, per il caffè, per il tabacco), miscelando qualità differenti per ottenere il meglio da ognuna, come a dire che le caratteristiche dei vari prodotti si potenziano a vicenda [58].

In questa modalità, a differenza di quanto avviene nell'e-learning o nell'e-therapy, lo psicoterapeuta-formatore non sostituisce completamente il trattamento tradizionale ma usa la tecnologia per arricchire l'esperienza terapeutica ed ampliare la conoscenza degli argomenti/aree/dinamiche, utili al paziente, con una attenzione particolare alla comunicazione digitale ed alla nuova relazione terapeutica che si instaura tra i due quale fattore rilevante dell'evoluzione del paziente.

Nell'intervento Blended, i pazienti condividono le informazioni e lavorano direttamente con gli altri in un ambiente collaborativo e social, generando un'esperienza formativa più arricchita. La collaborazione tra i pazienti è più efficace quando le attività di gruppo si basano su risorse o lezioni online.

Le attività blended che includono componenti formali – autoformazione online seguiti da attività interattive e dal social learning – generano esperienze formative più ricche ed efficaci [29, 59].

La tipica situazione di lavoro Blended prevede persone che interagiscono in diverse modalità e tempi [58].

Indubbiamente l'alternarsi di strumenti diversi consente di aumentare il livello di attenzione dei partecipanti ai laboratori così come l'abitudine ad utilizzare pc e tablet per le attività quotidiane consente di condividere un approccio analogo anche per le attività formative ampliando i margini di libertà personale in termini di tempo e di location in cui fruire dei contenuti formativi.

Si tratta di uno spostamento ancor più marcato verso un apprendimento attivo e collaborativo da parte delle pazienti che afferiscono ai laboratori.

Dare la possibilità di affiancare informazioni testuali, visive e uditive consente un apprendimento più completo e dinamico, maggiormente in grado di soddisfare stili diversi di apprendimento [58, 60].

Dunque, a chi partecipa ai laboratori viene chiesto di essere attivamente coinvolto nella costruzione di conoscenza e non solo fruitore ultimo.

Il senso dell'approccio Blended è rimescolare l'apprendimento sia in senso orizzontale che verticale.

Non si tratta solamente dell'utilizzo di modalità differenti (presenza, distanza sincrona e asincrona, device e app differenti...); si tratta anche di modificare verticalmente l'apprendimento, da un modello up-down in cui il formatore agevola la conoscenza verso chi la 'subisce' un po' passivamente, a un modello in cui la conoscenza si costruisce 'dal basso' verso l'alto e dall'alto verso il basso [61, 58].

La cognizione distribuita estende la nozione tradizionale di cognizione, utilizzando

una base ontologica ampia, ovvero considerando il funzionamento cognitivo umano come parte di un meccanismo che va al di là della singola mente umana. Individuo e contesto vengono considerati come inseparabili, interdipendenti, funzionanti solo se l'uno è nell'altro. Questo significa che il contesto è parte integrante dell'attività mentale perché in parte generato dalla mente stessa e, di converso, la mente funziona solo nel contesto, quando è attivata e stimolata da strumenti e altri individui con cui entra in contatto [58] (p.11).

Quindi i laboratori si articolano in sessioni in presenza e lavoro a distanza. Si tratta di *e-tivity* [62], in cui la conoscenza non viene trasmessa ma costruita. Chi partecipa ai laboratori ricerca informazioni, le rielabora, le interpreta, ricombina le informazioni accumulate tra loro per costruire nuova conoscenza. Il laboratorio diventa così il momento di confronto in presenza rispetto a come stia procedendo il lavoro di ciascuno e il momento in cui integrare le conoscenze.

Un modo utile di procedere è attraverso i gruppi Jigsaw (in inglese, il Puzzle), gruppi che, come in un Puzzle, possono ricombinarsi e incastrarsi [63].

