

UNIVERSITÀ PONTIFICIA SALESIANA

Facoltà di Scienze dell'Educazione  
Curricolo di Psicologia Clinica e di Comunità

Tesi di Licenza

**LE ORIGINI TRAUMATICHE DELLA BULIMIA NERVOSA: ANALISI DEL  
FENOMENO E PROPOSTA DI INTERVENTO MEDIANTE IL TRATTAMENTO  
EMDR**

Studente: Olimpia RICCIONI  
Relatore: Prof. Massimo VASALE

Roma, 2017-2018

## INTRODUZIONE

La Bulimia Nervosa è considerata un fenomeno complesso, il cui sviluppo e mantenimento è influenzato non solo dal pressante impatto che il contesto socioculturale esercita sull'importanza del corpo, ma anche da aspetti biologici e personali, da dinamiche familiari ed eventi ambientali, che vanno ad interagire con una vulnerabilità biologica di base (Zaccagnino, 2017).

Negli ultimi trent'anni, il campo della ricerca scientifica ha iniziato ad attribuire una notevole importanza al ruolo che eventi di vita difficili e traumatici possano avere nell'insorgenza e nel mantenimento dei DCA (*ivi*). Lo stesso DSM-5 (American Psychiatric Association [A.P.A.], 2013) ha inserito gli eventi di vita traumatici tra i fattori ambientali di rischio dei DCA.

Storie di abuso sessuale, traumi relazionali, traumi dell'attaccamento ed eventi traumatici, sono stati, infatti, ampiamente riconosciuti come fattori di rischio per l'insorgenza di tali patologie (Zaccagnino, 2017). In particolare, le ricerche condotte su campioni, clinici e non, hanno riscontrato come essi siano maggiormente correlati con la sintomatologia bulimica e con un certo grado di comorbidità, specialmente per quel che riguarda i disturbi dell'umore, la presenza di tratti della personalità borderline ed i problemi legati all'impulsività (Vanderlinden & Vandereycken, 1998)

Pertanto, soffrire di un disturbo alimentare potrebbe significare usare il cibo per esprimere un dolore emotivo risalente ai primi anni di vita e per gestire emozioni e ricordi soverchianti legati alle esperienze traumatiche del passato (Racine & Wildes, 2014; Balbo, 2017). In questo sottogruppo di pazienti, il problema centrale non è tanto il peso in eccesso o in difetto, quanto lo sforzo disadattivo per controllare l'impulso e la tentazione a compiere azioni dannose verso se stessi o verso gli altri (Vanderlinden & Vandereycken, 1998).

Vedere i comportamenti alimentari come una forma di nutrimento, di contenimento e di dissociazione da pensieri, emozioni e sensazioni intrusive legati a traumi ha importanti implicazioni sul trattamento terapeutico (Balbo, 2017).

Ad oggi le terapie maggiormente utilizzate per la cura dei DCA sono la terapia Cognitivo Comportamentale (CBT) e la Psicoterapia Interpersonale (IPT), le quali, sebbene abbiano mostrato di poter essere efficaci nel trattamento di questa patologia, presentano alcuni limiti; tra questi il fatto che non danno particolare e primaria importanza all'intervento sulle esperienze di tipo traumatico, sia nell'insorgenza sia nel mantenimento dei DCA (Bevere, Borrello, Brambilla *et al.*, 2013; Zaccagnino, Civilotti, Cussino *et al.*, 2017).

La terapia Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) affronta con successo tale limite; essa, infatti, supera l'ottica prettamente comportamentale e permette di andare in profondità nei meccanismi di insorgenza del disturbo (Zaccagnino, 2017).

In linea con ciò, l'obiettivo di questa tesi è quello di analizzare il ruolo del trauma nella genesi e nel mantenimento della Bulimia Nervosa, adottando come modello teorico di riferimento la teoria dell'elaborazione adattiva dell'informazione, propria dell'EMDR, e come modello di trattamento la terapia EMDR con le sue otto fasi, elaborate per la presa in carico di una patologia così complessa come quella alimentare.

Ciò che mi ha spinto alla scelta di questo tema è stato, da una parte, quello di proseguire, sulla scia della tesi di Baccalaureato, il mio personale interesse per i DCA, dall'altra, quello di approfondire le nuove prospettive di trattamento che stanno prendendo piede nella cura di questi disturbi. L'EMDR, infatti, è un metodo molto innovativo che, sebbene all'origine sia nato per il trattamento del Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD), sta estendendo la sua applicazione anche nella cura di altre patologie, a dimostrazione della sua efficacia, ma soprattutto efficienza. Inoltre, la sua adozione da parte di terapeuti provenienti da diverse specializzazioni psicoterapeutiche ne attesta la sua versatilità come modello integrabile all'interno di diverse cornici teoriche.

La tesi è strutturata nel seguente modo:

1. nel primo capitolo l'accento verrà posto sulla Bulimia Nervosa e sulle sue origini traumatiche; più precisamente, la prima parte sarà focalizzata sull'inquadramento nosografico della Bulimia Nervosa, ovvero sulla sua classificazione secondo il DSM-5, la sua prevalenza ed incidenza, il suo sviluppo e decorso, la sua comorbidità con altri disturbi e la sua eziopatogenesi; la seconda parte sarà più incentrata, invece, sul ruolo del trauma

nella genesi di tale disturbo ed in essa verranno analizzati gli studi correlazionali, epidemiologici e clinici, presenti in letteratura ed i fattori di mediazione che contribuiscono alla genesi di tale disturbo in seguito ad eventi traumatici;

2. nel secondo capitolo l'attenzione sarà focalizzata sull'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) e la Bulimia Nervosa, ovvero dopo aver spiegato in modo complessivo cosa sia l'EMDR, la sua nascita ed il suo sviluppo, il suo modello teorico di riferimento, il suo protocollo standard ed i suoi campi di applicazione, verrà analizzata la Bulimia dall'ottica EMDR, tenendo conto dei deficit metacognitivi e di regolazione emotiva post-traumatici, dei sintomi alimentari come strategia di coping disfunzionale e del ruolo delle memorie traumatiche nel mantenimento del disturbo;

3. nel terzo capitolo verrà trattata la terapia EMDR nella cura della Bulimia: nella prima parte il focus sarà sul contributo dell'EMDR nella cura dei DCA, sui prerequisiti di partecipazione, sugli obiettivi e sull'importanza della relazione terapeutica; nella seconda parte l'attenzione sarà sul protocollo EMDR applicato alla Bulimia, con l'analisi delle otto fasi del trattamento e la prevenzione delle ricadute.

Per ogni capitolo ho effettuato un'analisi, per quanto possibile, approfondita di tipo bibliografico, avvalendomi di libri e di articoli di riviste specializzate, compresi quelli di lingua inglese, reperiti nella Biblioteca Don Bosco, nella Biblioteca Nazionale di Roma, nella Biblioteca "Ernesto Valentini" e dai servizi informatici (banche dati e internet).

La metodologia utilizzata è di tipo compilativo e per le citazioni viene usata la modalità americana (APA).

## Capitolo primo

### LA BULIMIA NERVOSA E LE SUE ORIGINI TRAUMATICHE

#### 1.1. Inquadramento nosografico della Bulimia Nervosa

Il termine “bulimia” deriva dal greco “βουλιμια” e significa letteralmente “fame da bue” (Balbo, 2017). Per molti secoli tale termine è stato utilizzato per indicare un sintomo secondario a varie forme di disturbi mentali e di patologie cerebrali e riguardante un impulso incontrollabile a mangiare grandi quantità di cibo<sup>1</sup> (Vanderlinden, Norré Jan & Vandereycken, 1995).

Il suo significato come sindrome è apparso solo recentemente; fu, infatti, a partire dal 1979 per opera dello psichiatra Gerald Russell che la bulimia fu intesa come un’entità nosografica autonoma. L’Autore, pubblicando sulla rivista “Psychological Medicine” un articolo intitolato “*Bulimia Nervosa: an Ominous Variant of Anorexia Nervosa*”, la definì come una sindrome caratterizzata dalla paura morbosa di ingrassare, da crisi incontrollabili di ingordigia e da pericolosi comportamenti di compenso diretti ad evitare l’aumento di peso<sup>2</sup> (*ivi*).

Da allora tale sindrome è apparsa nella terza edizione del manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali (DSM-III), con la denominazione di Russell di *Bulimia Nervosa*, proprio per evitare confusioni terminologiche con la bulimia-sintomo e per sottolineare il suo stretto legame con l’Anoressia Nervosa (De Giacomo *et al.*, 2005).

##### 1.1.1. Classificazione e diagnosi secondo il DSM-5

L’ultima versione del manuale diagnostico dei disturbi mentali, noto come DSM-5, classifica la Bulimia Nervosa (BN) all’interno della sezione “Disturbi della nutrizione e dell’alimentazione”, che include anche la pica, il disturbo da ruminazione, il disturbo evitante/restrittivo dell’assunzione di cibo, l’anoressia nervosa (tipo con restrizioni e tipo

---

<sup>1</sup> Ad esempio, in testi medici romani si parlava di *appetenza canina*, espressione che fu in seguito sostituita da *cinoressia*, termine grecizzato e utilizzato dalla letteratura psichiatrica dell’Ottocento, con cui si indicava una fame vorace come quella del cane (De Giacomo, Renna & Santoni Rugiu, 2005).

<sup>2</sup> Prima di Russel, quattro casi clinici erano stati descritti da Moshe Wulff (psicoanalista russo-tedesco) nel 1932. Non si parlava ancora di bulimia nervosa e l’Autore battezzò quei quadri – caratterizzati da abbuffate compulsive, vomito autoindotto e profondo “disgusto” per il corpo – “un interessante complesso sintomatico orale”, mettendone in evidenza le affinità profonde con la tossicodipendenza (Cuzzolaro, 2014).

con abbuffate/condotte di eliminazione), il disturbo di alimentazione incontrollata, altro disturbo della nutrizione o dell'alimentazione specificato e il disturbo della nutrizione o dell'alimentazione non specificato<sup>3</sup>.

Tutte queste patologie, seppure differenti tra di loro, sono caratterizzate da “un persistente disturbo dell'alimentazione oppure da comportamenti inerenti l'alimentazione che hanno come risultato un alterato consumo o assorbimento di cibo e che compromettono significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale” (A.P.A., 2013, 379).

Attualmente i criteri diagnostici per fare diagnosi di BN sono:

A. Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:

1. mangiare in un determinato periodo di tempo (per es., un periodo di due ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili;
2. sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando).

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

---

<sup>3</sup> La pica è l'ingestione abituale, per almeno un mese, di sostanze non nutrienti e/o considerate non alimentari nella propria cultura come carta (xilofagia), terra (geofagia), ghiaccio (pagofagia). Tale comportamento può essere legato ad insufficienze mentali o a disturbi psicotici cronici; il disturbo da ruminazione è l'abitudine, che dura da almeno un mese, di rigurgitare il cibo deglutito (senza apparente nausea) per poi masticarlo e deglutirlo di nuovo o sputarlo. Anche questo comportamento si può associare ad insufficienze mentali o a disturbi psicotici; il disturbo alimentare evitante/restrittivo è un quadro clinico proprio dell'età evolutiva, ma può manifestarsi anche in età adulta, la cui caratteristica diagnostica principale è l'evitamento e/o la restrizione alimentare, che si manifesta attraverso la persistente incapacità di soddisfare le appropriate necessità nutrizionali e/o energetiche e non è dovuta alla mancata disponibilità di cibo o a pratiche culturali; l'Anoressia Nervosa (AN) è un disturbo le cui caratteristiche principali sono restrizione dell'introito energetico rispetto al fabbisogno necessario in base all'età e al sesso, mantenimento di un peso corporeo significativamente basso in rapporto all'età e al sesso, intensa paura di ingrassare, persistenza in comportamenti di compenso, alterazioni del modo in cui vengono vissuti il peso o le forme del corpo; il disturbo da alimentazione incontrollata (DAI) è caratterizzato da episodi ricorrenti di abbuffate e da un disagio marcato rispetto al mangiare senza controllo. Si manifesta in media una volta a settimana per tre mesi consecutivi; altro disturbo della nutrizione o dell'alimentazione specificato riguarda il disturbo con condotte di eliminazione, sindrome del mangiare di notte e forme sottosoglia o incomplete di AN, BN o DAI (A.P.A., 2013; Cuzzolaro, 2014).

- C. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi.
- D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo.
- E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di Anoressia Nervosa (A.P.A., 2013).

Rispetto al DSM-IV-TR viene ridotto il numero minimo di abbuffate e di condotte compensatorie inappropriate utili a fare diagnosi (da 2 a 1 alla settimana per 3 mesi), viene abolita la distinzione tra sottotipo purgativo e sottotipo non purgativo e, infine, viene data al clinico la possibilità di specificare il livello di gravità del disturbo (Lingiardi & Gazzillo, 2014). Infatti, rispetto a quest'ultimo aspetto, il DSM-5 permette, in base alla frequenza di condotte compensatorie inappropriate, di specificare il livello di gravità attuale del disturbo, distinguendo tra:

- lieve: una media di 1-3 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana;
- moderato: una media di 4-7 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana;
- grave: una media di 8-13 episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana;
- estremo: una media di 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate per settimana (Zaccagnino, 2017).

### *1.1.2. Dati epidemiologici*

Per quanto riguarda i dati epidemiologici, essi derivano prevalentemente dalla diagnosi ed è importante sottolineare in tal senso che i disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono spesso negati o nascosti da chi ne soffre, il che rende gli studi epidemiologici difficili e costosi.

“Molti studi utilizzano i dati provenienti dai servizi sanitari per valutare la numerosità di questi disturbi, ma i risultati risultano solitamente sottostimati, poiché non tutti i pazienti si rivolgono ad una struttura medica. In alcuni casi si tratta di un'esigua minoranza” (Becciu & Colasanti, 2016, 205).

Le stime relative alla prevalenza della BN suggeriscono che questo disturbo è leggermente più frequente rispetto all'Anoressia Nervosa (AN) (Castonguay & Oltmanns, 2016). È stata, infatti, segnalata una rapida sequenza di cambiamenti nella frequenza relativa delle varie forme di psicopatologia del comportamento alimentare: negli anni Sessanta del secolo scorso i quadri clinici più comuni erano le anoressie restrittive, nei decenni successivi sono diventate sempre più frequenti le forme bulimiche (Cuzzolaro, 2014).

Secondo gli studi condotti da Hoek H.W. e Van Hoeken D. (2003) la BN avrebbe un tasso di prevalenza dell'1% nel caso delle donne e dello 0,1% nel caso degli uomini, mentre l'incidenza<sup>4</sup> sarebbe pari a 12 per 100.000 persone per anno.

Il National Comorbidity Survey Replication Study, i cui dati fanno riferimento ad inchieste realizzate su un ampio campione estratto in maniera casuale e rappresentativo della popolazione degli Stati Uniti, ha registrato un tasso di prevalenza lifetime<sup>5</sup> del 1,5% nel caso delle donne e dello 0,5% nel caso degli uomini (Hudson, Hiripi, Pope *et al.*, 2007). Questi studi, sebbene si basassero su dati certi, furono realizzati sulla base dei criteri del DSM-IV-TR. Per ovviare a questo limite, due recenti rassegne (Smink, Van Hoeken & Hoek, 2012; 2013) hanno valutato l'epidemiologia dei DCA alla luce dei nuovi criteri del DSM-5, riportando per la BN un'incidenza annuale di 300 casi su 100.000 ed una prevalenza lifetime del 2%.

Per quanto riguarda la situazione italiana, si riscontra che: l'incidenza della BN sia di almeno 12 nuovi casi per 100.000 persone in un anno tra le donne e di circa 0,8 nuovi casi per 100.000 persone in un anno tra gli uomini; la prevalenza puntiforme<sup>6</sup> sia tra lo 0,5 e l'1,8% tra le giovani donne; la prevalenza lifetime, nella popolazione generale di età maggiore di 18 anni, sia dell'1,5% tra le donne e dello 0,5% tra gli uomini. Nelle donne di età compresa tra i 18 ed i 24 anni i tassi per la BN sono molto più elevati, circa il 4,5% (Bevere *et al.*, 2013).

---

<sup>4</sup> Con il termine incidenza si intende il numero dei nuovi casi di una malattia, in una popolazione definita, in un determinato periodo di tempo (Becciu & Colasanti, 2016).

<sup>5</sup> Con prevalenza lifetime si intende la percentuale di una popolazione che sviluppa una determinata malattia nel corso della sua vita (Becciu & Colasanti, 2016).

<sup>6</sup> Con prevalenza puntiforme si intende la percentuale di una popolazione affetta da una malattia in un determinato momento (Becciu & Colasanti, 2016).

Risulta, quindi, chiaro che la BN sia più frequente nella popolazione femminile rispetto a quella maschile (Cuzzolaro, 2014). Negli studi condotti su popolazioni cliniche, gli uomini costituiscono il 10-15% dei casi di BN<sup>7</sup> e, sebbene ciò rappresenti una minoranza, allo stesso tempo tale percentuale riflette un aumento dei casi, legato in parte ad una maggiore importanza che la nostra società conferisce al fitness e ad un maggiore ricorso ai servizi sanitari da parte dei soggetti di sesso maschile (De Giacomo *et al.*, 2005).

Riguardo la diffusione della BN nei paesi industrializzati e non, i numerosi studi epidemiologici che si sono occupati di tale argomento hanno messo in evidenza come l'incidenza di tali patologie sia maggiore nei paesi industrializzati (Europa occidentale, Stati Uniti, Canada, Australia, Nuova Zelanda, Giappone, Sudafrica) e sia fortemente correlata allo sviluppo economico e ai valori della cultura occidentali (Cuzzolaro, 2014). Nonostante questo, il disturbo è stato descritto anche in altre culture non occidentali (Nobakht & Dezhkam, 2000; Pike & Mizushima, 2005); la sua diffusione in paesi dell'Est europeo, del Terzo mondo e tra gli immigrati da nazioni povere verso nazioni ricche appare correlata al miglioramento delle condizioni economiche (per esempio, l'abbondanza di cibo disponibile che permette di realizzare le abbuffate) e, ancor di più, ai processi di acquisizione dei modelli culturali occidentali (Cuzzolaro, 2014).

### 1.1.3. Sviluppo e decorso

L'età d'esordio della BN si colloca con una maggiore incidenza durante il periodo dell'adolescenza e dell'età giovane adulta, tra i 15 e i 19 anni (Bevere *et al.*, 2013).

Le forme di esordio precoce, così come le forme di esordio tardive, successive alla menopausa, sono rare<sup>8</sup> (A.P.A., 2013). Lo sviluppo del disturbo si può verificare in relazione ad una forte restrizione alimentare per modificare il peso corporeo<sup>9</sup> o in seguito a difficoltà emotive nel gestire situazioni stressanti (*ivi*). Le crisi bulimiche sono solitamente scatenate dalla rottura delle regole dietetiche estreme, da stati di umore disforico, da eventi

---

<sup>7</sup> Il rapporto tra casi femminili e casi maschili è 20:1 per la BN (Cuzzolaro, 2014).

<sup>8</sup> In Italia alcune osservazioni cliniche hanno segnalato un aumento dei casi sia ad esordio precoce che tardivo, i quali sono associati ad un maggiore rischio di cronicità e ad una maggiore presenza di disturbi psichiatrici in comorbilità, come ansia e depressione (Bevere *et al.*, 2013).

<sup>9</sup> Circa un quarto delle persone colpite ha un periodo durante il quale soddisfa i criteri diagnostici dell'AN (Dalle Grave, 2017).

soggettivamente stressanti e da sentimenti di vuoto e di solitudine (Bevere *et al.*, 2013). Nella maggior parte dei casi esse sono seguite da pratiche di compenso (come il vomito autoindotto, l'uso improprio di lassativi e/o diuretici, l'esercizio fisico eccessivo e il digiuno) che, sebbene da una parte aiutino a mantenere il peso nella norma<sup>10</sup>, dall'altra possono comportare, insieme alla malnutrizione e all'eccessiva alimentazione (in particolare di grassi e carboidrati), una serie di conseguenze mediche (Zaccagnino, 2017).

Le principali complicazioni mediche che si riscontrano nei soggetti con BN sono (Bevere *et al.*, 2013):

- a livello cutaneo, secchezza della pelle, acne, alopecia (perdita di capelli a chiazze), lanugo (fine peluria), segno di Russel (callosità sul dorso della mano provocate dallo sfregamento delle dita contro l'arcata dentaria), irritazioni periorali (infiammazioni a livello del contorno delle labbra dovute ai succhi acidi rigurgitati), petecchie al volto, emorragie congiuntivali e/o enfisema sottocutaneo (presenza di aria nei tessuti sottocutanei);
- a livello del sistema orogastroenterico, erosione dello smalto dentale, carie dentali, gengiviti, ipertrofia delle ghiandole salivari, problemi esofagei, gastrici, pancreatici e gastro-intestinali;
- a livello elettrolitico, una serie di squilibri, come ipopotassemia, che comportano anomalie elettrocardiografiche;
- a livello cardiovascolare, bradicardia sinusale (frequenza cardiaca < 60 battiti al minuto), ipotensione arteriosa (pressione sistolica < 90 mmHg e/o pressione diastolica < 50mmHg), aritmie ventricolari, prolasso della valvola mitrale e tricuspide, anomalie elettrocardiografiche (come allungamento del tratto QT);
- a livello respiratorio, pneumotorace spontaneo (accumulo di aria nel cavo pleurico con conseguente collasso dei polmoni), enfisema (malattia ai polmoni provocata dal deterioramento degli alveoli che permettono lo scambio di gas respiratori tra il sangue e l'atmosfera) e polmonite da ingestione (causata dall'ingresso di sostanze estranee nell'albero broncopolmonare);

---

<sup>10</sup> La BN si presenta solitamente tra i soggetti di peso normale, lievemente sottopeso o leggermente sovrappeso, ma raramente tra i soggetti obesi (Dalle Grave, 2017).

- a livello metabolico, ipercolesterolemia e/o iperinsulinemia;
- a livello neuro-endocrino, ipercortisolemia e aumentata secrezione di deidroepiandrosterone a carico dell'asse ipotalamo-ipofisi surrene, secrezione dell'ormone follicolo stimolante (FSH), dell'ormone leutenizzante (LH), di estrogeni e progesterone a carico dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadica, aumento dell'ormone della crescita e iperprolattinemia.

“In genere, la frequenza e la gravità delle complicanze mediche sono direttamente in rapporto con l'intensità e la durata del disturbo dell'alimentazione e, nella maggior parte dei casi, si risolvono dopo il ristabilimento di adeguate abitudini alimentari e/o il recupero di un normale peso corporeo” (Bevere *et al.*, 2013, 9).

Il decorso della BN può essere cronico o intermittente, con fasi di remissione alternate a fasi di ricomparsa delle abbuffate (A.P.A., 2013). Il tasso di remissione<sup>11</sup> è di circa il 27% ad un anno dall'esordio e di oltre il 70% dopo 10 anni o più. Il cross-over diagnostico dalla BN all'AN si verifica in una minoranza di casi (10-15%), mentre più frequente (fino al 20%) è il passaggio verso gli altri disturbi dell'alimentazione e il disturbo da binge-eating (Dalle Grave, 2017).

Circa il 23% dei pazienti ha un decorso cronico che persiste per l'intera vita, danneggiando gravemente il funzionamento interpersonale e la carriera scolastica o lavorativa. Tale quadro sembra essere peggiore quando ad esso si associano obesità, bassa autostima e disturbi di personalità (Bevere *et al.*, 2013).

Per quanto riguarda il tasso di mortalità, esso risulta elevato (*Ibidem*). Secondo il DSM-5 (A.P.A., 2013) è di circa il 2% per decennio ed è in parte legato al rischio di suicidio, che risulta essere elevato tra i pazienti che soffrono di BN. Uno studio recente ha registrato una percentuale del 26,9% di persone che hanno tentato il suicidio all'interno di un campione di 566 donne che hanno sofferto di BN almeno una volta nella vita. Tale comportamento autolesivo è strettamente correlato con un basso livello di istruzione, diagnosi di obesità infantile, storia di abuso di alcol da parte di un familiare (in particolare, da parte di un genitore), presenza di comportamenti impulsivi (ovvero abuso di sostanze,

---

<sup>11</sup> Si parla di remissione quando la persona non soddisfa più i criteri diagnostici per un disturbo dell'alimentazione, non ha avuto episodi di digiuni, di abbuffate o purgativi negli ultimi tre mesi e ha indice di massa corporea di almeno 18,5 Kg/m<sup>2</sup> (Bevere *et al.*, 2013).

cleptomania, shopping compulsivo, comportamenti autolesivi), scarsa autoconsapevolezza, senso di inefficacia, difficoltà interpersonali, tratti di personalità internalizzante (come evitamento del danno) ed esternalizzante (come impulsività, ansia e disturbo borderline di personalità), i quali potrebbero essere i principali responsabili dell'elevata frequenza di questo tipo di atti tra i soggetti che soffrono di BN (Forcano, Fernandez-Aranda, Alvarez-Moya *et al.*, 2009).

#### 1.1.4. Comorbilità

La BN frequentemente si manifesta in comorbilità con un altro disturbo mentale, solitamente relativo alla sfera dei disturbi dell'umore o dei disturbi d'ansia (Zaccagnino, 2017).

Rispetto ai disturbi dell'umore è stato osservato come negli individui con BN vi sia un'augmentata frequenza di sintomatologia depressiva (per es., bassa autostima) e di disturbi bipolari e depressivi (A.P.A., 2013). Rassegne in letteratura sostengono che il 50-70 % dei soggetti che soffrono di BN sperimenti nel corso della vita tassi di depressione più elevati rispetto alla popolazione generale (Godart, Perdereau, Rein *et al.*, 2007). In molti individui il disturbo dell'umore comincia contemporaneamente oppure in seguito allo sviluppo della BN, ma non mancano casi in cui tale disturbo insorga prima. Non di rado, infatti, i soggetti lo identificano come causa della bulimia stessa (Zaccagnino, 2017).

Rispetto ai disturbi d'ansia, è emerso che può esserci un'augmentata frequenza di sintomatologia ansiosa oppure di disturbi d'ansia. Alcuni studi suggeriscono che il 25-75% dei soggetti che soffre di BN presenti almeno un disturbo d'ansia nel corso della vita (come disturbo ossessivo-compulsivo, fobia sociale, disturbo da panico, disturbo post-traumatico da stress; Swinbourne & Touyz, 2007). È interessante notare come l'esordio di tale disturbo preceda nella maggior parte dei casi quello della BN (*ivi*).

Oltre ai disturbi depressivi e ai disturbi d'ansia, è stata osservata una comorbilità anche tra BN e disturbi da uso di sostanze (in modo particolare, alcol e stimolanti). Bulik e colleghi (2004) hanno rilevato che, rispetto a quanto osservato nei pazienti che soffrono di AN, le persone bulimiche presentano un rischio maggiore (pari al 46%) di soffrire nel corso della loro vita di un disturbo legato all'uso di sostanze. Lo stesso DSM-5 (A.P.A.,

2013) ha rilevato che la prevalenza nell'arco della vita di tale disturbo è di almeno il 30% tra gli individui che soffrono di BN.

Per quanto riguarda i disturbi della personalità e la BN, una percentuale consistente di individui mostra una comorbilità con uno o più disturbi della personalità (*ivi*). Vi sono, infatti, numerose evidenze della prevalenza dei disturbi di personalità (DP) tra i pazienti che soffrono di DCA. Tra questi, quelli maggiormente frequenti sono il disturbo di personalità borderline e il disturbo di personalità evitante, seguiti dal disturbo di personalità ossessivo-compulsivo, paranoide e dipendente (Ro, Martinsen, Hoffart *et al.*, 2005).

#### *1.1.5. Eziopatogenesi*

Una sorta di pendolo ha oscillato nella ricerca dei fattori responsabili della BN, passando dai fattori organici a quelli psicologici e ambientali. Le varie scuole di pensiero, che si sono interrogate sulle cause, hanno evidenziato fattori diversi, enfatizzando di volta in volta ipotesi strettamente organiche (danno dell'ipofisi, lesioni del centro della fame, malattia genetica) o più specificatamente psicologiche e relazionali (caratteristiche di personalità, struttura della famiglia) (Becciu & Colasanti, 2016).

