

## **Le origini traumatiche della bulimia nervosa: Analisi del fenomeno**

*Olimpia Riccioni<sup>1</sup>, Massimo Vasale<sup>2</sup>*

### ***The traumatic origins of bulimia nervosa: Analysis of the phenomenon***

#### **Abstract**

*L'articolo mira ad approfondire la relazione tra traumi precoci e Bulimia Nervosa (BN). Negli ultimi trent'anni il campo della ricerca scientifica ha attribuito una crescente importanza al ruolo che gli eventi traumatici rivestono nell'insorgenza e nel mantenimento dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA). Dopo un breve excursus sul ruolo del trauma precoce nella genesi della BN, verranno presentate una sintesi degli studi correlazionali che hanno esplorato la relazione tra trauma e BN ed un'analisi dei fattori di mediazione che contribuiscono alla genesi di tale disturbo in seguito ad eventi traumatici. L'articolo prosegue con la definizione della BN come strategia di coping disfunzionale volta a sopperire i deficit metacognitivi e di regolazione affettiva post-traumatica e con la descrizione del ruolo delle memorie traumatiche nel mantenimento dei comportamenti alimentari. Nelle conclusioni, gli Autori mostrano come la lettura dei comportamenti*

---

<sup>1</sup> Psicologa, specializzanda della Training School-Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale dell'Adulto e dell'Età evolutiva.

e-mail: [olimpiariccioni@gmail.com](mailto:olimpiariccioni@gmail.com)

<sup>2</sup>Psicologo, psicoterapeuta, analista transazionale, Docente Invitato presso la Facoltà di Scienze dell'Educazione dell'Università Pontificia Salesiana, Docente della Scuola Superiore di Specializzazione in Psicologia Clinica dell'Università Pontificia Salesiana.

e-mail: [massimo.vasale@libero.it](mailto:massimo.vasale@libero.it)

*alimentari disfunzionali come strategia di coping rispetto ai traumi abbia importanti implicazioni per il trattamento.*

*The article aims to deepen the relationship between early trauma and Bulimia Nervosa (BN). In the past thirty years, the field of scientific research has given increasing importance to the role that traumatic events play in the onset and maintenance of Eating Disorders. After a brief excursus on the role of early trauma in the genesis of the BN, a summary of correlational studies will be presented, which have explored the relationship between trauma and BN, and an analysis of the mediation factors that contribute to the genesis of this disorder following traumatic events. The article continues with the definition of the BN as a dysfunctional coping strategy aimed at overcoming metacognitive deficits and post-traumatic affective regulation and with the description of the role of traumatic memories in maintaining eating behaviors. In the conclusions, the authors show that reading dysfunctional eating behaviors as a coping strategy with respect to trauma has important implications for treatment.*

### **Keywords**

*Trauma; Bulimia nervosa; Disturbi dell'alimentazione; Strategie di coping; Disregolazione.*

*Trauma; Bulimia Nervosa; Eating disorder; Coping strategies; Dysregulation.*

### **Introduzione**

I disturbi alimentari (DA) (anche detti Disturbi del Comportamento Alimentare - DCA) sono uno dei problemi di salute più diffusi tra gli adolescenti e i giovani adulti dei paesi Occidentali: in Italia sono più di tre milioni di giovani a soffrirne (Dalla Ragione & Giombini, 2013; Ruocco et al., 2015).

Il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, noto come DSM-5, li classifica all'interno della sezione "Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione", includente la pica, il disturbo da ruminazione, il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa, il disturbo di alimentazione

incontrollata e due ulteriori opzioni diagnostiche (altro disturbo della nutrizione o dell'alimentazione specificato e disturbo della nutrizione o dell'alimentazione non specificato) (A.P.A., 2013).

Per ciò che concerne la Bulimia, essa è stata vista per molti secoli come un sintomo secondario a varie forme di disturbi mentali e patologie cerebrali; fu lo psichiatra Gerald Russel a definirla, a partire dal 1979, come un'entità nosografica autonoma, attribuendole la denominazione di Bulimia Nervosa (BN), così da evitare confusioni terminologiche con la bulimia-sintomo e per sottolineare il suo stretto legame con l'Anoressia Nervosa (Vanderlinden, Norré Jan & Vandereycken, 1995).

Tale patologia si caratterizza per:

- ricorrenti episodi di abbuffata alimentare;
- ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie volte ad evitare l'aumento di peso, come il vomito autoindotto, l'uso improprio di lassativi o diuretici, il digiuno protratto o l'esercizio fisico eccessivo;
- una frequenza di abbuffate e condotte compensatorie in media di almeno una volta alla settimana per tre mesi;
- livelli di autostima eccessivamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo (A.P.A., 2013).

Si tratta di una patologia complessa, il cui esordio, oltre a verificarsi spesso in comorbidità con altri disturbi psichiatrici e di personalità (in particolare, il disturbo di personalità borderline), è legato al coinvolgimento di molteplici fattori; tra questi rivestono una notevole importanza non solo i fattori di rischio bio-psico-sociali, ma anche gli eventi di vita traumatici e relazionali risalenti ai primi anni di vita (Zaccagnino, 2017).

Negli ultimi trent'anni il campo della ricerca scientifica ha iniziato ad attribuire una notevole importanza al ruolo che tali eventi rivestono nell'insorgenza e nel mantenimento dei DCA (*ivi*).

A partire dagli anni Ottanta, studi longitudinali ed evidenze cliniche, focalizzando l'attenzione su esperienze di vita oggettivamente traumatiche, come maltrattamenti fisici e violenza sessuale, hanno rilevato un'alta frequenza di esperienze di questo tipo nella storia

clinica dei pazienti con BN, confermando una correlazione, seppure aspecifica, tra esperienze di vita traumatiche e sviluppo di DCA (Vanderlinden & Vandereycken, 1998; Giannantonio, 2009; Messina et al., 2013).

Vi sono, in effetti, altri fattori, cosiddetti di mediazione, che possono assumere un ruolo rilevante in tale relazione: tra questi, degni di nota sono le caratteristiche oggettive dell'evento, le variabili relative al soggetto (età, storia di attaccamento, caratteristiche di personalità), l'eventuale presenza di sintomi dissociativi, un ambiente familiare invalidante, la ri-traumatizzazione ed un'immagine corporea negativa, i quali possono spingere i soggetti con una vulnerabilità biologica di base ad adottare comportamenti disfunzionali di modulazione emotiva, prevalentemente di area dissociativa (come l'abbuffata), al fine di interrompere i ricordi intrusivi e le emozioni soverchianti legati al passato (La Rosa & Onofri, 2017; Dalle Grave, 2017; Zaccagnino, 2017). In questo contesto, il cibo si trasforma in contenimento, evasione e supporto rispetto a ricordi ed emozioni traumatiche (Vanderlinden & Vandereycken, 1998; Salvatori & Salvatori, 2001; Cuzzolaro, 2014; Balbo, 2017, Zaccagnino, 2017).

Leggere i comportamenti alimentari come una strategia di coping disfunzionale, ovvero come contenimento della frammentazione sensoriale e della dissociazione rispetto a pensieri ed emozioni intrusive legati a traumi, ha importanti implicazioni per il trattamento (Balbo, 2017).

In linea con queste premesse, il presente lavoro mira ad approfondire la relazione che esiste tra traumi precoci e BN, evidenziandone alcune implicazioni terapeutiche.

Dopo un breve excursus sul ruolo del trauma precoce nella genesi del disturbo, verrà presentata una sintesi degli studi correlazionali, clinici ed epidemiologici, che hanno esplorato la relazione tra trauma e BN e verrà proposta un'analisi dei fattori di mediazione che contribuiscono alla genesi di tale disturbo in seguito ad eventi traumatici. Il lavoro prosegue con la definizione della BN come strategia di coping disfunzionale volta a sopperire i deficit metacognitivi e di regolazione affettiva post-traumatica e con la descrizione del ruolo

delle memorie traumatiche nel mantenimento dei comportamenti alimentari. Infine, verranno messe in evidenza alcune implicazioni terapeutiche derivanti dall'analisi della relazione tra BN e trauma.

### **1. Relazione tra traumi precoci e Bulimia Nervosa**

Esperienze traumatiche subite durante gli anni dell'infanzia e dell'adolescenza possono costituire dei fattori di rischio precipitanti della BN.

*“Un trauma è un qualsiasi evento stressante che, nell'esperienza di chi lo vive, stravolge totalmente le normali risorse di fronteggiamento. Come conseguenza, la persona vive un senso di impotenza, paura intensa o terrore”* (Herbert & DiDonna, 2013, 27).

In questo contesto, il trauma non riguarda, tuttavia, specifici eventi catastrofici (ad es., un incidente automobilistico o un attacco terroristico), ma ha a che fare piuttosto con l'“*impatto cumulativo operato sui bambini dalle separazioni dai caregiver, dai fallimenti dell'attaccamento, dalla grave trascuratezza (neglect), dall'abuso e dalla violenza in famiglia*” (Fisher, 2021, 23)

Il trauma, sebbene origini al di fuori del soggetto, può avere un impatto molto forte sul suo assetto cognitivo, emotivo e comportamentale, alterandone l'equilibrio bio-psico-sociale e scardinando i meccanismi con cui la persona interpreta la realtà e gli attribuisce un significato (Ammaniti, 2002; Balbo, 2017). Esso, specialmente se prolungato e vissuto in età precoce, può determinare, da una parte, alterazioni a livello del corpo e della sua rappresentazione mentale (ad esempio, alterazioni del sistema simpatico e parasimpatico, che possono provocare i tipici sintomi di iperarousal) e, dall'altra, un indebolimento delle capacità mentali (soprattutto del cosiddetto “cervello destro” deputato all'elaborazione delle emozioni e comprendente ippocampo, amigdala, corteccia prefrontale e altre strutture limbiche). La conseguenza di tale indebolimento è che le funzioni mentali superiori non si integrano adeguatamente con le funzioni inferiori, sia per l'input di informazioni che per l'output comportamentale, provocando alterazioni a livello della coscienza di sé, della memoria, delle capacità di metacognizione e di regolazione delle

emozioni e degli impulsi e spingendo i soggetti più vulnerabili a sviluppare comportamenti alimentari patologici al fine di gestire, elaborare ed affrontare le esperienze traumatiche infantili e le emozioni che da esse scaturiscono (La Rosa & Onofri, 2017; Dalle Grave, 2017; Zaccagnino, 2017).