Si possono dividere i partecipanti al laboratorio in sottogruppi, e in una prima fase si procede al brainstorming rispetto alle varie aree, argomenti, sintomi, conseguenze, sofferenze connesse ai Disturbi Alimentari. La seconda fase potrebbe riguardare l'individuazione dei nuclei più importanti delle aree emerse. A questo punto c'è una prima divisione in sottogruppi (piccoli) a seconda dell'interesse personale.

Le ricerche e le discussioni in ogni sottogruppo proseguono poi al di fuori del laboratorio ed ognuno è libero di trovare le risorse come meglio crede, tutto questo coordinandosi in incontri online.

L'ulteriore step consiste nel rimescolare i gruppi di modo che le conoscenze diventino più trasversali possibili, in ogni nuovo sottogruppo dovrebbero confluire i partecipanti a diversi sottogruppi.

Durante i laboratori in presenza, un rappresentante del sottogruppo o tutto il sottogruppo prepara un po' di materiale (es., una piccola dispensa, delle slide, filmati autoprodotto o reperiti in rete...) ed espone i risultati del lavoro del sottogruppo.

L'approccio Blended contempla anche la possibilità che il conduttore dell'intervento/trattamento, possa condividere con i pazienti delle risorse che trova in rete e che ogni paziente può visionare quando ha tempo e disponibilità (Microlearning).

Per questo tipo di attività sarebbe buono utilizzare diversi software, app, programmi collaborativi (Trello, Skype, Doodle, Dropbox...) per alcuni dei quali occorre un po' di dimestichezza e alcuni potrebbero essere a pagamento.

Quello che viene messo a disposizione, per agevolare tutti, è uno spazio Google Drive, facilmente accessibile, utilizzabile senza particolari competenze. Se si dispone di una mail proprietaria (gmail) e di un comune browser, il funzionamento è abbastanza intuitivo. Ogni gruppo ha la sua 'cartella', a partire dalla cartella Generale in cui confluisce il materiale comune se ne possono creare delle altre secondo le esigenze specifiche.

A quanti sono coinvolti nel programma viene poi suggerito, naturalmente, di utiliz-

zare tutte le risorse gratuite disponibili in rete (portali, YouTube, Facebook, Skype, WhatsApp, Zoom, Meet ...) per continuare il lavoro.

5. Il lavoro allo specchio nel laboratorio psicocorporeo

La centralità dei problemi legati all'Immagine Corporea nei Disturbi Alimentari, ha spinto alla creazione di strategie innovative e potenzialmente più efficaci nel riuscire a ridurre oltre all'angoscia per il peso anche la preoccupazione per l'immagine corporea, nonché la definizione della propria Identità Corporea. Quello qui proposto, nel laboratorio, è un ciclo di otto incontri esperienziali in cui si propone anche un training per l'applicazione del flusso di consapevolezza mindfulness [64], utilizzata per l'esposizione allo specchio e la sperimentazione del proprio corpo in movimento attraverso i ritmi primari nella danzaterapia.

La chiave dovrebbe essere quella di modificare i modelli schematici disfunzionali con modelli più adattivi e l'esposizione allo specchio rappresenta un potente mezzo per modificare atteggiamenti mentali disfunzionali riguardanti il peso e le forme del corpo. A tale riguardo Wilson [65] ha descritto un metodo di esposizione allo specchio preceduta da un addestramento a descrivere il proprio corpo senza giudicarlo. L'adozione dello stile mindfulness permette un efficace processamento delle emozioni negative e una loro duratura riduzione, per modificare i significati della Immagine Corporea e per costruire nuovi schemi di significato più funzionali.

In sintonia con quanto espresso finora Wilson [65] ha elaborato una tecnica di esposizione allo specchio che utilizza la MBCT – Mindfulness Based Cognitive Therapy, ipotizzando che la preoccupazione disfunzionale per il peso e le forme corporee si ponga in quel livello di significato a cui la sola ristrutturazione cognitiva potrebbe non arrivare per una riduzione duratura delle preoccupazioni corporee disfunzionali. La tecnica da lui elaborata prevede che si stia in piedi di fronte a uno specchio a figura intera e che si descriva in modo sistematico il proprio corpo senza essere “giudicante”. La procedura prevede sette sedute e si parte dal/dalla cliente vestito/a, ma con abiti che con il proseguire della seduta siano sempre meno coprenti e sempre più attillati fino ad arrivare al costume da bagno. La velocità con cui il tutto avviene dipende dal/dalla paziente, che nelle ultime 3-4 sedute è anche incoraggiato/a a consumare “cibi proibiti” prima di esporsi e a guardare anche foto e immagini che sponsorizzano persone magre.