Oggi la comunità scientifica tende a proporre per tale disturbo modelli multifattoriali, che si rifanno ad un'ottica bio-psico-sociale ed è concorde nell'affermare che non esiste una causa unica ma una concomitanza di fattori che possono variamente e diversamente interagire tra loro nel favorirne la comparsa e il perpetuarsi (Balbo, 2017). Nella società di oggi, infatti, tutti sono esposti all'offerta eccessiva di cibo e, nello stesso tempo, alla costante presentazione di immagini di corpi magri. Molti si preoccupano di cosa mangino e di quanto mangino, intraprendendo spesso diete ingiustificate per ridurre l'insoddisfazione nei confronti del proprio aspetto fisico. Allora perché solo alcuni di questi soggetti si ammalano di gravi disturbi dell'alimentazione (Cuzzolaro, 2014)?

Il modello multifattoriale, che vede nell'evento patologico la via finale comune di vari possibili processi patogenetici, invita a tenere presente una lunga serie di fattori ed eventi, alcuni dei quali giocano un ruolo importante rispetto ad una vulnerabilità biologica e psicologica al disturbo (fattori predisponenti), altri nel passaggio dalla vulnerabilità al disturbo vero e proprio (fattori precipitanti) e, infine, altri nella

formazione di un circolo vizioso che sviluppa e mantiene la malattia (fattori perpetuanti) (Becciu & Colasanti, 2016).

#### 1.1.5.1. Fattori predisponenti

Secondo Garner (cit. in Balbo, 2017, 46) possono essere definiti fattori predisponenti tutte le possibili cause in grado di predisporre e facilitare il manifestarsi del problema. Essi possono essere suddivisi nelle seguenti categorie:

- *Fattori di rischio generali*

I fattori di rischio generali sono quelle condizioni non modificabili che aumentano il rischio di sviluppare un disturbo dell'alimentazione (Dalle Grave, 2017); tra questi quelli che determinano un maggiore aumento di rischio sono il genere, quello femminile, e l'età, ovvero l'adolescenza e la prima età adulta (Cuzzolaro, 2014).

Per quanto riguarda il genere femminile, i motivi per cui le donne sono colpite più degli uomini non sono del tutto noti. Secondo un'ipotesi psicologica e sociale il fattore chiave sta nella differente frequenza fra i due sessi nell'intraprendere una dieta: le donne, essendo più esposte alle pressioni sociali e a basare il proprio valore sull'aspetto fisico, tendono con maggiore frequenza a mettersi a dieta.

Per quanto riguarda invece l'età d'insorgenza, è probabile che lo sviluppo dei disturbi dell'alimentazione nell'adolescenza e nella prima età adulta sia favorito dall'interazione di fattori biologici (per es. variazioni ormonali, rimodellamento delle sinapsi e progressiva mielinizzazione delle fibre nervose) e ambientali (per es. eventi stressanti, sfide ambientali). Nell'adolescenza, infatti, si passa attraverso un complesso percorso di separazione/differenziazione rispetto ai genitori, l'identità non è ancora ben definita e c'è una spiccata tendenza a giudicare il proprio valore in termini di aspetto fisico; oltre a questo, vi sono in atto profonde modificazioni fisiche, in particolare nelle ragazze con un aumento del grasso corporeo, che può favorire un corpo lontano dall'ideale estetico attuale e un decremento nel livello di soddisfazione personale (Gatti, 2012). Infine, sempre nell'adolescenza, si possono verificare varie situazioni stressanti che possono minacciare il senso di autocontrollo, e la dieta e il dimagrimento, con la

conseguente assunzione di caratteristiche fisiche e psicologiche prepubere, possono essere un mezzo per raggiungere un senso di autocontrollo (Dalle Grave, 2017).

- *Fattori di rischio genetici*

I fattori di rischio genetici sono quella vasta gamma di varianti genetiche che conferiscono ad un individuo la vulnerabilità specifica allo sviluppo di un DCA (Castaldo, Scognamiglio & Monteleone, 2009). Secondo lo studio degli endofenotipi<sup>12</sup>, per le patologie dell'alimentazione vi sono alcune caratteristiche ereditarie (ad es., il perfezionismo e la rigidità cognitiva), che sembrano contribuire alla predisposizione alla malattia e che sembrano essere presenti anche in assenza della malattia stessa. Tali endofenotipi sono stati ritrovati nei familiari sani di soggetti malati con una frequenza più elevata rispetto alla popolazione generale. Studi dell'epigenetica sostengono che l'esposizione in età precoce a certe situazioni ambientali (come ambiente obesogeno, alimentazione scadente, traumi precoci o stress) può aumentare la suscettibilità a sviluppare in età adulta un disturbo alimentare per via epigenetica. L'ambiente, infatti, concorre a determinare e a modificare il fenotipo (caratteristica osservabile) anche attraverso particolari alterazioni del genoma, che non comportano modificazioni profonde nel DNA, ma passano attraverso processi chimici che investono il DNA stesso e gli istoni<sup>13</sup> (Cuzzolaro, 2014). In linea con ciò, Patricia Groleau e colleghi (2014) hanno segnalato alterazioni epigenetiche collegate ad una ridotta attività dopaminergica in donne con disturbo borderline di personalità, sintomi bulimici e storia di abusi fisici e sessuali in età infantile.

Studi transgenerazionali hanno dimostrato che è presente un maggior rischio di BN tra i familiari di pazienti con DCA rispetto ai familiari di soggetti sani (A.P.A., 2013). I dati indicano che i familiari di persone affette da DCA abbiano un rischio di sviluppare il disturbo circa dieci volte più elevato rispetto a quelle non affette; rilevante è, quindi, la componente genetica nella trasmissione familiare della BN (Dalle Grave, 2017). Studi sui gemelli della popolazione generale hanno mostrato un'ereditabilità variabile dal 28%

---

<sup>12</sup> Termine introdotto nella genetica psichiatrica da Gottesman e Shields nel 1973 per indicare caratteristiche osservabili (fenotipi) che si ritiene abbiano una determinazione genetica forte (endo) (Cuzzolaro, 2014).

<sup>13</sup> Corpuscoli proteici attorno ai quali si avvolgono le lunghe molecole filamentose di DNA formando i cromosomi (Cuzzolaro, 2014).

all'83% per la BN, mostrando un tasso di concordanza per i gemelli monozigoti maggiore di quelli eterozigoti (*ivi*; Zaccagnino, 2017).

Sempre considerando il ruolo dei fattori di rischio genetici, alcune ricerche hanno evidenziato, seppure con risultati eterogenei, una ridotta funzionalità del sistema serotoninergico<sup>14</sup>, dopaminergico<sup>15</sup>, noradrenergico<sup>16</sup> a livello corticale e modificazioni neuroendocrine (grelina, leptina, colecistochinina, fattore neurotrofico di derivazione centrale ecc.) a livello periferico, che comportano non solo l'alterazione del senso di fame e di sazietà, ma anche la genesi e/o il mantenimento delle abbuffate (Castaldo *et al.*, 2009; Balbo, 2017). Tuttavia non è ancora ben noto se queste alterazioni si debbano considerare una causa oppure una conseguenza (o entrambe) del disturbo alimentare (Becciu & Colasanti, 2016).

- *Fattori di rischio socio-culturali*

Gli aspetti socio-culturali sono fattori di primaria importanza nello sviluppo della BN, che non a caso è stata definita da Gordon (cit. in Dalla Ragione & Mencarelli, 2012, 23) una “sindrome culturale”. Nella società globalizzata di oggi l'ideale estetico dominante, trasversale ai diversi contesti sociali, economici e culturali, impone il valore del “corpo magro”. A questo si affianca la stigmatizzazione dell'obesità, che da problema di salute finisce per diventare una condizione riprovevole di cui vergognarsi, emblema del fallimento personale (Becciu & Colasanti, 2016). In questa idealizzazione della magrezza sembrano giocare un ruolo importante i mass media, i quali, oltre ad enfatizzare i messaggi sulla desiderabilità di un corpo sottile, incoraggiano l'utilizzo delle

---

<sup>14</sup> Il sistema della serotonina è implicato nella modulazione del comportamento alimentare attraverso la stimolazione della sazietà e nella regolazione di alcune dimensioni psicologiche, quali depressione, ansia, aggressività, ossessività, sessualità ed impulsività. Una sua ridotta funzionalità implica non solo un alterato comportamento alimentare, ma anche l'alterazione di alcune dimensioni psicopatologiche, tipicamente presenti nelle pazienti con BN (Castaldo *et al.*, 2009).

<sup>15</sup> Il sistema dopaminergico è implicato nella modulazione del comportamento alimentare attraverso la stimolazione del senso di sazietà e della gratificazione; oltre a questo è implicato nel controllo della motricità e nella regolazione della motivazione e delle funzioni cognitive (attenzione e apprendimento). Rispetto a quest'ultimo è stato osservato come in pazienti bulimici vi siano attivazioni neuronali abnormi in risposta ad immagini di cibi o di corpi piuttosto che ad altri stimoli (Castaldo *et al.*, 2009; Cuzzolaro, 2014).

<sup>16</sup> Il sistema noradrenergico è deputato nella regolazione alimentare, stimolando l'appetito e promuovendo l'assunzione preferenziale di carboidrati. Oltre a questo è deputato alla regolazione della vigilanza, della motivazione e dell'emotività negativa (Castaldo *et al.*, 2009).

più svariate e spesso irrealistiche strategie per perseguire l'ideale di bellezza; ciò che ne consegue è la formazione di un'immagine corporea disturbata (*ivi*).

La sensazione di inadeguatezza provocata dalla discrepanza tra aspetto fisico attuale e modelli proposti dai mass-media può spingere ad intraprendere diete restrittive (potente correlato della BN) ed a perseguire l'ideale di magrezza come forma del sintomo attraverso il quale esprimere il proprio malessere nel tentativo di cercare lenimento (Dalla Ragione & Mencarelli, 2012; Balbo, 2017).

Oltre a questo, un ruolo importante nella vita di tutti i giorni e, più di tutti, in quella dei giovani è giocato da Internet. Nel web sono quasi trecentomila i siti che esaltano il modello femminile anoressico, facendo passare per “moda” l'anoressia e la bulimia; tra questi degni di nota sono “pro-anorexia”, “pro-axa” e “anorexic nation”, i quali rappresentano un potente fattore di rischio per lo sviluppo della BN (Balbo, 2017). Essi rappresentano sia dei fattori predisponenti sia dei fattori precipitanti e perpetuanti, dati i loro effetti negativi e, allo stesso tempo, rinforzanti sull'autostima (Cuzzolaro, 2014).

- *Fattori di rischio individuali*

La presenza di un sovrappeso in età infantile e preadolescenziale è un fattore di rischio per lo sviluppo della BN (Dalle Grave, 2017). Alcuni studi hanno, infatti, evidenziato come la predisposizione all'obesità, in un contesto che enfatizza il valore della magrezza, possa favorire un'insoddisfazione corporea, la possibilità di essere esposti a critiche e prese in giro, un'eccessiva preoccupazione per il peso e la forma del corpo e l'adozione di comportamenti inadeguati per la riduzione del peso (Doyle, le Grange, Goldschmidt *et al.*, 2007; Dalle Grave, 2017).

Su un piano strettamente psicologico, tra le caratteristiche individuate come possibili fattori predisponenti allo sviluppo della BN vi sono: tratti borderline di personalità, perfezionismo, aspettative esasperate, grandi difficoltà nel processo di separazione-individuazione, bassa autostima, sessualità disordinata, dipendenza dal consenso e dall'ammirazione degli altri, fissazione all'infanzia e a forme infantili di dipendenza e di controllo, narcisismo patologico, scarso controllo degli impulsi, intolleranza delle frustrazioni, tendenza a bruschi cambiamenti d'umore (Cuzzolaro, 2014).

Tra i fattori di rischio individuali vi può anche essere la mancanza di autoconsapevolezza. L'incapacità, infatti, di identificare e di esprimere i propri stati interni può portare l'individuo a sentirsi confuso e a non considerare attendibili i propri sentimenti, sviluppando secondariamente dei comportamenti alimentari patologici al fine di compensare tale deficit (Balbo, 2017).

- *Fattori di rischio familiari*

Sono stati segnalati alcuni fattori familiari che possono svolgere un ruolo di rischio per l'esordio della BN. Tra questi la letteratura scientifica indica come particolarmente predisponenti la presenza tra i familiari di disturbi dell'umore, abuso di alcol, obesità e disturbi alimentari (Zaccagnino, 2017). In passato, molte teorizzazioni hanno erroneamente posto la famiglia, in particolare la madre, sul banco degli imputati, stabilendo correlazioni causali lineari tra il comportamento dei genitori e l'insorgenza del disturbo nei figli. Il risultato è stato quello di generare biasimo e senso di colpa (Becciu & Colasanti, 2016).

Oggi l'opinione più accreditata è che la maggior parte dei problemi osservati nelle famiglie con un figlio/a affetto da disturbo alimentare siano la conseguenza e non la causa del disturbo stesso (Dalle Grave, 2017). Tuttavia, ciò non deve portare a disconoscere l'influenza che la famiglia può avere sulla genesi del disturbo (Becciu & Colasanti, 2016); il cibo costituisce, infatti, uno dei veicoli principali delle relazioni tra madre e bambino. Come hanno affermato Johnson e Connors (cit. in Balbo, 2017, 53), l'interazione alimentare è una delle prime e principali aree nelle quali avviene la comunicazione e tale transazione non verbale rimane un fondamento degli schemi neurofisiologici ed intrapsichici che organizzeranno le future esperienze del bambino.

Tra i tratti presenti nei familiari, precedenti all'esordio di un disturbo alimentare, Treasure e colleghi (2008) hanno individuato elementi di ansietà, compulsività e alimentazione disturbata (impulso alla magrezza, controllo dei comportamenti alimentari, anoressia e bulimia). Un caregiver insicuro, depresso, ansioso o con atteggiamenti alimentari disfunzionali di fronte ad un bambino che piange può trovare nell'offerta di cibo un modo semplice per ricompensarlo o calmarlo, risolvendo la sua ansia, ma non imparando a riconoscere i veri bisogni del figlio, il quale accoglierà il cibo come

accidente (Balbo, 2017). Lo stile di attaccamento che con più frequenza risulta essere presente nei pazienti con BN è quello insicuro ambivalente/resistente e/o disorganizzato (*ivi*). Ciò sottolinea come una vulnerabilità psicologica del caregiver costituisca una variabile predittiva di un futuro disordine alimentare e di difficoltà nella sfera emotiva del bambino. Esperienze socioaffettive disfunzionali<sup>17</sup> possono, infatti, interferire con lo sviluppo delle capacità autoregolatrici, con le iniziative di autonomia, con i sentimenti di fiducia, di autoefficacia del bambino (*self-reliance*) e con la spinta a padroneggiare le situazioni (*mastery*), generando una bassa autostima nucleare la quale, insieme ad altri fattori, può costituire un fattore di rischio per l'insorgenza di un disordine alimentare (Ammaniti, 2010; Balbo, 2017).

Oltre a questo, anche la costruzione dell'immagine corporea e la conseguente soddisfazione-insoddisfazione per il proprio aspetto fisico sono legate alla qualità della relazione di attaccamento con entrambi i genitori. Ad esempio, la reazione del padre di fronte alla maturazione del corpo della figlia in adolescenza può giocare un ruolo importante nella formazione dei sentimenti della figlia verso il proprio corpo. Ne deriva, quindi, che relazioni di accudimento disfunzionali possono interferire con la costruzione dei confini corporei e del mondo interiore della persona, diventando un non trascurabile fattore di rischio (Dalla Ragione & Mencarelli, 2012).

#### 1.1.5.2. Fattori precipitanti

I fattori precipitanti sono quei fattori che aumentano il rischio di sviluppare il disturbo alimentare e, tra questi, vi sono anche quegli eventi di vita, ai quali i soggetti più vulnerabili attribuiscono un significato disturbante, intollerabile al punto da scatenare la patologia (Balbo, 2017). Tali eventi non risultano diversi da quelli riportati per l'inizio di altre malattie psichiatriche e ciò mette in risalto l'importanza dei fattori predisponenti nella scelta del sintomo (Cuzzolaro, 2014). Tra i fattori scatenanti degni di nota vi sono:

- *La pubertà*

---

<sup>17</sup> Tra queste, esperienze negative di contatto fisico ed emotivo, aspettative eccessive, vischiosità e scarsa definizione dei ruoli (Cuzzolaro, 2014).

I dati empirici mostrano come il *timing* della pubertà vada considerato un fattore di rischio rilevante per la BN (A.P.A., 2013; Becciu & Colasanti, 2016). Tale processo generalmente ha inizio tra gli 8 e i 13 anni nelle ragazze e tra i 9 e i 14 anni nei maschi, anche se non mancano differenze individuali notevoli con avvii anticipati o ritardati rispetto alla media (Gatti, 2012).

Durante la pubertà il corpo femminile si modella attraverso un aumento della massa grassa, delle curve nella regione dei fianchi e della pancia e della peluria in diverse parti del corpo. Queste modificazioni sono in netta contrapposizione con i canoni imposti dalla società occidentale, che vorrebbero le ragazze alte, magre, prive di grasso corporeo e glabre. È, quindi, intuibile che le ragazze che possiedono un alto Indice di Massa Corporea (IMC) ed una presenza di massa grassa siano meno soddisfatte per il proprio corpo. Inoltre, è a questa età che avviene la comparsa del menarca, delle tempeste ormonali, dei caratteri sessuali secondari, dei desideri sessuali, delle mutazioni del proprio sguardo su di sé e sugli altri e di quello degli altri su di sé. Tutto questo non può non esercitare delle ripercussioni sullo stile di vita delle ragazze e sulla percezione del proprio corpo in cambiamento (*ivi*).

Un'ampia serie di ricerche ha suggerito come l'insoddisfazione per il proprio corpo e le problematiche legate all'immagine corporea siano presenti anche nella popolazione maschile: studi effettuati sulla popolazione preadolescenziale e adolescenziale maschile hanno dimostrato come sia il sottopeso che il sovrappeso siano associati a livelli più alti di insoddisfazione corporea e di preoccupazione per la propria immagine (Dalla Ragione & Mencarelli, 2012). Ne deriva che la variazione di peso può diventare qualcosa di doloroso ed imbarazzante per i soggetti più vulnerabili; essi, infatti, iniziano a vivere un evento fisiologicamente correlato all'età come motivo di vergogna nella cultura della magrezza (Balbo, 2017). Tali soggetti, in una condizione di turbolenza emotiva, ansietà, impulsività, sottovalutazione dei rischi, possono reagire con una concentrazione ossessiva sul corpo, sul peso e/o sulla dieta, al fine di riacquisire un sentimento di valore e di controllo sulle metamorfosi in atto (Cuzzolaro, 2014; Becciu & Colasanti, 2016).

- *Il rapporto con i pari e le critiche negative sul proprio aspetto fisico*

In adolescenza le relazioni familiari tendono a perdere importanza, mentre ne acquistano sempre di più quelle con i coetanei. Come hanno ricordato Helen Sharpe e

colleghi (cit. in Cuzzolaro, 2014, 83), in un articolo del 2014, i rapporti con i coetanei possono rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo dei disturbi alimentari attraverso due strade principali: a) la depressione e la bassa autostima legata a rapporti di amicizia scadenti e ad una posizione marginale nel gruppo dei pari; b) l'insoddisfazione per l'immagine del corpo per via di confronti, svalutazioni e derisioni.

Rispetto a quest'ultimo aspetto, la ricerca ha mostrato come le derisioni per il peso e le forme del corpo siano un fattore di rischio specifico per lo sviluppo della BN. Le adolescenti derise per il proprio aspetto fisico mostrano, infatti, un maggiore livello di insoddisfazione corporea e una più bassa autostima di sé, che le può spingere a mettere in atto condotte disfunzionali, al fine di riacquisire controllo e prestigio agli occhi degli altri (Dalle Grave, 2017).

- *I cambiamenti*

I cambiamenti, come il cambiare scuola o l'alterazione del nucleo familiare, possono alterare l'equilibrio psicologico, biologico e sociale di alcune persone, generando un forte stress (Balbo, 2017). Lo stress, sebbene sia una componente inevitabile e addirittura funzionale nella vita di ciascuno, quando eccede, può diventare disfunzionale e compromettere le capacità di adattamento del soggetto, provocando un mancato senso di autoefficacia percepita, una bassa autostima ed un senso di impotenza (Ammaniti, 2010; Lingiardi & Gazzillo, 2014). Per far fronte a questo senso di sopraffazione cognitiva, fisica ed emozionale, alcuni individui, in particolare le donne, possono incorrere nel rischio di sviluppare un disturbo alimentare (Balbo, 2017). Un controllo eccessivo sull'alimentazione, sul peso e sulle forme del corpo può, infatti, essere letto come una modalità disfunzionale di far fronte agli eventi imprevedibili e alle minacce provenienti dall'ambiente circostante (Zaccagnino, 2017).

- *Il lutto per una persona cara e significativa*

Una grande mole di ricerche ha dimostrato come la perdita di una persona amata può essere seguita, in un non trascurabile numero di persone, da un disagio clinicamente significativo sia dal punto di vista fisico sia dal punto di vista mentale (De Luca, 2014). Quando una persona cara muore, l'individuo non percepisce più il proprio mondo come un luogo stabile e sicuro, le sue abitudini quotidiane vengono sconvolte e avverte

un'esplosione di emozioni non elaborabili (Lieberman, Compton, Van Horn *et al.*, 2007). Tale separazione può essere vissuta come un vuoto incolmabile e ciò può spingere i soggetti più vulnerabili a ricorrere all'alimentazione e/o ad un controllo eccessivo sul proprio corpo come modalità di gestione ed espressione della sofferenza (*ivi*; Balbo, 2017). La reazione al lutto può, infatti, determinare una bassa autostima, un senso di vuoto, oltre che una perdita di controllo (Dalle Grave, 2017).

- *Il trauma e l'abuso sessuale*

Nei DCA, come in molte altre patologie psichiatriche, possono essere in gioco, come fattori predisponenti o precipitanti, esperienze traumatiche di deprivazione emotiva e abusi sessuali subiti negli anni dell'infanzia e dell'adolescenza (Cuzzolaro, 2014).

Il trauma, infatti, dato il suo vissuto emotivo particolarmente doloroso, può avere un effetto disorganizzante sul sistema psicobiologico della persona, trasformandosi in un fattore di rischio per la BN (Caretto & Craparo, 2008; Balbo, 2017).

- *La dieta*

Il dieting, ovvero il “mettersi a dieta”, rappresenta un importante fattore di rischio per lo sviluppo di un disordine alimentare negli adolescenti normopeso. In un campione di studentesse di Londra di quindici anni quelle che facevano una dieta, rispetto ai controlli, avevano un rischio otto volte maggiore di sviluppare un disturbo alimentare nell'anno seguente. Risultati simili sono stati osservati in uno studio su adolescenti australiani in cui i soggetti a dieta, rispetto a quelli non a dieta, avevano un rischio diciotto volte superiore di sviluppare un DCA nei sei mesi seguenti (Dalle Grave, 2017).

L'adolescenza è, infatti, un periodo di forte sviluppo dal punto di vista fisico e il bisogno di aderire ai modelli culturali di bellezza imposti dalla società occidentale può spingere ad intraprendere comportamenti alimentari non adeguati, tra cui diete mal gestite o autoimposte, che rappresentano oggi una pratica sempre più diffusa, che non tengono conto dei possibili fattori di rischio per la persona (Becciu & Colasanti, 2012; Cuzzolaro, 2014). Tali diete, infatti, se non adeguate ai fabbisogni energetici dell'età, possono: indurre una fame cronica, dare origine a episodi di alimentazione incontrollata, quando il controllo cognitivo viene meno, e generare, a motivo dei rinforzi sociali associati al perdere peso e alla percezione di controllo che vi si associa, spirali pericolose, come il ciclo restrizione-

abbuffata-restrizione che rappresenta il tratto distintivo della BN (Jaffa & McDermott, 2009).

#### 1.1.5.3. Fattori perpetuanti

I fattori perpetuanti sono quei fattori che incentivano, confermano e rafforzano il comportamento disfunzionale messo in atto dal soggetto (Zaccagnino, 2017). Tra questi, vi sono:

- *L'eccessiva valutazione del peso, delle forme corporee e/o del controllo sul cibo*

Secondo la teoria cognitivo-comportamentale, il meccanismo centrale nel mantenimento dei DCA è uno schema di autovalutazione disfunzionale. I soggetti DCA hanno, come ogni altro essere umano, uno schema di autovalutazione su cui basano il loro senso di competenza ed efficacia; tuttavia, se negli altri individui tale schema riguarda principalmente alcuni domini della vita (quali il lavoro, lo sport, la scuola, ecc.), nei pazienti DCA esso risulta legato esclusivamente al peso, alle forme corporee e al controllo dell'alimentazione (Zaccagnino, 2017).

L'estrema valutazione del corpo, del peso e/o dell'alimentazione è, quindi, il meccanismo primariamente implicato nel mantenimento della BN; la maggior parte delle altre caratteristiche cliniche, come i comportamenti di compenso, la restrizione alimentare, i pensieri ricorrenti sul peso, sulle forme corporee e sull'alimentazione o l'evitamento di pesare ed esporre il proprio corpo<sup>18</sup>, derivano direttamente da essa (*ivi*). Solo l'abbuffata è un comportamento che non risulta essere direttamente legato alla psicopatologia nucleare e che si manifesta come una conseguenza del tentativo di restringere in modo ferreo l'alimentazione o, in taluni casi, come strategia per modulare emozioni considerate intollerabili (Dalle Grave, Sartirana, Camporese *et al.*, 2007).

- *Gli effetti della malnutrizione*

Secondo Garner e Dalle Grave (1999), molti dei sintomi caratteristici dei DCA sono una conseguenza di abitudini alimentari malsane. Uno studio pionieristico, condotto da

---

<sup>18</sup> Tutti questi aspetti, oltre ad essere espressione dell'eccessiva valutazione del peso, delle forme corporee e/o dell'alimentazione, rappresentano anche i processi di mantenimento del disturbo stesso (Dalle Grave, 2017).

Keys e colleghi (cit. in Dalle Grave, 2017, 52) nel 1950, *The Minnesota Study*, ha dimostrato ciò, analizzando le abitudini alimentari, il comportamento e la personalità di 36 soggetti sani nel corso di tre fasi: una di alimentazione regolare (3 mesi), una di restrizione alimentare estrema (6 mesi) e, infine, una di rialimentazione (3 mesi). Ciò che è emerso da questo studio è stato che, durante la fase restrittiva, si è verificato: un aumento della fame con conseguenti perdite di controllo, un aumento delle ossessioni per il cibo, una diminuita capacità di concentrazione, un ridotto desiderio sessuale<sup>19</sup>, un cambiamento delle abitudini alimentari, un significativo deterioramento emotivo e fisico, e una minore capacità di socializzazione.

La rilevanza di questo studio sta nell'aver dimostrato come una restrizione dietetica severa e prolungata abbia un ruolo perpetuante nei soggetti con BN per via di feedback negativi e di retroregolazione<sup>20</sup> (Balbo, 2017). Abitudini alimentari malsane aumentano, infatti, la concentrazione sul cibo, il corpo e il mangiare; aggravano la percezione della propria immagine corporea e dei segnali interni; scatenano crisi bulimiche, a causa della forte preoccupazione sulle capacità di controllo, che a loro volta aumentano l'ansia e la paura di perdere il controllo; riducono la socializzazione; aumentano l'instabilità emotiva; provocano una serie di modificazioni sia fisiche (per es. disturbi gastro-intestinali, disturbi del sonno, diminuzione del metabolismo basale) sia neuroendocrine che, agendo sulla componente edonica dell'alimentazione (cognitiva, emotiva e legata ai circuiti della ricompensa), possono comportare un aumento dei comportamenti compulsivi rispetto al cibo e un aumento dei comportamenti alimentari da "addiction" (Cuzzolaro, 2014; Balbo, 2017).

- *I guadagni secondari legati alla malattia*

La paura associata alla sessualità, i conflitti familiari, la paura di ingrassare, i sensi di colpa e gli sbalzi d'umore legati all'efficacia o meno del controllo esercitato sull'alimentazione costituiscono dei rinforzi negativi per le persone affette da BN. Essi,

---

<sup>19</sup> La scoperta che la malnutrizione può alterare notevolmente i bisogni sessuali e i conflitti ad essi associati è particolarmente interessante, poiché è stato ipotizzato che questo processo sia una forza trainante della dieta di molte pazienti che soffrono di disturbi alimentari (Garner & Dalle Grave, 1999).

