Le funzioni metacognitive nei pazienti con disturbi del comportamento alimentare. Uno studio sul trattamento di gruppo psicodinamico

Claudia Prestano¹, Viviana Cicero², Salvatore Gullo², Grazia Alcuri², Gianluca Lo Coco², Antonino Carcione³

Sommario: Evidenze cliniche ed empiriche mostrano che i pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare (DCA) presentano gravi disfunzioni di tipo metacognitivo nell'esecuzione di operazioni intellettive, e nella possibilità di riflettere su di esse. Questo lavoro descrive i risultati preliminari di uno studio single-case sulla relazione tra deficit delle funzioni metacognitive e pazienti con DCA ed il cambiamento di tali funzioni nel corso di una psicoterapia. Sono state studiate sei pazienti (tre con anoressia nervosa e tre con bulimia nervosa) che hanno partecipato ad una psicoterapia di gruppo ad orientamento psicodinamico presso un servizio di Neuropsichiatria Infantile. La valutazione delle funzioni metacognitive delle pazienti è stata effettuata utilizzando la Scala di Valutazione della Metacognizione (SVaM; Carcione et al., 1997), applicata ai trascritti integrali delle sedute. Dai risultati preliminari riguardanti il primo anno di terapia, si evince che le disfunzioni metacognitive più evidenti in questo gruppo di pazienti, riguardano sottofunzioni dell' *Autoriflessività* e della capacità di *Mastery*. Come rivela la quasi totale assenza di fallimenti, invece, le pazienti presentano un buon funzionamento metacognitivo rispetto alla *Comprensione della mente altrui*. Lo studio non ha identificato significative differenze tra le pazienti affette da anoressia nervosa e da bulimia nervosa.

Parole chiave: autoriflessività, comprensione della mente altrui, disturbi alimentari, mastery, metacognizione, SVaM.

Abstract: There is an emerging empirical evidence that patients with eating disorders have severe metacognitive concerns, i.e. ability to reflect on mental states. This single-case study aims to explore the relationship between limited metacognition and eating symptoms in six patients who attended a long-term group treatment. This study also aims at analysing the change of patients' metacognition over the course of treatment. All the patients were female, with a mean age of 17 years. Three patients have a diagnosis of anorexia nervosa, and three have a diagnosis of bulimia nervosa. The group treatment was delivered in a outpatient clinic of the hospital of Acireale (CT). The SVaM (Carcione et al., 1997) was used to measure metacognition of patients, by analysing the transcripts of group sessions. The preliminary findings, which included the first year of the group treatment (N = 27 group sessions) showed that metacognitive dysfunctions more evident concern Understanding One's Own Mind and Mastery. The first concerns abilities to reflect on the own mental states; the second concerns ability of regulation and control. Data show that patients don't present failures in the Understanding Other's Minds. The study has not identified meaningful differences between anorexic patients and bulimic patients.

Key words: Eating disorders, Mastery, Metacognition, SVaM, Understanding One's Own Mind, Understanding Other's Minds

¹ Facoltà di medicina e chirurgia, dipartimento di scienze pediatriche, mediche e chirurgiche, Università degli studi di Messina. ² Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Palermo; ³ Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma.

Corrispondenza: Claudia Prestano, Contrada Khazzen, snc 91017 Pantelleria; e-mail: claudiaprestano77@libero.it

“ Severo narro. Penso quanto sento.

Parole sono idee.

Rumoroso il fiume passa,

ma il rumore non passa,

poiché è nostro, non del fiume.”

F. Pessoa (1994)

1. Introduzione

L'inconsapevolezza interocettiva venne identificata dalla Bruch (1962) come uno dei nuclei patogenetici fondamentali dell'anoressia, definita come *l'incapacità ad interpretare gli stimoli interiori* (1978), ovvero di identificare accuratamente, rispondere e descrivere le esperienze interne, in particolare gli stati emozionali. Tale concettualizzazione sembra avere rappresentato per la comunità scientifica uno stimolo ad intraprendere un filone di ricerca che mettesse insieme le funzioni metacognitive ed i disturbi alimentari.

Negli ultimi anni, infatti, molti studi empirici (Overton, Selway, Strongman e Houston, 2005; Bydlowski et al., 2005; Carano, 2007; Corcos et al., 2000; Zonnevylle-Bender et al., 2004), pur utilizzando metodologie diverse e/o valutando aspetti emotivi diversi, convergono nell'affermare che la mancanza di consapevolezza emotiva rappresenta un fattore predominante nei disturbi del comportamento alimentare (DCA).

Anche le credenze autovalutative negative, derivanti soprattutto dalla convinzione di non poter fronteggiare *emozionalmente* le situazioni temute, giocano un ruolo importante nell'eziologia di questi disturbi (Sassaroli, Ruggiero, 2002; Kreitler et al., 2003; Apparigliato, Ruggiero e Sassaroli, 2004; Meyer et al., 2005). Alcuni studi (Dugas, Freeston e Ladoucer, 1997) mostrano come il rimuginio, il perfezionismo patologico ed il bisogno di controllo, ampiamente evidenziati nei soggetti con disturbi del comportamento alimentare (Vervaet, Audenaert e van Heeringen, 2003; Apparigliato, Ruggiero, Sassaroli, 2004; Tchanturia et al., 2004; Yellowlees, 1997) abbiano una funzione protettiva dinanzi alla difficoltà di fronteggiare situazioni problematiche.

Nel corso degli ultimi anni, molti studi sui fattori eziopatogenetici dell'anoressia e della bulimia (Pettersson, 2004) si sono focalizzati sul senso di inadeguatezza connesso alle credenze negative su di sé e all'intolleranza alle emozioni, che caratterizza i soggetti con tali disturbi, individuando nei comportamenti alimentari patologici un tentativo, seppur doloroso e poco efficace, di auto-terapia. Tali disfunzioni che caratterizzano i disturbi alimentari rientrano nell'area della Metacognizione (Carcione, 2007), ossia della Funzione Metacognitiva, definita come la capacità di riconoscere e regolare gli stati mentali, nonché emotivi, e le credenze su se stessi (Carcione, 2007; Semerari, 1999; Wells, 2002).