Durante l'esposizione il terapeuta aiuta ad adottare il medesimo atteggiamento di Mindfulness precedentemente descritto, proprio per favorire un'attenzione osservativa neutra al proprio corpo e alla mente, che permetta di raggiungere una piena, naturale e soprattutto neutra consapevolezza delle sensazioni corporee, dei pensieri e delle emozioni che la persona esperisce nel momento presente, senza distrarsi in valutazioni e ragionamenti su quanto le sta accadendo [66]. Per favorire un atteggiamento descrittivo, non giudicante e autocritico, la persona viene continuamente aiutata a dare ad alta voce una descrizione “oggettiva” del proprio corpo in modo olistico, considerando quindi i dettagli di ogni sua parte e senza focalizzarsi su alcuni

punti in particolare.

L'essenza è quindi quella di “osservare e descrivere, ascoltare ed accettare” tutto quello che si esperisce nel momento presente, senza impegnarsi in rimuginazioni su quello che dovrebbe o non dovrebbe essere, sul passato e sul futuro, lasciando “entrare ed uscire” da sé ogni pensiero, sensazione ed emozioni, senza provare a modificare quello che sta accadendo [65].

Tale atteggiamento favorisce una reazione più funzionale a quegli stimoli, i punti caldi del proprio corpo, che elicitano gli schemi e le preoccupazioni disfunzionali, senza incorrere ulteriormente in spirali di pensieri e sensazioni fisiche che perpetuano le preoccupazioni e quindi le emozioni disfunzionali. Grazie a questo atteggiamento la persona sente arrivare, crescere e poi decrescere le emozioni negative, con il vantaggio che, proseguendo le esposizioni, le “ondate” saranno sempre meno disturbanti e gli stimoli perderanno sempre più il loro potere patogeno [67].

Il laboratorio psico-corporeo include attività narrative sulla costruzione della propria identità corporea, creazioni artistiche a supporto della consapevolezza, espressioni grafo-pittoriche, esperienze di movimento creativo, sperimentazione della respirazione profonda diaframmatica.

6. Conclusioni

Il progetto di cura ambulatoriale Blended di gruppo per pazienti con Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione, si pone come un servizio che incontra diverse esigenze di pazienti con condotte restrittive o con condotte bulimiche o multi-impulsive. Il lavoro si dimostra efficace in tempi brevi, utilizza il supporto del servizio *online*, sia nel contesto psicoeducativo, sia nell'offrire ascolto e orientamento, attraverso assistenza a distanza (CONPOL- <http://www.consigliopsicologicoonline.it/>).

L'integrazione proposta, con parti in presenza, parti online, sincrone e asincrone, il Microlearning consente un utilizzo flessibile del servizio in un'ottica che tenga conto della complessità della vita quotidiana delle pazienti.

Trattandosi di un servizio ambulatoriale privato, ha anche la finalità di offrire costi contenuti all'utenza, obiettivo raggiunto sia grazie alla breve durata, alla disponibilità di professionisti qualificati che partecipano al programma con costi sociali, sia per l'integrazione di momenti online. La frequenza, seppur intensiva, prevede l'impegno di non più di due giorni a settimana durante il trattamento. Questo programma si coniuga bene con gli impegni della vita quotidiana di chi frequenta la scuola o lavora. Propone, inoltre, un contesto interpersonale inclusivo, in cui persone con diversa forma fisica, e diverso atteggiamento esplicito rispetto a peso, cibo e forme corporee, scoprono di avere stessi nuclei problematici, e imparano a conoscersi nella loro unicità e nella loro profonda uguaglianza.

