

6° Sessione 2013

Integrazione delle psicoterapie

DIFFERENTI TIPI DI TRATTAMENTO PSICOTERAPICO AD INTEGRAZIONE PER DCA CON/SENZA COMORBILITÀ

Schumann R, DiPauli D, Fasoli V, Luxardi GL, Tieghi L

a. Introduzione

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)(Bulimia Nervosa, Anoressia Nervosa, Disturbo da Alimentazione Incontrollata e Disturbi del Alimentazione Non Alimenti Specificati. APA, 2006) con e senza disturbi in comorbilità sia dell'Asse I che dell'Asse II, sono tra i disturbi più studiati. I trattamenti raccomandati dagli esperti per la cura di questi disturbi sono di tipo interdisciplinare: integrano la Riabilitazione Psiconutrizionale (RPN) con la **psicoterapia**, eventualmente affiancata dalla farmacoterapia. Tuttavia non tutta la psicopatologia dei DCA si esaurisce con gli aspetti sintomatologici prettamente collegati al disturbo (es. Nutrizionale, immagine corporea, ideale di magrezza, perfezionismo, bassa autostima nucleare, ecc...) che sono target della CBT-E (Cognitive Behaviour Therapy – Enhanced)(Fairburn, 2013). Pertanto risulta necessario enfatizzare aspetti patogeni transdiagnostici attraverso l'ideazione di orientamenti terapeutici diversi che hanno realizzato diversi tipi di psicoterapie per la cura specifica dei DCA con comorbilità psichiatriche. Tra gli studi empirici effettuati, è chiaro che i Disturbi d'Ansia sono significativamente più frequenti nei soggetti con disturbi alimentari rispetto alla popolazione generale. I ricercatori hanno dimostrato che spesso i Disturbi d'Ansia precedono i disturbi alimentari, suggerendo che l'ansia possa predisporre gli individui all'esordio e allo sviluppo di un disturbo alimentare e contribuire al suo mantenimento. Queste considerazioni portano a riflettere sullo snodo diagnostico/trattamento. Quanto più l'obiettivo della diagnosi è di individuare riferimenti oggettivi riscontrabili nella generalità delle situazioni e quindi una diagnosi categoriale, tanto più la necessità sarà di trovare trattamenti validati evidence-based che mostrino la loro efficacia rispetto a una casistica prototipica "pura" priva di comorbilità. Viceversa, se operiamo una diagnosi sulla persona nella sua individualità la psicoterapia diventa una pratica all'inseguimento della sua soggettività. Funziona quando si prefigge di costruire un luogo specifico per una persona in quanto unica e irripetibile e si occupa del suo modo unico di trovare o smarrire significati, delle sue peculiarità e idiosincrasie (Albasi, 2009). È evidente che questa definizione della psicoterapia entra fortemente in conflitto con la logica *evidence based*.

Le critiche a questa impostazione non sono mancate, come ad esempio la seguente: "I risultati delle ricerche, in particolare quelli che valutano l'*outcome* delle terapie, sono prodotti all'interno di contesti artificiosi, caratterizzati da un'elevata selezione dei pazienti (una percentuale elevatissima di pazienti viene esclusa dal trial) e dei terapeuti: si finisce così per valutare i risultati di terapie condotte in modi clinicamente 'puri', ma proprio per questo lontani dalla realtà. Spesso i campioni delle ricerche non assomigliano ai nostri pazienti veri, ma a etichette diagnostiche bidimensionali; anche i contesti di applicazione delle terapie spesso sembrano mondi ovattati e manualizzati, non fedeli alle realtà in cui come clinici ci troviamo a lavorare" (Dazzi, Lingiardi, Colli, 2004).

Più della metà dei pazienti con DCA presentano comorbilità acce e tali disturbi risultano antecedenti(Swinbourne et al., 2007) rispetto al Disturbo del Comportamento Alimentare. (Vedi Tab.1).