1.2 La metacognizione

Il concetto di “metacognizione”, può essere inteso come “autoconsapevolezza distaccata”, uno stato in cui si è coscienti dei propri pensieri e delle proprie sensazioni ed in cui si riesce a mantenere una certa distanza (Wells, 2002).

Alcuni studi (Dweck, 2000) hanno mostrato che le persone sviluppano teorie del sé, (*meaning systems*) ovvero convinzioni sulla propria intelligenza, motivazione e personalità, attraverso cui organizzano il proprio mondo e danno significato alle esperienze.

Tali funzioni rientrano nella definizione di *metacognizione* (Carcione et al., 1997; Carcione, Falcone, 1999; Fonagy, Gergely, Jurist e Target, 2002) ed includono ogni operazione della mente permettendo di rispondere alle domande “chi sono”, “cosa provo”, “chi voglio essere”, compiti particolarmente importanti durante l'adolescenza, periodo in cui è presente una grande confusione rispetto alla propria identità personale e nel quale generalmente hanno esordio i disturbi alimentari (Mattei, 2002).

Di contro, la carenza di queste attitudini può gravemente compromettere la possibilità di vivere una normale vita sociale e relazionale (Carcione e Semerari, 2006).

Nello specifico, la funzione metacognitiva è stata definita come la capacità dell'individuo di compiere operazioni cognitive ed euristiche sulle proprie ed altrui condotte psicologiche, nonché la capacità di utilizzare tali conoscenze a fini strategici per la soluzione di compiti e per padroneggiare specifici stati mentali fonte di sofferenza soggettiva (Carcione et al., 1997).

Karasu (1994) sottolinea che una maggiore consapevolezza di sé e un aumento della padronanza cognitiva delle proprie problematiche psicologiche rappresentino l'obiettivo principale cui tendono la maggior parte delle psicoterapie indipendentemente dal modello teorico di riferimento. L'incremento della metacognizione, quindi, potrebbe essere inteso come un importante fattore terapeutico, strettamente connesso con la stabilità dei miglioramenti ottenuti (Carcione et al., 1997; Nicolò, Centenero, Nobile e Porcari, 2002).

1.3 Disfunzioni metacognitive come disturbi dell'autoregolazione nei DCA

Numerosi autori concettualizzano i DCA come disturbi dell'autoregolazione (Taylor, 1997; Aquilar, 2005; Migliozi et al., 2006; Carano, 2007), e sempre maggiori evidenze cliniche ed empiriche evidenziano gravi difficoltà nella comprensione degli *stati mentali* propri ed altrui (Liotti, 2001; Busato, Rossi, 2004) e nel mettere in atto adeguate strategie per gestire e regolare stati e rappresentazioni mentali fonte di sofferenza soggettiva (Dingemans, Spinhoven e van Furth, 2006; Van Vreckem e Vandereycken, 1995; Leung, Waller, Thomas, 2000; Kreidler, Bachar, Canetti, Berry e Bonne, 2003).

Tale inconsapevolezza e la conseguente incapacità di regolazione di tali stati (Overton, Selway, Strongman e Houston, 2005; Caviglia e Cecere, 2007; Petterson et al., 2004) conduce, tanto nella bulimia quanto nell'anoressia, a

comportamenti tesi ad evitare il contatto con le esperienze emotive, mantenendo uno stato di inconsapevolezza emotiva o soprattutto, qualora sorgano le emozioni, a comportamenti impulsivi tesi a scaricare gli stati affettivi esperiti come negativi¹ (Van Vreckem e Vandereycken, 1995; Briere e Runtz, 1988; Heatherton e Baumeister, 1991; Lane e Schwarz, 1987). Di questi due *pattern* comportamentali, il primo è generalmente più associato alla condizione anoressica ed il secondo a quella bulimica (Caviglia e Cecere, 2007).

Coerentemente a queste osservazioni, studi empirici hanno ampiamente mostrato che le pazienti anoressiche utilizzerebbero l'autodeterminazione, il perfezionismo e l'autocontrollo per gestire l'alterazione della regolazione emozionale (Halmi et al., 2000; Lilenfeld, Kaye e Strober, 1997; Lilenfeld e Kaye, 1998; Pryor e Wiederman, 1996), mentre le pazienti bulimiche tenderebbero maggiormente a mettere in atto comportamenti impulsivi (Diaz-Marsa, Carrasco e Saiz, 2000; Bulik et al., 1992; Casper, Hedeker e McKlough, 1992; Bell, 1999; Vitousek e Manke, 1994; Montecchi, 1998).

Oltre all'incapacità di riconoscimento delle emozioni, spesso è stata riscontrata nei pazienti con anoressia o bulimia anche una marcata mancanza di consapevolezza delle proprie sensazioni corporee (Garfinkel e Garner, 1984) e della capacità di distinguerle dalle emozioni (Bruch, 1973; Carano, 2007). Ciò evidenzia sia l'impossibilità a riflettere su alcuni contenuti dell'esperienza che la condizione di anosognosia² che caratterizza tali pazienti (Vervaeke, Audenaert, Van Heeringen, 2003; Mucci, 2002). L'anosognosia, infatti, è legata in modo significativo con le capacità metacognitive di regolazione (Carcione e Semerari, 2006) ed è un presupposto fondamentale per il cambiamento terapeutico (Yalom, 1990).

Diversi autori hanno connesso la resistenza al cambiamento e i frequenti *drop-out* che si osservano nel corso del lavoro psicoterapeutico con questa tipologia di pazienti, con il deficit delle funzioni metacognitive (Schumann e Ballardini, 2002; Falcone, Marraffa e Carcione, 2003; Jeammet et al., 1991; Le Grange, 1999). I soggetti affetti da DCA non solo non riescono a descrivere verbalmente il contenuto degli stati mentali problematici e a descriverne le diverse componenti (Aguilar, 2005) ma considerano i loro comportamenti patogeni come la soluzione di un problema (Puliatti, 2007). Talvolta, il sintomo è ricondotto ad un generico non accettarsi a livello fisico, piuttosto che ad un senso del Sé negativo (Mucci, Sorrentino, Merlotti e Galderisi, 2005). Spesso è stata sottolineata l'impossibilità di queste pazienti a collegare il sintomo con il contesto emotivo ed interpersonale in cui esso si realizza e con un negativo senso del Sé (Mucci, 2002).