<sup>20</sup> Sebbene i pazienti con BN siano in genere normopeso, spesso hanno una storia di sovrappeso o obesità; pertanto, possono sperimentare, pur non raggiungendo una condizione di sottopeso, le conseguenze della restrizione calorica e i sintomi della malnutrizione (Dalle Grave, 2017).

infatti, spingono il soggetto a focalizzarsi sul peso, sulle forme corporee e sull'alimentazione, permettendogli di evitare la gestione di situazioni ritenute problematiche (Zaccagnino, 2017). Allo stesso modo, il senso di trionfo, la padronanza, l'autocontrollo e la superiorità sperimentata in seguito all'uso di comportamenti compensatori o bulimici costituiscono dei rinforzi positivi di natura "cognitiva", che portano a vivere le condotte di eliminazione e le abbuffate, almeno all'inizio, come comportamenti protettivi ed egosintonici (*ivi*). Anche i fattori sociali, come i complimenti o le attenzioni da parte di amici e genitori, possono rappresentare dei rinforzi positivi (Dalle Grave, 2017).

Questi rinforzi, sia positivi che negativi, perdurano durante tutto il decorso della malattia e rappresentano un'importante fattore di mantenimento, che combinandosi con altri fattori, determina la cronicizzazione del disturbo (Balbo, 2017).

- *L'impovertimento progressivo dei rapporti affettivi e sociali*

Mediante uno studio europeo multicentrico, pubblicato nel 2013 da Krug e colleghi (cit. in Cuzzolaro, 2014, 84), è stato osservato come i pazienti affetti da DCA, sia da adolescenti che da adulti, abbiano delle vite molto più solitarie e passino gran parte del tempo in casa, rispetto ai soggetti sani. Questi aspetti rappresentano degli importanti fattori di mantenimento della BN (Zaccagnino, 2017). L'isolamento sociale e la minore socializzazione possono contribuire, infatti, insieme agli altri fattori, alla cronicizzazione del disturbo, in quanto non permettono di sviluppare un sistema di autovalutazione funzionale, stabile e articolato (Cuzzolaro, 2014; Dalle Grave, 2017).

- *Eventi ed emozioni*

Un sottogruppo di persone con BN riporta emozioni frequenti ed intense che non è in grado di tollerare; solitamente l'intolleranza è verso stati emotivi negativi, come la rabbia, la paura, la tristezza, il disgusto, la colpa e la vergogna, ma in alcuni casi si osserva anche nei confronti di stati emotivi positivi, come l'eccitamento (Dalle Grave, 2017). Questi soggetti, piuttosto che accettare e gestire le modificazioni dell'umore, possono adottare comportamenti disfunzionali e talvolta autolesionistici al fine di ridurre l'attivazione emotiva. L'intolleranza alle emozioni può, quindi, diventare un processo di mantenimento del disturbo alimentare (*ivi*).

## 1.2. Traumi precoci e Bulimia Nervosa: quale relazione?

Numerosi studi, a partire dagli anni '80, hanno enfatizzato la presenza di traumi di tipo fisico e/o psicologico nelle persone affette da BN e con comorbidità psichiatrica (Jaffa & McDermott, 2009; Dalle Grave, 2017). Ciò che deriva da questi studi è che il trauma precoce possa essere considerato un *marker aspecifico* della patologia alimentare (Giannantonio, 2009).

### 1.2.1. Il ruolo del trauma nella genesi della Bulimia Nervosa

Il concetto di trauma psichico occupa una posizione centrale nella teoria clinica e nello studio della patogenesi dei disturbi psichici (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

I primi autori ad occuparsi del concetto di trauma furono Sigmund Freud<sup>21</sup> e Pierre Janet<sup>22</sup>, i quali evidenziarono una connessione diretta tra eventi traumatici vissuti in età infantile e disordini psichici vissuti in età adulta (Simonetta, 2010).

In particolare, furono le teorie di Janet ad accrescere l'attenzione scientifica nei confronti del trauma (Giannantonio, 2009). Durante il secolo scorso, infatti, il ruolo del trauma come origine di disturbi nel bambino e nell'adulto è stato spesso oscurato o minimizzato, mentre negli ultimi vent'anni è sempre maggiore l'importanza che si sta attribuendo ai suoi effetti sulla salute fisica e mentale dell'individuo (Simonetta, 2010).

Le stesse linee guida internazionali e il DSM-5 riconoscono l'impatto degli eventi di vita difficili e dei traumi relazionali all'origine di molti disturbi psicologici, tra cui i disturbi del comportamento alimentare (Zaccagnino, 2017).

Ad oggi sono stati pubblicati numerosi studi che hanno indagato la presenza di eventi difficili e/o traumatici nella storia di vita dei pazienti con disturbi alimentari. Tra questi, degno di nota è lo studio di Vincent Felitti, che ha segnato una svolta in tale direzione; tra il 1995 e il 1998 l'Autore avviò un importante studio, l'*Adverse Childhood Experiences Study*, conosciuto come "ACE Study", in collaborazione con il *Keiser Permanente*. L'idea

---

<sup>21</sup> Con il termine trauma Freud fa riferimento a situazioni in cui la violenza d'impatto dell'evento esterno è tale da causare una lacerazione di quella "barriera protettiva" che di norma respinge efficacemente gli stimoli dannosi (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

<sup>22</sup> Janet sostiene che il trauma psicologico è un evento che, per le sue caratteristiche, risulta non integrabile nel sistema psichico pregresso della persona e quindi rimane dissociato dal resto della sua esperienza emotiva, causando la sintomatologia psicopatologica relativa (Simonetta, 2010).

di tale studio nacque a seguito dei risultati ottenuti da un programma dietetico per i pazienti obesi, in cui si verificò un più alto tasso di abbandoni proprio tra le persone che ne stavano ricavando il massimo beneficio. La contraddittorietà di tali risultati spinse l'equipe medica ad indagare quali fossero le cause di un effetto tanto sorprendente e dalle testimonianze dei pazienti emerse che la perdita di peso veniva equiparata ad una sorta di minaccia alla propria integrità. Da un'analisi più dettagliata della storia dei pazienti, emerse come la maggior parte di questi fosse stato abusato fisicamente e/o sessualmente durante l'infanzia e utilizzasse l'obesità come un modo per difendersi e proteggersi da quei disagi, molto più gravi, appartenenti al passato (La Rosa & Onofri, 2017). Esperienze Sfavorevoli Infantili (ESI), come l'abuso sessuale e/o la trascuratezza emotiva ripetuta, possono, quindi, avere un impatto molto forte sul comportamento adottato dai soggetti a partire dall'infanzia fino all'età adulta (Felitti, Anda, Nordenberg *et al.*, 1998; Felitti & Anda, 2010).

Il trauma, sebbene origini al di fuori del soggetto, trae il suo potere patogeno dalla sua peculiare capacità di alterare l'equilibrio bio-psico-sociale dell'individuo e di scardinare i meccanismi con cui interpreta la realtà e gli attribuisce un significato (Ammaniti, 2002; Balbo, 2017). Come sostiene Williams (2009), il trauma, specialmente se prolungato e vissuto in età precoce, tende a strutturarsi come una "organizzazione mentale" e a definirsi con caratteristici stati affettivi (rabbia, senso di colpa, vergogna, impotenza), credenze patogene, stili relazionali, difese, modalità di regolazione affettiva e specifici deficit del funzionamento mentale. Esso, avendo un impatto devastante sulle traiettorie di sviluppo dell'individuo, può determinare da una parte alterazioni a livello del corpo<sup>23</sup> e della sua rappresentazione mentale e, dall'altra, un indebolimento delle capacità mentali superiori<sup>24</sup>, le quali, non integrandosi con le funzioni inferiori, sia per l'input di

---

<sup>23</sup> L'esposizione a stress ripetuti può avere conseguenze sul controllo autonomico e vegetativo, la cui alterazione può provocare i tipici sintomi di iperarousal, i quali interferiscono non solo con la regolazione dello stato emotivo, ma anche con le capacità di mentalizzazione del soggetto (La Rosa & Onofri, 2017).

<sup>24</sup> L'esposizione a stress ripetuti può comportare: modificazioni nel funzionamento e poi nella struttura del cosiddetto "cervello destro", area del cervello primariamente deputata all'elaborazione delle emozioni e comprendente ippocampo, amigdala, corteccia prefrontale mediale e altre strutture limbiche; alterazioni dei mediatori del bilancio emotivo e dei processi di attaccamento (sistemi delle catecolamine, della serotonina, degli oppioidi endogeni, della dopamina, dei neuropeptidi); modificazioni dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, deputata alla secrezione degli ormoni dello stress (Simonetta, 2010; La Rosa & Onofri, 2017). Rispetto a quest'ultimo aspetto la ricerca di Monteleone *et al.* (2014) ha evidenziato come in pazienti con BN

informazione che per l'output comportamentale, possono provocare alterazioni a livello della coscienza di sé, della memoria, delle capacità di metacognizione e di regolazione delle emozioni e degli impulsi (La Rosa & Onofri, 2017). Queste alterazioni, interferendo con le capacità adulte di gestire, elaborare ed affrontare le esperienze traumatiche infantili, possono spingere i soggetti più vulnerabili ad adottare comportamenti disfunzionali di modulazione delle emozioni, prevalentemente di area dissociativa, come l'abbuffata, l'autolesionismo (per es., tagliarsi la pelle) e/o l'assunzione intermittente di sostanze psicoattive (per es. alcol o tranquillanti), i quali, avendo un ruolo nell'interruzione dei ricordi intrusivi e nella modulazione dell'ansia e del senso di vuoto, possono portare all'instaurarsi della BN, creando un pericoloso circolo vizioso (*ivi*; Dalle Grave, 2017; Zaccagnino, 2017). Un aspetto neuroanatomico comune tra il disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e la BN è la compromissione 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), che, definendo il tratto clinico più saliente della BN, ovvero l'impulsività, spingono questi soggetti ad assumere maggiori quantità di cibo al fine di modulare il loro umore (Balbo, 2017). Van der Kolk e colleghi (cit. in Salvatori & Salvatori, 2001, 35) sostengono, a tal proposito, che alcuni soggetti abusati sessualmente spesso manifestino una patologia alimentare perché mancano di capacità adattive riguardo alla regolazione del loro umore e che patologici comportamenti alimentari si sviluppano proprio come meccanismo per controllare l'umore stesso.

### 1.2.2. Studi correlazionali

La presenza di esperienze traumatiche varia notevolmente all'interno della letteratura sui disturbi dell'alimentazione (Vanderlinden & Vandereycken, 1998).

Tradizionalmente i primi studi, come quelli di H. Bruch e M. Selvini Palazzoli, hanno posto l'attenzione sulle dinamiche familiari, individuando all'origine dei DCA

---

e con una storia di trauma infantile vi sia un ipo-funzionamento di tale asse e, di conseguenza, un basso livello di cortisolo (il quale sembra associarsi all'iperattività comportamentale), sostenendo, dunque, la forte correlazione tra l'attività di tale asse e il trauma vissuto soprattutto nell'infanzia.

transazione conflittuali nel rapporto madre-figlia (Messina, Oliani, Veglia *et al.*, 2013). Secondo la Bruch (1983), era proprio la non responsività alla vita emotiva del figlio da parte delle figure di accudimento a dovere essere considerata un fattore di rischio nella genesi dei disturbi emotivi associati ai disturbi alimentari.

A partire dagli anni Ottanta, tuttavia, l'attenzione si focalizzò su esperienze di vita oggettivamente traumatiche, in particolare sui maltrattamenti fisici e la violenza sessuale; furono avviati una serie di studi e ciò che emerse fu una forte frequenza di esperienze di questo tipo nella storia clinica dei pazienti con BN (Vanderlinden & Vandereycken, 1998; Messina *et al.*, 2013). Negli ultimi vent'anni è stato ripreso in considerazione, da parte della ricerca scientifica, l'impatto dei cosiddetti "traumi relazionali" sulle traiettorie di sviluppo degli individui ed è stata evidenziata una più alta correlazione tra l'abuso emotivo e la patologia del comportamento alimentare in età adulta, piuttosto che tra questa e l'abuso fisico e/o sessuale (*Ibidem*).

Sembrirebbe, quindi, che siano l'abuso psicologico *in primis* e poi quello sessuale e/o fisico a rappresentare fattori di rischio per lo sviluppo della BN (Balbo, 2017). Rispetto alla prevalenza delle altre ESI nei pazienti con DCA, la letteratura scientifica appare piuttosto scarna: non sono state trovate significative correlazioni né 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 sulla violenza sessuale e/o fisica, benché risulti che, probabilmente, siano diversi i fattori che possono rivestire un ruolo importante nello sviluppo del disturbo alimentare, quali: la mancanza di attenzioni da parte dei genitori, un'inadeguata funzione di controllo sempre da parte dei genitori, la perdita di persone importanti e le violenze psicologiche (Vanderlinden & Vandereycken, 1998).

#### 1.2.2.1. Studi su campione clinico

I primi lavori che citano i disturbi alimentari in seguito ad un trauma subito nell'infanzia risalgono agli anni Ottanta. Dopo i primi rapporti su casi clinici, vennero condotti numerosi studi retrospettivi su campioni clinici più ampi e la maggior parte di questi concentrò l'attenzione sulla violenza sessuale (Vanderlinden & Vandereycken,

1998). Nel 1985 Oppenheimer e colleghi indagarono la correlazione tra abuso sessuale (avvenuto entro il sedicesimo anno d'età) e disturbi alimentari su un campione di 78 donne con DCA (36 pazienti con diagnosi di AN, 33 con diagnosi di BN e 9 con entrambe); ciò che emerse da questo studio fu che, nel 70% delle pazienti, venne riscontrata la presenza di episodi di violenza sessuale subita durante l'infanzia e/o l'adolescenza, evidenziando una correlazione tra i due, sebbene non fu trovata una relazione tra tipo di abuso sessuale e tipo di DCA diagnosticato.

Nel 1988 Root e colleghi individuarono, nel loro studio su 172 pazienti bulimiche, che il 28,5% di queste aveva subito un abuso sessuale nell'infanzia, il 65% aveva subito maltrattamenti fisici, il 23% era stato stuprato e il 23% aveva subito maltrattamenti nell'ambito delle proprie relazioni di coppia.

Nel 1990 Beckman e colleghi esaminarono un campione di 340 ragazze (entro i diciannove anni di età), di cui 44 erano bulimiche: ciò che emerse fu che 22 pazienti bulimiche avevano subito un abuso sessuale dopo i 12 anni di età, rispetto a 46 su 170 non bulimiche, confermando, dunque, l'associazione tra BN e abuso sessuale.

Nel 1991 Waller, in un campione di 100 donne con DCA, riscontrò che il riferimento ad un'esperienza di abuso sessuale (presente nel 50% del campione) era associato alla categoria diagnostica della bulimia. In accordo con ciò, in una ricerca del 1992, trovò come alcune caratteristiche specifiche dell'abuso sessuale (per esempio, l'identità dell'abusante, l'età del primo abuso e l'eventuale violenza fisica correlata) fossero associate alla maggiore frequenza dell'assunzione del cibo e, in grado minore, al vomitare.

Nel 1993 Vanderlinden e Vandereycken (cit. in Vanderlinden e Vandereycken, 1998, 22) esaminarono la relazione tra trauma infantile (violenza sessuale e altre esperienze traumatiche come violenze psicologiche, trascuratezza affettiva e/o maltrattamenti fisici) e comorbilità psichiatrica in un campione di 80 pazienti affette da DCA. I risultati mostrarono una percentuale di trauma generale pari al 53%: il 20% riguardava la violenza sessuale, il 35% la trascuratezza affettiva e il 27% i maltrattamenti fisici. Nel caso specifico della BN, emerse che le molestie sessuali erano presenti nel 18% dei casi e che i maltrattamenti fisici erano presenti nel 37%. Inoltre, le pazienti affette da BN presentavano

un maggior rischio di incidenza di disturbi d'ansia, depressione, sintomi dissociativi e disturbo borderline di personalità.

Nel 1994 Welch e Fairburn (cit. in Vanderlinden & Vandereycken, 1998, 16), in uno studio controllato, osservarono 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 (soprattutto depressione) e 50 pazienti con BN in regime di trattamento residenziale. Ciò che emerse fu che le percentuali di abuso sessuale nelle pazienti affette da BN erano significativamente maggiori rispetto al gruppo di controllo (26% contro il 10%), ma che non si riscontravano differenze significative con le percentuali di abusi nelle donne del gruppo di controllo con altri disturbi psichiatrici (24%). Un risultato sorprendente è stata l'inferiorità numerica di pazienti ricoverate affette da BN che hanno vissuto storie di abuso sessuale (il 16%). Gli Autori conclusero che una storia di violenza subita nell'infanzia fa aumentare il rischio di sviluppare un disturbo psichiatrico, ma questo maggior rischio non è legato in modo specifico alla BN.

Nel 1996 Welch e Fairburn condussero uno studio su 102 pazienti bulimiche, le quali vennero confrontate con 204 controlli sani e con 102 pazienti psichiatrici. 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.

Secondo questi studi, significativa è, quindi, l'associazione tra abuso sessuale/fisico e BN. In seguito a questi primi studi, nell'ambito della letteratura scientifica, si verificò il rapido moltiplicarsi delle ricerche sull'argomento (Vanderlinden & Vandereycken, 1998). Inoltre, furono avviate numerose ricerche sulle altre forme di maltrattamento infantile vissute dai soggetti con DCA, data la scarsa letteratura in merito (Waller, Corstorphine & Mountford, 2007; Carretti & Craparo, 2008). La prima fu quella di Rorty, Yager e Rossotto (1994), i quali confrontarono 80 donne con una lunga storia di BN e 40 donne che non avevano mai sofferto di un DCA o di difficoltà connesse. Ciò che individuarono in questo studio fu che le pazienti bulimiche riportavano maggiori livelli di violenza fisica, di violenza psicologica e di abuso multiplo rispetto al gruppo di controllo. Questa ricerca, quindi, come quella di Kent e Waller (2000), Brewerton (2007) e Groleau e colleghi

(2012), conferma la correlazione tra traumi interpersonali infantili, in particolare abuso emotivo e lo sviluppo della BN (Carretti & Craparo, 2008). Successivamente spiegherò in maniera più approfondita tale correlazione e come essa dipenda da molteplici fattori di rischio.

#### 1.2.2.2. Studi epidemiologici

Poiché per molti anni la ricerca scientifica ha avuto il grosso limite di concentrarsi su campioni selezionati di popolazioni cliniche, nel corso degli ultimi trent'anni, per ovviare a questo problema, sono stati condotti contemporaneamente studi sulle popolazioni non cliniche (Carretti & Craparo, 2008), su cui ci soffermeremo.

Calam e Slade (1989) somministrarono a 130 studentesse universitarie alcuni questionari: il 20% delle studentesse riferiva di aver subito esperienze sessuali indesiderate prima dei quattordici anni d'età e nel 13% si trattava di violenze intra-familiari. Inoltre, emerse che le esperienze sessuali in cui era stata usata la forza erano associate ad atteggiamenti e comportamenti alimentari anormali, in particolare a tendenze bulimiche.

Baley e Gibbons (1989) studiarono la relazione esistente tra BN e storie di violenza in un campione di 294 studentesse universitarie: il 13% dei soggetti riferiva di aver subito molestie sessuali durante l'infanzia, l'11% di aver subito violenza carnale, l'8% percosse e il 6% altri tipi di maltrattamenti fisici. Ciò che derivò da questi studi fu che soltanto la violenza fisica era connessa in modo significativo con la presenza di sintomi bulimici.

Smolak, Levine e Sullins (1990) somministrarono alcuni questionari a 298 studentesse universitarie: il 23% di loro riferì di aver subito violenza sessuale durante l'infanzia e, rispetto al gruppo che non aveva subito violenza, presentavano un maggior numero di sintomi appartenenti ai DCA.

Kinzl e colleghi (1994) avviarono uno studio, in cui coinvolsero 202 studentesse universitarie. Ciò che emerse fu che il 21,8% di queste (n=44) aveva subito una storia di violenza sessuale; tuttavia, tale percentuale non era associata al rischio di un futuro DCA. Solo coloro che riferivano di aver vissuto in un ambiente familiare difficile presentavano, infatti, un rischio maggiore di sviluppare patologie legate ai DCA.

Kent, Waller e Dagnan (1999) analizzarono la relazione tra ESI e DCA in un campione di 236 studentesse, dall'età media di 23 anni. Ciò che emerse fu una correlazione positiva tra abuso sessuale, fisico ed emozionale, e patologia alimentare. In particolare, l'abuso emotivo risultava l'unica forma di trauma infantile predittiva di atteggiamenti alimentari patologici e tale correlazione risultava mediata dai livelli d'ansia e di dissociazione.

Neumark-Sztainer e colleghi (2000) avviarono uno studio su 9.943 studenti adolescenti di seconda media e prima e terza superiore del Connecticut; ciò che emerse da questo studio furono 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) esaminarono i nessi esistenti tra esperienze di violenza fisica/sexuale e la presenza di condotte alimentari disturbate in un campione di 81.247 ragazzi e ragazze delle scuole superiori. Ciò che emerse dalla loro ricerca fu 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) esaminarono la relazione tra abuso sessuale, fisico ed emozionale, e sintomi alimentari in un campione di 301 studentesse. Ciò che emerse fu: che l'abuso fisico era associato con la paura di ingrassare, la dieta, il desiderio di magrezza, i comportamenti bulimici e, indirettamente, con deficit di autoconsapevolezza; che l'abuso emotivo era associato a deficit di regolazione emotiva e di sazietà e a comportamenti bulimici; infine, che 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.

Concludendo, quindi, anche per gli studi sulla popolazione non clinica è presente una relazione significativa tra esperienze traumatiche infantili e conseguente disturbo alimentare.

### 1.2.3. I fattori di mediazione tra Trauma e Bulimia

Più studi hanno riscontrato che, sebbene gli eventi traumatici aumentino il rischio di problemi psichici, molti non vanno incontro a nessun problema psichiatrico (Salvatori & Salvatori, 2001). La correlazione tra trauma e successivo sviluppo della BN è, infatti, aspecifica (Giannantonio, 2009): “non è stata ancora dimostrata l’esistenza di una connessione specifica e diretta tra violenza sessuale (o altre esperienze traumatiche) e successivo sviluppo di un disturbo del comportamento alimentare” (Vanderlinden & Vandereycken, 1998, 27). Pertanto, il trauma è solo un fattore di rischio che, se correlato ad altri elementi, può rendere l’individuo più vulnerabile rispetto al rischio di sviluppare disturbi psichiatrici, compresi i disturbi del comportamento alimentare (*ivi*; Salvatori & Salvatori, 2001). Di seguito illustrerò i fattori che possono svolgere un ruolo di mediazione tra l’input costituito dal trauma e l’output costituito dalla psicopatologia; tra questi degni di nota sono: le caratteristiche oggettive dell’evento, le variabili relative al soggetto, i sintomi dissociativi, un ambiente familiare invalidante, la rivittimizzazione, un’immagine corporea negativa.

#### 1.2.3.1. Caratteristiche oggettive dell’evento

Stress, traumi ed esperienze di vita negative (abuso sessuale, violenza fisica, abuso emotivo e trascuratezza) rappresentano importanti fattori di rischio per lo sviluppo e il mantenimento della BN (Brewerton, 2015). Il termine trauma deriva dal greco τραύμα e significa “danno”, “ferita”, “lacerazione”. Esso è stato impiegato la prima volta per indicare l’impatto che eventi stressanti hanno sulla vita dell’individuo, tuttavia non tutti gli eventi sono di per sé traumatici (Zaccagnino, 2017). Importante è tener conto, infatti, della natura dell’evento e dell’impatto che esso potrebbe avere sull’individuo<sup>25</sup>: un conto è essere coinvolti in una catastrofe naturale circoscritta; un conto è essere oggetto di persecuzione da parte di altri essere umani, come nel caso dell’abuso sessuale ripetuto (Ammaniti, 2002).

---

<sup>25</sup> Ciò che definisce il trauma psicologico è l’impossibilità di “reagire efficacemente ad una minaccia” in quanto è un “evento emotivamente non sostenibile per chi lo subisce” (Liotti & Farina, 2011, 32).

Le ricerche indicano che i traumi causati dall'uomo siano più traumatici di quelli naturali, perché chi li subisce sviluppa una convinzione di essere vittima deliberata di un proprio simile e hanno, dunque, una capacità maggiore di infrangere l'assetto psicologico dell'individuo e di minare la fiducia dell'individuo nel futuro e nei confronti delle relazioni interpersonali (Simonetta, 2010).

Secondo Bessel van der Kolk (cit. in Simonetta, 2010, 14) si possono distinguere 3 differenti categorie di eventi traumatici: la prima comprende quella con durata limitata nel tempo, caratterizzata dall'imprevisto e dall'intensità dell'evento; la seconda si riferisce a situazioni sequenziali con possibile effetto cumulativo; infine, la terza si riferisce ad un'esposizione prolungata a condizioni di stress, le quali possono provocare incertezza e sentimenti di impotenza, pregiudicando i legami di attaccamento e generando un fondamentale senso di insicurezza. Rientrano in quest'ultima categoria non soltanto i "traumi dello sviluppo", ovvero quelle condizioni di minaccia soverchiante da cui è impossibile sottrarsi, ma anche i cosiddetti "traumi relazionali", ovvero quelle esperienze dolorose vissute nel rapporto con l'altro significativo che, se apparentemente potrebbero sembrare meno invalidanti, portano in realtà con sé numerose conseguenze sulla salute psicologica dell'individuo; il soggetto, infatti, potrebbe imparare da queste 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 portarlo a sperimentare sentimenti di colpa, vergogna ed impotenza, intaccando in questo modo la sua identità e prevedibilità del mondo (Zaccagnino, 2017).

#### 1.2.3.2. Variabili relative al soggetto

La ricerca epidemiologica indica che, sebbene la percentuale di popolazione generale che potrebbe andare incontro nella vita a 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. Un evento potenzialmente traumatico, anche se seguito da una reazione emozionale intensa e sconvolgente, non sempre comporta conseguenze patologiche diagnosticabili (Simonetta,

2010). La traumaticità di un evento è legata, quindi, 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, studi sulla familiarità psicopatologica hanno dimostrato come una storia familiare di ansia, di disturbi dell'umore e di psicopatologia in genere aumenti la vulnerabilità alla malattia. Fattori di mediazione possono essere anche diagnosi psicologiche precedenti, come i disturbi depressivi, i disturbi d'ansia e il disturbo post-traumatico da stress, i quali possono precedere la BN e risentono, almeno parzialmente, di una predisposizione genetica (Giannantonio, 2009; Madowitz, Matheson & Liang, 2015; Castonguay & Oltmanns, 2016). Anche l'appartenenza al sesso femminile rappresenta un fattore di vulnerabilità biologica: le donne, essendo maggiormente esposte a esperienze traumatiche di più elevata gravità, hanno un maggiore rischio di sviluppare quadri psicopatologici. Inoltre, anche le alterazioni neurobiologiche successive ai traumi costituiscono fattori di rischio, sebbene non sia sempre possibile stabilire se essi siano preesistenti o conseguenti il trauma (Giannantonio, 2009).

Rispetto, invece, all'età del soggetto al momento del trauma, le ricerche hanno dimostrato 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 elevato<sup>26</sup> (Vanderlinden & Vandereycken, 1998).

Rispetto ai fattori di rischio psicologici, sembrano giocare un ruolo importante: la presenza di disturbi psicologici antecedenti; 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, evitamento, risentimento e sospettosità (Giannantonio, 2009; Simonetta, 2010).

---

<sup>26</sup> Tuttavia, esistono in letteratura ancora molti dati contraddittori e possono entrare in gioco altre variabili, come l'esposizione frequente, le quali possono far passare in secondo piano la variabile anagrafica delle vittime (Giannantonio, 2009).