Tab.1 (Barton JB et al., 2006): Comorbilità con i Disturbi di Asse I:

- Disturbi dell'umore (94%): Depressione 46%, Disturbo Distimico 7%, Disturbo Bipolare 4%, Disturbo NAS (50%).
- Disturbi d'Ansia (56%): DOC (22%), PTSD (20%), GAD (8%), PD (4%), FS (3%).
- Uso e abuso di alcool (16%),
- Uso e abuso di sostanze psicoattive (22%),
- ADHD (6%),
- Disturbo Dissociativo (0,7%),
- Disturbi somatoformi (0,6%),
- Tricotillomania (0,5%),
- Schizofrenia (0,4%).

Comorbilità con Disturbi di Asse II:

- Cluster A (10%): Paranoide (7%), Schizoide (3%), Schizotipico (4%).
- Cluster B (28%): Antisociale (1%), Borderline (14%), Istrionico (8%), Narcisista (2%).
- Cluster C (41%): Dipendente (6%), Evitante (22%), Ossessivo-Compulsivo (12%).

Attualmente risultano maggiormente efficaci i trattamenti che includono terapie diverse ed intensive. La complessa e difficile realtà clinica del paziente DCA in comorbilità con disturbo di personalità richiede cure maggiori e più articolate, impone la combinazione di trattamenti diversi prescindendo dalle regole dottrinarie, anticipando un mutamento dei paradigmi teorici di riferimento (Liotti G.,2011).

Inoltre i pazienti con disturbi alimentari sono molto diversi tra loro sia per gli aspetti psicopatologici che per la durata della malattia e l'età d'insorgenza della stessa. Il compito rimane quello di affinare la capacità discriminativa diagnostica per progettare interventi efficaci e specifici. Un recente articolo su adolescenti con Anoressia Nervosa individua tre tipi di funzionamento (Gazzillo, Lingiardi et al., 2013):

- Un gruppo ad alto funzionamento, perfezionista che ha buone risorse per fronteggiare le sfide quotidiane in modo adeguato, in grado di provare emozioni negative e positive, senza rilevanti disturbi dell'identità.
- Il secondo gruppo è caratterizzato da difficoltà nella regolazione emotiva, con una condizione disforica e la tendenza a evitare passivamente le situazioni che possono indurre forti emozioni e un senso di incoerenza a livello identitario. Si tratta dello stile di personalità maggiormente correlato con comportamenti binge/purging
- Il terzo gruppo viene definito ipercontrollato/coartato, caratterizzato da inibizione emotiva, tendenza a evitare attivamente le emozioni negative, rigidità e difficoltà nel comprendere e descrivere se stessi e gli altri.

i. Definizioni

Aspetti funzionali che necessitano di una risposta psicoterapica specifica

1. aspetti cognitivi:
 - 1a. rimuginio
 - 1b. rigidità del pensiero

2. aspetti emotivi-relazionali
 - 2a. disregolazione emotiva
 - 2b. multimpulsività

1.a **Rimuginio**: Si tratta di un pensiero di tipo verbale astratto, privo di dettagli e di focalizzazione visiva, questo tipo di pensiero ripetitivo privo di immaginazione contribuisce a mantenere il rimuginio e a cronicizzarlo. Questo aspetto sintomatologico è caratterizzato da una catena di pensieri negativi, ripetitivi e tanto pervasivi da occupare tutto lo spazio mentale. Si tratta di un processo mentale collegato all'ansia e ne è un fattore di mantenimento poiché attiva dei correlati psicosomatici e cognitivi (= convinzioni positive e negative) che nutrono lo stesso stato ansioso.