Infine, nel lavoro clinico con pazienti affetti da anoressia e bulimia emerge spesso la difficoltà ad effettuare operazioni relative alla "comprensione della mente altrui", cioè l'assenza di comprensione di come l'Altro regoli il proprio mondo affettivo e relazionale (Mucci, Sorrentino, Merlotti e Galderisi, 2005) che sottostà alla tendenza a cogliere gli atteggiamenti dell'Altro come informazioni su di sé.

¹ Per molti soggetti affetti da DCA il problema non è la positività o negatività delle emozioni quanto la loro intensità (Stice, 2001; Dalle Grave, 2003; Montecchi, 2006).

² L'anosognosia è l'incapacità di riconoscere certi eventi mentali come patologici.

Nella nostra esperienza clinica, in particolare in terapie gruppali ad orientamento gruppoanalitico, le pazienti anoressiche e bulimiche, soprattutto durante la prima fase del trattamento, presentano grandi difficoltà a distinguere le proprie emozioni da quelle degli altri membri del gruppo, attivando processi di identificazione che non permettono lo scambio interpersonale come fattore terapeutico (Prestano et al., 2005b).

Alcuni autori rimandano le difficoltà interpersonali di tali soggetti ad un deficit selettivo della Teoria della Mente³ (Tchanturia et al., 2004) e all'incapacità di riconoscere gli stati emotivi altrui attraverso le espressioni del volto (Zonnevylle-Bender et al., 2004; Frigerio et al., 2000).

Diversi studi hanno mostrato in soggetti affetti da DCA, in particolare da anoressia nervosa, la presenza di difficoltà nella mentalizzazione, incapacità ad empatizzare (Gillberg et al., 1996), bassa *funzione riflessiva*⁴ (Ward et al., 2001), disfunzioni della Teoria della Mente (Tchanturia et al., 2004). Tali alterazioni metacognitive risultavano, peraltro, indipendenti dalla durata della malattia (Tchanturia et al., 2004), dal peso corporeo e permanevano a follow-up di 10 anni (Nilsson et al., 1999).

Secondo quanto suggerito da Tchanturia et al. (2004), la disfunzione della Teoria della Mente sarebbe maggiormente evidenziabile ponendo i pazienti dinanzi a compiti che richiedono un'elaborazione emotivamente più "calda", come per esempio l'interpretazione delle espressioni facciali delle emozioni.

Particolarmente esemplificativo di tale difficoltà di lettura della mente altrui sembra lo studio di Frigerio et al. (2000) in cui venne valutata in questi pazienti la capacità di interpretare le emozioni altrui. L'ipotesi dello studio era che la difficoltà di lettura dei propri stati interni (Schmidt et al., 1993), fosse associata anche ad un'incapacità di riconoscere e decodificare le emozioni ed i segnali delle emozioni nelle altre persone. I risultati indicarono che tali soggetti presentavano notevoli difficoltà nel decodificare le espressioni facciali delle emozioni altrui. Gli autori, considerando le espressioni facciali delle emozioni quali fonti importanti di informazioni nella gestione dei rapporti interpersonali, ritennero che in queste pazienti tali difficoltà a livello emotivo influenzassero la loro capacità di gestire in modo adeguato le relazioni interpersonali (Apple, 1999; Fairburn et al., 1995; Bell, 1999; Puliatti, 2007).

Da queste premesse prende avvio questo studio sulla relazione tra funzionamento metacognitivo e psicopatologia dei disturbi alimentari, a partire da una collaborazione di ricerca tra il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Palermo ed il Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma. In questo lavoro porremo la nostra attenzione sulle disfunzioni metacognitive associate ai

³ La Teoria della Mente (TdM) è stata definita come l'abilità di attribuire stati mentali a sé stessi e agli altri in modo tale da poterne predire e comprendere il comportamento (Premack e Woodruff, 1978).

⁴ La funzione riflessiva (FR) si riferisce alla capacità di riconoscere gli stati mentali propri ed altrui (Fonagy, Target e Steele, 1998). I criteri che definiscono la funzione riflessiva includono la consapevolezza della natura dei propri stati mentali e di quelli altrui, lo sforzo di identificare gli stati mentali sottesi a un comportamento, la capacità di riconoscere l'evoluzione di uno stato mentale nel tempo e l'abilità di tenere conto, nel corso delle conversazioni, degli stati mentali altrui. Un basso livello di FR è indicativo di un problema generale nella capacità di mentalizzare (Fonagy, Target e Steele, 1998).

disturbi del comportamento alimentare (DCA), riportando i risultati preliminari di uno studio sulle funzioni metacognitive in pazienti anoressiche e bulimiche inserite in una terapia che utilizza un setting gruppale ad orientamento psicodinamico; tale studio è, a nostra conoscenza, il primo in Italia che esamini l'efficacia clinica della terapia gruppale in relazione alla dimensione metacognitiva.

Questo lavoro si pone i seguenti obiettivi specifici:

- analizzare le caratteristiche metacognitive di un gruppo di pazienti con disturbo alimentare durante un trattamento psicodinamico di gruppo a lungo termine;
- valutare il cambiamento del funzionamento metacognitivo delle pazienti con DCA durante il trattamento;
- verificare l'esistenza di differenze nell'utilizzo delle funzioni metacognitive tra pazienti AN e BN.

2. Terapia di gruppo psicodinamica e funzioni metacognitive: risultati preliminari di uno studio clinico

2.1 Metodo

I risultati del presente lavoro si riferiscono allo studio (single-case) di un trattamento psicodinamico di gruppo con pazienti con DCA svolto all'interno di un servizio ambulatoriale dell'AUSL 3 di Catania. La terapia è stata condotta da una terapeuta gruppoanalista esperta nel trattamento dei disturbi alimentari. Il trattamento terapeutico, a cadenza settimanale, è stato studiato per l'intera durata di 2 anni, adottando un disegno di tipo naturalistico. I risultati in termini di effectiveness della terapia sono già esposti in un precedente lavoro (Prestano et al., 2008). Ai fini degli obiettivi di questa ricerca, tutte le sedute sono state audioregistrate ed integralmente trascritte. I pazienti hanno fornito il loro consenso al trattamento dei dati e all'utilizzo per scopi di ricerca prima dell'inizio della terapia.