In linea con questo punto di vista, Van der Kolk e colleghi (cit. in Salvatori & Salvatori, 2001) sostengono che l'instaurarsi di una patologia alimentare in seguito ad un trauma è associata ad una mancanza di capacità adattive riguardo alla regolazione dell'umore e che comportamenti alimentari patologici si sviluppino proprio come meccanismo per controllare l'umore stesso.

Studi neurobiologici evidenziano che un aspetto neuroanatomico comune tra il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) e la BN è proprio la compromissione, in seguito all'esposizione ad eventi traumatici e stressanti, del "circuito controllo inibitorio" (composto dalla corteccia prefrontale laterale e dalla corteccia frontale dorso-mediale) e del "circuito della ricompensa" (composto principalmente dal corpo striato ventrale, dalla corteccia orbitofrontale, dalla corteccia cingolata, dall'insula e dalla corteccia prefrontale mediale), i quali, definendo il tratto clinico più saliente della BN, ovvero l'impulsività, e interferendo con le capacità mentali adulte di gestire, elaborare ed affrontare le esperienze traumatiche, possono spingere questi soggetti ad assumere maggiori quantità di cibo al fine di modulare il loro umore (Balbo, 2017).

Risulta chiaro, quindi, come il trauma precoce possa essere considerato un *marker aspecifico* della patologia alimentare (Gianantonio, 2009).

## **2. Studi correlazionali: clinici ed epidemiologici**

Fino ad oggi sono stati pubblicati numerosi studi che hanno indagato la presenza di eventi difficili e/o traumatici nella storia di vita di pazienti con disturbi alimentari.

I primi lavori che citano i disturbi alimentari in seguito ad un trauma subito nell'infanzia risalgono agli anni Ottanta. Dopo i primi resoconti di casi clinici, sono stati condotti numerosi studi retrospet-

tivi su campioni clinici più ampi, la maggior parte dei quali si è focalizzata sulla violenza sessuale.

Uno studio degno di nota è stato quello di Vanderlinden e Vandereycken del 1993 (cit. in Vanderlinden e Vandereycken, 1998, 22), in cui venne esaminata la relazione tra trauma infantile (violenza sessuale e altre esperienze traumatiche, come violenze psicologiche, trascuratezza affettiva e/o maltrattamenti fisici) e comorbidità psichiatrica in un campione di 80 pazienti affette da DCA, mostrando come nelle pazienti affette da BN vi fosse una percentuale di molestie sessuali pari al 18% e una percentuale di maltrattamenti fisici pari al 37%, con un maggior rischio di incidenza di disturbi d'ansia, depressione, sintomi dissociativi e disturbo di personalità borderline.

Un altro studio interessante è stato quello di Welch e Fairburn del 1994 (cit. in Vanderlinden & Vandereycken, 1998, 16), in cui vennero osservati quattro campioni appaiati: 50 casi di BN appartenenti al territorio sanitario, 50 casi di controllo appartenenti anch'essi al territorio sanitario e privi di DCA, 50 casi di controllo della medesima provenienza ma con altri disturbi psichiatrici e 50 pazienti con BN in regime di trattamento residenziale; dall'osservazione emerse una percentuale di abuso sessuale significativamente maggiore nelle pazienti affette da BN non ricoverate rispetto al gruppo di controllo (26% contro il 10) e una differenza non significativa nelle percentuali di abuso tra queste e le pazienti psichiatriche del gruppo di controllo (24%).

Infine, un altro studio rilevante dal punto di vista clinico è stato quello condotto da Welch e Fairburn (1996) su un campione di 102 pazienti bulimiche, le quali vennero confrontate con 204 controlli sani e con 102 pazienti psichiatriche. Ciò che emerse fu che nel 35% dei casi di BN erano avvenuti un abuso sessuale e/o fisico e che essi erano più comuni tra il gruppo dei bulimici che in quello dei controlli sani.

Tali ricerche diedero un notevole contributo allo studio dell'eziopatogenesi dei disturbi alimentari; a partire da questi primi studi, infatti, nell'ambito della letteratura scientifica, si verificò un rapido moltiplicarsi delle ricerche sull'argomento e furono avviati

studi su altre forme di maltrattamento infantile, data la scarsa letteratura in merito (Vanderlinden & Vandereycken, 1998; Waller, Corstorphine & Mountford, 2007; Carretti & Craparo, 2008).

Il primo fu quello di Rorty, Yager e Rossotto (1994) che, dopo aver confrontato 80 donne con una lunga storia di BN e 40 donne che non avevano mai sofferto di un DCA o di difficoltà connesse, rilevò maggiori livelli di violenza fisica, di violenza psicologica e di abuso multiplo tra le pazienti bulimiche rispetto al gruppo di controllo. Successivamente vennero pubblicati ulteriori studi, come quelli di Kent e Waller (2000), di Brewerton (2007) e di Groleau e colleghi (2012), i quali confermarono la correlazione tra traumi interpersonali infantili, in particolare abuso emotivo, e sviluppo della BN, ridando ampia considerazione a ciò che a partire dagli Ottanta era stato oscurato o minimizzato, ovvero l'impatto dei "traumi relazionali" sulle traiettorie di sviluppo degli individui (Carretti & Craparo, 2008).

Ad oggi altri studi, come quelli di Amianto e colleghi (2018), Hicks e colleghi (2018), Pugh e colleghi (2018), Brustenghi e colleghi (2019) e Monteleone e colleghi (2019) mostrano come esperienze traumatiche infantili, in particolare abuso emotivo e privazione emotiva, e la conseguente disregolazione emotiva che da essi deriva siano significativamente presenti in pazienti affetti da bulimia.

Questi studi, sebbene siano stati rilevanti per la ricerca sull'eziopatogenesi dei disturbi alimentari, hanno il limite di essere stati eseguiti solo su campioni clinici selezionati, aspetto che non permette di estendere e generalizzare i risultati all'intera popolazione.

A tali risultati possiamo aggiungere quelli derivanti dal filone di studio delle esperienze infantili avverse (Adverse Child Experiences - ACE), i quali indicano che i pazienti con disturbi alimentari riportano più frequentemente una storia di esperienze avverse infantili rispetto alla popolazione generale (Guillaume et al., 2016; Pop et al., 2020; Rienecke et al., 2022).

Nello studio di Rienecke e colleghi (2022), ad esempio, i pazienti con disturbi dell'alimentazione hanno riportato più ACE rispetto al campione rappresentativo a livello nazionale.

Nello studio di Guillaume e colleghi (2016), che ha esplorato in un campione ampio di pazienti se alcuni sottotipi di trauma infantile siano associati a caratteristiche più gravi di disturbi dell'alimentazione, indipendentemente dalla comorbidità psichiatrica, e se tali traumi agiscano in modo cumulativo, è emersa un'associazione tra le caratteristiche cliniche più gravi dei DA e una storia di trauma infantile. Inoltre, gli Autori hanno scoperto che l'abuso infantile era associato, in maniera indipendente dalle comorbidità psichiatriche, ad una maggiore gravità dei sintomi chiave dei DA, come la restrizione alimentare, le preoccupazioni per il peso, la forma e il cibo e il funzionamento quotidiano. Tali risultati dimostrano che l'abuso infantile aumenta la gravità dei sintomi dei disturbi alimentari. I sottotipi di abuso, inoltre, pur non avendo tutti lo stesso impatto, sembrano agire in modo cumulativo esacerbando la gravità di un'ampia gamma di caratteristiche dei DA.

Per ovviare al limite insito nel campionamento di tipo clinico, la ricerca scientifica ha avviato ulteriori studi su popolazioni non cliniche con l'intento di confermare quanto emerso dagli studi clinici. In particolare, Neumark-Sztainer e colleghi (2000) hanno condotto uno studio su 9.943 studenti adolescenti di seconda media e prima e terza superiore del Connecticut, da cui sono emersi tassi significativamente più elevati di disturbi alimentari tra i soggetti, sia maschi che femmine, che riportavano esperienze di abuso fisico o sessuale, bassi livelli di comunicazione intrafamiliare e di cure/aspettative genitoriali.

Ackard e Neumark-Sztainer (2002), eseguendo uno studio su un campione di 81.247 di ragazzi e ragazze delle scuole superiori, hanno riscontrato un'associazione tra gli episodi di violenza fisica/sexuale e la presenza, sia nei maschi sia nelle femmine, di condotte alimentari disturbate; tra queste, soprattutto abuso di lassativi, vomito autoindotto, uso di pillole dimagranti e abbuffate.

Messman-Moore e Scheer Garrigus (2007), esaminando un campione di 301 studentesse, hanno osservato: come l'abuso fisico fosse associato con la paura di ingrassare, la dieta, il desiderio di magrezza, i comportamenti bulimici e, indirettamente, con deficit di

autoconsapevolezza; come l'abuso emotivo fosse associato a deficit di regolazione emotiva e di sazietà e a comportamenti bulimici; e, infine, come coloro che presentavano abusi multipli ed erano stati rivittimizzati in età adulta esibivano maggiori livelli di sintomatologia, in particolare deficit di autoconsapevolezza, paura di ingrassare, desiderio di magrezza e tendenze bulimiche.

In sintesi, anche negli studi sulla popolazione non clinica è stata riscontrata una correlazione significativa tra abuso sessuale, fisico e/o psicologico e problematiche alimentari.

Rispetto alla prevalenza di altre esperienze sfavorevoli infantili (ESI) nei pazienti con DCA, la letteratura scientifica appare ancora limitata: non sono state trovate significative correlazioni tra BN e perdita di un genitore, né tra BN e separazione dei genitori, anche se va evidenziata la mancanza di lavori di questo tipo (Messina et al., 2013). La maggior parte degli studi ha concentrato l'attenzione su esperienze di vita oggettivamente traumatiche, nonostante siano diversi i fattori che possono rivestire un ruolo importante nello sviluppo della BN (Vanderlinden & Vandereycken, 1998).