1.b **rigidità del pensiero**: è un atteggiamento mentale inflessibile, scarsamente metacognitivo e molto difeso rispetto alle perturbazioni che il clinico agisce a fini terapeutici. La ricerca clinica, oltre alle evidenze provenienti dalle linee guida internazionali (APA 2006; NICE, 2004); si sta orientando ad aggredire i fattori sottostanti e transdiagnostici i DCA. Tra le altre sono state individuate come critiche la flessibilità cognitiva e l'estrema attenzione che queste pazienti attribuiscono ai dettagli periferici a discapito della visione d'insieme dei fenomeni concernenti il sé e il mondo circostante.

2.a Disregolazione emotiva: la capacità di tollerare e gestire l'attivazione emotiva conseguente agli eventi di vita è una competenza cognitiva che permette l'attuazione di processi di problem solving e di fronteggiamento delle difficoltà.

I soggetti in cui questa capacità è compromessa spesso reagiscono alle attivazioni emotive con comportamenti inappropriati, volti alla negazione e all'evitamento delle emozioni. Comportamenti tipici possono essere quelli legati all'uso e abuso di sostanze, ad agiti comportamentali aggressivi e/o pericolosi come nel caso dell'autolesionismo e dei tentativi di suicidio, in particolare le abbuffate compulsive sono state messe in relazione alla difficoltà nel tollerare emozioni negative.

2.b Multimpulsività: impulsività è un comportamento costituito da azioni o scelte compiute sotto la spinta di un'impellente pulsione, e contraddistinto da scarso o mancato intervento di un controllo inibitorio appropriato. Per controllo inibitorio si intende la capacità di trattenersi nell'azione o nella scelta per tutto il tempo necessario a valutarne i costi e i benefici, le possibili conseguenze e le opportunità alternative a disposizione, permettendo infine di compiere l'azione o la scelta stessa in maniera più consapevole e razionale. *Impulsività motoria e cognitiva*. Si distinguono due categorie di i., *motoria e cognitiva*. Nel primo caso si osservano azioni d'impulso, caratterizzate dalla tendenza a soccombere a una pulsione o a una tentazione molto forte. Ne consegue incapacità di trattenersi dall'eseguire una o più azioni che vengono da esse prepotentemente stimolate. Nel secondo caso, invece, si manifestano 'scelte impulsive', cioè decisioni prese con scarsa riflessione circa le possibili alternative e/o le possibili conseguenze.

La multimpulsività può essere una manifestazione dell'iperarousal che si riscontra nel Disturbo Post-Traumatico da Stress che porta a fenomeni multimpulsivi, di natura sia comportamentale che cognitiva.

ii. Quesiti:

1. È possibile integrare le psicoterapie?
2. Quali aspetti psicopatologici necessitano di una risposta psicoterapeutica integrativa?
3. Quale psicoterapia ha dato prove di evidenza scientifica e per quali aspetti psicopatologici?
4. Quali sono i fattori in comune alle diverse psicoterapie?

b. Stato dell'arte

R.Q.1

L'Integrazione delle Psicoterapie

I processi psicologici che caratterizzano le persone con DCA non sono rapidamente modificabili, occorre tempo e una relazione terapeutica sicura. Come già affermato, la maggior parte dei pazienti non presenta solo i sintomi categoriali del DSM-V ma anche quadri parziali e relative comorbidità. I sintomi del DCA spesso fungono da "portavoce" del senso di inadeguatezza, insicurezza e impotenza sviluppato a partire da attaccamenti insicuri o disorganizzati e traumi subiti nell'età evolutiva o nell'arco della loro vita. Di conseguenza è necessario fornire un'offerta terapeutica che, attraverso un'accurata valutazione clinica di tutte queste variabili, fornisca una risposta integrata e metateorica alle esigenze peculiari di ogni paziente (Alford & Beck, 1997). Primaria rispetto ad ogni riflessione teorica e tecnica è di fondamentale importanza la relazione terapeutica ovvero il modo in cui lo psicoterapeuta interagisce con il paziente, indipendentemente dalla scuola di pensiero. All'interno di questa macro cornice, si assiste dagli anni '80 in poi allo sforzo teorico scientifico di trovare un'integrazione delle psicoterapie, unitamente al tentativo di sviluppare un approccio psicoterapico "meta-teorico" (Wachtel, 2008). Nel frattempo l'*ecclettismo tecnico*, basato sulla combinazione di tecniche terapeutiche provenienti da diversi approcci conduce alla selezione di procedure di diversi orientamenti psicoterapeutici accomunati da un'approvata efficacia degli stessi (Lazarus, 1995; Norcross & Goldfried, 2005; Castonguay & Beutler, 2005).