2.2 Partecipanti

Lo studio ha coinvolto sei pazienti, di sesso femminile, con un'età media di 17 anni. Tutte le pazienti avevano al momento della presa in carico una diagnosi di Disturbo del Comportamento Alimentare secondo i criteri del DSM-IV (APA, 1994), specificamente tre pazienti presentavano criteri sufficienti per una diagnosi di anoressia nervosa (AN) e tre per una diagnosi di bulimia nervosa (BN). Il BMI delle pazienti anoressiche era compreso tra 16.2 e 16.9, il tempo trascorso dall'insorgenza del disturbo alimentare era mediamente di due anni.

2.3 Strumenti

La Scala di Valutazione della Metacognizione (SVaM; Carcione et al., 1997), è uno strumento che valuta le capacità metacognitive attraverso diverse sottofunzioni, rilevando quali di esse per uno stesso paziente risultano poco

utilizzate o inutilizzate, e permettendo di monitorare il loro utilizzo nel corso della psicoterapia.

La SVaM permette di valutare le funzioni metacognitive attraverso l'analisi trascritta delle sedute effettuata da *raters* esperti nella siglatura della scala. Essa è suddivisa in tre sezioni che valutano altrettante rispettive componenti della funzione metacognitiva: *Autoriflessività*, *Comprensione della mente altrui/Decentramento* e *Mastery*. Le prime due sezioni si riferiscono alle abilità di riflettere sugli stati mentali propri ed altrui; la terza sezione comprende l'insieme delle abilità di regolazione e controllo. Ciascuna sezione è composta da un numero variabile di items che valutano aspetti progressivamente più complessi della funzione metacognitiva. Per ciascun item vengono siglati successi o fallimenti, che non indicano la presenza o meno di una capacità, ma la presenza di un successo o di un fallimento nell'abilità di utilizzare quella funzione.

I risultati relativi alle diverse sottofunzioni, dell'*Autoriflessività* e della *Comprensione Mente Altrui*, sono stati aggregati intorno a tre aree: il *Monitoraggio* che comprende la capacità di distinguere, riconoscere e definire i propri stati interni, cognitivi ed emotivi; e la capacità di stabilire relazioni tra componenti mentali separate e tra stati mentali e comportamenti. La *Differenziazione*, cioè la capacità di cogliere le differenze tra rappresentazione mentale e realtà esterna, e di riconoscere la natura rappresentazionale del pensiero. L'*Integrazione* intesa come capacità di astrarre gli elementi che caratterizzano o differenziano i propri stati mentali.

La Scala di Valutazione della Metacognizione sarà applicata ai trascritti delle sedute dell'intero percorso terapeutico, tuttavia il presente lavoro si riferisce ai dati preliminari rilevati nel primo anno di terapia (27 rilevazioni). Il lavoro di siglatura è stato effettuato da tre giudici indipendenti e supervisionato da uno degli autori dello strumento.

2.4 Analisi dei dati

I dati riportati nel presente studio rappresentano percentuali di fallimento nelle diverse funzioni. Tali percentuali sono ottenute dal rapporto tra frequenze assolute di fallimenti su frequenze totali (successi + fallimenti). Le percentuali di successi, essendo complementari ai fallimenti, non vengono ovviamente riportate.

Le differenze tra i due gruppi di pazienti sono state calcolate utilizzando il test del X^2 sulle frequenze di successi/fallimenti riportate in tutte le sedute. La descrizione del trend delle funzioni è stata effettuata attraverso un'ispezione visiva dei risultati.

Va sottolineato che i risultati presentati forniscono solo indicazioni rispetto all'uso delle funzioni suddette poiché, a causa della scarsa produzione verbale di alcune pazienti in gruppo, essi fanno riferimento a basse frequenze di siglatura. Per gli stessi motivi non sono stati rilevati dati sufficienti nelle aree *Integrazione* e *Decentramento* che pertanto non vengono riportati nello studio.

3. Risultati

Relativamente alle caratteristiche metacognitive delle pazienti con DCA, rilevate complessivamente durante il primo anno di terapia, la Tabella 1 mostra che alcune funzioni risultano più compromesse di altre. In particolare, rispetto alla componente *Autoriflessività* il *Monitoraggio* dei propri stati emotivi e cognitivi, e la possibilità di metterli in relazioni tra loro e con eventi esterni non sembra particolarmente compromessa, e ciò vale tanto per le tre pazienti con diagnosi di anoressia quanto per le tre pazienti bulimiche. Viceversa, una percentuale più consistente di fallimenti si rileva nell'area della *Differenziazione*, cioè nella capacità di distinguere tra rappresentazioni interne e realtà esterna. Qui, nonostante la percentuale di fallimenti raddoppi nelle anoressiche rispetto all'area del monitoraggio, sono soprattutto le bulimiche a mostrare vistosi deficit, con fallimenti nell'utilizzo di queste funzioni che si verificano quasi ogni 3 affermazioni su 4 ($\chi^2 = 9.97$, $p < .01$).

Nell'area della *Comprensione della Mente Altrui* i risultati mostrano un tasso di fallimenti elevato (quasi 1 affermazione su 2), senza peraltro significative differenze tra AN e BN. Infine, anche rispetto alle capacità di *Mastery*, cioè di gestione e regolazione degli stati emotivi e cognitivi, le pazienti mostrano spesso comportamenti disfunzionali, con una maggiore compromissione presenti nelle pazienti bulimiche rispetto alle anoressiche ($\chi^2 = 1.31$, $p = .n.s.$).

Tab. 1 Percentuali fallimenti SVaM per AN e BN nel 1° anno di terapia.