Rispetto allo stile di attaccamento, infine, la letteratura è concorde nel sostenere che un attaccamento di tipo insicuro, soprattutto quello disorganizzato<sup>27</sup>, riveste un ruolo importante nell'ambito dei fattori soggettivi che concorrono 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 di se stesso e del mondo, con cui interagirà con gli altri ed interpreterà la realtà (Simonetta, 2010). Sulla base di condizioni di accudimento negativo, il soggetto sviluppa Modelli Operativi Interni (MOI) disfunzionali, i quali possono spingere non solo all'esclusione di una parte delle informazioni provenienti dalle esperienze di attaccamento, ma anche alla costruzione di convinzioni irrazionali su se stessi e sugli altri. In tal senso, in accordo con Horowitz (cit. in Simonetta, 2010, 17), una predisposizione di personalità basata su MOI disfunzionali costituisce, in assenza di altri fattori protettivi, un fattore di rischio nell'elaborazione degli eventi stressanti. Lo stile di attaccamento può intendersi come una modalità di regolazione affettiva, che si attiva di fronte ad esperienze di dolore fisico e psichico. Uno stile di attaccamento insicuro può interferire, quindi, con la capacità di ricercare, in modo funzionale, conforto e rassicurazione, diventando così un fattore di rischio rispetto ai possibili esiti postumi (Caretti, Craparo, Ragonese *et al.*, 2005). Per alcuni autori, i sintomi DCA possono essere considerati dei comportamenti finalizzati alla ricerca di vicinanza e conforto, ovvero come un'organizzazione di una sottostante disorganizzazione legata alla dimensione traumatica. Risulta chiaro, quindi, che uno stile di attaccamento più insicuro gioca un ruolo fondamentale nell'insorgenza, ma anche nel mantenimento del disturbo stesso (Fabbro, Armatura, Campostrini *et al.*, 2010).

---

<sup>27</sup> Nell'attaccamento disorganizzato si trovano situazioni di grave rischio all'interno del sistema familiare, quali la presenza di maltrattamenti, abusi e trascuratezza emotiva, i quali hanno un forte impatto negativo sullo sviluppo psicologico, cognitivo ed emotivo del soggetto, che può mostrare difficoltà nella regolazione delle emozioni e una maggiore incidenza di disturbi psicologici durante il corso della vita (Zaccagnino, 2017).

### 1.2.3.3. Sintomi dissociativi

Il trauma, essendo un evento emotivamente non sostenibile per chi lo subisce, porta all'attivazione di arcaici meccanismi di difesa, le famose quattro F inglesi<sup>28</sup>, che provocano il distacco dall'esperienza di sé e del mondo esterno e conseguenti sintomi dissociativi, come depersonalizzazione e derealizzazione. Questo distacco implica una brusca sospensione nell'esercizio delle normali capacità di riflessione e mentalizzazione e, quindi, 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 la 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 & Vandereycken, 1995).

Le memorie traumatiche, quindi, non vengono rimosse dalla coscienza ma, fin dall'inizio, non si integrano nella sintesi personale attraverso la funzione di realtà<sup>29</sup>, portando, di conseguenza, 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, 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 (ENP), che è quella che mantiene al suo interno la memoria

---

<sup>28</sup> Le 4 F inglesi sono: fight (attacco), fly (fuga), freeze (irrigidimento) e faint (la finta morte) (Zaccagnino, 2017).

<sup>29</sup> Secondo Janet, la coscienza ha tre funzioni integratrici: sintesi personale (ovvero la capacità di creare un'organizzazione coerente delle memorie e dell'esperienza di sé che permette di sperimentare un sentimento d'identità costante); la presentificazione (ovvero la capacità attiva della mente di concentrarsi sul presente senza vagare tra le memorie del passato confondendole con il momento presente); la funzione di realtà (ovvero la capacità di agire sulla realtà modificandola consapevolmente secondo gli scopi dell'individuo; Liotti & Farina, 2011).

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 anche il vissuto del proprio corpo) ed a vivere una serie di sintomi dissociativi, 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).

La dissociazione non si manifesta solo con il deficit della funzione integratrice superiore, ma anche con l'emissione incontrollata e disordinata di quella inferiore, non più regolata da essa (Liotti & Farina, 2011). 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).

Dunque, in accordo con la "*mood modulation theory*", 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; oppure in accordo con la "*escape theory*" potrebbe facilitare l'innesco 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).

I comportamenti alimentari disfunzionali, in altre parole, così come le strategie compensatorie, vengono vissuti come una forma di ristoro, nutrimento, intorpidimento,

distrazione, bisogno di aiuto, ribellione, liberazione della rabbia, contenimento della frammentazione sensoriale e dissociazione da pensieri intrusivi, che a lungo andare possono portare allo sviluppo di veri e propri esiti psicopatologici (Balbo, 2017). Secondo McShane e Zirkel (2008), i sintomi dissociativi non sono correlati di per sé alla BN, ma piuttosto agli episodi bulimici e a quelli purgativi, il cui ripetersi in maniera costante può portare all'innescò di un vero e proprio circolo vizioso (Zaccagnino, 2017).

#### 1.2.3.4. Ambiente familiare invalidante

Fino a qualche tempo fa tutti gli studi relativi al campo del trauma psichico si sono concentrati esclusivamente sull'influenza che hanno avuto le esperienze familiari passate e non sull'influenza che le relazioni familiari presenti hanno sul funzionamento psicologico attuale (Vanderlinden & Vandereycken, 1998).

Il sostegno genitoriale è un fattore determinante nell'influenzare le modalità adattive e reattive del soggetto al trauma: una sua percezione sollecita una ridefinizione cognitiva degli stressor e una risposta emozionale e comportamentale più adattiva; al contrario, una sua scarsità o assenza aumenta la vulnerabilità verso un livello generale delle difficoltà psicologiche dell'età adulta (Simonetta, 2010). Quando il trauma è negato o non riconosciuto, costringe, infatti, 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 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 come le adolescenti che non parlano dell'abuso subito sembrano avere maggiori probabilità di sviluppare comportamenti di abbuffata/eliminazione rispetto a quelle che rivelano la loro esperienza traumatica. Il fallimento genitoriale si trasforma, quindi, in una sorta di "profezia che si auto-avvera", traumatica e cumulativa, che asetta un colpo ancora più duro ai già compromessi modelli operativi interni e all'immagine di sé del soggetto (Ricciutello *et al.*, 2012).

Gli studi sulle famiglie delle pazienti bulimiche hanno riscontrato come in tali famiglie regni, nella maggior parte dei casi, un clima caotico, caratterizzato dalla conflittualità e dalla disorganizzazione e da alti livelli di indifferenza e di eccessivo controllo da parte dei genitori, dimostrando come questo possa costituire un fattore di mediazione tra esperienze traumatiche infantili e sintomi dei DCA (Vanderlinden & Vandereycken, 1998; Madowitz *et al.*, 2015). Secondo Wade e colleghi (cit. in Messman-Moore & Garrigus, 2007, 54), il funzionamento familiare non è una causa diretta della sintomatologia alimentare, ma può avere un effetto sulla regolazione emozionale e sulle attitudini verso sé, le quali possono avere un'influenza sullo sviluppo di un disordine alimentare.

#### 1.2.3.5. 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 diverse in cui si ripetono le situazioni traumatiche originarie o alcuni loro elementi (Vanderlinden & Vandereycken, 1998).

La ricerca suggerisce che molte donne, che hanno subito una violenza durante l'infanzia, corrano forti rischi di vivere esperienze rivittimizzanti (*ivi*). Tale rischio risulta inferiore negli uomini, sebbene sembri arrivare fino a 5,5 volte in più rispetto alla popolazione generale (Giannantonio, 2009).

Esiste, inoltre, una correlazione significativa tra attaccamento disorganizzato e il riverificarsi di esperienze traumatiche (Simonetta, 2010). Una possibile spiegazione di questo fenomeno può essere legata al mancato apprendimento di instaurare dei confini sicuri ed appropriati nelle proprie interazioni sociali (Vanderlinden & Vandereycken, 1998; Simonetta, 2010). La presenza di relazioni gravemente disfunzionali con le figure di attaccamento non ha consentito un adeguato utilizzo di un "contenitore relazionale" che funga da occasione di apprendimento e di integrazione degli stati affettivi (*ivi*). Inoltre, la maggior parte dei pazienti si percepisce cattiva e, per via di questa negativa immagine di sé, pensa di non meritare nulla di positivo, finendo per ricorrere al meccanismo della

dissociazione come strategia di difesa nelle successive situazioni stressanti della vita e/o come strategia di strutturazione della personalità (Vanderlinden & Vandereycken, 1998; Giannantonio, 2009).

Dunque, la presenza di un abuso sessuale o fisico in età infantile rende più che doppia la probabilità che una persona sia oggetto di almeno un ulteriore abuso nel proseguo della vita (*ivi*). 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 e 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.

#### 1.2.3.6. 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 di esso (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 ad adottare dei comportamenti quali, ad esempio, comportamenti di evitamento e negazione del corpo e strategie compensatorie, i quali possono incrementare l'insoddisfazione corporea e spingerli a focalizzarsi sempre di più sul controllo del peso e della forme del corpo, dando vita ad un vero e proprio disturbo alimentare (Balbo, 2017; Dalle Grave, 2017).

Ebbene 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 "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).

## **L'EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (EMDR) E LA BULIMIA NERVOSA: UNA CONCETTUALIZZAZIONE TEORICA**

### **2.1. L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)**

L'EMDR, acronimo di *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (Desensibilizzazione e Rielaborazione attraverso i Movimenti Oculari), è un approccio terapeutico standardizzato, che si articola in otto fasi ed ha come obiettivo quello di affrontare il ricordo dell'evento e/o situazione disturbante (Giannantonio, 2009).

Attualmente l'EMDR è stato riconosciuto come l'approccio psicoterapeutico con maggiori prove di efficacia nel trattamento del Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD), da parte dell'*American Psychological Association* e dall'*International Society for Traumatic Stress Studies* (ISTSS). Tuttavia, l'EMDR, pur essendo in principio destinato per il trattamento del PTSD, viene oggi utilizzato anche per il trattamento di altri disturbi clinici, tra cui i disturbi d'ansia, di somatizzazione, dissociativi, affettivi e alimentari (Zaccagnino, 2017).

La sofferenza psicologica, infatti, può assumere diverse sfaccettature e, se per decenni il mondo della psicologia si è focalizzato esclusivamente sui sintomi, negli ultimi anni sta dando di nuovo importanza agli eventi di vita difficili, stressanti e/o traumatici all'origine di molti disturbi psichiatrici e psicologici (*ivi*).

È stato osservato che molti approcci terapeutici tradizionali non pongono come particolare e primaria l'attenzione sulle esperienze di tipo traumatico, mentre la Terapia EMDR è in grado di affrontare con successo tale limite. Essa, infatti, sintetizzando gli elementi di altre psicoterapie efficaci, quali la terapia psicodinamica, cognitivo-comportamentale e la terapia incentrata sulla persona e sul corpo, con gli elementi caratteristici propri dell'EMDR, come la breve esposizione al materiale traumatico o associato al trauma, la stimolazione bilaterale dei movimenti oculari, la consapevolezza e la libera associazione, permette di superare i sintomi e di andare in profondità nei meccanismi di insorgenza e mantenimento del disturbo (Giannantonio, 2009).

Il suo obiettivo consiste nell'accedere ai ricordi traumatici e nell'effettuare una rapida desensibilizzazione ed una conseguente ristrutturazione cognitiva dell'esperienza dell'individuo<sup>30</sup> (Zaccagnino, 2017).

L'EMDR, dunque, a differenza di altre terapie, si focalizza sul ricordo alla base del disturbo e non sulle sue conseguenze, in modo da generare associazioni tra informazioni precedentemente frammentate e sviluppare nuovi apprendimenti, i quali comportano non solo una riorganizzazione della personalità, ma anche un cambiamento nella regolazione degli affetti e di altre reazioni non funzionali (Shapiro, 2000; Shapiro, Kaslow & Maxfield, 2011).

La funzione del trattamento EMDR consiste nel liberare il paziente dai ricordi disfunzionali immagazzinati in memoria e contenenti emozioni e cognizioni disturbanti, procedendo dall'interno all'esterno e occupandosi del mondo interiore prima di utilizzare strumenti e tecniche per incorporare set di competenze, che possono caratterizzare un adulto sano (*ivi*).

“[...] Una focalizzazione adeguata sulle esperienze precedenti che generano i sintomi, le caratteristiche ed i comportamenti disfunzionali del paziente talvolta è più importante della diagnosi specifica” (Shapiro, 2000, 43). L'uso dell'EMDR suggerisce al terapeuta di concentrarsi sui fattori che generano i comportamenti responsabili della diagnosi, i quali possono essere condotti a risoluzione mediante l'attivazione dinamica del sistema innato di elaborazione dell'informazione (*ivi*).

### *2.1.1. Nascita e sviluppo dell'EMDR*

L'origine dell'EMDR è avvenuta nel 1987, in seguito ad un'osservazione casuale da parte della Shapiro degli effetti apparentemente desensibilizzanti di movimenti oculari spontanei ripetuti su pensieri spiacevoli (Shapiro, 2000): passeggiando in un bosco, l'Autrice notò come la componente emotiva disturbante di alcuni pensieri diminuiva rapidamente e spontaneamente in seguito all'effetto di movimenti oculari saccadici su alcuni pensieri disturbanti (Zaccagnino, 2017).

---

<sup>30</sup> L'esperienza clinica ha dimostrato come una volta rielaborati i ricordi specifici, il senso di autostima e di autoefficacia del paziente cambino automaticamente, portando spontaneamente a nuove sensazioni, emozioni e a nuovi comportamenti maggiormente autovalorizzanti (Shapiro, 2000).

Fu grazie alla scoperta di questo fenomeno che la Shapiro avviò un lavoro di circa sei mesi con 70 soggetti sull'uso dei movimenti oculari guidati; ciò che emerse da questo studio fu, da una parte, una riduzione significativa della sintomatologia psichica e, dall'altra, la definizione di una procedura standard, che prese il nome di *Eye Movement Desensitization* (EMD), in quanto si pensava, in accordo con le sue origini comportamentiste, che i movimenti oculari fossero specifici nel provocare una rapida desensibilizzazione (Shapiro, 2000).

Relativamente all'EMD, nel 1987 venne avviato un studio controllato su 22 soggetti con diagnosi di PTSD, il quale fu successivamente pubblicato nel 1989 presso il *Journal of Traumatic Stress*; ciò che emerse da questo studio fu un cambiamento significativo sia nei livelli di ansia, che diminuirono, sia nel numero di convinzioni positive, che aumentarono. Tale scoperta portò ad un cambiamento di paradigma: mostrò, infatti, l'efficacia della procedura EMD non solo per la desensibilizzazione, ma anche per la ristrutturazione cognitiva (*ivi*). Ciò che si verificò fu, quindi, un cambiamento nell'orientamento da una formulazione comportamentale iniziale, di semplice desensibilizzazione dell'ansia, ad un paradigma più integrato di elaborazione delle informazioni (*ivi*).

L'EMD divenne EMDR, ovvero fu aggiunta la parola "*Reprocessing*"; tale metodica, infatti, sebbene sia meglio conosciuta e tragga il suo nome dai movimenti oculari, è costituita da molte altre componenti insite nell'approccio clinico, nei protocolli e nelle procedure, che ne fanno un approccio di psicoterapia più strutturato (Zaccagnino, 2017).

Si è osservato che anche altre forme di stimolazione bilaterale (per esempio, tamburellamenti sulle mani e stimoli uditivi) possano essere efficaci nell'elaborazione delle informazioni e come i cambiamenti nella percezione dell'ansia e delle paure siano il prodotto di una ristrutturazione cognitiva più complessa (Shapiro, 2000; Shapiro, Kaslow & Maxfield, 2011). L'EMDR, dunque, nel corso del suo sviluppo, si è evoluta da semplice tecnica comportamentale ad approccio di psicoterapia integrato con un modello teorico di riferimento: la desensibilizzazione e la ristrutturazione cognitiva possono essere considerate come sottoprodotti di una rielaborazione adattiva, che avviene a livello neurofisiologico (Shapiro, 2000; Zaccagnino, 2017).

### 2.1.2. Il modello dell'Elaborazione Adattiva dell'Informazione

Il principio teorico chiave sottostante alla terapia EMDR risiede nel Modello di Elaborazione Adattiva delle Informazioni (*Adaptive Information Processing model*, AIP; Zaccagnino, 2017). Secondo tale modello, in ogni individuo vi è un sistema innato di elaborazione delle informazioni, il quale è configurato per ripristinare e mantenere la salute mentale in modo analogo a quello del resto del corpo, portato fisiologicamente a guarire in caso di ferite (Shapiro, 2000). Esso, immagazzinando le diverse esperienze della vita quotidiana all'interno di una complessa rete mnestica, in cui si integrano pensieri, immagini, sensazioni ed emozioni appartenenti ad ogni singola esperienza, consente non solo la risoluzione adattiva delle nuove informazioni in ingresso, ma anche lo sviluppo di nuovi apprendimenti (Giannantonio, 2009; Dworkin, 2010). “La memoria è in realtà un processo di ricostruzione attivo e dinamico influenzato sia dall'engramma iniziale (engramma = l'impatto iniziale che un'esperienza ha sul cervello), sia da altri fattori” (De Luca, 2003, 65).

La patologia sorge quando questo sistema innato di elaborazione dell'informazione si blocca: le componenti mnestiche di un'esperienza disturbante possono, infatti, rimanere isolate dal resto della rete neurale, senza integrarsi con le altre informazioni (Zaccagnino, 2017). Tale mancanza di integrazione può comportare un'inadeguata assimilazione, la quale permette (ogni qualvolta ci si trovi esposti a stimoli interni e/o esterni rievocanti il trauma) all'emotività e alle convinzioni negative legate al ricordo traumatico di influenzare la persona nel presente (Shapiro, 2000).

Pertanto, secondo la Shapiro (cit. in Giannantonio, 2009, 225), quando il sistema innato di elaborazione non riesce ad integrare le informazioni, esse rimangono “bloccate nel cervello” nella stessa forma specifica che avevano al momento dell'input: il vissuto di un evento traumatico e/o di bisogni interpersonali a lungo insoddisfatti possono, quindi, alterare le risposte biochimiche (adrenalina, cortisolo, ecc.), le quali possono bloccare il sistema innato del cervello per l'elaborazione dell'informazione e lasciare isolate in una stasi neurobiologica le informazioni collegate al trauma, compromettendo in questo modo la salute mentale dell'individuo (Dworkin, 2010; Balbo, 2017). Ciò che si viene a creare è un “nodo”, nel quale le esperienze successive, che sembrano analoghe alla prima, si

vengono a legare al ricordo dell'esperienza iniziale, rimanendo isolate dal restante sistema mnestico dell'individuo e ostacolando sensibilmente il suo comportamento funzionale nel presente (Shapiro, 2000).

Chiaro è, quindi, come nel modello dell'AIP i problemi clinici siano considerati legati al ricordo dell'esperienza dell'individuo e che anche le emozioni, le sensazioni corporee e i pensieri disfunzionali ad essi associati siano una conseguenza del ricordo, piuttosto che una causa (Shapiro, Kaslow & Maxfield, 2011).

Tale modello sostiene che i ricordi disfunzionali sottostanti siano i principali responsabili delle caratteristiche patologiche della personalità e che questi possano essere strutturalmente modificati (Shapiro, 2000).

### *2.1.3. Il protocollo EMDR*

Il protocollo EMDR prevede l'accesso all'informazione immagazzinata in modo disfunzionale e l'attivazione del sistema innato di elaborazione delle informazioni attraverso la stimolazione bilaterale, in modo da immagazzinare i ricordi in una risoluzione più adattiva e creare dei collegamenti dinamici all'interno della rete mnestica (Shapiro & Silk Forrest, 1998). Le procedure EMDR producono cambiamenti nel ricordo stesso e nel modo in cui è stato memorizzato: se prima del trattamento un ricordo target traumatico si manifestava in modo disturbante e al di fuori dal controllo consapevole, dopo il trattamento tale ricordo si presenta con immagini, cognizioni, sensazioni ed emozioni meno disturbanti, dimostrando uno spostamento di informazione dal sistema di memoria non dichiarativo, ovvero implicito<sup>31</sup>, a quello dichiarativo, ovvero esplicito<sup>32</sup> (Shapiro, 2000).

---

<sup>31</sup> La memoria implicita o procedurale è attiva sin dalla nascita ed è mediata da regioni cerebrali che non richiedono un'attenzione conscia. Essa ha a che fare con le informazioni che si hanno, ma delle quali non si è in grado di offrire delle spiegazioni: abitudini acquisite, modalità di gestione ed espressione delle emozioni, configurazioni di comportamento. Comprende, quindi, diverse forme di memoria (comportamentale, emozionale, percettiva e somato-sensoriale) ed è implicata nella creazione di modelli mentali impliciti (es. MOI), che permettono di valutare velocemente la situazione presente mediante un "confronto" inconsapevole con gli schemi precedenti. Ha, quindi, la grande qualità di poter essere attivata rapidamente, riducendo l'arbitrarietà della valutazione cognitiva (De Luca, 2003).

<sup>32</sup> La memoria esplicita o dichiarativa è quella a cui si fa riferimento quando si parla di memoria e riguarda la conoscenza di fatti, episodi o informazioni, che si è in grado di raccontare e dei quali si sa offrire spiegazioni. Si sviluppa a partire dal secondo anno vita e aiuta l'individuo a mettere "in fila" le sue esperienze, maturando un "senso del tempo" e conseguentemente un senso di sé. Da un punto di vista neurologico è mediata da

Secondo Siegel (2001) la memoria traumatica irrisolta è un processo esplicito danneggiato, in cui manca l'integrazione dell'evento traumatico all'interno della conoscenza auto-noetica. Fondamentale è, quindi, a livello terapeutico, ripercorrere passo per passo l'esperienza traumatica, in quanto ciò permette di riordinare immagini, cognizioni, sentimenti e sensazioni, e di renderle parte della narrazione autobiografica.

L'EMDR è un approccio psicoterapeutico costituito da otto fasi, ognuna delle quali è formulata in modo da rafforzare la rielaborazione delle informazioni immagazzinate in modo disfunzionale e l'apprendimento (Giannantonio, 2009). Tali fasi si concentrano: sulle esperienze passate che hanno contribuito all'attuale condizione clinica del paziente; sugli eventi del presente, che includono situazioni attuali scatenanti la patologia; e, infine, sulle situazioni future che il paziente vorrebbe affrontare con l'atteggiamento desiderato (Zaccagnino, 2017). Esse, quindi, forniscono un modo sistematico per esplorare ed elaborare le esperienze negative e per far affiorare le esperienze positive, necessarie per restituire una condizione di benessere (Shapiro, Kaslow & Maxfield, 2011). Offrendo la possibilità di riflettere consciamente sull'esperienza traumatica, mediante l'abreazione e l'aiuto del terapeuta nel suo ruolo di facilitatore, consentono di esplorare le cognizioni, le emozioni e le sensazioni passate e di assemblare, anche a livello neurobiologico, le memorie dissociative all'interno delle narrative autobiografiche (Siegel, 2001). Di seguito vengono descritte brevemente le otto fasi del protocollo standard.

- *Fase uno: anamnesi del paziente e raccolta delle informazioni*

La prima fase del trattamento con l'EMDR comprende una valutazione dei fattori di sicurezza del paziente, ovvero della sua stabilità personale, della stabilità delle sue condizioni di vita, della presenza di fattori di stress, della sua salute fisica e della sua capacità di sapere gestire emozioni intense (Shapiro, 2000).

Una volta che il paziente è stato valutato idoneo, si pongono le basi per l'accoglienza e per la costruzione di un adeguato clima di alleanza e di fiducia (*Ibidem*).

In questa fase si cerca di ricavare un quadro clinico completo del paziente, al fine di realizzare un piano terapeutico adeguato (Zaccagnino, 2017). Tale quadro deve

---

regioni cerebrali che richiedono un'attenzione conscia; tra queste l'ippocampo e la corteccia prefrontale. Inoltre, essa si suddivide in memoria semantica, che riguarda la conoscenza generale, e in memoria autobiografica o episodica, che riguarda la memoria personale (De Luca, 2003; Gambini, 2006).

comprendere: la storia di vita del paziente, la storia di attaccamento, la presenza di eventi traumatici e di ricordi legati ad essi, la valutazione delle risorse passate e presenti, la storia del disturbo/sintomo, l'analisi funzionale di esso e il funzionamento attuale (*Ibidem*).

La fase di anamnesi e valutazione, sebbene sia effettuata nella maggior parte degli approcci psicoterapeutici tradizionali, nell'EMDR riveste un'ulteriore importanza (Giannantonio, 2009): permette, infatti, l'individuazione dei target specifici, i quali, se chiaramente definiti, consentono un'efficace iniziazione, elaborazione e conclusione del trattamento (Shapiro, 2000).

- *Fase due: preparazione*

La seconda fase comprende la creazione di un'alleanza terapeutica, la spiegazione del processo e degli effetti dell'EMDR, la definizione di un livello ragionevole di aspettative, la gestione delle preoccupazioni del paziente e l'iniziazione di procedure di rilassamento e di sicurezza (Giannantonio, 2009).

L'obiettivo di questa fase è sia quello di stabilire un grado di fiducia adeguata tra paziente e terapeuta, sia quello di preparare i pazienti per l'elaborazione di target specifici, fornendo loro informazioni e tecniche di rilassamento, in modo da incrementare la loro fiducia rispetto alla capacità di gestire elevati livelli di materiale disturbante che potrebbe emergere durante e dopo una seduta terapeutica (Shapiro, 2000; Zaccagnino, 2017).

Il terapeuta deve fornire loro istruzioni specifiche: sulla terapia EMDR; sul funzionamento dei movimenti oculari e di altre forme di stimolazione bilaterale alternata; sul funzionamento del sistema di processamento delle informazioni; sull'impatto degli eventi traumatici; sulla possibilità che ricordi non elaborati disturbanti vengano alla coscienza e si possano presentare sotto forma di incubi, nuovi ricordi o flashback; e sull'importanza di dare feedback precisi durante la fase di elaborazione (*Ibidem*).

Oltre a questo, il terapeuta deve insegnare ai pazienti tecniche di rilassamento in modo da gestire eventuali disagi, che potrebbero insorgere tra una seduta e l'altra (Shapiro, 2000). Una tecnica degna di nota è quella della visualizzazione di un luogo sicuro, in cui viene chiesto al paziente di immaginare una situazione o un luogo che gli offra una sensazione di sicurezza, al fine di generare, mediante i movimenti oculari (o altre stimolazioni bilaterali), sensazioni emotive e fisiche di rilassamento (Giannantonio, 2009).

Centrale in questa fase è dare al paziente l'idea di sentirsi "in controllo" e a suo agio nella situazione terapeutica e, relativamente a ciò, prima di avviare il lavoro sull'elaborazione dell'informazione, appare fondamentale verificare l'abilità del paziente nell'eseguire la stimolazione bilaterale alternata (Shapiro, 2000). Necessario è, infatti, usare il tipo di stimolazione più adatto ai bisogni specifici del paziente e, qualora il soggetto ostenti difficoltà con i movimenti oculari, si può ricorrere ad altre forme di stimolazione, quali tamburellamenti sulle mani o suoni presentati in modo alternato (Zaccagnino, 2017)

In questa fase, dunque, i pazienti devono percepire la seduta terapeutica come un "luogo sicuro" in cui hanno sempre il controllo di quello che succede e possono fermarsi ogni volta che lo desiderano. Solo in questa condizione protetta, al sicuro dal rischio di ri-traumatizzazione, l'intervento EMDR può focalizzarsi sul ricordo disturbante per riattivarne e completarne l'elaborazione interrotta (*ivi*).

- *Fase tre: assessment*

In questa fase l'obiettivo è quello di lavorare sulle memorie traumatiche in modo dettagliato e completo e, quindi, di esplorare gli aspetti primari di ogni ricordo; tra questi: l'immagine, le cognizioni, le emozioni e le sensazioni fisiche. Per ogni ricordo, evento o situazione, identificati nella prima fase del protocollo, vengono analizzati questi singoli aspetti (Zaccagnino, 2017).

Nello specifico, nel primo passaggio viene identificato il ricordo-target, su cui si vuole lavorare e si chiede al paziente di concentrarsi su un'immagine che meglio lo rappresenta ("Quale immagine rappresenta l'evento?") o sull'aspetto percettivo saliente dell'evento (suoni, odori, sapori, sensazioni tattili; *ivi*).