### **3. Fattori di mediazione**

Diversi studi hanno riscontrato che, sebbene gli eventi traumatici aumentino il rischio di problemi psichici, molte persone che subiscono traumi non vanno incontro a nessun problema psichiatrico (Salvatori & Salvatori, 2001). La correlazione tra trauma e successivo sviluppo della BN è aspecifica (Giannantonio, 2009): non è stata riscontrata, cioè, una connessione diretta tra esperienza traumatica e successivo sviluppo di un disturbo del comportamento alimentare (Vanderlinden & Vandereycken, 1998). Il trauma è un fattore di rischio che, se correlato ad altri elementi, può rendere l'individuo più vulnerabile rispetto alla possibilità di sviluppare un disturbo del comportamento alimentare (*ivi*; Salvatori & Salvatori, 2001).

Molti sono, tuttavia, i fattori che mediano tale relazione, tra cui spicca la resilienza, intesa come processo di adattamento a fonti significative di stress o trauma (Luthar, 2006; Schoon, 2006; Windle, 2010 cit. in Leys et al., 2017, 125), che è stata definita in vari modi,

tra cui “*la capacità di riprendersi o recuperare dallo stress, di adattarsi a circostanze stressanti, di non ammalarsi nonostante avversità significative e di funzionare al di sopra della norma nonostante lo stress o avversità*” (Smith et al., 2008, 194). Il concetto di resilienza, piuttosto che un tratto di personalità fisso, comprende meccanismi di protezione e risorse all’interno di più domini (individuale, familiare e comunitario) e costituisce un’abilità che può essere rafforzata o danneggiata (Fossion et al., 2015 cit. in Leys et al., 2017, 125).

Diversi studi (Bonanno et al., 2007; Waugh et al., 2008; Wingo et al., 2010; Zhou et al., 2016 cit. in Fergerson, 2018, 13) hanno dimostrato che la resilienza modifica le relazioni tra trauma e psicopatologie.

Rispetto ai DA, uno studio recente (Fergerson, 2018), ad esempio, esaminando in un campione di 519 donne l’impatto della resilienza sulla relazione tra violenza sessuale e comportamenti alimentari disfunzionali, ha confermato l’ipotesi secondo cui la resilienza media la relazione tra i sintomi del trauma e i comportamenti alimentari disfunzionali.

Di seguito, illustreremo alcuni fattori che possono svolgere un ruolo di mediazione tra l’input costituito dal trauma e l’output costituito dalla psicopatologia.

- *Caratteristiche oggettive dell’evento*

Non tutti gli eventi sono di per sé traumatici (Zaccagnino, 2017). Importante è tener conto della natura dell’evento e dell’impatto che potrebbe avere sull’individuo: essere coinvolti in una catastrofe naturale è diverso dall’essere oggetto di persecuzione da parte di altri esseri umani, come nel caso dell’abuso sessuale ripetuto (Ammaniti, 2002).

Le ricerche indicano che i traumi causati dall’uomo sono più “traumatici” di quelli naturali perché, nel primo caso, chi li subisce sviluppa la convinzione di essere vittima deliberata di un proprio simile; tali traumi hanno, dunque, una capacità maggiore di infrangere l’assetto psicologico e di minare la fiducia dell’individuo nel futuro e nei confronti delle relazioni interpersonali (Simonetta, 2010). Rientrano in questa categoria non soltanto i “traumi dello sviluppo”,

ovvero le condizioni di minaccia soverchiante da cui è impossibile sottrarsi, ma anche i cosiddetti “traumi relazionali”, ovvero le esperienze dolorose vissute nel rapporto con l’altro che, se apparentemente potrebbero sembrare meno invalidanti, portano in realtà con sé numerose conseguenze sulla salute psicologica dell’individuo; il soggetto, infatti, potrebbe costruire a partire da queste esperienze credenze negative su di sé e sull’altro quali, ad esempio, “non sono degno d’amore” o “il mondo è un luogo malevolo”, le quali potrebbero generare sentimenti di colpa, vergogna ed impotenza, intaccando in questo modo la sua identità e prevedibilità del mondo (Zaccagnino, 2017).

- *Variabili relative al soggetto*

La ricerca epidemiologica indica che, sebbene la percentuale di popolazione generale che potrebbe andare incontro nella vita ad esperienze traumatiche sia piuttosto elevata (tra il 40 e il 75%), solo una ridotta percentuale di queste persone svilupperà a lungo termine una psicopatologia riscontrabile clinicamente (Giannantonio, 2009). Non tutte le persone che vivono un’esperienza traumatica si definiscono, infatti, come traumatizzate. La traumaticità di un evento è legata non solo alle caratteristiche oggettive dell’evento, ma anche alle variabili relative al soggetto, quali predisposizione biologica, età, tratti di personalità e storia di attaccamento (Simonetta, 2010; Zaccagnino, 2017).

Rispetto alla predisposizione biologica, possono aumentare la vulnerabilità alla malattia i seguenti aspetti: una familiarità psicopatologica per i disturbi d’ansia, dell’umore o per la psicopatologia in generale; diagnosi psicologiche (come disturbi d’ansia, depressivi o PTSD) che possono precedere la BN e risentono, almeno parzialmente, di una predisposizione genetica (Giannantonio, 2009; Madowitz, Matheson & Liang, 2015; Castonguay & Oltmanns, 2016); l’appartenenza al genere femminile, in quanto le donne, essendo maggiormente esposte ad esperienze traumatiche di più elevata gravità, hanno un maggiore rischio di sviluppare quadri psicopatologici; infine, alterazioni neurobiologiche associate ai traumi, sebbene non

sia sempre possibile stabilire se esse siano preesistenti o conseguenti al trauma (Giannantonio, 2009).

Rispetto all'età del soggetto al momento del trauma, le ricerche indicano come ad una minore età della vittima sia associata una maggiore probabilità di conseguenze negative e durevoli (Lingiardi & Gazzillo, 2014). In età precoce, infatti, essendo le strutture cerebrali implicate nell'elaborazione cognitiva delle informazioni ancora immature, il rischio di mettere in atto meccanismi di difesa primitivi, tra cui comportamenti alimentari anomali, è più elevato<sup>3</sup> (Vanderlinden & Vandereycken, 1998).

Per quanto riguarda i fattori di rischio psicologici, sembrano giocare un ruolo importante: pattern di reazione successivi al trauma, tra cui, ad esempio, strategie di ipercontrollo ed evitamento; la presenza di alcuni tratti di personalità quali, ad esempio, locus of control esterno, bassa autostima, nevroticismo, introversione, ipersensibilità interpersonale, dipendenza, anassertività, senso di inefficacia, irritabilità, impulsività, risentimento e sospettosità (Giannantonio, 2009; Simonetta, 2010).

Infine, rispetto allo stile di attaccamento la letteratura è concorde nel sostenere che un attaccamento di tipo insicuro, soprattutto quello disorganizzato, riveste un ruolo importante nell'ambito dei fattori soggettivi che concorrono negativamente all'elaborazione traumatica. Esso, infatti, essendo altamente correlato ad esperienze traumatiche, non solo rende l'individuo più vulnerabile nei confronti dello stress, ma lo influenza anche nella costruzione di un'idea negativa di sé stesso e del mondo, con cui interagirà con gli altri ed interpreterà la realtà (Simonetta, 2010).

- *Sintomi dissociativi*

Il trauma, essendo un evento emotivamente non sostenibile per chi lo subisce, porta all'attivazione di meccanismi di difesa arcaici, i quali provocano un distacco dall'esperienza di sé e del mondo ester-

---

<sup>3</sup> Tuttavia, esistono in letteratura molti dati contraddittori e possono entrare in gioco altre variabili, come la frequenza di esposizione, le quali possono far passare in secondo piano la variabile anagrafica delle vittime (Giannantonio, 2009).

no. Questo distacco implica una brusca sospensione delle normali capacità di mentalizzazione e rappresenta un ostacolo all'integrazione dell'evento traumatico nella continuità della vita psichica (Liotti & Farina, 2011).

Pierre Janet fu il primo, alla fine del 1900, a studiare la relazione tra esperienze traumatiche, sintomi dissociativi e disturbi del comportamento alimentare (Balbo, 2017). Un concetto essenziale della sua teoria è quello di dissociazione: una certa idea ("idea fissa"), oppure un intero complesso di idee e sentimenti che l'accompagnano, sfugge al controllo e, talora, persino alla consapevolezza della coscienza personale; questa idea sfuggita o dissociata comincia a vivere una sua vita indipendente e spinge i pazienti prima a rifiutare il cibo, poi ad abbuffarsi e, infine, a rimettere senza alcun controllo (Vanderlinden, Norré Jan & Vandereyken, 1995).

Le memorie traumatiche, quindi, non vengono rimosse dalla coscienza ma, fin dall'inizio, non si integrano nella sintesi personale di sé, portando alla formazione di veri e propri Stati dell'Io dissociati, i quali possono riemergere improvvisamente, alternandosi tra di loro. In accordo con la teoria della dissociazione strutturale della personalità di van der Hart, Nijenhuis e Steele (2011), all'interno di un soggetto traumatizzato vi sono due o più parti della personalità non coese: una parte emotiva (EP), che è quella che vive al tempo del trauma, rivivendolo in forma emotiva e senso-motoria, e che agisce secondo il sistema biologico della difesa; una parte apparentemente normale (ANP), che è quella che mantiene al suo interno la memoria autobiografica dell'individuo, dalla quale però sono stati esclusi tutti i ricordi relativi all'evento traumatico e che permette di vivere la vita di tutti i giorni senza sentirsi sopraffatti dal senso di vuoto e impotenza che genererebbe il ricordo di un evento doloroso (Zaccagnino, 2017). Queste due parti si alternano tra di loro e, quando a prevalere è la parte distaccata dal trauma, operante attraverso i sistemi d'azione della vita quotidiana, il soggetto appare piuttosto sereno e capace di condurre una vita normale; tuttavia, se a prevalere è la parte emotiva, allora la persona, vulnerabile alla patologia alimentare, può iniziare a sperimentare un'alterazione della propria esperienza corporea, che

spesso si traduce in derealizzazione (sensazione di irrealtà del mondo circostante) e depersonalizzazione (un estraniamento della propria persona, compreso il vissuto del proprio corpo) ed ad avere una serie di sintomi, che possono spingere all'adozione di condotte alimentari disfunzionali, al fine di interrompere i ricordi intrusivi, modulare l'ansia e riempire il vuoto emotivo (Giannantonio, 2009; Lingiardi & Gazzillo, 2014; Balbo, 2017).