Fallimenti	AN	BN
Autoriflessività – Monitoraggio	15%	21%
Autoriflessività – Differenziazione	38%	71%
Comprensione Mente Altrui	42%	44%
Mastery	49%	61%

Per nessuna delle pazienti, inoltre, sono rilevabili, nel periodo considerato, dati relativi alle capacità di *Differenziazione*, *Integrazione* e *Decentramento*, della sezione *Comprensione della Mente Altrui* e di *Integrazione* della sezione *Autoriflessività*.

Relativamente al cambiamento delle funzioni metacognitive delle pazienti durante il primo anno di terapia, i risultati si presentano piuttosto disomogenei.

Nella componente *Autoriflessività*, l'area del *Monitoraggio* evidenzia un miglioramento, con un numero di fallimenti ridotti dopo il primo anno di terapia, per entrambi i gruppi AN e BN (Figura 1).

Figura 1. Tendenza fallimenti *Autoriflessività – Monitoraggio* per AN e BN nel 1° anno di terapia

Tale miglioramento è più marcato intorno ai sei mesi di terapia (rilevazioni: 10-16) e si mantiene al termine del primo anno di trattamento, anche se in maniera più ridotta. Nella *Differenziazione*, invece, solo le pazienti anoressiche mostrano una netta riduzione di fallimenti dopo un anno, mentre le pazienti bulimiche mantengono i valori iniziali, pur con oscillazioni durante l'arco temporale esaminato (Figura 2).

Figura 2. Trend fallimenti *Autoriflessività – Differenziazione* per AN e BN nel 1° anno di terapia

Nella *Comprensione Mente Altrui*, relativamente all'area del *Monitoraggio*, si assiste ad un tendenziale miglioramento dopo un anno di terapia sia per il gruppo AN sia per quello BN, anche qui caratterizzato da forti oscillazioni tra la prima e la seconda metà dell'anno considerato (Figura 3).

Figura 3. Trend fallimenti *Comprensione Mente Altrui – Monitoraggio* per AN e BN nel 1° anno di terapia

Risultati più incerti si rilevano nelle capacità di *Mastery* dove entrambi i gruppi, dopo un anno di trattamento, mantengono gli stessi valori iniziali dopo una prima fase di decremento dei fallimenti (Figura 4).

Figura 4. Trend fallimenti *Mastery* per AN e BN nel 1° anno di terapia

4. Discussione

La letteratura psicopatologica sui disturbi alimentari ha ampiamente dimostrato come nell'anoressia nervosa e nella bulimia nervosa siano presenti deficit relativi all'inconsapevolezza dei propri stati emotivi (e di quelli altrui) e all'incapacità di regolazione di tali stati interni. Pochi lavori, soprattutto in Italia, hanno studiato però come tali funzioni possano migliorare nel corso di un trattamento psicoterapeutico, soprattutto nel caso di terapie ad orientamento psicodinamico. Sulla base dei primi risultati emersi dal nostro studio è possibile affermare che i maggiori deficit metacognitivi del nostro gruppo clinico sono:

- la difficoltà a concepire le proprie convinzioni come ipotetiche e personali, differenziando la realtà esterna dalla realtà interna, e nell'assumere, conseguentemente, un distacco critico dalle proprie credenze disfunzionali (vedi fallimenti area SVaM *Differenziazione*);

- la difficoltà a riconoscere la natura patogena e problematica del proprio disturbo e a gestire i propri problemi; l'incapacità a regolare volontariamente il proprio assetto mentale, dirigendo l'attenzione, in modo da evitare i pensieri ossessivi che ostacolano le capacità dei soggetti di distrarsi nel tempo libero o di concentrarsi adeguatamente nello svolgere le attività lavorative; la difficoltà a regolare volontariamente il proprio comportamento, che fa supporre la natura impulsiva di certi comportamenti patologici; la carente accettazione dei propri limiti personali nel padroneggiare se stessi o nel determinare il corso degli eventi, con la conseguente tendenza a porsi standard di prestazione eccessivamente elevati e difficilmente conseguibili (vedi fallimenti area SVaM *Mastery*).

I dati preliminari hanno identificato alcune differenze tra le pazienti affette da anoressia nervosa e le pazienti affette da bulimia nervosa, soprattutto nella capacità di differenziare tra rappresentazioni interne e realtà esterna e nella capacità di cogliere la natura problematica dei propri atteggiamenti e comportamenti anomali. In entrambi i casi le pazienti bulimiche mostrano maggiori difficoltà rispetto alle pazienti anoressiche.

I risultati di questa ricerca sono coerenti con i risultati di altri studi e con le descrizioni cliniche di alcune difficoltà frequentemente riscontrate nell'anoressia e nella bulimia.

Studi empirici hanno infatti evidenziato in soggetti affetti da questi disturbi delle difficoltà nel riconoscere la natura soggettiva delle credenze disfunzionali alla base del loro disturbo (Turner e Cooper, 2002) e nella capacità di regolare l'attenzione filtrando gli stimoli irrilevanti al fine di risolvere determinati compiti (Rieger et al., 1998; Dodin e Nandrino, 2003).

Molti autori hanno mostrato in questi pazienti una notevole difficoltà nel gestire i propri stati intrapsichici problematici, in particolare relativi a stati emotivi e ad autovalutazioni negative (Fabrizio, Pizzutelli e Ruggieri, 2001; Kreitler et al., 2003), e la tendenza ad utilizzare comportamenti alimentari anomali o altri comportamenti tipicamente associati al loro disturbo come strategie per fronteggiare tali stati negativi (Dalle Grave, 2003; Bydlowski et al., 2005; Meyer et al., 2005).

Dati clinici e sperimentali mostrano, inoltre, nei soggetti affetti da DCA una notevole mancanza di autocontrollo sui propri comportamenti (Waller et al., 2000) ed una intensa intolleranza verso i propri difetti, che condurrebbe al caratteristico perfezionismo patologico che, sovente, caratterizza questi soggetti (Fairburn et al., 1997; Sassaroli e Ruggiero, 2002; Halmi et al., 2000).