R.Q.2

Oltre agli aspetti psicopatologici affrontati dalla CBT-E, la complessità clinica dei pazienti con DCA, anche legata alla massiccia presenza di comorbidità, rende auspicabile e raccomandato ampliare l'offerta terapeutica con moduli specifici che abbiano come target alcuni aspetti peculiari del funzionamento cognitivo ed emotivo. Aspetti messi in luce dalla recente ricerca clinico-sperimentale.

R.Q.3

La base teorico-applicative delle Terapie Cognitive e Cognitive Comportamentali prevede la presa in carico dell'individuo nella sua complessità. La ricostruzione della storia di vita, delle relazioni significative, degli eventi stressanti e traumatici, la raccolta delle competenze e delle vulnerabilità sono gli elementi costitutivi di un percorso terapeutico cognitivo. Un *setting* creato sulla base di una alleanza terapeutica forte e condivisa che utilizza i fattori della relazione come fattori specifici della cura è la *conditio sine qua non*, il terapeuta cognitivo muove i suoi interventi. Storicamente la terapia cognitiva appoggia i propri interventi su basi sperimentali, creando specifici moduli di intervento, che possano essere replicati e standardizzati. Gli studi *evidence-based* degli ultimi anni hanno portato alla creazione di specifici moduli integrativi volti a modificare elementi psicopatologici peculiari nel mantenimento e nelle ricadute nei DCA. Negli ultimi anni sono state portate evidenze, sia cliniche che sperimentali rispetto alla necessità di inserire nei percorsi strutturati di CBT per i DCA, protocolli specifici per aspetti sintomatologici e funzionali.

TRAUMA-FOCUSED COGNITIVE-BEHAVIOR THERAPY (TF-CBT)

I pazienti DCA che presentano anche una comorbidità con il Disturbo da Stress Post Traumatico (23%) (PTSD) necessitano di un modulo di CBT focalizzata sul trauma (Trauma-terapia), attraverso il quale vengono elaborati e rimossi i sintomi invalidanti quali flashbacks e iperarousal presenti nel PTSD, favorendo la diminuzione e la scomparsa degli stati di elevata tensione psico-fisiologica che possono essere istigatori o acceleratori dei circoli viziosi psico-biologici dei DCA. In particolare quindi questo pacchetto terapeutico risulta efficace nella cura della multimpulsività (2.b) con aspetti di autolesionismo, molto spesso di matrice traumatica (Forneris et al, 2013). **Livello III, FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE B.**

MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY (MBCT)

Nel caso di pazienti con DCA con comorbidità con Depressione (48%) e acceso rimuginio (1.a) è raccomandata la somministrazione di un modulo di Mindfulness, che si è rivelato efficace per lo sviluppo di competenze metacognitive e di regolazione degli stati emotivi negativi. Inoltre, l'apprendimento di tecniche di mindfulness presenta evidenze di efficacia rispetto ai sintomi depressivi, in particolare il rimuginio, che accompagnano ed aggravano la sintomatologia DCA (Woolhouse et al, 2012). **Livello II, FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE B.**

COLLOQUIO MOTIVAZIONALE (MOTIVATIONAL INTERVIEWING)