Dunque, in accordo con la “*mood modulation theory*”<sup>4</sup>, la dissociazione potrebbe coesistere con i sintomi bulimici e avere la funzione di ridurre l'intensità di stati affettivi negativi mediante esperienze di distacco e di passaggio a livelli più bassi di coscienza; secondo la “*escape theory*”<sup>5</sup>, invece, potrebbe facilitare l'innescare di abbuffate, nel tentativo di “fuggire” dai sensi di colpa e da autovalutazioni negative rispetto ai propri standard perfezionistici mediante lo spostamento d'attenzione/coscienza da un livello più speculativo e astratto, come la valutazione di sé, ad elementi somatici più immediati o a stimoli ambientali esterni, come il cibo (La Mela & Maglietta, 2011).

---

<sup>4</sup> La “*Mood Modulation Theory*” postula che i soggetti affetti da DCA siano coinvolti in comportamenti di alimentazione incontrollata per alleviare stati emotivi negativi e prevede che gli episodi bulimici seguano periodi in cui sono stati vissuti affetti negativi particolarmente intensi (Hawkins e Clement, 1994).

<sup>5</sup> La “*Escape Theory*” (Heatherton e Baumeister, 1991) postula che i pazienti affetti da DCA siano caratterizzati da bassa autostima e standard eccessivamente elevati su di sé e sul proprio aspetto fisico e pertanto tendano ad autovalutazioni negative, concentrandosi sui propri fallimenti e generando stati affettivi negativi, come ansia e depressione. Da tali stati affettivi si verificherebbe il tentativo di “fuga”, attraverso un processo di “*cognitive narrowing*”, che consiste nello stabilire un livello di attenzione/coscienza più basso, prossimo ad elementi somatici immediati o a stimoli ambientali (come il cibo). Tale modello suggerisce che i soggetti affetti da BN tentino di “evadere” da stati di auto-coscienza negativi restringendo e focalizzando la loro attenzione (*cognitive narrowing*) sul cibo al fine di distaccarsi e “fuggire” da stati di auto-coscienza stressanti.

- *Ambiente familiare invalidante*

Oltre alle esperienze familiari del passato, anche le relazioni familiari attuali hanno un importante impatto sul funzionamento psicologico del soggetto (Vanderlinden & Vandereycken, 1998).

Il sostegno genitoriale è un fattore determinante nell'influenzare le modalità adattive e reattive del soggetto al trauma, ovvero una sua percezione sollecita, una ridefinizione cognitiva degli stressor ed una risposta emozionale e comportamentale più adattiva; al contrario, scarsità o assenza di sostegno aumentano la vulnerabilità verso un livello generale di difficoltà psicologiche in età adulta (Simonetta, 2010). Il trauma negato o non riconosciuto costringe il soggetto ad agire come se l'esperienza sfavorevole non fosse mai accaduta (Ricciutello, Cheli, Montenegro et al., 2012). È importante, quindi, tener conto della risposta che la vittima percepisce da parte dell'ambiente quando tenta di rivelare a qualcuno l'evento traumatico: una mancata reazione o una risposta ostile possono risultare traumatiche almeno quanto l'evento stesso, impendendo, di conseguenza, l'individuazione di strategie di coping più funzionali (Vanderlinden & Vandereycken, 1998).

Ackard e colleghi (2001) hanno dimostrato, a tal proposito, come le adolescenti che non parlavano dell'abuso subito mostrassero un maggior rischio di sviluppare comportamenti di abbuffata/eliminazione rispetto a quelle che avevano, invece, rivelato la loro esperienza traumatica.

- *Rischio di ri-traumatizzazione*

Chi è stato vittima di esperienze sfavorevoli infantili, come violenza fisica e sessuale, può essere più vulnerabile ad avere situazioni stressanti successive; infatti, una delle caratteristiche più sorprendenti dei pazienti traumatizzati è il fatto che spesso si trovano coinvolti in circostanze in cui si ripetono le situazioni traumatiche originarie o alcuni loro elementi (Vanderlinden & Vandereycken, 1998).

Esiste una correlazione significativa tra attaccamento disorganizzato e riverificarsi di esperienze traumatiche (Simonetta, 2010). Una possibile spiegazione di questo fenomeno può essere legata

all'incapacità di instaurare confini sicuri ed appropriati nelle proprie interazioni sociali (Vanderlinden & Vandereycken, 1998; Simonetta, 2010). La presenza di relazioni gravemente disfunzionali con le figure di attaccamento può non aver consentito un adeguato utilizzo di un "contenitore relazionale", che funga da occasione di apprendimento e di integrazione degli stati affettivi (*ivi*).

Dunque, la presenza di un abuso sessuale o fisico in età infantile rende più che doppia la probabilità che una persona sia oggetto di un ulteriore abuso nel proseguo della vita (Vanderlinden & Vandereycken, 1998; Giannantonio, 2009). Tuttavia, non si devono considerare solo il ripetersi della violenza sessuale e/o fisica; tra un trauma vissuto nell'infanzia e lo sviluppo della sintomatologia alimentare possono verificarsi anche altri tipi di eventi, i quali possono funzionare come fattori scatenanti nello sviluppo di quest'ultima. Ad esempio, in molte pazienti si nota che il disturbo del comportamento alimentare inizia quando la giovane adolescente si trova a dovere affrontare la propria sessualità e ad avere contatti più intimi. Queste situazioni, anche se positive e per nulla violente, possono essere vissute come traumatiche ed agire in modo tale da suscitare i ricordi relativi alle esperienze traumatiche vissute nell'infanzia ed i sentimenti ed i pensieri ad esse connessi (*ivi*). Wonderlich e colleghi (2001) hanno trovato che la rivittimizzazione è associata a più alti livelli di disordini alimentari e ad impulsività.

- *Immagine corporea negativa*

Maltrattamenti precoci (sessuali, fisici e/o emotivi), assenza di fattori protettivi e fallimento nello sviluppo di competenze appropriate all'età causano una generale "mortificazione" del Sé, il quale inizia ad essere percepito come inefficace, impotente ed indegno (Ricciutello et al., 2012). In questa svalutazione dell'immagine di sé rientra anche quella dell'immagine del proprio corpo; spesso, infatti, i soggetti con esperienze traumatiche infantili sperimentano sentimenti di repulsione, disgusto, ipercontrollo e distacco nei confronti del proprio corpo (Giannantonio, 2009). In simili situazioni il problema non è tanto il peso in difetto o in eccesso, quanto il senso della propria identità, perché è la vita stessa, il suo significato e valore che si

sono trasformate e alterate (Ciccolini & Cosenza, 2015). Il corpo finisce per diventare la rappresentazione più intima e, nello stesso tempo, più estranea dell'individuo, lo scenario ineludibile di tutte le manifestazioni psichiche prodotte dalla mente, il teatro dove si gioca la partita dell'identità (Dalla Ragione & Mencarelli, 2012; Ciccolini & Cosenza, 2015).

Le sensazioni di ansia, imbarazzo e vergogna nel pensare che il proprio aspetto fisico possa rivelare agli altri alcune inadeguatezze personali spinge i soggetti a adottare comportamenti di evitamento e negazione del corpo e strategie compensatorie, che possono incrementare l'insoddisfazione corporea e portarli a focalizzarsi sempre di più sul controllo del peso e della forma del corpo, dando vita ad un disturbo alimentare (Balbo, 2017; Dalle Grave, 2017).

In conclusione, anche l'immagine corporea negativa può svolgere un ruolo da mediatore tra il trauma e la BN: i comportamenti alimentari disadattivi possono, infatti, essere interpretati come *“un modo per gestire un'immagine negativa di sé e, più in particolare, un'esperienza corporea negativa derivata dalla violenza sessuale e/o fisica”* (Vanderlinden & Vandereycken, 1998, 39).

#### **4. BN come strategia di coping disfunzionale**

Di fronte ad una mancata condivisione degli affetti con i propri caregivers e ad un mancato consolidamento di uno stabile e positivo senso di sé, il soggetto può subire un indebolimento delle capacità mentali superiori e inferiori, sperimentando non solo un'attivazione ed un'allerta costanti, ma anche un deficit nella regolazione delle emozioni, degli impulsi e del comportamento (La Rosa & Onofri, 2017).

In tale prospettiva, i sintomi degli *Eating Disorders*, secondo Schwartz e Gay (cit. in La Rosa & Onofri, 2017, 253), possono assumere più funzioni: possono trasformarsi in ristoro, nutrimento, piacere, legame, intorpidimento, distrazione, sedazione, bisogno di aiuto, ribellione, liberazione dalla rabbia, senso di identità e autostima, mantenimento di debolezza/impotenza, controllo e potere, conteni-

mento per la frammentazione, dissociazione da pensieri intrusivi e anche danno e castigo.

Di seguito evidenzieremo come le principali caratteristiche della BN possano assumere una funzione di coping:

- *La preoccupazione circa il peso, il cibo e le forme del corpo*

La preoccupazione estrema per il peso, il cibo e le forme corporee è considerata la psicopatologia specifica nei soggetti affetti da BN; questi soggetti, avendo alla base uno scarso concetto di sé ed una profonda mancanza di fiducia nella validità e attendibilità dei propri sentimenti, pensieri, percezioni e comportamenti, credono che il peso e la forma fisica siano di estrema importanza per giudicare il proprio valore e che debbano essere mantenuti sotto controllo (Dalle Grave, 1998).