Relativamente al cambiamento evidenziatosi durante il primo anno di trattamento possiamo osservare che sia il gruppo AN sia quello BN migliora nell'area del Monitoraggio (Autoriflessività) cioè nella capacità di riconoscere e connettere i propri stati emotivo-cognitivi. Va anche evidenziato che il gruppo AN, a differenza del gruppo BN, riporta un trend positivo sia nella capacità di distinguere stati interni da realtà esterna (Differenziazione – Autoriflessività) e

nella capacità di riconoscere e distinguere stati mentali altrui (Monitoraggio – Comprensione Mente Altrui).

Potremmo ipotizzare che il miglioramento di quest'ultima funzione possa essere associato alla specificità del trattamento di gruppo psicodinamico, focalizzato sull'espressione e sulla condivisione dei propri stati emotivi. Ulteriori ricerche sono però necessarie per comprendere perché tale cambiamento si rileva solo per le pazienti anoressiche e non per le bulimiche. Da questo punto di vista, nonostante siano sempre più numerosi i dati che dimostrano l'efficacia della psicoterapia di gruppo per pazienti con disturbi del comportamento alimentare (Burlingame, MacKenzie e Strauss, 2004; Mitchell et al., 1990; Davis et al., 1997; Burlingame et al., 2003), spesso le ricerche si riferiscono a gruppi eterogenei per diagnosi in cui le differenze tra le diverse tipologie di DCA non vengono adeguatamente attenzionate (Prestano e Lo Coco, 2008). Ad ogni modo, il gruppo terapeutico ad orientamento analitico sembra costituire uno strumento privilegiato nel trattamento di questi disturbi. Alcuni studi hanno mostrato che queste pazienti ottengono dei cambiamenti significativi a livello di adattamento interpersonale, stile dei meccanismi di difesa, funzionamento relazionale, evidenziando come il lavoro analitico a lungo termine agisca su dimensioni ben più ampie della sola remissione sintomatica (Prestano et al., 2005a; Prestano et al., 2008; McKisac e Waller, 1997).

Lo spazio terapeutico può divenire, dunque, il luogo della costruzione di un pensiero e della possibilità di sentire e vivere le emozioni (Ustica, 2002), accostandosi a queste pazienti con la consapevolezza che i loro sintomi sono gli unici canali possibili di comunicazione di un malessere profondo; solo così potrà avviarsi la strada verso la "guarigione".

A partire dai nostri risultati relativi alla mancanza di cambiamenti rilevanti nelle capacità di Mastery e, viceversa, nel trend positivo delle funzioni di autoriflessività e differenziazione, possiamo ipotizzare che nelle prime fasi di una terapia ad orientamento psicodinamico sia importante lavorare maggiormente sul riconoscimento dei propri stati interni, aprendo solo successivamente una possibilità di cambiamento relativa alle capacità di regolare e gestire tali stati. I dati definitivi di questo studio, sull'intera durata del trattamento, dovranno confermare tale ipotesi e fornire ulteriori spunti di riflessione sulle modalità di cambiamento delle funzioni metacognitive in una terapia a lungo termine.

Un ulteriore spunto di riflessione dovrà provenire dal confronto tra deficit del funzionamento metacognitivo e andamento sintomatico alimentare delle pazienti nel corso della terapia. La letteratura sulle principali difficoltà di queste pazienti evidenzia come, dinanzi ad una carente capacità di mentalizzazione delle esperienze di vita, esse utilizzino i comportamenti alimentari anomali come strategie di evitamento di ciò che sarebbe altrimenti non gestibile. Questi comportamenti, seppur altamente distruttivi e dolorosi, si configurano, in quest'ottica, come indispensabili strategie di fronteggiamento tese a ridurre la consapevolezza di sé, in quanto connessa ad un pervasivo senso di inadeguatezza e di inferiorità (Kreitler et al., 2003; Heatherton e Baumeister, 1991; Everill e Waller, 1995), e delle emozioni (Van der Kolk et al., 1991; Petterson e Nameless, 2004; Corcos et al., 2001), che a fronte dell'alterazione

della funzione di regolazione tenderebbero a manifestarsi con eccessività intensità (Linehan, 1993). In quest'ottica, solo guardando in maniera integrata ai disagi profondi che sostengono il sintomo può essere avviato un percorso di cambiamento, che sia luogo di costruzione di un pensiero e della possibilità di sentire e vivere le emozioni.

Il nostro studio, ancora a livello preliminare, presenta diverse limitazioni, legate principalmente al numero ridotto di soggettie di terapie che sono state incluse e che più che consentire una generalizzabilità dei risultati, permettono di offrire spunti di lavoro per successive ricerche. Un altro limite è relativo all'utilizzo di statistiche descrittive e non inferenziali nell'analisi dei dati, dovuto alla numerosità e tipologia dei dati in nostro possesso.

Nonostante tali limiti, riteniamo che questo lavoro possa offrire delle utili indicazioni cliniche e di ricerca relative al trattamento a lungo termine di pazienti con DCA, analizzando particolarmente pattern di cambiamento a lungo termine delle funzioni metacognitive in trattamenti ad orientamento psicodinamico.

5. Bibliografia

Apparigliato M., Ruggiero, G. M., & Sassaroli, S. (2004). Il criticismo: un'analisi cognitiva. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 10, 3, 197-210.

Apple, R. (1999). Interpersonal therapy for bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 715-725.

Aquilar, F., Del Castello, E., & Esposito, R. (2005), *Psicoterapia dell'anoressia e della bulimia*, Franco Angeli, Milano.

Bell, L. (1999), The Spectrum of Psychological Problems in People with Eating Disorders, an Analysis of 30 Eating Disordered Patients Treated with Cognitive Analytic Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 29-38.

Briere, J., & Runtz, M. (1988). Symptomatology associated with childhood sexual victimization in a non-clinical adult sample. *Child Abuse e Neglect*, 12, 51-59.

Bruch, H. (1962), Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.

Bruch, H. (1978). Obesity and anorexia nervosa. *Psychosomatics*, 19, 208-212.

Bulik, C. M., Beidel, D. C., Duchmann E., Weltzin, T. E., & Kaye, W. H. (1992). Comparative psychopathology of women with bulimia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 262-268.