Nel secondo passaggio viene chiesto al paziente di verbalizzare la cognizione negativa (CN) su se stesso che emerge assieme al ricordo disturbante ("Quali parole accompagnano l'immagine ed esprimono la sua convinzione negativa su di sé ora?"). Il termine "cognizione", sebbene in genere venga usato per definire tutte le rappresentazioni coscienti dell'esperienza, nell'EMDR viene usato per indicare una convinzione o una valutazione di sé ora, come, ad esempio, "sono impotente", "io non valgo" ecc. (Shapiro, 2000). Le CN, infatti, sono verbalizzazioni dell'emotività disturbante legata all'evento

traumatico e, in genere, richiamano il senso di responsabilità per il ruolo avuto (debolezza, inadeguatezza ecc.), la sensazione di insicurezza (di essere esposti al pericolo) e/o di mancanza di scelta, le quali continuano ad influenzare la persona nel presente (*ivi*; Zaccagnino, 2017).

In seguito, il terapeuta aiuta il paziente ad identificare una cognizione positiva desiderata (CP), in cui si vorrebbe credere e che esprima un senso di controllo sulla situazione (*empowerment*) o il proprio senso di valore in quanto persona (“Quando richiama l’immagine, cosa le piacerebbe credere di sé ora?”). Il paziente assegna un punteggio alla CP per esprimere quanto la percepisce come vera per sé quando è legata alla situazione target. Questo punteggio è riferito alla “Scala della Validità della Cognizione” (*Validity of Cognition/VOC*), con un punteggio da 1 a 7, dove 1 rappresenta “completamente falsa” e 7 “completamente vera”. Tale operazione fornisce sia al terapeuta sia al paziente una misura di *baseline*, attraverso la quale vedere i progressi. È, inoltre, molto utile per aumentare la consapevolezza nel paziente delle sue distorsioni cognitive<sup>33</sup> e rappresenta la destinazione finale, ovvero lo schema di sé che il paziente vorrebbe avere una volta terminata la terapia (Shapiro, 2000; Giannantonio, 2009).

Si invita poi il paziente ad identificare le emozioni emergenti, quando si abbinano l’immagine e la CN legate al ricordo del trauma (“Quando pensa all’evento e alla sua cognizione negativa, quali emozioni prova ora?”). Viene chiesto al paziente di assegnare un punteggio al livello di disturbo che prova, nel momento in cui accede al ricordo, mediante la scala SUD (Scale Delle Unità di Disturbo Soggettivo/ *Subjective Units of Disturbance*), che ha punteggi che vanno da 0 a 10, dove 0 significa “nessun disturbo o neutrale” e 10 “il più alto disturbo immaginabile” (*ivi*). L’assegnazione di questo punteggio permette di stabilire una misurazione soggettiva di *baseline* delle reazioni emotive e, quindi, di accrescere la consapevolezza e di riconoscere i cambiamenti nelle diverse emozioni provate durante la seduta (*ivi*).

Infine, ci si focalizza sulle sensazioni corporee legate al target tramite la scansione corporea: viene chiesto al paziente di ascoltare il proprio corpo e riferire in quali parti sente

---

<sup>33</sup> La CP è legata alla CN precedente, per cui se questa sarà, ad esempio, “non posso gestirlo”, la CP successiva sarà “posso farcela” (Zaccagnino, 2017).

la sensazione che accompagna l'attuale reazione al ricordo traumatico, su cui ci si sta focalizzando ("Dove la sente nel suo corpo?"). Tale sensazione viene considerata come un aspetto caratteristico del ricordo stesso, in quanto le memorie non elaborate restano comunque immagazzinate a livello corporeo; esiste, infatti, una risonanza somatica ai pensieri irrisolti e alcuni studi hanno dimostrato che, quando una persona vive un trauma, le informazioni ed i ricordi dell'evento vengono immagazzinati nella memoria motoria, piuttosto che nella memoria narrativa, comportando, dunque, una costante sperimentazione delle stesse sensazioni fisiche provate al momento del trauma (Zaccagnino, 2017).

- *Fase quattro: desensibilizzazione*

L'obiettivo di questa fase è di accedere al ricordo target e stimolare la rete mnestica, in modo da permettere al ricordo di collegarsi a reti più adattive (Zaccagnino, 2017).

Durante questa fase del trattamento, il terapeuta invita il paziente a tenere a mente l'immagine selezionata insieme alla CN e alla relativa sensazione esperita nel corpo. Una volta che il paziente ha focalizzato l'attenzione su questi elementi target, il terapeuta invita il paziente a lasciare che "qualunque cosa debba accadere, avvenga liberamente", mentre viene somministrata la stimolazione bilaterale alternata (Giannantonio, 2009).

Avrà così inizio un set di stimolazione bilaterale e dopo il primo set, che solitamente consta di ventiquattro movimenti bidirezionali, dove uno spostamento destra-sinistra-destra rappresenta un movimento, viene detto al paziente di "cancellare tutto e di fare un respiro profondo" e gli viene chiesto: "Che cosa nota ora?" (*Ibidem*). Questa domanda dà al paziente la possibilità di riferire ciò che prova in termini di immagini, insight, emozioni e sensazioni fisiche e, indipendentemente da quello che emerge, il terapeuta lo invita a concentrarsi su quello che ha riferito, iniziando così un nuovo set di stimolazioni bilaterali (Shapiro, 2000; Giannantonio, 2009).

Questo ciclo di alternanza di esposizione focalizzata e di feedback del paziente viene ripetuto molte volte ed è quello che consente un'adeguata elaborazione delle informazioni in modo rapido ed efficace (*Ibidem*).

Un'elaborazione viene considerata conclusa con successo, quando il "canale associativo" del ricordo target risulta ripulito e bonificato e, quindi, quando il paziente non

esperisce più disturbi e quando non compaiono nuovi elementi disturbanti dopo alcuni set di controllo<sup>34</sup> (Zaccagnino, 2017).

I pazienti, in genere, riferiscono molti cambiamenti sul piano emotivo e fisiologico e, soprattutto, una catena di *insight* (Giannantonio, 2009). L'elaborazione solitamente avviene attraverso una rapida progressione di connessioni intrapsichiche durante la seduta di EMDR, che emergono e cambiano ad ogni nuovo set di stimolazione bilaterale (Zaccagnino, 2017). Dato che l'EMDR utilizza un metodo di libera associazione non direttiva, alcuni pazienti non si soffermano sui dettagli del problema, ma accedono rapidamente e spontaneamente ad una successione di pensieri, immagini, emozioni, associazioni e ricordi collegati (Giannantonio, 2009). Tutto questo consente un'adeguata assimilazione di informazioni adattive, trovate in altre reti mnemoniche, all'interno della rete che conteneva prima l'evento disturbante isolato (Zaccagnino, 2017).

Il ricordo traumatico iniziale perderà, dunque, la sua valenza patogena e tale fase si potrà considerare completa quando sia il paziente che il terapeuta percepiranno una risoluzione a livello emotivo, fisico e cognitivo (Giannantonio, 2009).

È importante sottolineare che i risultati clinici riferiti dai terapeuti indicano che almeno nella metà dei casi l'elaborazione si blocca e occorre utilizzare varie strategie aggiuntive, oltre che procedure di EMDR avanzate, per ristimolarla (Shapiro, 2000). Nonostante questo, una volta che il terapeuta riconosce che tutti i canali sono stati adeguatamente ripuliti, si può procedere con la fase di installazione (Zaccagnino, 2017).

- *Fase cinque: installazione cognitiva*

L'obiettivo di questa fase è verificare la validità della cognizione positiva, elaborata precedentemente nella fase di assessment, ed incrementare la sua forza, al fine di sostituirla alla credenza negativa originale e aumentare il senso di autostima e di autoefficacia nel paziente (Giannantonio, 2009; Zaccagnino, 2017).

La seduta inizia con il terapeuta che chiede al paziente di ricordare la CP iniziale, domandando se, nel frattempo, ne è emersa un'altra più adatta. Durante la fase di desensibilizzazione, infatti, visto che il paziente ha le idee più chiare e più informazioni

---

<sup>34</sup> La fase di desensibilizzazione continua fino a che la scala SUD scende ad un valore di 0, che significa nessun disturbo (Zaccagnino, 2017).

positive a sua disposizione, può succedere che emergano nuove CP più adatte dal punto di vista terapeutico o che la CP, precedentemente elaborata nella fase di assessment, venga percepita come più veritiera (*Ibidem*).

Successivamente viene chiesto al paziente di focalizzarsi contemporaneamente sul target, da cui si è partiti, e sulla CP, procedendo così con una serie di set di stimolazione bilaterale, in seguito al quale viene richiesta una valutazione della verità dell'affermazione mediante la Scala VOC. I set devono continuare fintanto che il senso di validità, la sicurezza in se stesso e la certezza del paziente aumentino, ovvero fino a quando le immagini, i pensieri e le emozioni negative diventino generalmente più sfocate, mentre le immagini, i pensieri e le emozioni positive diventano più vivide e valide (Shapiro, 2000).

L'obiettivo di questa fase consiste nell'arrivare ad un livello VOC della CP di 6 o di 7, il quale è espressione di un cambiamento profondo nell'autovalutazione, in cui si integrano una forma di autoaccettazione insieme ad una nuova autopercezione positiva e realistica (Giannantonio, 2009; Zaccagnino, 2017).

Tutto questo permette alla CP di legarsi al ricordo target e di fare in modo che, quando il ricordo viene attivato, il suo ritorno alla coscienza sarà accompagnato dalla nuova CP (Shapiro, 2000). Metaforicamente, le cognizioni positive vengono usate nell'EMDR come se colorassero gli eventi passati e presenti con una tintura di un colore diverso, che permea la rete mnestica<sup>35</sup> (*Ibidem*).

- *Fase sei: scansione corporea*

Quando la CN ha raggiunto un valore SUD di 0 e la CP è stata rafforzata, raggiungendo un punteggio VOC di 7, ci si concentra sulle sensazioni corporee sperimentate dal paziente, quando ripensa al ricordo target su cui ha lavorato (Zaccagnino, 2017). Il terapeuta chiede al paziente di ripensare al target insieme alla CP e di focalizzare l'attenzione sul proprio corpo, dalla testa ai piedi, al fine di notare qualunque segnale, tensione, rigidità o sensazione derivante da esso (*Ibidem*). Le informazioni immagazzinate in modo disfunzionale possono, infatti, permanere a livello fisico e ciò è indicativo che il ricordo non è stato elaborato in modo completo (Giannantonio, 2009).

---

<sup>35</sup> È importante sottolineare che la CP viene scelta sulla base della sua capacità di generalizzarsi e di rimodellare la prospettiva sulla maggior quantità possibile di materiale disfunzionale, oltre che per la sua capacità di rafforzare il paziente per gli eventi presenti e futuri (Shapiro, 2000).

Fondamentale è, quindi, effettuare una scansione corporea prima della conclusione della seduta EMDR: se, infatti, durante la scansione, il paziente avverte delle tensioni in alcune parti del corpo, si lavora su quelle sensazioni tramite la stimolazione bilaterale (Zaccagnino 2017). Un ricordo può considerarsi integrato quando sia le emozioni negative sia le sensazioni fisiche disturbanti scompaiono (*Ibidem*).

- *Fase sette: conclusione o chiusura*

La settima fase è l'ultima prima della conclusione della seduta e con essa il terapeuta valuta sia se il materiale sia stato elaborato in modo completo sia se il paziente si trovi in una condizione ottimale di equilibrio (Giannantonio, 2009).

Fondamentale è ricondurre il paziente ad uno stato di equilibrio emotivo entro la fine di ogni seduta e, qualora l'elaborazione del ricordo traumatico non sia stata conclusa, il terapeuta può ricorrere alla tecnica del posto sicuro, alle tecniche di autocontrollo o di immaginazione guidata, al fine di stabilizzare il paziente e mantenere uno stato di calma tra una seduta ed un'altra (Shapiro, 2000; Zaccagnino, 2017).

In questa fase è importante che il terapeuta affronti con il paziente la sua esperienza, gli fornisca ulteriori informazioni, anche riguardo le aspettative realistiche sulle reazioni negative (e positive) che possono insorgere dopo il trattamento<sup>36</sup> e, soprattutto, gli spieghi cosa potrebbe accadere nei giorni successivi: l'elaborazione dei ricordi traumatici potrebbe, infatti, continuare oppure potrebbero emergere altri ricordi (*Ibidem*).

Le istruzioni comprendono l'indicazione di tenere un diario, il quale raccolga qualsiasi disturbo emergente, come flashback, pensieri, situazioni, ricordi, emozioni o sogni negativi, valutando di questi il loro livello disturbante (Giannantonio, 2009). Tutto questo permetterà al paziente, da una parte, di fornire un resoconto dettagliato al terapeuta nella seduta successiva e, dall'altra, di riconoscere le proprie reazioni, incrementando in questo modo il proprio senso di padronanza e di conoscenza delle proprie emozioni nelle varie situazioni disturbanti (Zaccagnino, 2017). L'uso del diario personale permette, quindi, di creare una sorta di distanza cognitiva dai disagi emotivi attraverso la scrittura (Shapiro, 2000).

---

<sup>36</sup> Le aspettative realistiche aumentano la possibilità che il paziente mantenga un senso di equilibrio di fronte a possibili disagi causati dalla stimolazione del materiale disfunzionale (Shapiro, 2000).

- *Fase otto: verifica o rivalutazione*

La verifica occupa la prima parte di ogni seduta successiva all'elaborazione del ricordo traumatico. In questa fase il terapeuta: effettua una rivalutazione per registrare gli effetti della seduta precedente; si assicura che tutti i traguardi raggiunti siano stabili e consolidati e che la CP sia percepita ancora come vera; ascolta il racconto di quello che il paziente ha sentito nel periodo trascorso tra le sedute; controlla il diario tenuto dal paziente per identificare ulteriori target; accoglie le eventuali difficoltà vissute dal paziente (Giannantonio, 2009; Zaccagnino, 2017).

La rivalutazione è una fase molto importante, in cui il terapeuta valuta nuovamente l'elaborazione del materiale precedentemente trattato e/o la possibilità di rivolgersi a nuovo materiale disturbante (Giannantonio, 2009).

Qualora l'elaborazione di un ricordo sia rimasta incompleta, questa viene ripresa e si inizia a lavorare dalla fase quattro, lì dove si era interrotta, al fine di portarla a compimento (Zaccagnino, 2017). L'efficacia del trattamento con EMDR può, infatti, essere determinata dopo una rivalutazione della rielaborazione (Giannantonio, 2009).

#### *2.1.4. Campi di applicazione dell'EMDR*

L'EMDR è un approccio terapeutico elettivo con persone vittime di eventi critici specifici, causati da calamità naturali o prodotti dalla mano dell'uomo, come abuso sessuale, violenza domestica, combattimento, incidenti, disastri naturali e/o crimini (Giannantonio, 2009).

La ricerca scientifica ha dimostrato come, mediante il trattamento EMDR, si verifichi una diminuzione significativa, tra il 70 e il 90%, della sintomatologia legata alla diagnosi di PTSD, compresa una rapida riduzione dei sintomi (Giannantonio, 2009). Secondo uno studio condotto da van der Kolk e colleghi (cit. in Giannantonio, 2009, 231) l'EMDR, favorendo l'attivazione di due aree cerebrali, quali il cingolato anteriore e il lobo frontale sinistro, consente non solo la discriminazione tra minacce reali e ricordo del trauma, ma anche l'attribuzione di un significato alle emozioni legate al ricordo traumatico, permettendo, dunque, l'integrazione del ricordo nel flusso della coscienza (*ivi*).

Negli ultimi anni l'EMDR si è evoluta in altri ambiti clinici; la ricerca ha mostrato l'efficacia e l'efficienza dell'EMDR non solo nel trattamento del PTSD, ma anche nel trattamento del PTSD complesso, dei disturbi d'ansia, del disturbo di dismorfismo corporeo, dei disturbi dissociativi, di personalità, sessuali, da uso di sostanze, dell'attaccamento, di somatizzazione e alimentari (Giannantonio, 2001; 2009; Zaccagnino, 2017).

Le procedure ed i protocolli EMDR, infatti, essendo *in primis* un intervento efficace sugli eventi traumatici e/o stressanti, possono essere adattati alle peculiarità con le quali questi eventi si producono all'interno delle differenti manifestazioni psicopatologiche e caratteristiche di personalità. Tali esperienze, infatti, più che essere connesse in modo privilegiato al PTSD, sembrano doversi considerare elementi trasversali della psicopatologia (Giannantonio & Lenzi, 2009).

Concludendo, l'EMDR, partendo dall'assunto che il problema con cui un paziente arriva in terapia derivi da esperienze traumatiche, può essere utilizzato con diverse popolazioni cliniche e non (bambini, adolescenti, adulti), oltre che in diversi ambiti: clinici, non clinici e medici (Giannantonio, 2009; Zaccagnino, 2017).

## **2.2. La Bulimia Nervosa nell'ottica dell'EMDR**

La prospettiva teorica su cui si basa la terapia EMDR sostiene che le "cause" della sintomatologia attuale sono da ricercare nelle passate esperienze non elaborate (Mosquera & González, 2016). Le esperienze di vita stressanti e gli apprendimenti che ne derivano possono, infatti, incrementare lo sviluppo di numerosi disturbi psicologici, tra cui i disturbi del Comportamento Alimentare (*ivi*; Zaccagnino, 2017).

Nel corso degli ultimi decenni la ricerca scientifica ha mostrato evidenze empiriche significative sul legame tra disturbi alimentari e storie di eventi traumatici (*ivi*); secondo uno studio condotto da Putnam (2001), la percentuale di individui che presentava tale correlazione era pari al 30-50%, evidenziando, dunque, un'associazione significativa.

Lo stesso DSM-5 (A.P.A., 2013) ha posto l'accento sugli eventi di vita traumatici e, in generale, sull'ambiente interpersonale nell'esordio dei DCA.

La regolazione emotiva e comportamentale, la capacità di adattamento e il consolidamento di uno stabile e positivo senso di sé sono, infatti, aspetti fortemente legati alle prime relazioni con le figure significative (La Rosa & Onofri, 2017). Come insegna la teoria dell'attaccamento, è proprio all'interno delle prime relazioni con chi si prende cura di noi che si impara "chi siamo" ed è lì che si costruiscono le aree di forza, ma anche di vulnerabilità (Zaccagnino, 2017).

Di conseguenza una forte presenza o, al contrario, assenza di tale legame, se ripetuta nel tempo, può rappresentare una situazione di minaccia, comportando un indebolimento non solo delle capacità mentali superiori, ma anche di quelle inferiori, generando un deficit nella regolazione delle emozioni, degli impulsi e del comportamento (La Rosa & Onofri, 2017).

In tale prospettiva, il cibo diventa qualcosa di più di un semplice oggetto da mangiare; esso si trasforma in nutrimento, ristoro, piacere, legame, ma anche in danno e in castigo (Cuzzolaro, 2014). Rispetto a quest'ultimo aspetto, i comportamenti come seguire una dieta, abbuffarsi e fare uso di lassativi, nonché il desiderio di essere magre, sebbene di solito siano interpretabili come una strategia per ridurre l'ansia, nel caso di pazienti che hanno subito esperienze sfavorevoli infantili, in particolare violenza fisica e/o sessuale, possono essere visti anche come una forma di autopunizione o colpa. "Non mangiare può essere la conseguenza dell'idea che devono punirsi perché sono colpevoli o perché non sono abbastanza buone e non meritano di darsi gratificazioni" (Carretti & Craparo, 2008, 236). Tuttavia, i pazienti possono ricorrere all'abbuffata e alle condotte compensatorie sia per rendere il proprio corpo sessualmente non attraente e, quindi, per proteggersi da possibili future esperienze di rivittimizzazione, sia in modo difensivo per evitare sentimenti, ricordi, sensazioni e conoscenze legate al trauma (Vanderlinden & Vandereycken, 1998).

I sintomi alimentari possono, dunque, assumere più funzioni e fondamentale è cercare di capire quali siano i meccanismi che spingono allo sviluppo di tale disturbo, quali siano i fattori e gli stress a cui questi pazienti cercano di reagire (Zaccagnino, 2017).

La terapia EMDR mira a questo; il suo paradigma teorico parte dall'idea che le manifestazioni sintomatiche, inclusi i disturbi alimentari, dipendano da passate esperienze

traumatiche che innescano un modello di comportamenti, cognizioni ed emozioni che causano una spirale di sofferenza acuta (Settanta, 2016). In tale ottica, i sintomi del disturbo alimentare possono essere letti come il risultato di una serie di eventi traumatici ed attaccamenti insicuri non elaborati e irrisolti (Tasca, Ritchie, Demidenko *et al.*, 2013).

### 2.2.1. *Deficit metacognitivi e di regolazione affettiva post-traumatica*

Il termine *mentalizzazione* è stato introdotto nel lessico anglosassone da Fonagy (cit. in Lingiardi & Gazzillo, 2014,131), che la definisce come una forma di attività mentale immaginativa, per lo più di tipo preconscious, che interpreta il comportamento umano in termini di stati mentali intenzionali (per es., bisogni, desideri, sentimenti, credenze, obiettivi, propositi e motivazioni). Russo e colleghi (2009) la definiscono come un set eterogeneo di sottofunzioni, relativamente indipendenti l'una dall'altra, denominate: monitoraggio, differenziazione, integrazione e *mastery*.

Il monitoraggio si riferisce alla capacità di distinguere, riconoscere e definire i propri stati interni, ovvero cognizioni, emozioni e intenzioni e alla capacità di stabilire relazioni tra variabili mentali, descrivendo cause e motivazioni del proprio comportamento; la differenziazione si riferisce alla capacità di distinguere tra diversi tipi di rappresentazione, ovvero sogni, fantasie, ipotesi, credenze e tra rappresentazioni e realtà e di descrivere gli stati mentali e le azioni altrui a prescindere dal proprio punto di vista, senza ricorrere a stereotipi o luoghi comuni; l'integrazione è la capacità di costruire rappresentazioni di sé e dell'altro coerenti, mantenendo un senso di continuità al variare di contesti interpersonali; infine, la *mastery* si riferisce alla capacità di operare sui propri stati mentali per attuare strategie d'intervento volte alla regolazione e risoluzione di stati di sofferenza psicologica, nonché di problemi interpersonali (*ivi*).

Studi condotti con tecniche di *brain imaging* hanno messo in evidenza un interessante legame tra attaccamento e sviluppo della mentalizzazione: tale sviluppo avviene, infatti, nelle prime relazioni oggettuali primarie e sembra coinvolgere diverse aree cerebrali, tra cui l'area pre-frontale orbitale e mediale, i neuroni specchio a partenza dalla corteccia premotoria, le strutture del lobo temporale (tra cui l'amigdala) e le regioni temporo-parietali (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

Quando, nel corso dell'infanzia, si verificano traumi psicologici, il normale sviluppo della capacità di mentalizzazione può risultare compromesso. Tale compromissione comporta una mancanza di autoriflessione, ovvero una difficoltà di considerare, riflettere e comprendere gli stati mentali propri e altrui, che può degenerare in un deficit nella possibilità di regolare e organizzare le emozioni, di comprenderne la natura contestuale e transitoria e di capire i legami tra eventi e affetti (Attili, 2007; Ammaniti, 2010).

Negli ultimi anni, alcuni studi si sono occupati di approfondire le difficoltà di mentalizzazione e di regolazione delle emozioni in soggetti affetti da DCA. Ciò che è emerso da questi studi è stato che i soggetti che riportavano esperienze di abuso nell'infanzia, in particolare abuso emotivo, mostravano una più alta correlazione con le difficoltà di mentalizzazione e di regolazione delle emozioni (Brewerton, 2007; Briere & Scott, 2007; Messman-Moore & Garrigus, 2007; Racine & Wildes, 2014).

Relativamente a questi ultimi aspetti, le ricerche empiriche nell'ambito dei DCA risultano numerose; la maggior parte di queste si è focalizzata sul costrutto teorico dell'alessitimia, il quale risulta affine con la funzione metacognitiva del monitoraggio e viene inteso come l'incapacità di identificare, comprendere ed esprimere le proprie emozioni e quelle altrui (Russo *et al.*, 2009). Gli studi che hanno analizzato la presenza di alessitimia in pazienti con DCA, pur utilizzando metodologie diverse e/o valutando aspetti emotivi diversi, hanno confermato la presenza di tale disfunzione, mostrando tassi di comorbilità compresi tra il 40 e il 63% (Pinna, Sanna & Carpinello, 2014; Barth, 2015). Tali studi sembrano dimostrare come, nelle pazienti con BN, l'alessitimia possa costituire un tratto stabile della personalità e sia legata al senso di inadeguatezza e di insicurezza sociale, il quale può comportare una serie di conseguenze sul piano della regolazione emotiva: la riluttanza a formare relazioni intime ed a comunicare i propri sentimenti agli altri, e la difficoltà nel rispondere adeguatamente alle proprie sensazioni emotive e ad altri aspetti dell'esperienza di sé. Inoltre, secondo alcuni studi più inerenti al trauma, l'alessitimia, oltre ad essere una delle più evidenti forme di deficit metacognitivo, può anche essere considerata una delle manifestazioni dei processi dissociativi che seguono ai traumi (Liotti & Farina, 2011). Uno studio empirico controllato ha, infatti, dimostrato una

correlazione tra alessitimia e dissociazione, disregolazione emotiva e somatizzazione (McLean, Toner, Jackson *et al.*, 2006).

Anche il disturbo dell'immagine corporea presente in pazienti con DCA può essere letto come una difficoltà nel comprendere in modo adeguato gli stati mentali: diversi studi hanno mostrato, da una parte, come questi pazienti attribuiscono agli altri l'idea che il loro corpo sia sgradevole, in assenza di segnali sufficienti ad indicare che gli altri abbiano tale percezione, dimostrando così una difficoltà di decentramento dal proprio pensiero; dall'altra, come questi pazienti abbiano difficoltà a differenziare tra le proprie rappresentazioni interne soggettive (ad esempio, sensazione di gonfiore) e la realtà esterna, interpretando così tutto ciò che è meramente soggettivo come un dato oggettivo. Rispetto a quest'ultimo aspetto, ad esempio, molte pazienti sono convinte di essere grasse (fantasia) in presenza di un riscontro oggettivo (peso effettivo) che contrasta con la loro credenza (Russo *et al.*, 2009).

Infine, studi condotti sulla regolazione emotiva hanno mostrato che i DCA siano caratterizzati da problemi nella regolazione degli affetti, ovvero dall'incapacità di usare il ragionamento in termini mentalistici al fine di regolare scelte, modulare emozioni negative o pervenire alla soluzione di problemi per fronteggiare la sofferenza psicologica che ne deriva (*Mastery*). Ciò che emerge immediatamente dall'osservazione clinica è, infatti, che nelle pazienti con DCA vi sia una bassa stima di sé e una tendenza a valutare negativamente le proprie capacità ed i propri comportamenti, che portano al timore di non poter far fronte materialmente e/o emozionalmente alle situazioni temute. Tale incapacità di effettuare ragionamenti metacognitivi relativi al senso di autoefficacia renderebbe la mente di questi pazienti impotente e/o disregolata, comportando conseguenze sul piano della regolazione emotiva e comportamentale (*ivi*). Un indice di ciò potrebbe essere l'abbuffata, la quale è spesso preceduta da forti affetti negativi, in cui predominano un senso pervasivo di impotenza e perdita di controllo; essa potrebbe essere interpretata come la strategia comportamentale utilizzata per alleviare la tensione emotiva, data la sua azione diretta sulla modificazione dello stato somatico (*ivi*; Lavender, Wonderlich, Peterson *et al.*, 2014; Racine & Wildes, 2014; Lavender, Wonderlich, Engel *et al.*, 2015; Michopoulos, Powers, Moore *et al.*, 2015).

### 2.2.2. *La Bulimia come strategia di coping disfunzionale*

Quando i caregivers sono abusanti, assenti, trascuranti o si dimostrano impotenti nei confronti di un evento traumatico, i bambini non sono in grado di sviluppare un senso di sicurezza e stabilità nelle relazioni con loro (Zaccagnino, 2017).

La mancata condivisione degli affetti, su cui il bambino costruisce le proprie esperienze di autoefficacia e consapevolezza, può determinare una confusione circa i propri stati mentali e può interferire con un normale sviluppo delle capacità di regolazione delle emozioni, comportando sia un'attivazione e un'allerta costanti, sia l'adozione di comportamenti disfunzionali (La Marra, Sapuppo & Caviglia, 2009; Balbo, 2017; Zaccagnino, 2017).

Un consistente numero di studi sui fattori eziopatogenetici della BN ha individuato nei comportamenti alimentari patologici un tentativo, seppure doloroso e poco efficace, di auto-terapia (Prestano, Cicero, Gullo *et al.*, 2009).