Nell'ottica cognitiva, il tema del controllo è strettamente connesso alla capacità di autoregolazione degli stati interni e alla capacità di influenzare gli eventi esterni. Esso, quindi, diventa estremamente rilevante non solo in relazione al cibo e, quindi, al bisogno di controllarne l'assunzione, ma anche in riferimento a tutti gli aspetti che caratterizzano la vita quotidiana del soggetto (Zaccagnino, 2017).

Waller (1992) ha mostrato come, in soggetti affetti da disturbi alimentari, una storia di abusi sessuali si connetta alla percezione di un livello più basso di controllo personale, che incrementa l'esigenza di un maggior controllo sugli eventi ritenuti imprevedibili (Zaccagnino, 2017).

In tal senso, pensare al peso, al cibo e alle forme corporee è una strategia di coping, una modalità estrema e disfunzionale con cui il soggetto tenta di ridurre l'idea negativa di sé e il proprio senso di vulnerabilità. Alcune ragazze riportano come l'esperienza di "assenza di sentimenti" sia legata ad una maggiore attenzione al peso, al cibo e alle forme corporee, ovvero il pensare a questi parametri esterni permette loro di distrarsi dal grande vuoto interiore (Dalle Grave, 1998). Tuttavia, è anche vero che nelle persone con compor-

tamenti bulimici sono presenti elevati livelli di impulsività, i quali diminuiscono il loro senso di controllo (*ivi*).

- *Il fenomeno del binge eating*

Un episodio di abbuffata è definito come l'ingestione in un determinato periodo di tempo di una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso periodo e in circostanze simili ed è accompagnata da una sensazione di perdere il controllo, ovvero dalla sensazione di non riuscire ad astenersi dal mangiare o di smettere di mangiare una volta iniziato (A.P.A., 2013).

Solitamente l'antecedente più comune è un'emozione negativa: rabbia, irritabilità, depressione, solitudine, vergogna, ansia, senso di colpa, tristezza o preoccupazione. Tuttavia, altri fattori scatenanti possono essere l'aumento di peso, la sensazione di gonfiore e grassezza, la fame, la noia, la restrizione dietetica, condizioni interpersonali stressanti (Dalle Grave, 1998; A.P.A., 2013).

Due modelli che hanno cercato di spiegare perché si verificano le abbuffate sono quello della restrizione alimentare e quello delle emozioni. Secondo il modello della restrizione alimentare, le abbuffate sarebbero la diretta conseguenza della dieta ferrea: nella maggior parte dei casi esse si verificano, infatti, durante i periodi di restrizione alimentare e possono essere indotte da alterazioni della fame e della sazietà, da emozioni secondarie alla restrizione alimentare o dal pensiero "tutto o nulla", tipico dei soggetti affetti da bulimia. Tale modello ha però alcuni limiti: il primo è che non tutte le persone che si abbuffano restringono l'alimentazione prima delle crisi bulimiche; il secondo è che non sempre gli antecedenti delle abbuffate sono legati a stimoli di fame e sazietà, ma possono associarsi anche a stati emotivi negativi o minacce percepite all'autostima (*ivi*). Rispetto a quest'ultimo aspetto, il modello delle emozioni suggerisce due potenziali processi che potrebbero spiegare il legame tra abbuffate e stati emotivi negativi o minacce all'autostima: 1) il "processo del blocco delle emozioni", secondo il quale le abbuffate avrebbero la funzione di allontanare l'attenzione dell'individuo da stati emotivi percepiti come intollerabili; 2) il "pro-

cesso della fuga dall'autoconsapevolezza", secondo il quale le abbuffate sarebbero la conseguenza di una sorta di restringimento cognitivo che l'individuo utilizza per fuggire dalla consapevolezza di stati emotivi negativi o di situazioni percepite come minaccianti (*ivi*). Prima e durante l'attacco bulimico alcune persone riferiscono, infatti, di essere agitate e di sperimentare una totale assenza di controllo sul proprio comportamento oppure di avere uno stato alterato di coscienza; le pazienti con BN spesso dichiarano di assumere una personalità diversa durante le crisi bulimiche, come se fossero possedute da un demone, oppure di vivere una sorta di amnesia su quanto è accaduto durante l'abbuffata (Vanderlinden, Norré Jan & Vandereycken, 1995). Ciò è particolarmente frequente nelle pazienti con comportamenti bulimici vittime di esperienze di abuso, dove si sono riscontrati elevati livelli di dissociazione della coscienza (amnesia, depersonalizzazione, derealizzazione). Queste pazienti ricorrerebbero alla dissociazione e, quindi, all'abbuffata, come meccanismo per gestire il dolore connesso al trauma e per affrontare i vari eventi stressanti della vita (Dalle Grave, 1998). Tale comportamento produce all'inizio sensazioni piacevoli le quali, tuttavia, durano poco, dando spazio a sentimenti di disgusto, senso di colpa e depressione autosvalutativa (*ivi*).

- *Il fenomeno del purging*

Un'altra caratteristica essenziale della BN è il frequente ricorso a condotte compensatorie inappropriate; esse sono estremamente importanti per ridurre la sensazione di malessere fisico, per gestire la paura di aumentare di peso e, infine, per controllare i livelli di ansia (Dalle Grave, 1998; A.P.A., 2013).

Il vomito autoindotto risulta essere la tecnica compensatoria maggiormente usata da queste pazienti; i suoi effetti immediati sono quelli di ridurre il malessere e la paura di ingrassare (Dalle Grave, 1998). All'inizio tale strategia viene vissuta in modo positivo, come la soluzione del problema, tuttavia, a lungo termine, incrementa sentimenti di disgusto verso sé stessi e riduce la propria autostima (*ivi*).

Oltre al vomito autoindotto, altre condotte di eliminazione vengono usate dai pazienti bulimici, tra cui l'uso di lassativi e diuretici, l'esercizio fisico eccessivo e la dieta ferrea (A.P.A., 2013).

Tutte queste strategie possono contribuire a mantenere il disturbo ed essere lette come strategie di coping disfunzionale (*ivi*). Possono essere interpretati, infatti, come un tentativo, seppure doloroso e poco efficace, di autoterapia nei confronti di emozioni, sensazioni e memorie, spiacevoli e dolorose, legate al passato traumatico.

## **5. Il ruolo delle memorie traumatiche nel mantenimento dei comportamenti alimentari disfunzionali**

Da un punto di vista neurobiologico si è visto come, in condizioni di stress eccessivo, l'amigdala, fondamentale nella memorizzazione della paura (memoria implicita), non vada incontro ad un deficit di memorizzazione, al contrario della corteccia pre-frontale e dell'ippocampo, implicati nell'integrazione e valutazione della memoria esplicita (Giannantonio, 2009). Ciò comporta la formazione di ricordi intrusivi, frammentati, non accessibili alla consapevolezza e connotati da emozioni magmatiche, dolorose e difficilmente gestibili, che possono rendere più probabile lo sviluppo della sofferenza psichica (De Luca, 2003; Giannantonio, 2009).

È stato visto come nelle pazienti che soffrono di BN le memorie traumatiche possono contribuire all'insorgenza e al mantenimento del disturbo, avendo un impatto significativo sui processi di elaborazione dell'informazione e di regolazione emotiva (ruminazione, evitamento del pensiero, dissociazione) e sull'organizzazione dei sintomi del DCA (Balbo, 2017; Zaccagnino, 2017). In particolare, è stato notato che le memorie traumatiche legate ai sentimenti di vergogna svolgono un ruolo centrale nel mantenimento della sintomatologia alimentare (Hayaki, Friedman & Brownell, 2002); la vergogna, un'emozione a valenza negativa e derivante da esperienze sfavorevoli infantili, può influire sul benessere della persona, operando come un ricordo di autodefinizione intrusivo e influenzando l'autostima e lo stile interpersonale della persona (Matos & Pinto-Gouveia, 2010).

Le prime esperienze di vergogna, immagazzinate a livello implicito, possono riemergere improvvisamente, generando reazioni di rabbia, critica e biasimo, le quali possono condurre all'adozione di comportamenti alimentari disfunzionali, quali abbuffate e condotte di eliminazione, al fine di modulare tali reazioni negative e interrompere i ricordi intrusivi (Balbo, 2017).

In tale ottica, i ricordi traumatici e, nello specifico, le memorie legate alla vergogna, fungerebbero sia da trigger (causa scatenante), sia da predittori, sia da perpetuatori dei sintomi alimentari (*ivi*).

## **6. Implicazioni terapeutiche**

La concettualizzazione di un disturbo e della sua eziopatogenesi determina in modo significativo sia il piano di trattamento, sia le strategie e tecniche che verranno utilizzate per la sua realizzazione. Ecco perché l'interesse per la relazione tra trauma e bulimia nervosa ha importanti ripercussioni terapeutico-riabilitative. In quest'ultima parte del lavoro, ci focalizzeremo sulle implicazioni terapeutiche derivanti dagli studi che hanno esplorato il rapporto trauma-bulimia nervosa, offrendo alcune riflessioni in merito.

Dato che le memorie traumatiche possono contribuire all'insorgenza e al mantenimento della bulimia nervosa (Zaccagnino, 2017), la pianificazione del suo trattamento dovrebbe tener conto dell'importanza di lavorare sul trauma, che può diventare necessità soprattutto nei casi in cui questo, presente in anamnesi, costituisca una base significativa per il mantenimento del disturbo, impedendone la remissione completa o un'accettabile (per il paziente) remissione parziale.

Nelle terapie che hanno ottenuto evidenze di efficacia per la cura della BN, come la Terapia Cognitivo Comportamentale (CBT) e la Psicoterapia Interpersonale (IPT), il lavoro sul trauma, tuttavia, non rappresenta un target specifico del trattamento (Bevere, Borrello, Brambilla et al., 2013; Zaccagnino, Civilotti, Cussino et al., 2017), il che potrebbe spiegare almeno una parte dei fallimenti e dei drop out che si riscontrano applicando questi modelli di intervento.