Il colloquio motivazionale, sviluppato negli Stati Uniti da Miller e Rollnick, è un approccio particolarmente utilizzato nell'ambito delle dipendenze patologiche. Questo avviene tramite la **comprensione dell'ambivalenza** relativa alla **cessazione del comportamento compulsivo** e dei **processi psichici** che inducono resistenze utilizzando un insieme di tecniche. L'approccio motivazionale si fonda sulla comunicazione ed esplora le preoccupazioni e le priorità attuali esposte dal paziente. Il colloquio motivazionale mira a coinvolgere il paziente in una situazione terapeutica che lo porterà ad attuare decisioni necessarie per intraprendere un percorso di recupero (Schmidt et al., 2013). **Livello I, FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE B.**

TRAUMA-FOCUSED COGNITIVE-BEHAVIOR THERAPY (TF-CBT)

I pazienti dca che presentano anche una comorbidità con il Disturbo Post Traumatico da Stress (23%) (PTSD) necessitano di un modulo di CBT focalizzata sul trauma (Trauma-Terapia), attraverso il quale vengono elaborati e rimossi i sintomi invalidanti quali flashbacks e iperarousal presenti nel PTSD, favorendo la diminuzione e la scomparsa degli stati di elevata tensione psico-fisiologica che possono essere istigatori o acceleratori dei circoli viziosi psico-biologici dei DCA. In particolare quindi questo pacchetto terapeutico risulta efficace nella cura della multipulsività con aspetti di autolesionismo, molto spesso di matrice traumatica (Foneris et al, 2013). **LIVELLO III, FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE B.**

EMDR (EYE MOVEMENTS DESENSITIZATION AND REPROCESSING)

L'EMDR è un approccio recente, innovativo sviluppato negli Stati Uniti da Francine Shapiro. L'EMDR è molto efficace per la cura di disturbi che hanno un'origine traumatica ed in particolare del Disturbo Post-Traumatico da Stress. Tale tecnica è stata utilizzata anche nell'ambito dei DCA per quanto riguarda il trattamento dell'immagine corporea negativa (Bloomgarden&Calogero, 2008). **Livello I, FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE B.**

DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY (DBT)

I moduli di Dialectical Behavior Therapy (DBT) sono raccomandati in particolare per la promozione delle competenze di regolazione emotiva(2.a) spesso carenti nel caso di pazienti con DCA (in particolare Bulimia Nervosa) e vengono utilizzati per la gestione della multipulsività, nella gestione delle abbuffate della BN. In particolare, i moduli di skills training in cui vengono appresi strumenti per la gestione delle vulnerabilità nei rapporti interpersonali da poter utilizzare nelle situazioni critiche individuate come istigatori di agiti impulsivi, come le abbuffate e i moduli dedicati alla regolazione degli stati emotivi attraverso competenze di problem solving associate a competenze di mindfulness (Albertz et al., 2012; Courbasson et al, 2012). **Livello I, FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE A.**

COGNITIVE REMEDIATION THERAPY (CRT): Dalla ricerca neurocognitiva è stata estrapolata la Cognitive Remediation Therapy (CRT), un modulo terapeutico che attraverso specifici esercizi cognitivi ha come obiettivo quello di promuovere la flessibilità mentale(1.b) e la capacità dei pazienti con DCA di adottare un atteggiamento più adeguato e maggiormente viabile nella concettualizzazione e nella lettura della propria esperienza personale. Le evidenze in questo ambito sono in aumento in modo esponenziale (Lock et al, 2013). **Livello I, FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE A.**

R.Q.4

I fattori comuni tra le varie psicoterapie saturano tuttavia non più del 30% dell'outcome (Norcross, 2005). È probabile che fattori specifici e aspecifici si potenzino reciprocamente (Beutler & Harwood, 2002). Probabilmente i fattori aspecifici rappresentano una condizione essenziale per ottenere il cambiamento, ma da soli non possono spiegare l'outcome. Valutando congiuntamente fattori aspecifici (alleanza terapeutica, variabili pretrattamento del paziente) e dei fattori specifici (quattro differenti tipi di intervento) su un campione di 40 pazienti, si è osservato come la loro interazione fosse in grado di spiegare almeno il 60% della varianza dell'outcome (Beutler, Moleiro, Malik, 2000). Il 40% restante sembra essere saturato da variabili riferite al paziente (Norcross, 2005): gravità e tipologia del problema, disponibilità al cambiamento, eventi facilitanti o ostacolanti la terapia, grado di sostegno fornito dalla rete sociale.