Burlingame, G. M., Furhman, A., & Mosier, J. (2003), The differential effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*.

Burlingame, G. M., Mackenzie, R. K., & Strauss, B. (2004). Small Group Treatment: Evidence for Effectiveness and Mechanisms of Change, in M. J. Lambert (a cura di), *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (5th ed.), (647-696), New York, Wiley.

Busato, L., & Rossi, C. (2004). La Predisposizione Ai Disturbi Del comportamento alimentare in una popolazione veneta potenzialmente a rischio. *Attualità in Psicologia*, 7, 3-12.

Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C., Chambry, J., & Consoli, S. M. (2005). Emotion-Processing Deficits in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 321-329.

Carano, A. (2007). Il costrutto alessitimico. Relazione al IV Congresso Nazionale Gruppo per la Ricerca in Psicosomatica, Chieti, 25-27 maggio.

Carcione, A. (2007). L'approccio Metacognitivo Interpersonale nei Disturbi di Personalità. Seminario Giornata di Studio. "Modelli di Psicoterapia e contesti di cura", Relazione ad un seminario del dottorato di Psicologia Generale, Palermo, 26 ottobre.

Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M., & Semerari, A. (1997). Scala di Valutazione della Metacognizione (SVAM), Manuale Non Pubblicato.

Carcione, A., & Falcone, M. (1999). *Il concetto di metacognizione come costrutto clinico fondamentale per la psicoterapia*, in A. Semerari (a cura di), *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Carcione, A., & Semerari, A. (2006). *Valutare il funzionamento metacognitivo in psicoterapia: La Scala di Valutazione della Metacognizione (SVAM)*, in N. Dazzi, V. Lingiardi, A. Colli (a cura di), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e Strumenti*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Casper, R. C., Hedeker, D., & Mcklough, J. F. (1992). Personality dimensions in eating disorders and their relevance for subtyping. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 830-840.

Corcos, M., Guilbaud, O., Speranza, M., Paterniti, S., Loas, G., & Stephan, P. (2000). Alexithymia and depression in eating disorders. *Psychiatry Research*, 93, 263-266.

Dalle Grave, R. (2003). *Terapia Cognitivo Comportamentale Ambulatoriale dei Disturbi dell'Alimentazione*. Positive Press, Verona.

Davis, R., Olmsted, M., Rockert, W., Marques, T., & Dolhanty, J. (1997). Group psychoeducation for bulimia nervosa with and without additional psychotherapy process sessions. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 25-34.

Diaz-Marsa, M., Carrasco, J. L., & Saiz, J. (2000). A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 14, 352-359.

Dingemans, A. E., Spinhoven, P., & Van Furth, E. F. (2006). Maladaptive core beliefs and eating disorders symptom. *Eating Behaviors*, 7, 258-265.

Dodin, V., & Nandrino J. L. (2003). Cognitive Processing of Anorexic Patients in Recognition Tasks: An Event-Related Potentials Study. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 299-307.

Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 593-606.

Dweck, C.S. (2000). Self-theories: Their role in motivation, personality, and development. Lillington, NC: Psychology Press.

Everill, J. T., & Waller, G. (1995). Reported sexual abuse and eating psychopathology. A review of the evidence for a causal link, in *International Journal of Eating Disorders*, 18, 1-11.

Fabrizio, M. E., Pizzutelli, P., & Ruggieri, V. (2001). Anoressia e inibizioni dell'emozioni. *Cibus, Giornale dell'Alimentazione e delle Patologie Correlate*, 2, 36-43.

Fairburn, C. G., Norman, P. A., Welch, S. L., O'Connor, M. E., Doll, H. A., & Peveler, R. C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, 304-312.

Fairburn, C. G. (1997). Eating disorders. In D.M. Clark, C.G. Fairburn (a cura di), *Science and practice of cognitive behaviour therapy*, Oxford University Press, 209-241.

Falcone, M., Marraffa, M., & Carcione, A. (2003), Metarappresentazione e psicopatologia, in G. Dimaggio, A. Semerari (a cura di), *I disturbi di personalità*, Carocci Editore, Roma.

Fonagy, P. (2002), *Psicanalisi e teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Frigerio, E., Perrett, D., Bisanti, R., Vigna, L., & Strepparava, M. G. (2000), Sei disgustato? Forse non lo sei!, Relazione al *Simposio della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC): La ricerca nei disturbi alimentari psicogeni*, Roma, 18 novembre.

Garfinkel, P. E., & Garner, D. M. (1984). Perceptions of the body in anorexia nervosa, in D. Ploog & K. Pirke (a cura di), *The Psychobiology of Anorexia Nervosa*, Berlin: Springer Verlag, 136-147.

Gillberg, I. C., Gillberg, C., Rastam, M., & Johnsson, M. (1996), The cognitive profile of anorexia nervosa: A comparative study including a community-based sample. *Comprehensive Psychiatry* 37, 23-30.

Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fichter, M., Treasure, J., Berrettini, W. H., & Kay W. H. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality, and pathologic eating behaviour. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1799-1805.

Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as an escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.

Jeammet, P., Brechon, G., Payan, C., George, A., & Fermanian, J. (1991). Le devenir de l'anorexie mentale: une etude retrospective de 129 patients évalués au moins quatre ans après leur première admission. *Psychiatrie de l'enfant*, XXXIV, 381-442.

Karasu, T. B. (1994), A developmental metatheory of psychopathology. *American Journal of Psychotherapy* 48, 581-599.

Kreitler, S., Bachar, E., Canetti, L., Berry, E., & Bonne, O. (2003). The Cognitive-Orientation Theory of Anorexia Nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 59,6, 651-671.

Lane, R. D., & Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133-143.

Le Grange, D. (1999). Family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 727- 739.

Leung, N., Thomas, G., & Waller, G. (2000). The relationship between parental bonding and core beliefs in anorexic and bulimic women. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 205-213.

Lilenfeld, L. R., Kaye, W. H., & Strober, M. (1997). Genetics and family studies of anorexia nervosa and bulimia nervosa, In D. C. Jimerson & W. H. Kaye (a cura di), *Bailliere's clinical psychiatry: Eating disorders* (177–197) Bailliere Tindall, London.