L'Analisi Transazionale, d'altro canto, è una teoria della personalità ed un modello psicoterapeutico che appare ben attrezzato, dal punto di vista teorico, per comprendere ed affrontare gli effetti, intrapsichici e relazionali, dei traumi dello sviluppo, potendo contare sul concetto di stato dell'Io Bambino, che comprende comportamenti, pensieri e emozioni riproposti dall'infanzia (Stewart & Joines, 1998) e su quello di convinzione di copione e decisione di sopravvivenza (Cornell et al., 2018), che permettono di concettualizzare le risposte cognitive e le strategie comportamentali che i bambini adottano in risposta ad abusi e trascuratezza. Siamo d'accordo, quindi, con Brunt (2005, p. 240-241), quando afferma che: *“l'analisi transazionale ha molto da offrire nel trattamento dei disturbi alimentari, cosa che non sorprende dato che incorpora molti degli interventi usati nella CBT e nella IPT. Tuttavia, nell'analisi transazionale questi interventi sono integrati all'interno di una cornice psicodinamica che affronta i problemi che derivano dai bisogni non soddisfatti dell'infanzia”*.

L'attenzione alle esperienze di tipo traumatico ed il lavoro terapeutico su di esse e sugli stati dell'Io dissociati potrebbe essere necessario soprattutto in quei casi complessi di bulimia nervosa in cui, pur registrandosi significativi progressi attraverso la CBT e la IPT, non si riesca ad ottenere una remissione sintomatologica completa del disturbo. In tali casi, i comportamenti bulimici si associano con elevata probabilità ad alti livelli di dissociazione della coscienza e possono svolgere la funzione di strategia di coping, disfunzionale nel lungo termine, ma utile nel breve termine a gestire il dolore connesso al trauma (Balbo, 2017); tali comportamenti potrebbero, per esempio, evitare che memorie traumatiche accedano improvvisamente alla coscienza ed aiutare la persona ad affrontare gli attuali eventi stressanti della vita, che fungono da trigger per ricordi traumatici.

In sintesi, i comportamenti alimentari patologici possono essere interpretati come un tentativo, seppure doloroso e poco efficace in prospettiva, di autoterapia (automedicazione) nei confronti di emozioni, sensazioni e memorie, spiacevoli e dolorose, legate al passato.

La diagnosi dei disturbi alimentari in chiave analitico transazionale consente di creare un ponte tra attuali comportamenti disfunzionali di coping ed esperienze traumatiche passate: le spinte ‘Compiaci’, ‘Sii perfetto’ e ‘Sii forte’ aiutano la persona con DA a mantenersi in una posizione di valore e autostima accettabile, nascondendo in tal modo la propria vulnerabilità; il DA rappresenta una soluzione al conflitto (impasse) tra i messaggi del Genitore nel Bambino (Non sentire, Non essere te stessa, Non crescere) e il bisogno di crescere ed essere se stessi che emerge con la pubertà, all’interno di un contesto sociale in cui il messaggio del Genitore Culturale è “Sii magra, abbi successo!”. Il disturbo alimentare è anche una forma di racket in cui il sentimento sostitutivo è espresso come sensazione somatica (“*mi sento grassa*”) (Brunt, 2005, p. 246).

Una questione clinica che si pone nel riflettere sul trattamento della BN, soprattutto laddove siano presenti storie traumatiche di abuso, è allora relativa a “*se, quando e in quali condizioni*” intervenire sul trauma.

Rispetto al “se”, riteniamo che esso dipenda da un’accurata valutazione del caso e del suo andamento e che occorra tener presenti alcuni aspetti, tra cui: il peso del trauma nel mantenimento, più che nella genesi, del disturbo; esiti trattamentali inadeguati (alta frequenza di ricadute post-trattamento, permanenza di una sintomatologia significativa post-trattamento, sintomatologia residuale che contribuisce ad un funzionamento personale o sociale eccessivamente basso, storia di drop-out ripetuti all’interno di trattamenti focalizzati sul disturbo).

Se affrontiamo la questione del “quando”, in termini clinici, non possiamo dimenticare, come osserva Brunt (2005, p. 242), che la complessità della terapia dei DA è connessa ad almeno quattro questioni che meritano una speciale attenzione: “*il grado di rischio fisico; l’interrelazione tra sintomi psicologici e fisiologici; la natura ossessivo-compulsiva dei disturbi alimentari; il bisogno di introdurre quanto prima il cambiamento comportamentale*”.

Rispetto al “quando” in termini teorici emergono almeno tre possibili orientamenti, sintetizzabili nel modo seguente: a) lavorare

prima sui comportamenti problematici e, solo in un secondo tempo, affrontare le memorie traumatiche; b) lavorare prima sui ricordi traumatici così da eliminare la necessità del sintomo legata alla sua funzione protettiva; c) lavorare in contemporanea su entrambi i fronti, quello del disturbo alimentare e quello traumatico.

Ciascuna delle tre prospettive manifesta limiti e svantaggi: se si lavora sui comportamenti bulimici rimandando in un secondo momento l'elaborazione del trauma si rischia di incrementare il senso di impotenza nei confronti della sintomatologia bulimica, dato che il paziente potrebbe vivere come troppo difficile abbandonare il sintomo (e la sua funzione di coping), senza prima aver "curato" la ferita che ne mantiene la necessità; se si lavora direttamente sul trauma, lasciando da parte i comportamenti bulimici, si rischia di rinforzare la necessità del disturbo, ovvero di riaprire la ferita troppo presto, quando il paziente non ha abbastanza risorse per non ricorrere ai sintomi alimentari come strategia di coping; il lavoro in contemporanea, d'altro canto, richiede competenze terapeutiche molto sofisticate e, probabilmente, anche un setting fortemente contenitivo per evitare di destabilizzare il paziente a contatto con il trauma, ed è difficile che possa essere svolto in un setting di tipo ambulatoriale con una frequenza di una volta alla settimana.

Una questione clinica simile, peraltro, ha per anni attraversato la riflessione sul trattamento delle tossicodipendenze e dell'alcolismo. Chi le riteneva solo un sintomo derivante da traumi del passato ha finito per proporre un intervento che rischiava di mantenere inalterato l'uso o, nei casi peggiori, di favorirlo (posizione messa in ridicolo da frasi come "ho capito tantissime cose della mia storia, ma continuo a bere"); tale atteggiamento terapeutico potrebbe aver interferito con l'efficacia di approcci interessati esclusivamente all'elaborazione della storia traumatica piuttosto che alla gestione della sintomatologia ed al cambiamento. Coloro che hanno focalizzato l'attenzione solo sull'uso, dando dignità di malattia alla dipendenza, cioè senza più considerarla come un sintomo di qualcos'altro, hanno avuto maggiori successi terapeutici trascurando, tuttavia, che, senza un lavoro più profondo sui traumi, importanti fattori di mante-

nimento, si corre il rischio di molteplici ricadute e di hopping (salto da una dipendenza ad un'altra dipendenza). Solo quando questi due punti di vista, rappresentati in termini polari, il primo dall'aiuto professionale psicoterapeutico, il secondo dal movimento dell'autoaiuto e delle Comunità Terapeutiche, hanno cominciato a dialogare ed a considerare senza pregiudizi le rispettive posizioni (importanza di occuparsi del disturbo attuale ed importanza di considerare tra i fattori di mantenimento alcune esperienze traumatiche non ancora rielaborate in modo adattivo), è stato possibile entrare nell'era dell'integrazione e della personalizzazione dei trattamenti, potendo tener conto di entrambi i poli nel lavoro terapeutico e riabilitativo.

Rispetto al "quando", ci sembra, inoltre, che la valutazione del caso dovrebbe tener conto delle risorse e del livello di stabilizzazione raggiunto dal paziente: affrontare ed elaborare un trauma richiede che la persona sia sufficientemente stabilizzata dal punto di vista sintomatologico ed emotivo e che sia capace di auto-stabilizzarsi o che abbia un sufficiente attaccamento nei confronti delle risorse esterne al sé, professionali e non, fonte di potenziale eteroregolazione. La capacità di auto-stabilizzarsi implica un lavoro di insegnamento e di sviluppo di competenze di autoregolazione, di gestione dello stress e di dipendenza amevole (per es. saper chiedere aiuto in situazioni stressanti) che, in fasi sintomatologiche intense e acute, è perlopiù impossibile da attuare.

Molti dei trattamenti che si rivolgono direttamente al trauma (uno per tutti, l'EMDR) dedicano, in effetti, un tempo significativo alla stabilizzazione del paziente ed alla costruzione di adeguate strategie di coping, senza le quali la persona utilizzerà le sue abituali strategie, ovvero le condotte alimentari disfunzionali (Shapiro, 2019).

La questione del rapporto tra trauma e bulimia nervosa ha, quindi, una rilevanza clinica, perché il modo in cui concepiamo questa relazione incide sulle priorità in termini di obiettivi del trattamento e di metodo. All'interno di un modello causalistico della malattia mentale, che vedeva alcuni disturbi come sintomi derivanti da una causa più profonda, il trauma era concepito come la causa del sinto-

mo alimentare e questa visione ha portato molti clinici a trascurare il sintomo (non dandogli dignità di disturbo) ed a focalizzare l'attenzione del trattamento sull'elaborazione e la risoluzione del trauma alla sua base. Tale atteggiamento terapeutico ha portato, però, a ripetuti fallimenti terapeutici, in cui, più si lavora sulla causa, più il sintomo permane e si rinforza.

L'adozione di un modello multifattoriale non causalistico e complesso permette di vedere il trauma non più come la causa del sintomo, ma come un fattore che può aumentare la vulnerabilità dell'individuo allo sviluppo di uno o più disturbi (fattore di rischio), che può contribuire all'esordio del disturbo (fattore scatenante) e che, infine, può influire sul mantenimento del disturbo (fattore perpetuante) (Becciu & Colasanti, 2016; Balbo, 2017). Un tale modello permette di non focalizzare tutta l'attenzione terapeutica sulle presunte cause del sintomo, trascurando il disturbo nella sua complessa funzionalità (strategia di coping, adattamento creativo alle sfide ambientali, ma anche fonte di identità e di sicurezza personale e relazionale).