Alcuni Autori concettualizzano i DCA come disturbi di autoregolazione (Taylor, Bagby & Parker, 2000; Aquilar, Del Castello & Esposito, 2005; Carano, De Berardis, Gambi *et al.*, 2006); la presenza di deficit metacognitivi rende, infatti, i soggetti con BN più propensi ad adottare sia comportamenti impulsivi, tesi a scaricare stati affettivi percepiti come negativi, sia comportamenti alimentari anomali, volti ad evitare il contatto con le esperienze emotive, altrimenti non gestibili (Prestano *et al.*, 2009).

Secondo Schwartz e Gay (cit. in La Rosa & Onofri, 2017, 253) i sintomi di *Eating Disorders* hanno una funzione adattiva di ristoro, intorpidimento, distrazione, sedazione, fonte di energia, bisogno di aiuto, ribellione, liberazione dalla rabbia, senso di identità e autostima, mantenimento di debolezza/impotenza, controllo e potere, autopunizione e punizione del corpo, contenimento per la frammentazione e dissociazione da pensieri intrusivi. Secondo la Balbo (2017), essi avrebbero anche le funzioni di pulizia e purificazione, di fuga dall'intimità, nonché di strategia di coping per reprimere i ricordi delle stesse esperienze traumatiche. Di seguito esaminerò come le principali caratteristiche della BN vengano viste dall'ottica EMDR.

### 2.2.2.1. 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, infatti, 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).

È ben noto ormai come la sensazione di avere il controllo sia associata ad uno stato di benessere psicologico, mentre l'incapacità di poter esercitare un controllo di tipo cognitivo ed emotivo possa essere considerata un fattore alla base dell'insorgenza di alcuni disturbi emotivi (*ivi*).

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. Tutto ciò 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 comportamenti bulimici siano presenti elevati livelli di impulsività, la quale diminuisce il loro senso di controllo (*ivi*).

#### 2.2.2.2. Il fenomeno del binge eating

L'unico comportamento che sembra non direttamente legato alla preoccupazione per il peso, il cibo e le forme corporee risulta essere quello relativo all'abbuffata (Dalle Grave, 1998).

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 tempo 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).

Questo tipo di abbuffata è chiamata "oggettiva", perché la quantità di cibo assunta durante l'episodio è oggettivamente elevata; tale comportamento va differenziato da altre forme molto frequenti di alimentazione eccessiva: l'abbuffata "soggettiva", ad esempio, è simile a quella oggettiva ad eccezione del fatto che la quantità di cibo assunta non è oggettivamente elevata (Dalle Grave, 1998). Inoltre, non tutti gli individui sperimentano una perdita di controllo; in alcuni casi, le abbuffate possono essere pianificate (A.P.A., 2013). In linea con questo, ciò che caratterizza l'abbuffata non è il desiderio incontrollato di un alimento specifico, quanto piuttosto l'anomalia nella quantità del cibo consumato (*ivi*). Tuttavia, generalmente, durante le abbuffate vengono ingeriti i cibi "cattivi o ingrassanti", cioè quelli evitati nelle fasi di restrizione, perché considerati calorici (Dalle Grave, 1998)

Gli individui con BN tipicamente si vergognano dei loro problemi con l'alimentazione e tentano di nascondere i loro sintomi; le abbuffate avvengono in solitudine e spesso continuano, finché l'individuo non si sente sgradevolmente o dolorosamente sazio (A.P.A., 2013).

L'antecedente più comune dell'abbuffata è un'emozione negativa (rabbia, irritabilità, depressione, solitudine, ansia, senso di colpa, tristezza e preoccupazione). Altri fattori scatenanti possono essere: l'aumento di peso, che fa crescere la preoccupazione per il peso e le forme corporee ed incrementa in questo modo le emozioni negative; la sensazione di gonfiore e grassezza, che rappresenta uno stato d'animo tipico in queste pazienti; la fame, che può rendere difficile controllare l'alimentazione e, quindi, facilitare

la perdita di controllo; la noia; la restrizione dietetica; condizioni interpersonali stressanti (Dalle Grave, 1998; A.P.A., 2013).

Prima e durante l'attacco bulimico alcune persone riferiscono di essere agitate e di sperimentare una totale assenza di controllo sul proprio comportamento; altre, invece, riferiscono di avere uno stato alterato di coscienza nei momenti che precedono e durante un'abbuffata. Relativamente a questo, alcune pazienti affermano di assumere una personalità diversa e certe volte non ricordano quanto è accaduto; 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, infatti, produce in un primo momento sensazioni piacevoli le quali, tuttavia, durano poco, dando spazio a sentimenti di disgusto, senso di colpa e depressione autosvalutativa (*ivi*).

I modelli che hanno cercato di spiegare perché si verificano le abbuffate sono due: 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 dei 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 della abbuffate sono legati a stimoli di fame e sazietà, ma anche a stati emotivi negativi o minacce percepite sull'autostima (*ivi*). Rispetto a quest'ultimo aspetto, il modello delle emozioni suggerisce due possibili 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 "processo 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*).

Ad ogni modo, la gestione delle emozioni attraverso le abbuffate crea una sorta di circolo vizioso: se, da un lato, queste possono aiutare ad affrontare a breve termine gli stati emotivi negativi e le situazioni minaccianti, dall'altro, non pongono fine ai fattori che innescano tali problemi. Inoltre, spesso, sono le stesse abbuffate che comportano conseguenze negative, le quali a loro volta possono scatenare nuove crisi bulimiche (*ivi*).

### 2.2.2.3. 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).

Le persone con BN, sentendosi incapaci di controllare le proprie emozioni, le relazioni interpersonali e gli eventi di vita in generale, adottano condotte di tipo controllante, come le condotte compensatorie, al fine di rendere la propria vita più gestibile (Zaccagnino, 2017).

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 se stessi e la propria autostima (*ivi*). Secondo alcuni individui, infatti, il vomito autoindotto è un comportamento "non onesto" di controllo del peso, che, nonostante questo, viene usato anche per gestire eventi e cambiamenti del tono dell'umore (Dalle Grave, 2017).

Oltre al vomito autoindotto, altre condotte di eliminazione vengono usate dai pazienti bulimici; tra queste l'uso di lassativi e diuretici; l'esercizio fisico eccessivo e la dieta ferrea (A.P.A., 2013). Relativamente ai primi, le ricerche mostrano come essi siano meno frequenti del vomito autoindotto: circa un terzo delle persona bulimiche fa uso di lassativi e solo il 10% assume diuretici (Dalle Grave, 1998). Essi vengono usati per

eliminare le calorie assunte in eccesso durante un'abbuffata e/o per esercitare un forma di controllo (*ivi*). I lassativi ed i diuretici possono, quindi, essere visti come una modalità estrema e disfunzionale con cui il soggetto tenta di controllare gli eventi imprevedibili e le minacce provenienti dall'ambiente circostante (Zaccagnino, 2017).

Anche rispetto all'esercizio fisico eccessivo, le ricerche mostrano che sia meno frequente nelle persone con BN rispetto alle persone con AN; infatti è tipico nelle persone con comportamenti bulimici eseguire l'esercizio fisico saltuariamente (Dalle Grave, 1998; A.P.A., 2013). Al pari delle altre strategie compensatorie, l'esercizio fisico eccessivo può essere un modo per controllare e gestire il peso e le forme corporee, nonché eventi ed emozioni associate (Dalle Grave, 2017).

Infine, rispetto alla dieta ferrea, le ricerche indicano che essa sia una tecnica molto frequente nelle persone che soffrono di BN. Essa, infatti, permette di esercitare un controllo su cosa, quanto, quando e come mangiare, aiutando in questo modo ad avere la percezione di una qualche forma di controllo rispetto alla propria vita (*ivi*).

Tutte le strategie compensatorie possono contribuire a mantenere il disturbo e possono essere lette come una strategia di coping disfunzionale (*ivi*).

### *2.2.3. Il ruolo delle memorie traumatiche nel mantenimento dei sintomi alimentari*

Riprendendo il modello dissociativo di Janet, secondo cui la dissociazione è un'idea oppure un intero complesso di idee e sentimenti che sfugge al controllo e alla consapevolezza della coscienza personale, è possibile affermare come nei pazienti con BN possano essere presenti delle "idee fisse", delle memorie traumatiche irrisolte, che portano le pazienti prima a rifiutare il cibo, poi ad abbuffarsi ed, infine, a rimettere (Vanderlinden, Norré Jan & Vandereycken, 1995).

Le memorie traumatiche, infatti, non vengono rimosse dalla coscienza ma, fin dall'inizio, non si integrano nell'organizzazione coerente delle memorie e dell'esperienza di sé, comportando una disintegrazione rispetto al flusso continuo dell'autocoscienza (Liotti & Farina, 2011).

Da un punto di vista neurobiologico è stato visto come, in condizioni di stress eccessivo, l'amigdala, fondamentale nella memorizzazione della paura (memoria

implicita), non incomba in un deficit di memorizzazione, al contrario della corteccia prefrontale 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 magnetiche, dolorose e difficilmente gestibili, i quali possono rendere più probabile lo sviluppo della sofferenza psichica (De Luca, 2003; Giannantonio, 2009).

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

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

In tale ottica, quindi, 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*).

## Capitolo terzo

### IL TRATTAMENTO EMDR NELLA CURA DELLA BULIMIA NERVOSA

#### 3.1. Il trattamento EMDR per la Bulimia Nervosa

Ad oggi non si è ancora in grado di affermare quale sia il contesto e il tipo di approccio terapeutico più adatto per uno specifico paziente in una determinata fase della malattia (Zaccagnino, 2017). Le stesse Linee guida internazionali sostengono che non esiste alcuna tipologia specifica di trattamento che può essere raccomandata, poiché non ci sono sufficienti studi riguardo ai loro effetti a lungo termine (*Ibidem*).

Il campo della ricerca risulta essere ancora “indietro” e, sebbene la terapia Cognitivo Comportamentale<sup>37</sup> (CBT) e la Psicoterapia Interpersonale<sup>38</sup> (IPT) risultino essere le terapie maggiormente utilizzate per la cura della BN, altri approcci terapeutici stanno prendendo piede (Bevere *et al.*, 2013; Zaccagnino, 2017).

La ricerca avendo individuato storie di esperienze sfavorevoli infantili in una percentuale piuttosto cospicua di pazienti affetti da DCA, ha prestato attenzione a quelle forme di trattamento che pongono come particolare e primaria l’attenzione sulle esperienze di tipo traumatico (La Rosa & Onofri, 2017; Zaccagnino, 2017). In particolare, vi è stato un crescente interesse per la terapia EMDR, la quale, avendo mostrato prove di efficacia nell’elaborazione e risoluzione adattiva dei ricordi traumatici, è stata utilizzata non solo per il trattamento degli stati post-traumatici acuti e cronici, ma anche in quelle situazioni psicopatologiche, come i DCA, nei quali è forte la componente corporea ed un

---

<sup>37</sup> Negli ultimi vent’anni, la CBT è stata quella che ha dimostrato maggiori prove di efficacia nel trattamento della BN, ma sono presenti comunque dei limiti: primo, più della metà dei pazienti non risponde al trattamento; secondo, è un trattamento testato solo su pazienti adulti ambulatoriali affetti da BN, che rappresentano meno di un terzo dei pazienti con tale disturbo. Per superare tali limiti, Fairburn e collaboratori hanno proposto un’espansione della CBT, detta CBT-migliorata (CBT-E), la quale permette di ottenere una remissione nei due terzi dei pazienti che concludono un trattamento (Bevere *et al.*, 2013; Dalle Grave, 2017; Zaccagnino, 2017).

<sup>38</sup> L’IPT, utilizzata inizialmente per la cura dei disturbi depressivi, è stata adattata da Fairburn (cit. in De Giacomo *et al.*, 2005, 229) per la cura dei soggetti affetti da BN e da DAI. Essa mira a modificare le relazioni del soggetto, individuando nel comportamento alimentare una soluzione maladattiva ad altre difficoltà sottostanti. Sebbene le linee guida del NICE la raccomandino per la BN, presenta comunque dei limiti: in primo luogo, è meno efficace della CBT-BN, anche se a distanza di un anno ottiene i medesimi risultati; in secondo luogo, è un trattamento testato solo su pazienti adulti ambulatoriali affetti da BN; in terzo luogo, è meno efficace della CBT-E (Bevere *et al.*, 2013).

coinvolgimento della storia di sviluppo della persona (Shapiro, 2014; La Rosa & Onofri, 2017).

L'EMDR, focalizzandosi sulla comprensione del significato funzionale del sintomo alimentare, permette di individuare i meccanismi d'insorgenza del disturbo e di favorirne una loro rielaborazione, superando, quindi, un'ottica prettamente comportamentale, per andare in profondità nei meccanismi d'insorgenza e di mantenimento del disturbo (Zaccagnino, 2017).

Le evidenze ad oggi in letteratura mostrano come l'EMDR sia un approccio promettente, che può portare ad una risoluzione dei ricordi traumatici ed irrisolti scatenanti i sintomi alimentari (Balbo, 2017).

### *3.1.1. Il contributo dell'EMDR nella cura della Bulimia*

Prendendo le distanze dalla posizione di Hudson, Chase e Pope (1998), secondo cui l'uso dell'EMDR nel trattamento dei DCA comporta più rischi che benefici, diversi studi hanno preso piede nell'ambito dell'EMDR/DCA (Zaccagnino, 2017).

Dziegielewski e Wolf (2000) hanno esaminato su un caso singolo gli effetti dell'EMDR sull'immagine corporea disturbata e la bassa autostima. Per registrare quotidianamente la soddisfazione corporea della paziente di 26 anni e in normopeso, è stato utilizzato il Daily Body Satisfaction Log su una scala che va da 1 ("molto soddisfatta del mio corpo") a 10 ("totalmente insoddisfatta del mio corpo"). La paziente è stata istruita a valutare la sua soddisfazione corporea tre volte al giorno dopo i pasti per quarantatre giorni. Per valutare l'autostima e l'immagine corporea pre-test e post-test sono state usate la Self-Esteem Rating Scale (SERS) e il Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ). Durante la prima seduta la donna ha eseguito la SERS e il BIAQ come pre-test; successivamente ha iniziato il Daily Body Satisfaction Log per quarantatre giorni, durante i quali è stata sottoposta a due sedute EMDR; e, infine, alla conclusione della ricerca ha eseguito i post-test. I risultati della ricerca hanno indicato un cambiamento significativo sull'autostima, sull'immagine corporea negativa e sui livelli di soddisfazione corporea, riconoscendo, dunque, nell'EMDR uno strumento efficace per migliorare l'immagine mentale del corpo e l'autostima.

Omaha (2000), sempre mediante studi su casi singoli, ha condotto una ricerca in cui ha applicato il protocollo EMDR nel trattamento di una paziente bulimica. I risultati della ricerca hanno evidenziato come l'EMDR possa essere uno strumento promettente nel trattamento della BN: esso, infatti, lavorando sulle esperienze traumatiche, permette non solo il potenziamento delle risorse, ma anche la scomparsa della sintomatologia alimentare.

Halvgaard (2015), sempre mediante uno studio su un caso singolo, ha esaminato l'effetto della terapia EMDR sulla cosiddetta "fame emotiva" in un soggetto di 55 anni affetto da DCA. Tale studio ha mostrato come vi fosse un positivo cambiamento nella sintomatologia alimentare e che, quindi, l'EMDR potesse essere uno strumento valido per il trattamento della "fame emotiva", intesa come regolazione delle emozioni derivanti da una storia traumatica.

Bloomgarden e Calogero (2008), per mancanza di studi sperimentali, hanno condotto una ricerca controllata, esaminando gli effetti a breve e a lungo termine dell'EMDR in una popolazione residenziale con DCA. In questa ricerca, dopo essere stata scelta l'immagine corporea negativa come target<sup>39</sup>, sono stati confrontati due campioni: il primo (N=43 donne) sottoposto ad un trattamento standard residenziale (SRT) e il secondo (N= 43 donne) sottoposto all'EMDR in aggiunta al trattamento standard. I risultati della ricerca hanno mostrato come i pazienti trattati con entrambi gli approcci riportassero una minore sofferenza riguardo ai ricordi della propria immagine corporea e una minore insoddisfazione corporea dopo il trattamento nei 3 e 12 mesi successivi, rispetto a quelli che avevano ricevuto solo il SRT. Questa ricerca ha dato un'evidenza empirica di come l'EMDR possa essere efficace nel trattamento di specifici aspetti dei DCA, tra cui l'immagine corporea negativa.

Per concludere, si può affermare che, sebbene diversi studi suggeriscano l'efficacia dell'EMDR nel trattamento dei DCA, non vi sono ancora studi sperimentali in merito (Balbo, Zaccagnino, Cussino *et al.*, 2017). La maggior parte degli studi condotti presenta dei limiti metodologici, come la mancanza di un campione di controllo e/o di rigide

---

<sup>39</sup> L'immagine corporea negativa è centrale nei DCA e rimane presente nei due terzi delle persone che hanno ricevuto un trattamento con successo (Bloomgarden & Calogero, 2008).

procedure di standardizzazione, i quali non permettono di generalizzare i risultati all'intera popolazione (*Ibidem*).

Le evidenze empiriche sono in corso di strutturazione e, se per il trattamento del PTSD, l'EMDR viene considerato un approccio *evidence-based*, per i DCA la ricerca necessita di effettuare ulteriori approfondimenti (Zaccagnino, 2017).

A livello teorico, si può sostenere che l'EMDR possa permettere un miglioramento sulla sintomatologia alimentare, sulla regolazione emotiva, sul benessere generale e sulla salute mentale dell'individuo, grazie alla sua capacità di intervenire in modo attivo sui ricordi traumatici, di condurre ad una risoluzione del materiale non elaborato, di accedere alle informazioni adattive legate ai ricordi disturbanti e di diminuire le cognizioni negative legate al senso di autostima e vulnerabilità. Tuttavia, a livello di ricerca, sono necessari ulteriori studi empirici in merito; la letteratura scientifica, infatti, non riporta studi specifici sul trattamento della BN con l'EMDR, mentre per l'AN è già stato condotto uno studio sperimentale controllato (Balbo, Zaccagnino, Cussino *et al.*, 2017; Zaccagnino, 2017).

### 3.1.2. Prerequisiti di partecipazione

Se per lungo tempo si è ritenuto che il lavoro sul passato traumatico fosse un elemento essenziale, una *conditio sine qua non*, del lavoro psicoterapeutico con vittime di traumi, negli ultimi anni si è scoperto che, per alcuni pazienti, tale lavoro può tramutarsi in un'esperienza di rivittimizzazione (Vanderlinden & Vandereycken, 1998). L'EMDR, infatti, non è sempre un approccio indicato; prima di avviare un lavoro sul trauma, fondamentale è che il terapeuta verifichi, attraverso un'anamnesi accurata, l'idoneità del paziente al trattamento (Shapiro, 2000).

In primo luogo, affinché si possa lavorare con l'EMDR, è importante verificare la stabilizzazione del paziente sul piano relazionale e su quello personale (Puliatti, 2017). Relativamente al primo aspetto, occorre valutare se il paziente abbia un adeguato supporto sociale; l'esplorazione del trauma richiede, infatti, non solo una certa forza da parte del paziente, ma anche la presenza di un sostegno sociale al di fuori dell'ambiente terapeutico. Se il paziente vive in isolamento o non ha rapporti di fiducia con altre persone, la terapia EMDR potrebbe non essere indicata; essa, infatti, potrebbe comportare una serie di

controindicazioni, che provocherebbero più costi che benefici (Vanderlinden & Vandereyken, 1998; Shapiro, 2000). Per quanto riguarda il secondo aspetto, occorre valutare se il paziente sia stabile fisicamente ed emotivamente. Prima di avviare un lavoro con l'EMDR è, infatti, importante verificare la salute fisica del paziente e assicurarsi che abbia raggiunto un certo livello di controllo fisiologico, caratterizzato da una stabilizzazione del peso<sup>40</sup> e da una riduzione graduale dei sintomi<sup>41</sup> (Vanderlinden & Vandereyken, 1998; Liotti & Farina, 2011). Anche rispetto alla salute emotiva, è importante valutare la stabilità del paziente, ovvero la sua capacità di gestione dello stress e di controllo dei comportamenti impulsivi, la sua capacità di rilassamento, la necessità di un eventuale ricovero o di terapia farmacologica, la presenza di sintomi dissociativi e/o di disturbi in comorbilità<sup>42</sup> (Shapiro, 2000). Se, infatti, il paziente non è stabile sul piano emotivo, ovvero non possiede capacità di gestione né attitudini a risolvere i problemi, la terapia EMDR non può essere intrapresa: il paziente potrebbe presentare un impedimento (temporaneo) a un confronto diretto con il trauma, che inevitabilmente diventerebbe fonte di stress (Vanderlinden & Vandereyken, 1998; Shapiro, 2000).

Oltre a tener conto della stabilizzazione inter e intra-personale del paziente, importante è valutare anche la sua motivazione al cambiamento (Balbo, 2017). I pazienti affetti da DCA sono, infatti, spesso ambivalenti rispetto alla loro volontà di intraprendere un percorso di cura e di cambiare (Dalla Ragione & Giombini, 2013). “Diversi autori hanno descritto come nei pazienti affetti da DCA si riscontrino marcati livelli di resistenza al cambiamento che, spesso, si traducono in una mancanza di impegno nella terapia” (Balbo, 2017, 82). La complessità psicologica di questi pazienti, gli schemi interpersonali

---

<sup>40</sup> La malnutrizione e l'eccessiva alimentazione, se costanti, possono provocare una serie di complicanze sul piano cognitivo, emotivo, fisico e sociale, le quali possono interferire con la rielaborazione dei ricordi e non permettere di sopportare le sollecitazioni fisiche che il lavoro con EMDR potrebbe comportare (Vanderlinden, Norré & Vandereyken, 1995; Shapiro, 2000; Bevere *et al.*, 2013; Dalla Grave, 2017).

<sup>41</sup> Nei pazienti traumatizzati e affetti da DCA, oltre ai sintomi alimentari, possono essere destabilizzanti i sintomi dissociativi, gli atti impulsivi e i comportamenti a rischio, emozioni sregolate ed esperienze di rivittimizzazione, i quali devono essere stabilizzati prima di affrontare il delicato lavoro di ricostruzione ed integrazione delle memorie traumatiche (Liotti & Farina, 2011).

<sup>42</sup> Molti pazienti affetti da DCA e traumatizzati manifestano disturbi psichiatrici in comorbilità, come disturbo della personalità borderline, disturbi depressivi, d'ansia o da uso di sostanze. Prima di lavorare con l'EMDR, risulta necessario aiutare il paziente a recuperare l'autocontrollo e una buona capacità di avere cura di sé, il che implica un serio confronto con la propria vita presente e poi con il proprio passato (Vanderlinden & Vandereyken, 1998; Shapiro, 2000).

disfunzionali, i difetti metacognitivi e di modulazione emotiva possono impedire a questi soggetti di comprendere ed accettare in maniera adeguata la criticità della propria condizione, rendendoli resistenti (*Ibidem*). Alcuni fattori coinvolti nell'ambivalenza nei confronti della terapia e del cambiamento sono: il desiderio di voler cambiare solo alcuni dei comportamenti patologici, come quelli egodistonici (ad es. le abbuffate) insieme al forte desiderio di mantenerne altri, come quelli egosintonici (ad es. restrizione alimentare e desiderio di magrezza); le caratteristiche della personalità, come la scarsa autostima; i fattori affettivo-relazionali, come il ruolo della patologia nella modulazione delle relazioni e delle emozioni; i fattori socio-culturali, come l'enfasi che la società odierna pone sulla magrezza e il pregiudizio sociale nei confronti del sovrappeso e dell'obesità; infine, la fase della malattia in cui si trova la persona (fase iniziale o della luna di miele, fase intermedia, fase avanzata), che può influenzare l'attenzione verso i vantaggi adattivi o la perdita di speranza nel futuro (Dalla Ragione & Giombini, 2013). Pertanto, prima di avviare un lavoro con l'EMDR, occorre valutare l'eventuale presenza di vantaggi secondari, che si celano dietro il disturbo presentato (Shapiro, 2000). I pazienti affetti da BN potrebbero, infatti, aver organizzato la propria esistenza attorno alla patologia; risulta, quindi, fondamentale lavorare in un primo momento sulla costruzione di un'alleanza terapeutica, come verrà spiegato in seguito, e avviare un lavoro sulla motivazione al cambiamento: quest'ultimo, infatti, incrementando le motivazioni interne più che quelle esterne e gli aspetti favorevoli al cambiamento più che il mantenimento, può favorire interventi più efficaci e un miglior rapporto tra costi e benefici (*Ibidem*; Dalla Ragione & Giombini, 2013; Balbo, 2017).

### 3.1.3. *Obiettivi: presente, passato, futuro*

Uno degli obiettivi della terapia EMDR è quello di partire dalla storia di vita del paziente e di far emergere i ricordi relativi a traumi e/o eventi critici del passato, i quali hanno influenzato l'autostima del paziente e lo hanno spinto a sviluppare sintomi alimentari, nel tentativo di compensare l'ansia emergente dal trauma e di gestire i suoi bisogni affettivi ed emotivi (Balbo, 2017). L'EMDR, agendo sulla dimensione traumatica, può riattivare i ricordi traumatici relativi al passato e favorire la loro associazione alla

sintomatologia del presente. Possibili target di lavoro possono essere: i traumi relativi all'attaccamento, tutte le situazioni in cui il paziente ha individuato un "attacco" al corpo e all'autostima, eventi traumatici (abusi, lutti traumatici, incidenti, ecc.), nonché i primi episodi in cui il cibo è stato usato in modo disfunzionale (*ivi*).

Oltre che sul passato, mediante la terapia EMDR è possibile lavorare anche sui nuclei psicopatologici della malattia, rappresentanti il modo di funzionare nel presente. In particolare, il lavoro sul presente consiste nel focalizzarsi: sui sintomi alimentari, ovvero sulle abbuffate, sull'immagine corporea e sulle condotte di eliminazione, al fine di facilitare il recupero dei ricordi più significativi legati all'organizzazione e al mantenimento dei sintomi, non emersi durante l'analisi della storia di vita; sulle credenze negative di sé, avviando un processo di destrutturazione cognitiva; sulle emozioni più destrutturanti, come la vergogna che, se focalizzate, seguite e desensibilizzate, possono sciogliere una catena associativa e portare a rielaborare cognizioni negative su di sé, che sostengono la sintomatologia (ad es. "io sono brutta", "sono inadeguata", "sono grassa", "non sono amabile" tipiche di questi disturbi); sulle "scivolate" e sui momenti di *impasse*, che potrebbero verificarsi durante il trattamento (*ivi*; La Rosa & Onofri, 2017). Lo scopo principale del lavoro sul presente consiste, in sintesi, nel permettere al paziente di elaborare i sintomi e le difficoltà attuali, inserendo e consolidando i contenuti appresi durante la fase psicoeducazionale, al fine di rinforzare i progressi e aumentare la consapevolezza enterocettiva (Balbo, 2017).

Infine, insieme al lavoro sul passato e sul presente, uno degli obiettivi dell'EMDR è quello di condurre un lavoro sul futuro che, rafforzando le risorse del paziente, risulta molto efficace nel rimuovere i sintomi e nel prevenire le ricadute. Tale protocollo, focalizzandosi sull'immagine della situazione temuta e su quella desiderata, permette di individuare le risorse disponibili, apprese durante la fase psicoeducazionale, ed i contenuti positivi, emersi durante l'elaborazione dei target del passato e del presente. Questo lavoro risulta molto importante nella terapia con i pazienti affetti da DCA, il cui percorso di cura è spesso caratterizzato da ricadute che, andando a rinforzare le credenze negative del paziente rispetto alle possibilità di guarigione, interferiscono con la riuscita del trattamento; dunque, il poter effettuare un protocollo che miri a potenziare le risorse del

paziente risulta utile al fine di formare nuove configurazioni neurali, contenenti cognizioni positive e strategie di coping più adattive (*ivi*).

#### 3.1.4. *La relazione terapeutica*

Sebbene alcuni clinici definiscano l'EMDR come un metodo, come una psicologia monopersonale, dove la sola persona è il paziente che esegue una procedura, secondo altri le dinamiche relazionali assumono una valenza centrale in ciascuna delle otto fasi del protocollo. L'EMDR è, infatti, una psicologia bipersonale, dove sia il terapeuta che il paziente si impegnano nella costruzione di un'alleanza terapeutica, che faccia da contenitore emotivo per l'elaborazione dei ricordi traumatici non risolti (Dworkin, 2010).