Lilenfeld, L. R., & Kaye, W. H. (1998). Genetic studies of anorexia and bulimia nervosa, in H. W. Hoek, J.L. Treasure, M.A. Katzman (a cura di), *Neurobiology in the treatment of eating disorders*, Chichester, John Wiley Sons Ltd.

Linehan, M. M. (1993). Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline di personalità; tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Liotti, G. (2001), *Le opere della coscienza*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Mattei, M. (2002), *Non mi riconosco più*, Relazione al XI Congresso Nazionale della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC), Bologna, 19-22 settembre.

Mckisac, C., & Waller, G. (1997). Factors influencing the outcome of group psychotherapy for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 1-13.

Meyer, C., Serpell, L., Waller, G., Murphy, F., Treasure, J., Leung, N. (2005). Cognitive Avoidance in the Strategic Processing of Ego Threats among Eating-Disordered Patients. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 30–36.

Mitchell, J. E., Pyle, R. L., Eckert, E. D. (1990). A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 47, 149-157.

Mucci, A. (2002). L'approccio post-razionalista nella psicoterapia cognitiva dei disturbi alimentari psicogeni. Relazione al XI Congresso Nazionale della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC), Bologna, 19-22 settembre.

Mucci, A., Sorrentino, D., Merlotti, E., Galderisi, S. (2005). Psicoterapia cognitiva post-razionalista e trattamento dei disturbi del comportamento alimentare. in F. Aquilar, E. Del Castello, R. Esposito (a cura di), *Psicoterapia dell'anoressia e della bulimia*, Franco Angeli, Milano.

Nicolò, G., Centenero, E., Nobile, S., & Porcari, F. (2002). Disturbo paranoideo di personalità: ricerca su caso singolo. *Ricerca in psicoterapia*, 5, 89-107.

Overton, A., Selway, S., Strongman, K., & Houston, M. (2005). Eating Disorders, The regulation of positive as well negative emotion experience. *Journal of Clinical Psychology*, 12, 39-56.

Petterson, R., & Nameless, D. (2004). Alexithimia and the Anorexia. *American Journal of Psychoanalysis*, 64, (1), 77-90.

Prestano, C., Lo Coco, G., Gullo, S., & Lo Verso, G. (2005a). *Valutazione di processo ed esito in un trattamento terapeutico gruppale per pazienti con disturbi alimentari*, Relazione al V Congresso Nazionale della Società per la Ricerca in Psicoterapia, San Benedetto del Tronto (AP), 16 - 18 Settembre.

Prestano, C., Gullo, S., Cicero, V., Lo Coco, G., & Carcione, A. (2005b), *Funzioni Metacognitive in una terapia di gruppo a orientamento psicodinamico*. Relazione al V Congresso Nazionale della Società per la Ricerca in Psicoterapia, San Benedetto del Tronto (AP), 16 - 18 Settembre.

Prestano, C., Lo Coco, G., Gullo S., & Lo Verso, G. (2008). Group analytic therapy for eating disorders: Preliminary results in a single-group study. *European Eating Disorders Review*, 16, 4, 302 – 310.

Pryor, T., & Wiederman, M. W. (1996). Measurement of nonclinical personality characteristics of women with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Personality Assessment*, 67, 414–421.

Rieger, E., Schotte, D. E., Touyz, S. W., Beumont, P. J. V., Griffiths, R., & Russell, J. (1998). Attentional biases in eating disorders: A visual probe detection procedure. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 199–205.

Sassaroli S., & Ruggiero, G. M. (2002). I costrutti dell'ansia: obbligo di controllo, perfezionismo patologico, pensiero catastrofico, autovalutazione negativa e intolleranza dell'incertezza. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 8, 1, 45-60.

Schmidt, U., Jiwany, A., & Treasure, J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 54–58.

Semerari, A. (1999). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Taylor, G. J. (1997), *Eating disorders*, in G.J. Taylor, R.M. Bagby, J.D.A. Parker (a cura di), *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*, Cambridge University Press, 190–215.

Tchanturia, K., Happé, F., Godley, J., Treasure, J., Bara-Carril, N., & Schmidt, U. (2004). Theory of Mind in Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12, 361–366.

Turner, H., & Cooper, M. (2002). Cognitions and their Origins in Women with Anorexia Nervosa, Normal Dieters and Female Controls. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 242–252.

Ustica, G. (2002). Il gruppo omogeneo di psicoterapia analitica, in F. Di Maria & G. Lo Verso, (a cura di), *Gruppi. Metodi e strumenti*, Raffaello Cortina, Milano.

Van Der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behaviour. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665-1671.

Van Vreckem, E., & Vandereycken, W. (1995). De'pendance et nourriture, in D. Bailly J.L. Venisse (a cura di), *De'pendance et conduites de de'pendance*, Paris, Masson, 167–176.

Vervaeet, M., Audenaert, K., & Van Heeringen, C. (2003), Cognitive and Behavioural Characteristics are Associated with Personality Dimensions in Patients with Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 11, 363–378.

Vitousek, K., & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 137–147.

Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., & Osman, S. (2000). Cognitive Content Among Bulimic Women: The Role of Core Beliefs. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 235–241.

Ward, A. (2000). Attachment Patterns in Eating Disorders: Past in the Present. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 370–376.

Wells, A. (2002). Disturbi emozionali e metacognizione. Nuove strategie di psicoterapia cognitiva. *Erickson*, Trento.

Yalom, I.D. (1990), *Guarire d'amore*, Rizzoli, Milano.

Yellowlees, A. (1997). Eating Disorders and Self Esteem. Dunstable, Folens.

Zonneville-Bender, M. J. S., Van Goozen, S. H. M., Cohen-Kettenis, P. T., Van Elburg, A., De Wildt, M., Stevelmans, E., & Van Engeland, H. (2004). Emotional functioning in anorexia nervosa patients: Adolescents compared to adults. *Depression and Anxiety*, 19, 35–42.

Ricevuto: 9 luglio 2009. **Revisionato:** 12 maggio 2009. **Accettato:** 1 novembre 2009.