Il modello causa-sintomo, imperniato sul paradigma biomedico, concepisce i problemi psichici come una conseguenza di qualche agente patogeno che, una volta eliminato, porta alla scomparsa del sintomo. La complessità degli attuali modelli multifattoriali, che costituiscono l'odierna base per la comprensione dei DCA, basata sul paradigma bio-psico-sociale, consente invece di concepire i disturbi come fenomeni complessi in cui interagiscono fattori di vario ordine (individuali e ambientali) con funzioni diversificate e spesso plurime (fattori di vulnerabilità, scatenanti e perpetuanti).

Volendo prendere a prestito una metafora medica (consapevoli dei rischi e dei limiti che può comportare l'adottare metafore che rimandano al riduzionismo), un disturbo psichico come la BN di origine traumatica appare simile ad una frattura ossea della gamba mal curata o non curata. La rottura dell'osso, non riparata adeguatamente, può contribuire a generare numerosi altri problemi, fermo restando che, in qualche modo, il corpo "andrà avanti e sistemerà la situazione (automedicazione)". Se la persona non riceverà le cure necessarie (ad

esempio, un gesso messo in modo appropriato), l'osso non si riparerà in modo corretto; nel frattempo, la persona adotterà tutta una serie di strategie (ad es. assumere posture che gli procurano meno dolore, usare una stampella per poter camminare, evitare tutta una serie di movimenti), che influenzeranno il suo modo di muoversi ed affrontare le circostanze della vita. In qualche misura, i sintomi presenti nella bulimia nervosa di origine traumatica possono avere la funzione di una stampella che la persona usa per gestire il dolore di una frattura. Quest'ultima, alla fine, si sistema ma, dato che l'osso non è stato curato correttamente, comporterà significative limitazioni funzionali (per esempio, nel movimento della gamba); nel frattempo, la persona, che ha trovato nella stampella un valido aiuto (è stata la sua sicurezza contro il dolore e la possibilità di farsi nuovamente male), ha finito per adattare il suo corpo e la sua testa alla stampella: se la porta dappertutto, impara a fare ogni cosa con la stampella ed evita ciò che non riesce a fare senza, comincia anche ad avere alcuni sintomi secondari tipici di chi cammina con la stampella (ad es. dolori muscolari o neurologici legati a posture inadeguate) e, alla fine, anche se le viene detto che l'osso si è sistemato, avrà difficoltà a camminare senza la stampella e tenderà a volerla tenere, perché si sente zoppo e meno sicuro nel camminare. Quando una tale persona cercherà un aiuto, parlerà dei sintomi che la affliggono (una sciatica, dolori alla gamba non rotta, mal di collo, paura nel camminare veloce); se valutiamo che la sua sintomatologia abbia un'origine traumatica (una gamba rotta e mal aggiustata) e gli proponiamo di rompere nuovamente la gamba e sistemarla per bene (intervento sul trauma), il rischio è che non sia pronta per questo lavoro: in fondo, è venuta per una sciatica e potrebbe preferire qualcosa di più semplice per poterla curare (non basta qualche iniezione?). Anche se si convincesse subito della giustezza della diagnosi, l'idea di doversi rompere nuovamente l'osso per aggiustarlo bene potrebbe spaventarla, tanto da preferire andare avanti come ha fatto finora, tenendosi le sue limitazioni e finendo per sentirsi ancora più legata alla sua stampella.

Così, dal punto di vista terapeutico, un primo passo utile potrebbe essere quello di far vedere alla persona che può levare la

stampella e riprendere a camminare anche se, anni fa, l'osso si è rotto; aiutarla ad acquisire sicurezza anche nel camminare con una gamba un po' zoppa e mostrargli come possa davvero fare le stesse cose che fa, senza stampella, eliminando i limiti che derivano dal suo uso (ad esempio, avrà entrambe le mani libere). Semplificando, il focus del lavoro diventa togliere la stampella: si vive meglio con l'esito di un trauma osseo stabilizzato, piuttosto che con l'esito di un trauma osseo stabilizzato ed una stampella; si vive meglio senza un disturbo alimentare che con, nonostante l'esperienza di vita ed i suoi traumi potrebbero averci convinto del contrario.

L'idea che si debba lavorare prima di tutto sul passato per cambiare il presente contrasta con un altro aspetto della psicoterapia efficace, cioè l'idea che, lavorando sul presente, si possa cambiare il futuro a volte meglio che lavorando sul passato. Dato che ogni frattura lascia la sensazione di una vulnerabilità aumentata e diminuisce la fiducia di poter andare avanti contando sulle proprie competenze e capacità, lavorando sul presente aiutiamo la persona a prendersi cura di sé oggi ed a vivere nonostante i segni che i traumi le hanno lasciato. In tal modo, la persona può impegnarsi nello stare meglio adesso e, se una volta abbandonata la stampella, vuole sistemare anche l'osso, allora potrà scegliere di operarsi nuovamente, sapendo che proverà dolore ma che, stavolta, un bravo medico la aiuterà a sistemare l'osso come si deve.

L'idea di poter avere una vita adeguatamente felice e piena anche da "traumatizzati" è in linea, infine, con una visione umanistica esistenziale dell'uomo e, in modo particolare, con il concetto di autotrascendenza (Frankl, 1998), per il quale noi non siamo i nostri traumi e possiamo trascenderli.

D'altra parte, quando uno o più traumi continuano ad incidere sull'intensità e sulla frequenza della bulimia, causando continue ricadute e contribuendo al mantenimento di una sintomatologia residuale clinicamente significativa, che abbassa la qualità della vita e le possibilità di trovare un'adeguata realizzazione personale e sociale, allora la necessità di intervenire sul trauma diventa un'opzione tera-

peuticamente significativa, da contrattare con la persona, che resta comunque libera di decidere se “operarsi” o meno.

L’ultima opzione relativa al “quando” (lavorare in contemporanea su entrambi i fronti, quello del disturbo alimentare e quello traumatico), per quanto teoricamente possibile, ci sembra applicabile solo a determinate condizioni e si intreccia con la terza domanda della questione clinica: “in quali condizioni?”. Ammesso che sia preferibile lavorare in contemporanea invece che in termini sequenziali (prima sul disturbo, poi, una volta stabilizzata la persona, sul trauma), ci sembra che questa opzione richieda alcune condizioni specifiche, quali: un chiaro contratto terapeutico, un ambiente molto contenitivo preferibilmente di tipo residenziale, specifiche competenze professionali nella gestione delle problematiche di tipo traumatico, la possibilità di apprendere strategie di coping attraverso training specifici, come quelli offerti all’interno della DBT (Linehan, 2015).

In conclusione, nel trattamento di casi clinici complessi di bulimia nervosa, la relazione circolare tra sintomatologia alimentare, traumi pregressi e disturbo nel suo insieme merita un’attenta valutazione clinica, che tenga conto delle risorse personali e sociali della persona, della fase del suo ciclo di vita e della sua risposta specifica ad interventi più orientati al disturbo o più orientati all’elaborazione del trauma, così da costruire con il paziente un piano di trattamento personalizzato, sostenuto da un contratto terapeutico che sappia portare avanti in modo dialettico il lavoro sul disturbo e quello sui traumi (a volte in modo sequenziale, a volte contemporaneamente), adeguandosi alle evoluzioni ed involuzioni naturali che avvengono nel corso del trattamento. Abbiamo, quindi, bisogno di trattamenti flessibili che siano in grado di tener conto di più variabili nella presa delle decisioni terapeutiche e di adattarsi alle singole persone che, anche se accomunate da un disturbo alimentare simile, differiscono da un punto di vista psicologico, biologico-temperamentale, sociale e di risposta al trattamento.

**Bibliografia**

- Ackard, D. M., & Neumark-Sztainer, D. (2002). Date violence and date rape among adolescents: associations with disordered eating behaviours and psychological health. *Child Abuse and Neglect*, 26, 455–473.
- Ackard, D. M., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., French, S., & Story, M. (2001). Binge and purge behaviour among adolescents: associations with sexual and physical abuse in nationally representative sample: The Commonwealth Fund Survey. *Child Abuse and Neglect*, 25(6), 771–785.
- American Psychiatric Association (A.P.A.). (2013). *DSM-5: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Amianto, F., Spalatro, A.V., Rains, M., Andriulli, C., Lavagnino, L., Abbate-Daga, G. & Fassino, S. (2018). Childhood emotional abuse and neglect in obese patients with and without binge eating disorder: Personality and psychopathology correlates in adulthood. *Psychiatry Research*, 269, 692-699.
- Ammaniti, M. (a cura di) (2002). *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Balbo, M. (2017). *EMDR e Disturbi dell'Alimentazione: tra Passato, Presente e Futuro*. Firenze: Giunti O.S. Psychometrics S.r.l.
- Becciu, M., & Colasanti, A. R. (2016). *Prevenzione e salute mentale: Manuale di psicologia preventiva*. Milano: Franco Angeli.
- Bevere, F., Borello, S., Brambilla, F., Dalle Grave, R., De Lorenzo, A., Di Fiandra, T., Donini, L. M., Fabbri, A., Faravelli, C., Fav, A., Ghirardini, A. M. G., Maj, M., Marabelli, R.; Marinoni, G., Monteleone, P., Palma, G. L., Pavone, L., Ruocco, G., Sandri, G., Santonastaso, P., Scarpa, B., Simonetti, G., & Siracusano, A. (2013). Appropriatazza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione. *Qua-*

*derni del Ministero della Salute, 17/22.*

- Brewerton, T.D. (2007). Eating Disorders, Trauma, and Comorbidity: Focus on PTSD. *Eating Disorders, 15*, 285–304.
- Brunt, M. (2005). The Use of Transactional Analysis in the Treatment of Eating Disorders. *Transactional Analysis Journal, 35* (3): 240-253.
- Brustenghi, F., Mazzetti, F.A.F., Di Sarno, C., Giulietti, C., Moretti, P., & Tortorella, A. (2019). Eating Disorders: The Role of Childhood Trauma and the Emotion Dysregulation. *Psichiatria Danubina, 31* (3), 509-5011.
- Caretti, V., & Craparo, G. (a cura di) (2008). *Trauma e Psicopatologia: Un approccio evolutivo-relazionale*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.
- Castonguay, L. G., & Oltmanns, T. F. (a cura di) (2016). *Psicologia clinica e psicopatologia: Un approccio integrato*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ciccolini, L., & Cosenza, D. (a cura di) (2015). *Il trattamento dei disturbi alimentari in contesti istituzionali*. Milano: Franco Angeli.
- Cornell, W.F., de Graaf, A., Newton, T. & Thunnissen, M. (2018). *Dentro l'AT. Fondamenti e sviluppi dell'Analisi Transazionale*. Roma: LAS.
- Cuzzolaro, M. (2014). *Anoressie e Bulimie*. Bologna: Il Mulino.
- Dalla Ragione, L., & Giombini, L. (a cura di) (2013). *Solitudini Imperfette: Le buone Pratiche nei Disturbi del Comportamento Alimentare*. <http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/documenti-ricerche-e-pubblicazioni>
- Dalle Grave, R. (1998). *Alle mie pazienti dico...: Informazione e auto-aiuto per superare i disturbi alimentari*. Verona: Positive Press.