“Attraverso ciascuna delle otto fasi, il terapeuta è in relazione con il paziente. Il clinico prova empatia per il paziente. Il clinico sente ciò che il paziente sente [...]. Il clinico fa da contenitore e il paziente ha l'opportunità di riesperire il trauma in compagnia di qualcuno che se ne prenda cura” (Dworkin, 2010, 41).

Quando si ha a che fare con pazienti affetti da BN, la possibilità di costruire e mantenere una buona relazione è spesso compromessa (Balbo, 2017). La complessità psicologica che caratterizza questi soggetti appare, infatti, associarsi con importanti difetti di metacognizione e di modulazione emotiva, con un'incoerente e frammentaria teoria della mente, con frequenti messe alla prova del terapeuta, volte a testare la sua disponibilità, attivando una modalità di attaccamento talvolta “vorace”, frammentaria, confusa con altri sistemi interpersonali motivazionali (Liotti & Monticelli, 2008).

L'entrare in relazione con il terapeuta implica, in accordo con la teoria dell'attaccamento, l'attivazione del sistema dell'attaccamento ed il tentativo di controllare o di aggredire il terapeuta o di svalutarlo o di sedurlo, lungi dall'essere ricondotto all'attivazione di altri sistemi motivazionali, quali il sistema agonistico, esplorativo o sessuale<sup>43</sup>, può essere letto come indicatore dell'instaurarsi di un legame di attaccamento tra il paziente ed il terapeuta e della resistenza del paziente a cambiare i propri schemi interpersonali (Attili, 2007; Liotti & Monticelli, 2014).

---

<sup>43</sup> Per un maggiore approfondimento consulta: Liotti, G. & Monticelli, F. (a cura di) (2014). *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica: una prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

“Prima di procedere con l’EMDR, pertanto, è necessario costruire l’alleanza terapeutica, per consentire al paziente di lasciarsi prendere per mano nel viaggio all’interno del buio del disturbo”<sup>44</sup> (Balbo, 2017, 82).

La relazione terapeutica, sebbene costituisca un aspetto cruciale nella procedura dell’EMDR, assume una valenza diversa in relazione alla fase di lavoro in cui clinico e paziente si trovano: nelle fasi preparatorie (Fasi 1 e Fase 2) l’importanza della relazione come agente di cambiamento è bassa e il potere del terapeuta è alto; durante le fasi attive del trattamento (dalla Fase 3 e 4 in poi), l’importanza della relazione aumenta e il potere del terapeuta diminuisce, passando dal ruolo di esperto a quello di co-partecipante, al fine di favorire la rielaborazione dei ricordi stato-dipendenti disturbanti; infine, nella fase finale di valutazione (Fase 8) il potere del terapeuta aumenta e la centralità della relazione diminuisce (Dworkin, 2010).

Nonostante questa diversa attenzione attribuita alla relazione, è comunque mediante essa che avviene l’elaborazione post-traumatica, la gestione dei target relativi al presente e l’installazione di una prospettiva futura (*ivi*).

La relazione terapeutica è, quindi, un elemento cruciale per il successo della terapia; essa aumentando la mentalizzazione, favorendo l’espressione e la condivisione degli stati emotivi, migliorando l’efficienza delle capacità metacognitive di controllo delle emozioni e del comportamento, correggendo le credenze patogene ostacolanti la vita relazionale ed aumentando la sintesi personale del soggetto, rappresenta un’occasione di esperienze emozionali concrete, capaci di correggere gli schemi profondi regolatori delle emozioni, dei significati personali e dei comportamenti del paziente (Liotti & Farina, 2011; Balbo, 2017).

Poiché i pazienti affetti da BN tendono a percepire l’altro nella relazione in modo oscillante, passando da un’idealizzazione del terapeuta, percepito come indispensabile e “determinante” per il proprio benessere nelle situazioni di “buon rapporto”, ad una sua svalutazione, valutandolo come ingannatore ed intrusivo nelle situazioni di fallimento

---

<sup>44</sup> In una prospettiva cognitivo-evoluzionista, l’alleanza terapeutica è coordinata dall’attivazione del sistema motivazionale collaborativo, che poggia su strutture di memoria e aspettative a se stanti, sviluppate indipendentemente da quelle dell’attaccamento, che permettono, oltre alla condivisione degli obiettivi, anche l’esplorazione congiunta delle difficoltà attuali del paziente (Liotti & Monticelli, 2014).

empatico, lo scopo della terapia è quello di favorire, fin dalla prima seduta, una sintonizzazione accurata tra il clinico ed il paziente, in quanto ciò è funzionale all'orientamento valutativo del paziente stesso come partner fiducioso o partecipante diffidente e, di conseguenza, può consentire una guarigione più profonda o, al contrario, superficiale (Dworkin, 2010; Cotugno & Sapuppo, 2012).

#### 3.1.4.1. L'importanza della terapia come luogo sicuro

Quando il clinico EMDR stabilisce una relazione terapeutica con un cliente traumatizzato, è necessario che lo ancori in una relazione sicura fin dalla prima seduta. Il lavoro attivo sul trauma (Fasi 3-6) può, infatti, avere successo solo in un'atmosfera di sicurezza, in cui il paziente non si sente più solo, il dolore viene condiviso e si possono impostare le attività necessarie per l'elaborazione accelerata dell'informazione (Dworkin, 2010). “Nella prima fase della terapia il paziente [...] ha bisogno di percepire il terapeuta ‘dalla sua parte’ per iniziare a costruire la base sicura che lo sosterrà in tutto il percorso terapeutico” (Balbo, 2017, 100).

Il primo passo per una relazione terapeutica è una buona alleanza di lavoro, la quale implica la definizione degli obiettivi di lavoro, la comprensione esplicita della collaborazione rispetto ai compiti condivisi e dei differenti ruoli e responsabilità di ognuno. Tuttavia, questo tipo di relazione, sebbene sia una condizione necessaria, non è sufficiente per lavorare con pazienti traumatizzati (Dworkin, 2010).

Come sopra riportato, fin dall'inizio della terapia il paziente attiva uno stile di attaccamento distorto, appreso nel corso della sua infanzia; importante è, quindi, che il terapeuta si ponga come una “base sicura” al fine di offrire un contenitore emotivo resistente e consentire al paziente di rintracciare nella propria memoria quei ricordi dolorosi ed esprimere quelle emozioni di rabbia, ostilità, dolore, paura, che nelle relazioni di attaccamento primarie avevano avuto voce distorta o carente (Attili, 2007; Dworkin, 2010).

La funzione del clinico è quella di mantenere il cervello del paziente in uno stato di elaborazione adattiva dell'informazione, sostenendo le sue abilità di elaborazione e ristabilendo l'equilibrio tra eccitazione ed inibizione. L'altro viene visto come una persona

intelligente e meritevole di considerazione, capace di prendere le proprie decisioni e di avviare un personale processo di autoguarigione (*ivi*).

Il compito del terapeuta è quello di lavorare con il paziente in maniera collaborativa e coordinata, stando fuori dal processo quanto più possibile<sup>45</sup>; fondamentale è, quindi, che il terapeuta si mostri empatico, trasmetta strategicamente calore, sensibilità, compassione, sincerità, onestà, grande flessibilità, impegno, accettazione e stia attento a come il paziente viva il progresso terapeutico e il ruolo del terapeuta in tale processo (*ivi*; Balbo, 2017).

Come sostiene la Shapiro (cit. in Dworkin, 2010, 32), il processo terapeutico ha successo nel momento in cui è assistito dal clinico, ovvero è il cervello del paziente a procedere verso la guarigione, mentre il terapeuta fornisce la struttura e il contenitore entro cui questa può avvenire.

La sintonizzazione affettiva può ricreare il senso di sicurezza del paziente e di appartenenza attraverso la relazione diadica tra paziente e terapeuta. Quando il clinico sceglie di essere sintonizzato affettivamente, in risonanza e in allineamento<sup>46</sup> con il paziente, egli sta creando qualcosa di più grande della sicurezza: l'attaccamento necessario ad ottimizzare il trattamento EMDR (*ivi*).

La capacità del paziente con trauma evolutivo di affidarsi con continuità ad una relazione di cura è, infatti, compromessa dalle memorie di relazioni traumatiche che il paziente rivive durante l'interazione col terapeuta (Liotti & Farina, 2011).

Uno dei compiti del lavoro con l'EMDR risulta, quindi, quello di identificare le possibili rotture, prevenirle o ripararle, gestire il transfert ed il controtransfert, al fine di garantire lo stabilirsi di un legame che crei tra le due persone quella sicurezza ottimale, in cui il processo terapeutico deve svolgersi<sup>47</sup> (Dworkin, 2010). Se, infatti, il paziente entra

---

<sup>45</sup> L'empatia riflessiva e le interpretazioni psicoanalitiche sono quasi sempre controindicate nell'EMDR. Il suo assunto è, infatti, radicato nel modello dell'elaborazione adattiva dell'informazione, secondo cui sono il cervello o il corpo del paziente a promuovere la guarigione, non il terapeuta (Dworkin, 2010).

<sup>46</sup> La sintonizzazione affettiva, requisito fondamentale per l'efficacia dell'EMDR, avviene quando una persona si regola sull'altra, ovvero percepisce a livello non verbale e sente in se stessa l'esperienza dell'altro; la risonanza è una forma di sintonizzazione affettiva molto profonda, mediante la quale il paziente impara a regolare le proprie emozioni ed impulsi, in quanto consente di condividere intensi stati emozionali e di produrre narrazioni coerenti e autoriflessive, che facilitano lo sviluppo delle capacità autoregolatrici; l'allineamento si verifica quando il clinico cerca attivamente di cogliere o anticipare lo stato del paziente (Dworkin, 2010; Liotti & Monticelli, 2014).

<sup>47</sup> Nell'EMDR non viene incoraggiato lo sviluppo del transfert: quando si manifestano durante le fasi di lavoro attivo sul trauma, le reazioni transferali possono essere una ricca fonte di materiale target da elaborare,

in risonanza con un differente modello mentale dell’“altro” comprensivo, potrà essere maggiormente propenso a connettersi con il clinico in un modo diverso rispetto alle sue figure di attaccamento (*ivi*). Ciò consente una nuova gestione della paura, che non si fonda più sull’esclusione difensiva di quelle informazioni che porterebbero a emozioni dolorose. Le strategie difensive vengono sostituite da processi di elaborazione non più pregiudiziali e da risposte emotive e comportamentali adeguate alla realtà (Attili, 2007). Qualora, il paziente non si senta sicuro né pronto ad elaborare un ricordo, la co-regolazione<sup>48</sup> prende forma, la comunicazione continua in modo collaborativo e, attraverso il lavoro comune sulle strategie di stabilizzazione, si favorisce il ritorno alla sintonizzazione affettiva (Dworkin, 2010).

“La riflessione retrospettiva sulle esperienze passate rappresenta un elemento importante, ma assai spesso (o forse sempre) non sufficiente, nel percorso terapeutico volto al cambiamento. L’esperienza diretta e immediata dei vissuti emotivi e delle reazioni reciproche in un nuovo ambito interpersonale, come quello della relazione terapeutica – esperienza in cui vengono collaudate nuove modalità di interazione con gli altri – è talora il primo passo necessario per un percorso che, ancor prima della piena consapevolezza, consenta al paziente di avviarsi nella direzione di una cura” (Liotti & Monticelli, 2014, 42).

#### 3.1.4.2. La prevenzione del drop-out terapeutico

Nel trattamento dei DCA, il terapeuta si trova spesso di fronte un atteggiamento non collaborativo o di netto rifiuto dell’intervento terapeutico (Cotugno & Sapuppo, 2012). La compliance al trattamento risulta spesso difficile e frequente è il rischio di drop-out terapeutico<sup>49</sup> (*ivi*). Relativamente a questo aspetto, nella letteratura internazionale, l’entità del fenomeno si presenta con una variabilità tra il 20 e il 73%, con un valore medio intorno al 13% (*ivi*). Mahon (2000), in una ricerca sul drop-out dei pazienti con DCA, ha rivelato un tasso di abbandono del trattamento variabile dal 15 al 65% e anche Fassino e colleghi

---

ovvero la relazione stessa può diventare un target nella terapia con EMDR consentendo l’accesso a significativi ricordi legati ad esperienze di attaccamento disfunzionali (Dworkin, 2010; Balbo, 2017)

<sup>48</sup> La co-regolazione è il processo attraverso il quale ciascuno permette all’altro di influenzare il proprio stato. In pratica, la co-regolazione avviene quando clinico e paziente discutono su cosa focalizzarsi nella seduta (Dworkin, 2010).

<sup>49</sup> Il termine si riferisce all’interruzione autonoma della terapia da parte del paziente e può essere precoce (entro il primo mese) o tardiva (dopo il primo mese di trattamento) (Dalla Ragione & Giombini, 2013).

(2009), a distanza di dieci anni, hanno confermato gli stessi dati, riportando un tasso di abbandono variabile tra il 20 ed il 70%.

Le cause del fenomeno sono molteplici e possono essere riferite sia al paziente sia al terapeuta che alla terapia: un drop-out precoce risulta essere maggiormente correlato alla presenza di fattori che coinvolgono il paziente e il suo atteggiamento nei confronti della terapia<sup>50</sup>, mentre un drop-out tardivo sembra essere maggiormente correlato alla mancata condivisione degli obiettivi, a errori terapeutici, all'eccessivo tecnicismo del terapeuta e all'inefficacia della terapia (Dalla Ragione & Giombini, 2013). Per quanto riguarda questo secondo aspetto, molti pazienti dichiarano di aver abbandonato la cura per incomprensioni con il terapeuta e non accordo verso la terapia sia rispetto ad aspetti tecnici, come la compilazione del diario alimentare (32%), sia per aspetti relazionali, come il distacco e la freddezza del terapeuta (26%; *Ibidem*).

Rispetto alla correlazione tra alleanza terapeutica e drop-out è emerso come sia la fragilità della relazione tra paziente e terapeuta a svolgere un ruolo importante (*Ibidem*). La ricerca ha evidenziato come, nel trattamento dei DCA, sia la qualità della relazione tra paziente e terapeuta a rappresentare il fattore terapeutico maggiormente predittivo dell'esito del trattamento (Cotugno & Sapuppo, 2012). L'aspetto più positivo è riconosciuto proprio nella capacità del terapeuta di sapere costruire una "buona alleanza terapeutica"<sup>51</sup> e, quindi, nella sua capacità di empatia, di mentalizzazione, di disponibilità ed interesse nel trattamento e di assunzione di atteggiamenti supportivi e collaborativi, oltre che nel tipo di tecnica terapeutica usata<sup>52</sup> (Sharf, Primavera & Diener, 2010; Liotti & Monticelli, 2014).

---

<sup>50</sup> Le variabili del paziente che sembrano influire sono: sesso, età, razza, scolarità bassa, scarsa capacità di mentalizzazione, gravità del disturbo, comorbilità psichiatrica, mancanza di fattori motivazionali e relazionali positivi, che portano ad una relazione fragile, vissuta come "cornice non sicura", incapace di contenere ansie e timori (Dalla Ragione & Giombini, 2013; Liotti & Monticelli, 2014).

<sup>51</sup> Secondo Bordin (cit. in Liotti & Monticelli, 2014, 50) l'alleanza terapeutica è costituita da tre componenti: l'esplicita condivisione degli obiettivi, la chiara definizione dei compiti reciproci all'inizio del trattamento e il tipo di legame affettivo che si costituisce fra paziente e terapeuta, caratterizzato da reciproche aspettative di fiducia e rispetto.

<sup>52</sup> I fattori che incidono sul mantenimento della relazione e, quindi, sul rischio del drop-out sono anche le difficoltà del terapeuta di creare un'alleanza e i sentimenti di controtrasfert, quali rabbia, ostilità, impotenza e disperazione, che possono comportare resistenza al trattamento ed utilizzo di tecniche inadeguate (ad es. interpretazioni precoci; Dalla Ragione & Giombini, 2013).

Il costrutto di “alleanza terapeutica” ha assunto, per la maggior parte degli orientamenti psicoterapeutici, un’importanza trasversale e la stessa terapia EMDR, sebbene affondi le sue radici nel retroterra della terapia cognitivo-comportamentale<sup>53</sup>, dà una valenza fondamentale alla relazione (Dworkin, 2010; Cotugno & Sapuppo, 2012).

L’EMDR è, infatti, un approccio altamente interattivo, che richiede sensibilità e flessibilità da parte del terapeuta, oltre che un buon giudizio clinico (Shapiro, 2000; Dworkin, 2010). Tale approccio non dovrebbe essere condotto in assenza di un’adeguata anamnesi del paziente, di un piano terapeutico e di una buona relazione tra paziente e terapeuta (Shapiro, 2000).

Con i pazienti affetti da BN i momenti di *impasse* costituiscono delle fasi inevitabili nel processo terapeutico (Cotugno & Sapuppo, 2012). Il rispondere a queste fasi di rottura con atteggiamenti rigidamente aderenti al protocollo terapeutico, imponendo al paziente ciò che viene considerata una buona pratica EMDR, potrebbe comportare il rischio di non ascoltare più il paziente e di peggiorare ulteriormente l’alleanza terapeutica (Dworkin, 2010; Liotti & Monticelli, 2014).

Fondamentale è, quindi, rimanere focalizzati sul paziente e sulla relazione, in quanto ciò permette di mantenere o ristabilire la spontaneità del rapporto e, quindi, di favorire l’alleanza terapeutica, indispensabile per prevenire il drop-out (Shapiro, 2000; Liotti & Monticelli, 2014).

### **3.2. Il protocollo EMDR per il trattamento della Bulimia Nervosa: 8 fasi**

Vista l’efficacia dell’EMDR nell’elaborazione e risoluzione adattiva dei ricordi traumatici sottostanti la patologia comportamentale, anche per i DCA è stato ideato un protocollo specifico, volto ad intervenire in modo attivo sulle caratteristiche che costituiscono la base di questa patologia (Zaccagnino, 2017).

Secondo il modello dell’AIP, lo sviluppo di comportamenti alimentari disfunzionali è dovuto ad un tentativo di gestire le emozioni ed i ricordi sovrachianti legati alle

---

<sup>53</sup> In molti settori della terapia cognitivo-comportamentale, la relazione terapeutica era concepita come asimmetrica, prevedendo una decisa direttività del terapeuta, che agiva in senso psicopedagogico; è negli ultimi decenni che la CBT ha attribuito un’importanza crescente al ruolo della relazione terapeutica (Cotugno & Sapuppo, 2012; Liotti & Monticelli, 2014).

esperienze traumatiche. L'ipotesi è che il paziente, in seguito a tale terapia, divenga in grado di accedere ai ricordi appartenenti alla sua storia di vita e di elaborarli in modo efficace, giungendo ad un miglioramento della sintomatologia alimentare (*ivi*).

L'obiettivo di questo protocollo è quello di definire le linee guida fondamentali per un trattamento efficace dei DCA con l'EMDR (*ivi*). Tale protocollo può essere un trattamento breve focalizzato oppure parte di un programma terapeutico più lungo (Balbo, 2017). Di seguito, verranno presentate, in modo specifico, le fasi del protocollo.

### *3.2.1. Fase 1: anamnesi e raccolta della storia del paziente*

L'obiettivo di questa fase è quello di raccogliere informazioni relative alla storia del paziente e al suo funzionamento attuale, valutando l'attuale grado di compromissione della vita del soggetto determinato dal disturbo. Questa prima fase è, quindi, dedicata all'anamnesi e alla raccolta della storia del paziente e del suo disturbo (Zaccagnino, 2017). Tuttavia, prima di procedere con la valutazione, è importante iniziare ad instaurare con il paziente una relazione terapeutica fondata sulla fiducia e sull'alleanza (*ivi*). Queste informazioni, infatti, data la complessità del sintomo e le difficoltà metacognitive di questi soggetti, possono essere difficili da recuperare (Balbo, 2017). “In nessun altro disturbo sintomi e convinzioni patologiche sono alimentate da una così profonda radice autoprotettiva (vantaggi primari)” (Dalla Ragione & Giombini, 2013, 210). Fondamentale è, quindi, la “prima impressione”, che può rappresentare per il paziente un primo passo per generare o rinforzare la motivazione alla terapia (Balbo, 2017).

In questa fase, il terapeuta raccoglie tutte le informazioni necessarie sul paziente, al fine di valutare la sua idoneità al trattamento e sviluppare un progetto terapeutico (Balbo, 2017). Si valuta la presenza di comorbidità e di eventuali aspetti dissociativi, la presenza di supporti medici e familiari, la stabilità delle condizioni di vita<sup>54</sup>, la presenza di fattori di stress e il livello di motivazione al trattamento (*Ibidem*). Oltre a questo, l'attenzione viene focalizzata su tre aspetti:

- *Storia di vita del paziente*

---

<sup>54</sup> Fondamentale è esaminare l'indice di massa corporea al momento della consultazione (Balbo, 2017).

L'obiettivo specifico è quello di rintracciare, all'interno della narrazione del paziente, eventuali eventi traumatici che possono aver contribuito all'insorgenza del disturbo. In modo particolare, è necessario fare un'anamnesi approfondita riguardo le attuali relazioni significative del paziente, le aree di problematicità e sofferenza ad esse collegate e porre particolare attenzione alla raccolta di informazioni relative alla famiglia di origine (Zaccagnino, 2017). Per fare questo è utile porre alcune domande, tratte dall'Adult Attachment Interview<sup>55</sup> (AAI), le quali permettono di indagare lo stato mentale attuale del soggetto rispetto alle sue esperienze di attaccamento, di separazione e di rifiuto da parte dei genitori e di eventuali lutti e traumi subiti nell'infanzia. L'obiettivo è quello di valutare l'impatto che tali esperienze hanno avuto sulla propria crescita, al fine di identificare eventuali indici di irrisoluzione<sup>56</sup>, che possono diventare un target di lavoro con l'EMDR (Balbo, 2017; Zaccagnino, 2017).

- *Storia del disturbo alimentare*

L'obiettivo principale è quello di avere un'immagine completa del disturbo, al fine di comprendere la natura e la gravità dello stesso e la relazione che il paziente ha con il cibo (Balbo, 2017). È, quindi, importante indagare sia l'esordio e il decorso della malattia, al fine di comprendere l'organizzazione della sintomatologia e gli eventi di vita che hanno preceduto il disturbo ("Quand'è stata la prima volta che ha iniziato ad avere problemi con l'alimentazione? Si ricorda se, nel periodo precedente, è avvenuto qualche evento stressante per lei? C'è mai stato un periodo di tempo in cui ha smesso di abbuffarsi da quando ha iniziato?"), sia le seguenti macro-aree, ovvero: la storia del peso ("Quando ha iniziato a cambiare? Cosa succedeva nella sua vita al momento della variazione di peso?"); la storia della dieta, ovvero quando è stata intrapresa la prima dieta e le motivazioni sottostanti alla scelta di intraprendere una dieta (terapia medica o scelta autonoma); la storia dell'alimentazione all'interno del nucleo familiare ("Quale era l'approccio tipico dei

---

<sup>55</sup> L'AAI è un'intervista semistrutturata che valuta lo stato mentale del soggetto relativamente alle prime relazioni di attaccamento (Zaccagnino, 2017).

<sup>56</sup> Alcuni indici di irrisoluzione possono essere: lapsus nella capacità di monitoraggio del ragionamento (ad es. la sensazione, riportata dal paziente, di avere causato, attraverso i suoi comportamenti, l'abuso subito); lapsus nel monitoraggio del discorso (ad es. presenza di silenzi prolungati); reazioni comportamentali (ad es. tentativi di suicidio, depressione prolungata, sviluppo di una dipendenza da alcol o da altre sostanze) avvenute a seguito del trauma, che interferiscono ancora con il suo attuale funzionamento (Zaccagnino, 2017).

suoi genitori verso il cibo? Si ricorda come avveniva il momento del pasto? Le capitava di mangiare da sola? Quando lei era a tavola che mangiava e sua mamma era con lei, come la guardava, cosa le diceva e come lei reagiva?"); l'immagine corporea, indagando la percezione dell'immagine corporea prima della malattia ("Come vedeva il suo corpo?"), l'attuale immagine del proprio corpo ("Come vede il suo corpo?") e come gli altri percepivano il proprio aspetto fisico ("Qual era il rapporto dei suoi genitori con il suo corpo? Si ricorda cosa le dicevano quando ha iniziato a perdere peso? E i suoi amici/conoscenti cosa le dicevano?"); le abitudini alimentari, ovvero il modo di mangiare in una giornata tipica, in una giornata al negativo e in una al positivo, indagando le sensazioni/emozioni/cognizioni associate, sia positive che negative, e provando a riconoscere le parti che si attivano in quei momenti; i metodi di controllo della forma del corpo e del peso, valutando con quale frequenza e in quale contesto vengono utilizzati ("Quando succede? Dove si manifesta di più?") e le sensazioni/emozioni/cognizione associate prima/durante/dopo ("Secondo lei quali emozioni sta cercando di regolare, quando restringe/abbuffa/vomita?"); la preoccupazione per il peso e le forme corporee, valutando la difficoltà a mangiare in presenza di altri e la tendenza al body check; eventuali trattamenti precedenti, ovvero si chiede al paziente se ha già intrapreso trattamenti specifici per il disturbo e, se sì, per quanto tempo e come li ha vissuti; i vantaggi secondari legati al disturbo ("Se non avesse più il sintomo, quali sarebbero i vantaggi? E gli svantaggi?"), al fine di comprendere le sue paure rispetto al cambiamento (*ivi*; Zaccagnino, 2017). Tutto questo consente di identificare i trigger (che cosa, quando, dove, quanto spesso, antecedenti) che innescano la sintomatologia del disturbo (Balbo, 2017).<sup>57</sup>

- *Risorse del paziente*

L'obiettivo principale è quello di aiutare il paziente ad identificare, all'interno della sua storia di vita, sia la presenza di risorse relazionali ("Chi sono le figure di riferimento?

---

<sup>57</sup> Nel caso in cui si abbia a che fare con minori, prima di lavorare con loro, è indispensabile un colloquio con la coppia genitoriale; tramite i genitori, infatti, si possono ottenere informazioni relative alla relazione di coppia, alle dinamiche di attaccamento e di regolazione delle emozioni sottostanti, ai comportamenti disfunzionali della futura o futuro paziente legati al sintomo (ad es. dieta, peso, vomito di nascosto ecc.), all'idea che hanno del disturbo alimentare e alle aspettative che essi hanno riguardo al concetto di "guarigione" (*ivi*).

Con chi parla quando ha un problema?”), sia la presenza di risorse individuali (“Che cosa le piace più di se stessa? Quali sono i momenti più belli della sua vita?”), al fine di incrementare il senso di autoefficacia e di sicurezza del paziente e la sua motivazione al trattamento (Zaccagnino, 2017).

Una volta raccolte le informazioni, si passa alla stesura del piano terapeutico e alla concettualizzazione del caso, elaborando un elenco di target di lavoro che comprenda gli episodi del passato (lavoro sul Passato), gli aspetti che rappresentano il modo di funzionare nel presente (lavoro sul Presente) e le situazioni desiderate (lavoro sul Futuro). L'intento è quello di aiutare il paziente, mediante l'Affect Bridge<sup>58</sup> ed il Float back<sup>59</sup>, ad identificare analogie e collegamenti tra la storia passata ed il presente (Balbo, 2017; Zaccagnino, 2017).

### 3.2.2. Fase 2: preparazione del paziente

Nella fase di preparazione si consolida l'alleanza terapeutica, si forniscono spiegazioni sul processo e sugli effetti dell'EMDR, si insegnano esercizi di rilassamento e si installano nel paziente le risorse necessarie per rafforzare la motivazione al cambiamento e il senso di autoefficacia (Balbo, 2017). Di seguito, vengono illustrati i nuclei centrali di questa seconda fase.

- *Psicoeducazione*

La psicoeducazione è considerata una componente importante del trattamento della BN; il presupposto di base è che le pazienti con BN abbiano spesso informazioni erranee o distorte riguardo ai fattori che causano e mantengono i loro sintomi (Zaccagnino, 2017). Inoltre, si ritiene che le pazienti possano essere meno disponibili a persistere nei loro sintomi, se vengono messe al corrente delle prove scientifiche sui fattori perpetuanti del loro disturbo<sup>60</sup> (Balbo, 2017).

---

<sup>58</sup> Si tratta di una tecnica che utilizza una sensazione emotiva come un ponte attraverso il tempo, aiutando il soggetto a vedere come tale sensazione appartenga ad un'esperienza precedente (Balbo, 2017).