Da un lavoro di alcuni anni fa (Castonguay et al., 1996), realizzato sui trascritti delle sedute, indipendentemente dalla teoria di riferimento, venivano individuati tre fattori:

1. la qualità dell'alleanza di lavoro (o alleanza terapeutica);
2. la discussione delle cognizioni distorte;
3. una variabile definita *experiencing*, che veniva così definita: "agli stadi più bassi di *experiencing* il cliente parla di eventi, idee o altre persone (stadio 1), si riferisce a sé e senza esprimere emozioni (stadio 2), o esprime emozioni ma solo se si riferiscono a circostanze esterne (stadio 3); in stadi più alti il cliente si focalizza direttamente su emozioni e pensieri su di sé (stadio 4), si impegna a esplorare la sua esperienza interiore (stadio 5), e acquista consapevolezza di sentimenti e significati precedentemente impliciti (stadio 6). Lo stadio più alto si riferisce ad un processo continuativo di approfondita comprensione di sé".

BIBLIOGRAFIA:

- Albas C. (2009). Psicopatologia e ragionamento clinico. Cortina Editore.
- Alberts HJ, Thewissen R, Raes L. (2012). Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*. Jun;58(3):847-51. (II livello).
- American Psychiatric Association (2006). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, (3th ed). American Psychiatric Association, Washington DC.
- Bardone-Cone AM, Harney MB, Maldonado CR, Lawson MA, Robinson DP, Smith R, Tosh A. (2010). Defining recovery from an eating disorder: Conceptualization, validation, and examination of psychosocial functioning and psychiatric comorbidity. *Behav Res Ther*. Mar;48(3):194-202.
- Barton JB et al. (2006), Psychiatric Comorbidities of Female Inpatients With Eating Disorders. *Psychosomatic Medicine* 68:000-000