- Dalle Grave, R. (2017). *Come vincere i disturbi dell'alimentazione: Un programma basato sulla terapia cognitivo-comportamentale*. Verona: Positive Press.
- De Luca, M.L. (2003). Ritrovare il senso perduto: Puntualizzazione clinica secondo l'approccio relazionale. *Ricerca di senso*, 1(1), 63–79.
- Ferguson, A. (2018). *Sexual Victimization, Trauma, & Resilience to Disordered Eating*. Honors College Capstone Experience/Thesis Projects. Paper 752. In [https://digitalcommons.wku.edu/stu\\_hon\\_theses/752](https://digitalcommons.wku.edu/stu_hon_theses/752)
- Fisher, J. (2021). *Trasformare l'eredità del trauma. Un manuale pratico per la vita quotidiana e per la terapia*. Milano: Mimesis.
- Frankl, V.E. (1998). *Homo patiens. Soffrire con dignità*. Brescia: Queriniana.
- Giannantonio, M. (2009). *Psicotraumatologia: Fondamenti e strumenti operativi*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Groleau, P., Steiger, H., Bruce, K., Israel, M., Sycz, L., Ouellette, A.-S., & Badawi, G. (2012). Childhood Emotional Abuse and Eating Symptoms in Bulimic Disorders: An Examination of Possible Mediating Variables. *International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 326–332.
- Guillaume, S., Jaussent, I., Maimoun, L., Ryst, A., Seneque, M., Villain, L., Hamroun, D., Lefebvre, P., Renard, E. & Courtet, Ph. (2016). Associations between adverse childhood experiences and clinical characteristics of eating disorders. *Scientific Reports*, 6, 35761. <https://doi.org/10.1038/srep35761>
- Hawkins, R.C., & Clement, P.F. (1994). Binge eating: Measurement problems and a conceptual model. In: Hawkins, R.C., Fremouw, W.j., Clement, P.F., editors. *The Binge-Purge Syndrome: Diagnosis, Treatment, And Research*. New York: Springer.
- Hayaki, J., Friedman, M. A., & Brownell, K. D. (2002). Shame and

- severity of bulimic symptoms. *Eating Behaviors*, 3, 73–83.
- Heatherton, T.F., & Baumeister, R.F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.
- Herbert, C., DiDonna, F. (2013). *Capire e superare il trauma. Una guida per comprendere e fronteggiare i traumi psichici*. Trento: Erickson.
- Hicks White, A.A., Pratt, K.J., Cottril, C. (2018). The relationship between trauma and weight status among adolescents in eating disorder treatment. *Appetite*, 129, 62-69.
- Kent, A., & Waller, G. (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 20, 887–903.
- La Mela, C., & Maglietta, M. (2011). Esperienze dissociative e disturbi dell'alimentazione: il ruolo di dissociazione e perfezionismo nell'alimentazione incontrollata. *Cognitivismo Clinico*, 8(1), 27–46.
- La Rosa, C., & Onofri, A. (a cura di) (2017). *Dal basso in alto (e ritorno...): Nuovi approcci bottom-up: psicoterapia cognitiva, corpo, EMDR*. Roma: Apertamenteweb S.a.S.
- Leys, C., Kotsou, I., Goemanne, M. & Fossion, P. (2017). The Influence of Family Dynamics On Eating Disorders and Their Consequence On Resilience: A Mediation Model. *The American Journal of Family Therapy*, 45 (2): 123-132.
- Linehan, M.M. (2015). *DBT Skills Training. Manuale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lingiardi, V., & Gazzillo, F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi: Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici: Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione associativa*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Madowitz, J., Matheson, B. E., & Liang, J. (2015). The relationship between eating disorders and sexual trauma. *Eating Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1–13.
- Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2010). Shame as a Traumatic Memory. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 299–312.
- Messina, E., Oliani, D. M., Veglia, T. A., & Berlincioni, V. (2013). Traumi infantili e Disturbi del Comportamento Alimentare: una review. *Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia*, 126(2), 481–486.
- Messman-Moore, T. L., & Scheer Garrigus, A. (2007). The Association of Child Abuse and Eating Disorder Symptomatology: The importance of Multiple Forms of Abuse and Revictimization. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 14(3), 51–72.
- Monteleone, A.M., Cascino, G., Pellegrino, F., Ruzzi, V., Patriciello, G., Marone, L., De Felice, G., Monteleone, P., & Maj, M. (2019). The association between childhood maltreatment and eating disorder psychopathology: A mixed-model investigation. *Eur Psychiatry*, 61, 111-118.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P. J., Beuring, T., & Resnick, M. D. (2000). Disordered eating among adolescents: association with sexual/physical abuse and other familial/psychosocial factors. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 249–258.
- Pop, L-M., Iorga, M., Jain, A. & Petrariu, F.D. (2020). Adverse Childhood Experiences in Relationship with Eating Disorders. *The Medical-Surgical Journal*, 124 (1): 123-133.
- Pugh, M., Waller, G., & Esposito, M. (2018). Childhood trauma, dissociation, and the internal eating disorder “voice”. *Child Abuse & Neglect*, 86, 197-205.
- Ricciutello, C., Cheli, M., Montenegro, M. E., Campieri, M., Fini, A., & Pincanelli, F. (2012). Violenza intrafamiliare e salute mentale in adolescenza: il trauma complesso come disturbo dello sviluppo. *Rivista di psichiatria*, 47(5), 413–423.

- Rienecke, R.D., Johnson, C., Le Grange, D., Manwaring, J., Mehler, P.S., Dufy, A., McClanahan, S. & Blalock D.V. (2022). Adverse childhood experiences among adults with eating disorders: comparison to a nationally representative sample and identification of trauma profiles. *Journal of Eating Disorders*, 10(1): 72-82.
- Rorty, M., Yager, J., & Rossotto, E. (1994). Childhood sexual, physical, and psychological abuse and their relationship to comorbid psychopathology in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 317–334.
- Ruocco, G., Agostini, C., Bertuzzi, F., Brighenti, F., Calabrese, G., Davanzo, R., Del Rio, D., Fava, I., Fernandez, I., Gaudio, C., Giacco, R., La Vecchia, C., Luzzi, L., Novellino, E., Paolisso, G., Parillo, M., Riccardi, G., Rizzo, M. R., Scazzina, F., & Truscelli, G. (2015). Nutrire il pianeta, nutrirlo in salute: Equilibri nutrizionali di una sana alimentazione. *Quaderni del Ministero della Salute*, 25.
- Salvatori, A., & Salvatori, S. (2001). *L'abuso sessuale al minore e il danno psichico: il vero e il falso secondo la rassegna della letteratura internazionale*. Milano: Giuffrè Editore S.p.A.
- Shapiro, F. (2019). *EMDR. Il manuale. Principi fondamentali, protocolli e procedure*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Simonetta, E. (a cura di) (2010). *Esperienze traumatiche di vita in età evolutiva: EMDR come terapia*. Milano: Franco Angeli.
- Smith, B.W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. & and Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the Ability to Bounce Back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15: 194-200.
- Stewart, I., Joines V. (1998). *L'analisi transazionale. Guida alla psicologia dei rapporti umani*. Milano: Garzanti.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., & Steele K. (2011). *Fantasmî nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Vanderlinden, J., & Vandereycken, W. (1998). *Le origini traumatiche dei disturbi alimentari*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.
- Vanderlinden, J., Norré, J., & Vandereycken, W. (1995). *La Bulimia Nervosa: Guida pratica al trattamento*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.
- Waller, G., Corstorphine, E., & Mountford, V. (2007). The Role of Emotional Abuse in the Eating Disorders: Implications for Treatment. *Eating Disorders*, 15(4), 317–331.
- Welch, S. L., & Fairburn, C. G. (1996). Impulsivity or comorbidity in bulimia nervosa. A controlled study of deliberate self-harm and alcohol and drug misuse in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 169(4), 451–458.
- Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Thompson, K. M., Redlin, J., Demuth, G., Smyth, J., & Haseltine, B. (2001). Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 401–412.
- Zaccagnino, M. (2017). *Nuove prospettive nella cura dei disturbi alimentari: Il ruolo dell'attaccamento nel lavoro clinico con EMDR*. Milano: Franco Angeli.
- Zaccagnino, M., Civilotti, C., Cussino, M., Callerame, C., & Fernandez, I. (2017). *EMDR in Anorexia Nervosa: From a Theoretical Framework to the Treatment Guidelines*. *Eating Disorders - A paradigm of the Biopsychosocial Model of Illness*, 193–213. Disponibile da <https://www.intechopen.com/books/eating-disorders-a-paradigm-of-the-biopsychosocial-model-of-illness/e>