La stessa équipe multidisciplinare include professionisti dell'area medica, psicologico clinica, nutrizionale, delle relazioni di aiuto e dell'area espressivo creativa.

La prospettiva è quella di far procedere il piano di trattamento proposto, da una fase pilota a un'implementazione a pieno ritmo.

BIBLIOGRAFIA

1. ISS (2022). *Giornata mondiale del fiocchetto lilla. Disturbi Alimentari, i dati aggiornati e la mappa dei servizi accreditati in Italia*. [Online]. Available: <https://amblav.it/disturbi-alimentari-i-dati-aggiornati-dell-iss-e-la-mappa-dei-servizi-accreditati-in-italia/>. [Consultato il 01 agosto 2022].
2. American Psychiatric Association (2014). *DSM 5 - Manuale diagnostico e statistico dei disturbi di personalità (5th. ed.)*. Milano: Cortina (ed. or. 2013).
3. Riva, E. (2022). *Fragili amazzoni. I nuovi disturbi alimentari delle adolescenti*. Milano: Angeli.
4. Santonastaso, P., Nassuato, M. (2016). Cambiamenti dei criteri diagnostici del DSM-5. In A.M. Ferro, G. Giusto (a cura di), *Cibo e corpo negati*, pp. 40-49. Milano, Mondadori.
5. Fairburn, C.G., Bohn, K. (2005, June). Eating Disorders NOS (EDNOS): an example of the troublesome 'not otherwise specified (NOS) category in DSM IV. *Behaviour Research and Therapy*, 43 (6), 691-701.
6. Dalla Ragione, L., Marucci, S. (2007). *L'anima ha bisogno di un luogo - Disturbi alimentari e ricerca dell'identità*. Milano: Tecniche Nuove.
7. Costa, E., Loriedo, C. (2007). *Disturbi della condotta alimentare. Diagnosi e terapia*. Milano: Angeli.
8. Rossi, S. (2020). *Psicoterapie della gestalt*. Milano: Angeli.
9. Fonagy, P., Roth, A. (1996). *Psicoterapie e prove di efficacia. Quale terapia per quale paziente*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
10. Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M., Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31.
11. Beker, A. (2003). Outpatient management of eating disorders in adults. *Current Womens Health Report*, 3(3), 221-9.
12. Riess, H., Dockray-Miller M. (2002). *Integrative group treatment for bulimia nervosa*. New York: Columbia University Press.
13. Agras, W.S. (1993). Short-term treatments for Binge-Eating. In G. Fairburn, G.T. Wilson (a cura di). *Binge Eating. Nature, Assessment and Treatment*. New York - London: The Guilford Press, pp. 270-286.
14. Mitchell, J.E., Hatsukami, D. (1985). Intensive outpatient group therapy for bulimia. In D.M. Garner, P.E. Garfinkel (a cura di), *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*, pp. 213 - 240. New York - London: The Guilford Press.
15. Safer, D.L., Adler S., Masson, P.C. (2019). *L'alimentazione emotiva. La soluzione DBT per rompere il cerchio delle abbuffate*. Milano: Cortina.
16. Santoni Rugiu, A., Calò, P., De Giacomo, P. (2003). *Anoressia e bulimia: la svolta*. Angeli: Milano.
17. Dalle Grave, R. (2003). *Prima di cominciare. Informazioni sul trattamento ambulatoriale dei disturbi dell'alimentazione*. Verona: Positive press.
18. Dalle Grave, R. (2000). *Perdere peso senza perdere la testa*. Verona: Positive Press.
19. Dalle Grave, R. (1998). *Alle mie pazienti dico che... Informazione e auto-aiuto per superare i disturbi alimentari*. Verona: PositivePress.
20. Fairburn, C. (1997). *Come vincere le abbuffate*. Verona: Positive Press.
21. Dalla Ragione, L., Pampanelli, S. (a cura di) (2016). *Prigionieri del cibo. Riconoscere e curare il disturbo da alimentazione incontrollata*. Roma: Il pensiero Scientifico.
22. Safer, D., Telch, C., Chen, E. (2011). *Binge Eating e bulimia. Trattamento dialettico-comportamentale*. Milano: Cortina.
23. Vinai, P., Todisco, P. (2007). *Quando le emozioni diventano cibo*. Milano: Cortina.
24. Giusti, E., Menici, F. (2016). *Trattamento dell'Immagine Corporea*. Roma: Sovera.
25. Ferro, A.M., (a cura di) (2016). *Cibo e Corpo negati*, Milano: Mondadori.
26. Dalla Ragione, L., Mencarelli, S. (2012). *L'inganno dello specchio. Immagine corporea e disturbi del comportamento alimentare in adolescenza*. Milano: Angeli.
27. Cash, T.F., Enry, P.E. (1995). Women's body images: The results of national survey in the U.S.A. *Sex roles*, 33, 19-28.