- Bowyer L, Wallis J, Lee D. (2013). Developing a Compassionate Mind to Enhance Trauma-Focused CBT with an Adolescent Female: A Case Study. *Behav Cogn Psychother.* May 17:1-7. (V livello).
- Brown TA, Keel PK. (2012). Current and emerging directions in the treatment of eating disorders. *Subst Abuse.*;6:33-61. (VI livello)
- Castonguay LG., Goldfried MR., Wiser S., Raue PJ., Hayes AM. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 64(3), 497-504.
- Castonguay L.G. & Beutler L.E. (2005). *Principles of Therapeutic Change that Work.* Oxford Series in Clinical Psychology
- Cohen J. A., Mannarino A. P., Deblinger E. (2006), *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents.* New York: Guilford.
- Courbasson C., Nishikawa Y., Dixon L. (2012). Outcome of Dialectical Behaviour Therapy for Concurrent Eating and Substance Use Disorders. *Clin Psychol Psychother.* 19, 434-449.
- Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Palmer RL, Dalle Grave R.(2013).Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: a UK-Italy study. *Behav Res Ther.* 2013 Jan;51(1):R2-8.
- Foa E. B., Keane T. M., Friedman M. J., Cohen J. A. (2009), *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies.* New York: Guilford.
- Forneris CA, Gartlehner G, Brownley KA, Gaynes BN, Sonis J, Coker-Schwimmer E, Jonas DE, Greenblatt A, Wilkins TM, Woodell CL, Lohr KN. (2013). Interventions to prevent post-traumatic stress disorder: a systematic review. *Am J Prev Med.* Jun;44(6):635-50. (III livello)
- Gazzillo F, Lingiardi V, Peloso A, Giordani S, Vesco S, Zanna V, Filippucci L & Vicari S; (2013) Personality subtypes in adolescents with anorexia nervosa, *Compr Psychiatry.* 54(6):702-12.
- Hay P. (2013). A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005-2012. *Int J Eat Disord.* Jul;46(5):462-9. (I livello).
- Huppert JD, Roth DA, Foa EB. (2003). Cognitive-behavioral treatment of social phobia: new advances. *Curr Psychiatry Rep.* Aug;5(4):289-96. (VI livello)
- J. Stein, J. E. Young, *Cognitive Schemas and Core Beliefs in Psychological Problems. A Scientist-Practitioner Guide.* Washinton dc: apa (trad. It: La terapia cognitivo-comportamentale focalizzata sugli schemi per i disturbi dell'alimentazione. In: L. P. Riso et al., *Schema therapy e terapia cognitiva nel trattamento dei disturbi di Asse I.* Firenze: Eclipsi Edizioni, 2011, pp. 139-70).
- Kobori O, Salkovskis PM. (2013). Patterns of reassurance seeking and reassurance-related behaviours in OCD and anxiety disorders. *Behav Cogn Psychother.* Jan;41(1):1-23. (II livello)
- Lazarus, A. A. (1995). Different types of eclecticism and integration: Let's be aware of the dangers. *Journal of Psychotherapy Integration*, 5 (1), 27-39.
- Liotti G., Farina B., Rainone A. (2005), *Due terapeuti per un paziente. Dalla teoria dell'attaccamento alle psicoterapie a setting multipli.* Roma-Bari: Laterza.
- National Institute For Clinical Excellence. (2004). *Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders.* The British Psychological Society and Gaskell, London.
- Norcross J.C.& Goldfried M,R (2005) *Handbook of Psychotherapy Integration.* Oxford Series in Clinical Psychology
- Safer D. L., Telch C. F., Chen E. Y. (2009), *Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating and Bulimia.* New York: Guilford (trad. it. *Binge Eating e Bulimia:Trattamento dialettico-comportamentale.* Milano: Raffaello Cortina 2011).
- Simpson SG, Morrow E, van Vreeswijk M, Reid C. (2010). Group schema therapy for eating disorders: a pilot study. *Front Psychol.* 2010;1:182. (III livello)
- Swinbourne J, Hunt C, Abbott M, Russell J, St Clare T, Touyz S. (2012).The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Aust N Z J Psychiatry.* 2012 Feb;46(2):118-31.
- Wachtel P.L. (2008). *Relational Theory and the Practice of Psychotherapy.* Guilford Press
- Waller G. (2008). A 'trans-transdiagnostic' model of the eating disorders: a new way to open the egg? *Eur Eat Disord Rev.* 2008 May;16(3):165-72.
- Westen D., Morrison K., Thompson-Brenner H. (2004), *The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials.* *Psychological Bulletin*, 130, pp. 631-63 (trad. it. Lo statuto empirico delle psicoterapie validate empiricamente: assunti, risultati e pubblicazione delle ricerche. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1, 2005, pp. 7-90).
- Williams TI, Salkovskis PM, Forrester L, Turner S, White H, Allsopp MA. (2010). A randomised controlled trial of cognitive behavioural treatment for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* May;19(5):449-56. (II livello)
- Wolever R. Q., Best J. L. (2010), *Mindfulness-Based Approach to Eating Disorders.* In: F. Didonna (ed.), *Clinical Handbook of Mindfulness.* New York: Springer.
- Woolhouse H, Knowles A, Crafti N. (2012). Adding mindfulness to CBT programs for binge eating: a mixed-methods evaluation. *Eat Disord.*; 20(4):321-39. (II livello)