28. Bisagni, E., Facci, M. (2020). *Pro-ana. Tra supporto online e psicopatologia: nuove sfide terapeutiche*. Trento: Reverdito.
29. Iannazzo, A., Leoni, F., Ciuffo P. (2021). *Psicoterapia online. Come realizzare interventi efficaci a distanza*. Roma: Carocci.
30. Giusti, E. (2001), Presentazione. In J. Preston, *Psicoterapia Breve Integrata. Approccio cognitivo, psicodinamico, umanistico e neurocomportamentale*. Roma: Sovera.
31. Preston, J. (2001). *Psicoterapia Breve Integrata. Approccio cognitivo, psicodinamico, umanistico e neurocomportamentale*. Roma: Sovera.
32. Gabbard, G.O. (1994). Psychodynamic psychiatry in clinical practice: The DSM-IV edition (2nd edition). *American Journal of Clinical Hypnosis*, 42(3-4), 323-326
33. Tuschen, B., Bent, H. (1995). Intensive brief inpatient treatment of bulimia nervosa. In K.D. Brownell, G.C. Fairburn (a cura di), *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. New York: The Guilford Press.
34. Fairburn, C. (2017). Short-term Psychological treatments for Bulimia Nervosa. In D. Kelly, B. Brownell, T. Walsh (a cura di). *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. New York - London: The Guilford Press.
35. Fernandez, F., Sanchez, I. (1998). Psychoeducative ambulatory group in bulimia nervosa. Evaluation of a short-term approach. *Actas Luso Espanol De Neurologias, Psichiatria e Ciencias Affines*, 26(1) 23-28.
36. Riess, H. (2002). Integrative time-limited group therapy for bulimia nervosa. *International Journal of group Psychotherapy*, 52(1), 1-26.
37. Garner, D. (2008). *Eating Disorders Inventory EDI 3*. Firenze: Giunti OS.
38. Cuzzolaro, M., Vetrone, G., Marano, G., Battacchi, M. (1999). Body Uneasiness Test – BUT. Una nuova scala per la valutazione del disagio relativo all'immagine del corpo. *Psichiatria, Infanzia, Adolescenza*, 66(417).
39. Treasure, J., Schmidt, U. (2001). Ready, Willing and Able to Change: Motivational Aspects of the Assessment and Treatment of Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 9, 4-18.
40. Tingey, R., Burlingame, G., Lambert, M.J., Barlow, S.H. (1989). *Assessing clinical significance: extensions and applications*. Wintergreen (VA): SPR.
41. Butcher, J., Graham, J., Ben-Porath, Y., Tellegen, A., Dahlstrom, W., Kaemmer, B. (2011). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI2*. Firenze: Giunti OS (ad.to it. Sirigatti, S., Pancheri, P.).
42. Barbaranelli, C., Pacifico, M., Rapanà, L., Rosa, V., Giannini, L., Giusti, E. (2018). *DPA - Dimensional Personality Assessment. An Integrated Approach According DSM-5*. Firenze: Giunti Psychometrics.
43. Ventre, L. (2021). *Anoressia Nervosa: un possibile percorso di guarigione: Analisi Transazionale e Gestalt Terapia*. Roma: Armando.
44. Scrosati-Crespi, L. (1994). L'esperienza dell'A.B.A.: I gruppi psicoterapici. *Patologie da alimentazione e nutrizione*, pp. 197-203. Roma.
45. Narcotici Anonimi (1997). *Testo Base. Narcotics Anonymus World Service INC*. Chatsworth, California.
46. Spalletta, E., Florimonte, M.L. (2008). Il trattamento di gruppo della bulimia: un'applicazione breve dell'approccio pluralistico integrato. *Integrazione nelle Psicoterapie e nel Counseling*, 23/24, 28-42. Roma: Edizioni Scientifiche ASPIC.
47. Kapp, K.M., Defelice, R.A. (2019). *Microlearning: Short and Sweet*. Association for Talent and Development (ATD): Alexandria, VA
48. Olmsted, M.P., Kaplan A.S. (1995). Psychoeducation in treatment of eating disorders. In K.D. Brownell, G. Fairburn (a cura di.), *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*, pp. 289 - 293. New York - London: The Guilford Press.
49. Davis, P., Olmsted, M.P., Rockert, W. (1990). Brief group psychoeducation for bulimia nervosa: assessing significance of change. *Journal of Clinical Psychology*, 58(6), 882-5.
50. Davis, R., Olmsted, M., (1991). Group Psychoeducation for bulimia nervosa: with and without

- additional psychotherapy process sessions. *International Journal of Eating Disorders*, 22(1), 25-34.
51. Thiels, C., Schmindt, U., Garthe, R. (2003). Four-years follow-up of guided self-change for bulimia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 8(3), 212-7.
52. Olmsted, M.P., Davis, R., Eagle, M., Graner, D.M. (1991). Efficacy of a brief psychoeducational intervention for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 71-83.
53. Pierotti, F., Marucci, S. (2016). La scrittura autobiografica come terapia. In S. Marucci, L. Dalla Ragione (a cura di), *L'anima ha bisogno di un luogo*. Milano: Tecniche Nuove.
54. Demetrio, D. (2008). *La scrittura clinica. Consulenza autobiografica e fragilità esistenziali*. Milano: Cortina.
55. Balconi, E., Carolei, C. (2011). *L'autobiografia: scrivere di sé per stare bene*. Milano: Xenia.
56. Marucci, S. (2013). *Haiku nei Disturbi del Comportamento Alimentare*. Cesena: Sì.
57. Fairburn, C. (2018). *La terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. Trento: Erickson.
58. Ligorio, M. B., Cacciamani, S., Cesareni, D. (2021). *Didattica Blended. Teorie, metodi ed esperienze*. Milano: Mondadori.
59. Iannazzo, A. (a cura di) (2021, novembre). *Consulenza e formazione online, Integrazione nelle Psicoterapie*, 11. Roma: Aspic.
60. Ocepek, U., Bosnik, Z., Serbec, I.N., Rugelij, J. (2013). Exploring relation between style models and preferred multimedia types. *Computers & Education*, 69, 343-355.
61. Ligorio, M.B., Cacciamani, S., Cesareni, D. (2006). *Blended learning - Dalla scuola dell'obbligo alla formazione adulta*. Roma: Carocci.
62. Salmon, G. (2002). *E-tivities: a key to active online learning*. London: Routledge.
63. Aronson, E. (1978). *The jigsaw classroom*. Beverly Hills (CA): Sage Publishing.
64. Wilson, T. (2004). Acceptance and change in the treatment of eating disorders. In S. Hayes, V. Follette, M. Linehan (a cura di), *Mindfulness and acceptance. Expanding the cognitive-behavioral tradition*, pp.243-260. New York: Guilford press.
65. Wilson, G., (1999). Cognitive Therapy for eating disorders: progress and problems. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 579-595.
66. Segal, Z., Williams, M., Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. New York: Guilford. [Ediz. It. a cura di F. Giommi, (2006). *Mindfulness: Al di là del pensiero, attraverso il pensiero*, Torino: Bollati Boringhieri].
67. Morgan, S. (2005). Depression. Turning toward Life. In C. Germer, R. Siegel, P. Fulton (a cura di). *Mindfulness and psychotherapy*, 130-151. New York: Guilford press.