<sup>59</sup> Il Float back è un metodo efficace per collegare la valutazione negativa di sé e le emozioni esperite nel presente a ricordi del passato (Balbo, 2017).

<sup>60</sup> Dalle Grave (1998), ad esempio, riporta uno studio eseguito presso il laboratorio di Nutrizione Umana di Pittsburgh che ha evidenziato che nel vomito è presente circa la metà delle calorie assunte con l'abbuffata. Questa scoperta scientifica aiuta le pazienti a comprendere che il vomito non serve a perdere peso, in quanto buona parte delle calorie presenti nel cibo viene assimilata.

Pertanto, l'approccio educativo ha come obiettivo quello di informare e formare il paziente, di comunicare il messaggio che la responsabilità del cambiamento è del paziente, di aumentare la motivazione al trattamento, di attivare il decentramento cognitivo e di ridurre l'atteggiamento difensivo (*Ibidem*).

Nella maggior parte dei trattamenti cognitivi, i contenuti psicoeducativi sono considerati una modalità standard di intervento e le informazioni fornite riguardano solitamente: le cause del disturbo, il contesto culturale, la teoria del set-point e regolazione fisiologica del peso, gli effetti del digiuno sul comportamento, il ripristino di un'alimentazione regolare, le abbuffate, le conseguenze dell'uso di meccanismi compensatori, le complicanze fisiche e la determinazione di un livello salutare di peso (Zaccagnino, 2017).

Nella terapia EMDR la fase psicoeducazionale comprende, oltre le informazioni comportamentali, anche la comprensione del significato del sintomo in termini di esperienze traumatiche (*ivi*). È, infatti, importante che venga chiarito il ruolo degli eventi traumatici nello sviluppo del sintomo, in quanto ciò permette al paziente di aumentare la consapevolezza rispetto alle proprie dinamiche di funzionamento e condurlo verso l'esplorazione ed attuazione di nuove e più adeguate strategie di coping nella gestione di eventi disturbanti (*ivi*). Una volta che il paziente ha compreso l'organizzazione e il mantenimento dei sintomi, è necessario continuare la psicoeducazione al fine di aiutarlo ad apprendere nuove capacità di coping, tecniche "di emergenza", per gestire i propri impulsi e le proprie emozioni (Balbo, 2017).

- *Tecniche di rilassamento e di gestione emotiva*

È importante insegnare al paziente nuove strategie di coping; tale apprendimento non solo aumenta il senso di autoefficacia, ma sarà utile anche per l'elaborazione dei target (Balbo, 2017). Tali strategie sono: la compilazione del diario alimentare che, aumentando la consapevolezza sull'utilizzo inadeguato del cibo (in eccesso o in difetto), sul contesto in cui avviene, sulla presenza di comportamenti di purging, di pensieri ed emozioni negative, consente di identificare chiaramente i momenti critici in cui diventa difficile gestire il sintomo; la *flash-card* che, mediante la costruzione di un elenco di situazioni alternative al cibo, permette al paziente di visualizzare immediatamente le risorse necessarie per gestire

l'impulso (ad es. telefonare a qualcuno o fare una doccia); tecniche di mindfulness, che permettono al paziente di aumentare la consapevolezza del presente nei confronti delle sue sensazioni corporee, dei suoi pensieri ed emozioni e di interrompere i meccanismi automatici di "fuga", che innescano i sintomi del disturbo<sup>61</sup>; infine, tecniche di gestione delle emozioni, come esercizi di rilassamento, di mindfulness, di attivazione comportamentale (problem solving) e di grounding<sup>62</sup>, che permettono non solo di gestire le abbuffate, ma anche di riconoscere e regolare le emozioni, sia positive che negative (*ivi*). A volte i pazienti affetti da BN, a causa dei deficit metacognitivi, possono avere difficoltà nel riconoscere e comprendere le proprie emozioni; uno strumento utile è il "traduttore delle sensazioni", ovvero una tabella che il terapeuta costruisce insieme al paziente e nella quale sono riportate le otto emozioni di base (rabbia, paura, sofferenza, gioia, passione, amore, vergogna e colpa), la loro funzione (a cosa servono) e le sensazioni ad esse associate (cosa sento e dove le sento sul corpo; *ivi*).

- *Preparazione del paziente per l'utilizzo dell'EMDR*

Dopo la fase psicoeducazionale, si procede con la spiegazione del metodo EMDR, al fine di ridurre le eventuali aspettative su una veloce e facile remissione dei sintomi (Balbo, 2017). È importante che il paziente comprenda come si svolga una seduta EMDR e quali siano i suoi obiettivi. È, inoltre, importante che venga informato rispetto all'intensità emotiva che potrà esperire durante l'elaborazione del trauma, rassicurandolo del fatto che rimarrà in controllo della situazione e che, ogni qual volta lo desidererà, potrà interrompere il processo di elaborazione mediante un segnale di stop (Zaccagnino, 2017).

- *Motivazione al cambiamento*

Dopo aver introdotto cos'è e come funziona il lavoro con l'EMDR, prima di procedere con l'elaborazione dei target del passato, è bene consolidare la motivazione al cambiamento (Balbo, 2017). Come sopra riportato, essa è spesso debole ed ambivalente,

---

<sup>61</sup> La mindfulness può essere utile nella preparazione del paziente all'EMDR, per aumentare la sua capacità di rimanere in contatto con l'esperienza presente durante l'elaborazione dei target. Un esercizio di mindfulness è, per esempio, quello di individuare quattro pensieri disturbanti, osservarli senza giudicarli e prenderne le distanze o quello di esporsi allo specchio, iniziando a descrivere senza giudicare le proprie parti del corpo, al fine di interrompere i soliti schemi disfunzionali giudicanti (Balbo, 2017).

<sup>62</sup> In bioenergetica viene definito "radicamento"; si tratta di una posizione in cui piedi e mani stanno in contatto con la terra, per prendere energia, scaricare la tensione e sentirsi sostenuti. Tale tecnica facilita l'unità tra il corpo e la mente e l'integrazione tra la realtà esterna e la realtà interna (Balbo, 2017).

pertanto risulta fondamentale soffermarsi su questo punto, creando, insieme al paziente, una squadra terapeutica, nella quale il terapeuta mostri empatia e rispetto per la sofferenza del paziente e nella quale dia ascolto a tutte le parti del sé, anche a quelle più ostili e riluttanti, riconoscendone la funzione adattiva. Tutto questo, infatti, aiuterà a superare gli ostacoli alla motivazione e a facilitare il trattamento (Zaccagnino, 2017).

L'obiettivo è quello di passare, prendendo come modello teorico di riferimento quello di Prochaska e DiClemente, da uno stato di "contemplazione", raggiunto mediante la fase psicoeducazionale, a quello dell'"azione". Per fare ciò, si può chiedere al paziente di compilare un elenco dei vantaggi del cambiamento e uno degli svantaggi, invitandolo poi a soffermarsi su uno di questi punti, al fine di sviluppare, attraverso la stimolazione bilaterale, un'immagine visiva rappresentante il cambiamento; oppure si può adottare l'esercizio del "ritorno al futuro", in cui si chiede al paziente prima di immaginare come sarà la propria vita tra cinque anni nel caso in cui decidesse di non affrontare il problema, scrivendo una lettera ad un amico in merito a questo e poi di scrivere una seconda lettera, nella quale descriverà come sarà la sua vita nel caso in cui il disturbo sia stato superato con successo. La stesura e la rilettura di entrambe le lettere consentirà al paziente sia di recuperare le informazioni relative al rischio sulla sua salute, apprese durante la fase psicoeducazionale, sia di fare un confronto oggettivo con gli elementi positivi della seconda lettera, i quali verranno rinforzati (trasformandoli in risorse) con i movimenti oculari (Balbo, 2017).

- *Installazione delle risorse*

Prima di procedere con il lavoro sui target, è importante per i pazienti con BN avere delle risorse interne, le quali non solo aumentano il senso di autoefficacia del paziente, ma anche il suo senso di sicurezza e la sua motivazione al cambiamento (Zaccagnino, 2017).

L'obiettivo principale consiste nell'aiutare il paziente ad immaginare esperienze positive, nelle quali si è sentito capace, apprezzato e in grado di reagire (Balbo, 2017). Tali esperienze possono essere: ricordi di rapporti positivi nell'infanzia, ricordi di momenti positivi vissuti oppure risorse immaginarie (Zaccagnino, 2017). Rispetto a quest'ultimo aspetto, è di fondamentale importanza l'esercizio del "posto al sicuro", del "contenitore" e di un "allenatore interno". Per quanto riguarda il primo, esso consiste nell'aiutare il

paziente ad identificare un luogo (reale) che evochi in lui delle sensazioni piacevoli di sicurezza e calma, al fine di installarlo e avere uno strumento utile per ridurre un'eventuale sensazione di stress. In caso di mancanza di accesso a contenuti positivi nella vita passata o presente del paziente, la stessa relazione terapeutica, se positiva, può essere utilizzata come luogo sicuro (Balbo, 2017; Zaccagnino, 2017). Per quanto riguarda il secondo, esso consiste nell'aiutare il paziente ad immaginarsi un "contenitore", ad esempio, una cassaforte, da usare come ripostiglio d'emergenza per le esperienze, i pensieri, le emozioni e i ricordi disturbanti in attesa di una loro futura elaborazione. Ciò può essere una valida risorsa per contenere e gestire l'emotività, che può emergere tra una seduta e l'altra o per chiudere una seduta incompleta (Balbo, 2017). Infine, per quanto riguarda il terzo, esso consiste nell'aiutare il paziente a focalizzarsi su un ricordo passato e sulle sensazioni ed emozioni positive ad esso associate, in cui una figura adulta lo ha accudito e preso in considerazione, fornendogli aiuto. Qualora il paziente non riuscisse a richiamare in memoria nessun episodio relativo alla sua infanzia, è possibile chiedergli di rievocare un episodio della sua vita adulta in cui una figura significativa gli ha fornito aiuto e l'ha accudito (Zaccagnino, 2017). Questo esercizio è anche detto "esercizio di una base sicura" ed ha come obiettivo quello di fornire supporto, rassicurazione e continuità nel processo di cambiamento (Balbo, 2017).

- *Lavoro con le parti*

Fin dalle prime sedute è importante aiutare il paziente a dare un senso ai suoi sintomi, ovvero aiutarlo ad imparare a riconoscere e a comprendere le sue difficoltà rispetto al cibo, facendolo riflettere sui possibili conflitti interni ad essi connessi. Parte integrante del percorso è il lavoro specifico con le parti: risulta di estrema importanza far riconoscere al paziente alcuni parti di sé che potrebbero essere rimaste bloccate al tempo del trauma e che, in passato, possono aver regolato delle emozioni percepite come soverchianti attraverso il cibo. Il lavoro con le parti può essere usato in diversi momenti della terapia, come durante la psicoeducazione o la valutazione della motivazione al cambiamento e dei vantaggi secondari (Zaccagnino, 2017).

Nella fase di preparazione è importante che il terapeuta spieghi il concetto di "parti del sé", specificando il loro ruolo nella storia personale e del disturbo alimentare del

paziente, oltre che la loro funzione adattiva (*Ibidem*). Tutto questo consentirà al paziente di incrementare la sua metacoscienza e di assumere un atteggiamento riflessivo e di pianificazione, che lo aiuterà ad avere una preparazione globale necessaria per gestire la sintomatologia e trovare modalità alternative ai comportamenti dannosi (*ivi*).<sup>63</sup>

### 3.2.3. Fase 3: assessment

Una volta individuati i target nella storia relazionale e del disturbo del paziente, si procede con le fasi del protocollo EMDR standard, partendo dai target relativi alla storia del passato del paziente, risalendo poi ai trigger attuali e, infine, terminando con la dimensione futura (Zaccagnino, 2017). Il piano terapeutico prevede che si inizi dai ricordi più profondi relativi all'apprendimento degli schemi disfunzionali del sé<sup>64</sup>; che si proceda poi con l'elaborazione di tutti i trigger legati all'abbuffata e alle condotte di eliminazione, focalizzando l'attenzione sui momenti che precedono tali sintomi e rintracciando, mediante il float back, tutti i momenti nei quali il paziente ha sperimentato tali sensazioni; infine, che ci si focalizzi sulle situazioni future (Balbo, 2017).

Il terapeuta, una volta pianificato il foglio di lavoro, deve identificare per ciascun ricordo target: l'immagine più disturbante dell'evento (o altri ricordi percettivi, come suoni, odori, sapori, sensazioni tattili); la cognizione negativa, che il paziente ha di sé<sup>65</sup>; la cognizione positiva autoriferita; la VOC (ovvero la misura della validità della cognizione positiva, quanto il paziente la sente ora vera); le emozioni, che si provano nel richiamare l'immagine associata alla CN; il SUD (ovvero la misura dell'unità soggettiva del disturbo); infine, le sensazioni corporee associate<sup>66</sup> (Zaccagnino, 2017).

---

<sup>63</sup> Per una trattazione più completa, consulta: Zaccagnino, M. (2017). *Nuove prospettive nella cura dei disturbi alimentari: Il ruolo dell'attaccamento nel lavoro clinico con EMDR*. Milano: Franco Angeli.

<sup>64</sup> Occorre dare priorità ai ricordi traumatici con la "T" maiuscola, qualora siano presenti nella storia di vita del paziente, prima di affrontare ed elaborare i ricordi di tipo "t" (Balbo, 2017).

<sup>65</sup> Ci si riferisce agli schemi disfunzionali che il paziente ha appreso in merito alla Responsabilità (il suo sentirsi difettoso, sbagliato), alla Sicurezza (il suo sentirsi in pericolo) e al Controllo (le sue scelte) (Balbo, 2017).

<sup>66</sup> Spesso per il paziente DCA non è semplice definire in quale parte del corpo senta il disturbo, in quanto il corpo stesso è un elemento di disturbo, per cui la vergogna e la paura di sentire potrebbero bloccare la percezione stessa. Qualora, durante la fase di assessment, non emerga la localizzazione, si procede con quello che si ha a disposizione, in quanto il trauma è sul corpo e il cervello sa dove è localizzato, per cui la consapevolezza emergerà durante l'elaborazione (Balbo, 2017).

La fase di assessment comprende i passaggi volti ad attivare la rete mnestica; l'obiettivo è quello di iniziare ad avviare il paziente nel suo processo di elaborazione e, dunque, di guarigione (Balbo, 2017).

#### 3.2.4. Fase 4: desensibilizzazione

Durante questa fase del protocollo, il terapeuta invita il paziente a tenere a mente l'immagine selezionata insieme alla cognizione negativa e alla relativa sensazione corporea. Una volta che il paziente ha focalizzato l'attenzione su questi elementi, il terapeuta lo invita a lasciare che "qualunque cosa debba accadere, avvenga liberamente", mentre viene avviato un set di stimolazione bilaterale (Giannantonio, 2009). Nonostante la già avvenuta preparazione all'EMDR, ripetere all'inizio questa frase, risulta utile, al fine di gestire gli eventuali residui di vergogna, che sono emersi durante la fase di assessment (Balbo, 2017).

Dopo il primo set di stimolazione, viene chiesto al paziente "Che cosa nota?" ed indipendente da quello che emerge (immagini, pensieri, sensazioni o emozioni), gli viene chiesto di rimanere concentrato su quello che ha riferito, iniziando così un nuovo set di movimenti oculari (Zacagnino, 2017).

I pazienti in genere riferiscono molti cambiamenti sul piano emotivo e fisico; nel caso dei DCA, i principali cambiamenti riguardano le sensazioni corporee (Balbo, 2017).

Tuttavia, non sempre si assiste ad un rapido decremento dell'emotività; come riportato più volte, nei pazienti affetti da BN le resistenze sono forti e non sono abituati a sentire in positivo. Il rischio di aumento dell'arousal e di blocchi è, quindi, elevato (*Ibidem*). Relativamente a quest'ultimo aspetto, per continuare l'elaborazione, è necessario riportare il paziente all'interno della sua "finestra di tolleranza" e, per fare ciò, si possono utilizzare alcune tecniche, come quelle di stabilizzazione o l'intervento cognitivo integrativo, le quali permettono di riportare il paziente nel qui e ora e procedere con l'elaborazione (*Ibidem*).

A titolo esemplificativo, di seguito illustrerò un pezzo di seduta EMDR con una paziente BN, tratto dal libro di Balbo (2017, 141), nella quale è emerso un blocco e il terapeuta ha usato l'intervento cognitivo-integrativo:

P: “Non riesco a non pensare alle calorie ... non ce la farò mai” (blocco).  
T: “Cosa ti potrebbe servire per provarci?”.  
P: “Pensare a quello che mi aveva detto lei, che sono solo pensieri malati, della mia bulimia”.  
T: (M.O.)

È importante rielaborare tutti i canali di associazione coinvolti nella rete e, solo quando non emerge altro materiale, è necessario chiedere al paziente di riaccedere al target e verificarne la SUD. Se il paziente riferisce SUD pari a 0, significa che il ricordo non è più isolato e che, quindi, è stata assimilato in maniera più adattiva e funzionale (Zaccagnino, 2017). Tuttavia, specie quando si lavora sul sintomo con il protocollo sul Presente, si potrebbero verificare ancora dei residui legati alla vergogna o al senso di impotenza, che non permettono di raggiungere SUD pari a 0. In tal caso, si pone al paziente la domanda “Cosa ti impedisce di dire 0?” e, qualunque cosa emerga, verrà rafforzata per fare in modo che il paziente, una volta tornato al target di lavoro, riporti una SUD pari a 0 (Balbo, 2017).

### 3.2.5. Fase 5: installazione

In questa fase si avvia il consolidamento della cognizione positiva, che può essere quella originaria identificata nella fase di assessment oppure un'altra, emersa nel corso del lavoro terapeutico e che il paziente ha considerato come più adeguata (Balbo, 2017).

Il lavoro consiste nel chiedere al paziente di collegarla all'evento target originale, procedendo in questo modo con l'installazione, la quale termina nel momento in cui la cognizione positiva non cambia più e il paziente la sente completamente vera (VOC=7; Zaccagnino, 2017).

Può succedere che il paziente DCA non riesca ad affermare che la sua convinzione abbia valore 7; in tal caso, accettare un 6 e considerare conclusa la seduta, non sarebbe funzionale, in quanto non permetterebbe al paziente di rafforzare il legame associativo tra la convinzione positiva e il ricordo dell'evento target (Balbo, 2017).

Il paziente DCA, come accennato più volte, ha scarse capacità metacognitive, per cui ha bisogno di essere condotto per mano per recuperare tali abilità e riuscire a dare un significato alle emozioni e agli eventi (*Ibidem*). Una strategia terapeutica efficace è quella

dell'intervento cognitivo integrativo, al fine di decentrare il paziente dalla convinzione bloccante e usare il materiale appreso nella fase educativa per normalizzare la difficoltà a fidarsi delle proprie sensazioni (*Ibidem*).

A titolo esemplificativo, di seguito presenterò un pezzo di colloquio EMDR con una paziente BN, tratto dal libro di Balbo (2015, 143), in cui emerge chiaramente lo spostamento di attenzione sul materiale appreso nella fase educativa:

T: "Quale parte del tuo corpo non è convinta del tutto che vai bene come sei?"

P: "Le mie gambe" [...].

T: "Cosa potresti dire alle tue gambe ora?"

P: "Andate bene come siete ... è la malattia che mi fa vedere e sentire il corpo in modo distorto".

T: "Guarda le tue gambe ora, cosa noti?"

P: "Due gambe magre".

T: "Stai su questo...". (M.O.)

### 3.2.6. Fase 6: scansione corporea

Installata la cognizione positiva, per verificare se la rielaborazione del target ha comportato un cambiamento profondo, si chiede al paziente di concentrarsi sul ricordo originale e sulla cognizione positiva, prestando attenzione, contemporaneamente, a tutte le parti del corpo, per verificare se siano presenti eventuali tensioni, rigidità o sensazioni strane residue (Balbo, 2017; Zaccagnino, 2017). Qualora siano presenti sensazioni residue, si procede con la stimolazione bilaterale, fino a che il disturbo non scompaia del tutto. Un'elaborazione, infatti, non viene considerata completa fino a quando il paziente non è in grado di richiamare il ricordo traumatico senza provare tensioni corporee. Se sono presenti delle sensazioni piacevoli, occorre procedere con brevi set di stimolazione bilaterale per rafforzare tale sensazione (*ivi*).

### 3.2.7. Fase 7: chiusura

Al termine di ogni seduta è necessario distogliere l'attenzione del paziente dal target affrontato e aiutarlo ad accedere ad una rete mnestica più neutra e positiva, sia che la rielaborazione sia stata completata sia che non lo sia ancora del tutto (Zaccagnino, 2017).

Per questo motivo si può chiedere al paziente di rievocare il posto sicuro e/o si può rinforzare con alcuni set il materiale positivo emerso (Balbo, 2017).

Viene, inoltre, ricordato al paziente che tra una seduta ed un'altra l'elaborazione potrebbe continuare. Utile è, quindi, che prenda nota di quello che emerge su un diario in modo da parlarne con il terapeuta nella seduta successiva (Zaccagnino, 2017).

### 3.2.8. Fase 8: rivalutazione

Nella terapia EMDR questa fase è molto importante sia per il terapeuta che per il paziente (Balbo, 2017). Prima di procedere con la seduta successiva, è, infatti, necessario rivalutare i livelli di VOC e SUD relativi alla seduta precedente e, se la SUD continua ad essere 0 e la VOC 7, si può affermare che il paziente abbia raggiunto la piena elaborazione del ricordo trattato (*Ibidem*).

Inoltre, in questa fase si valutano eventuali nuovi elementi emersi e annotati dal paziente, nonché i progressi riscontrati, i quali devono essere rinforzati e aggiunti nella "pinacoteca delle risorse" (*Ibidem*; Zaccagnino, 2017).

### 3.2.9. La prevenzione delle ricadute

Il paziente DCA, anche quando ha raggiunto con successo gli obiettivi della terapia, rimane fortemente a rischio di ricaduta. Fondamentale è, quindi, includere nel lavoro terapeutico un tempo mirato a stabilizzare i risultati ottenuti ed a prevenire le eventuali ricadute. Si tratta di una forma preventiva, il cui obiettivo è quello di aiutare il paziente: a prendere consapevolezza del rischio di ricadute; a vedere il terapeuta come una base sicura, da cui tornare e con cui recuperare il successo raggiunto; a sapere che, in periodi di forti stress, i pensieri negativi rispetto al cibo e al corpo possono riemergere e, dunque, è necessario che recuperi le informazioni apprese durante la fase psicoeducativa, al fine di rinforzarle ulteriormente; a distinguere una scivolata da una ricaduta, in quanto la prima si riferisce ad un momento di crisi, che può verificarsi attraverso un'abbuffata, mentre la seconda è un tornare indietro. Conoscere tale differenza, oltre che la presenza del pensiero dicotomico ("tutto o nulla"), consente al paziente di gestire, in maniera più adeguata, gli

eventuali sentimenti negativi che emergerebbero in seguito ad una scivolata e, quindi, di evitare il rischio di una ricaduta (ritraumatizzazione).

Oltre a tutto questo, per prevenire il rischio ricadute, risulta di fondamentale importanza il lavoro sul Futuro; esso, infatti, mette il cervello nella condizione di allenare la sua innata capacità di problem solving. Tale protocollo consiste nel chiedere al paziente di individuare le situazioni temute e di costruire un modello di gestione di ricadute (situazioni desiderate) il quale, insieme alle situazioni temute, verrà elaborato con l'EMDR. In questo modo le situazioni desiderate verranno rafforzate e trasformate in risorsa e le situazioni temute verranno elaborate mediante il modello del futuro, il quale permetterà a tutte le risorse e tecniche di autocontrollo, apprese nella fase educativa, di rinforzarsi ulteriormente (Balbo, 2017).

## CONCLUSIONE

Alla luce di quanto detto, è possibile affermare che la Bulimia Nervosa può avere un'origine traumatica. Partendo, infatti, nel primo capitolo, da un inquadramento nosografico della Bulimia, si è potuto riscontrare come essa sia una patologia molto complessa, il cui esordio, oltre a verificarsi spesso in comorbidità con altri disturbi psichiatrici e di personalità (in particolare, il disturbo borderline di personalità) è legato al coinvolgimento di molteplici fattori, tra cui rivestono una notevole importanza non solo i fattori di rischio biologici, psicologici ed ambientali, ma anche gli eventi di vita traumatici e relazionali.

È stato visto come le stesse Linee guida internazionali e il DSM-5 riconoscano l'impatto che gli eventi di vita difficili e i traumi relazionali possono avere all'origine dei disturbi alimentari (Zaccagnino, 2017). Studi neurobiologici hanno dimostrato che un aspetto comune tra la BN e il PTSD è proprio la compromissione, in seguito all'esposizione ad eventi traumatici e stressanti, del "circuito del controllo inibitorio" (composto dalla corteccia pre-frontale) e del "circuito della ricompensa" (composto dalla corteccia pre-frontale, cingolata e dall'insula), 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 i soggetti più vulnerabili ad adottare comportamenti disfunzionali di modulazione delle emozioni, come l'abbuffata, aumentando il rischio dell'instaurarsi di un pericoloso circolo vizioso (Balbo, 2017; Dalla Grave, 2017; La Rosa & Onofri, 2017; Zaccagnino, 2017).

Tuttavia, non bisogna cadere nell'errore di una "causalità diretta"; sebbene gli studi condotti nel campo dei DCA abbiano riscontrato esperienze di abuso sessuale, emotivo e/o fisico in una percentuale piuttosto consistente di soggetti con BN, altre variabili, quali caratteristiche oggettive dell'evento, variabili relative al soggetto, sintomi dissociativi, ambiente familiare invalidante, rischio di rivittimizzazione ed immagine corporea negativa, possono mediare tale relazione, rendendo gli individui con una vulnerabilità di base più a rischio di sviluppare la BN, la quale rappresenterebbe una forma di supporto, senza la quale alcuni soggetti si sentirebbero vuoti e minacciati da ricordi ed emozioni dolorose (Vanderlinden & Vandereycken, 1998; Balbo, 2017).

Nel secondo capitolo, si è potuto riscontrare come per il modello dell'AIP, proprio dell'EMDR, i soggetti ricorrono a strategie di difesa primitive, quali condotte alimentari disfunzionali e condotte compensatorie, al fine di far fronte ad emozioni e ricordi soverchianti legati al passato. Secondo l'ottica EMDR, il cibo diventa qualcosa di più di un semplice oggetto da mangiare; esso si trasforma in nutrimento, legame, aiuto, contenimento, dissociazione, ma anche in castigo. In tale prospettiva, i sintomi alimentari assumono più funzioni e sono una conseguenza più che la causa del disturbo. Secondo tale modello, infatti, le "cause" della sintomatologia alimentare sono da ricercare nelle passate esperienze traumatiche non elaborate (Carretti & Craparo, 2008; Mosquera & González, 2016; Settanta, 2016). Data l'importanza che gli eventi traumatici rivestono nello sviluppo della BN, diviene importante affrontarla mediante un approccio che tenga conto e riesca ad intervenire sulle origine traumatiche di tale disturbo (Ruocco, Agostini, Bertuzzi *et al.*, 2015).

Nel terzo capitolo, è stato osservato come l'EMDR sia un trattamento psicoterapeutico che attraverso l'utilizzo di specifiche modalità di stimolazione bilaterale e di un lavoro sul passato, sul presente e sul futuro, consenta di riorganizzare le memorie sottostanti al disturbo alimentare, di attenuare i sintomi e di attivare modalità di coping adeguate per gestire il disturbo e prevenire le ricadute (Shapiro, 2000; Balbo, 2017; Zaccagnino, 2017).

Ad oggi la sua applicazione nel trattamento dei DCA sembra promettente, soprattutto nei casi in cui il comportamento alimentare bulimico sia chiaramente legato ad esperienze traumatiche ed alle convinzioni negative derivanti da tali esperienze. Infatti, sebbene la ricerca sulla sua efficacia nel trattamento dei DCA sia agli inizi e sia prevalentemente supportata da studi su casi singoli, tale modello di intervento permette di intervenire là dove le terapie comportamentali ed interpersonali non prestano primaria attenzione.

Tra i suoi punti di forza vi è il fatto che permette di riflettere sull'importanza che gli eventi di vita traumatici e gli schemi emotivi (convinzioni negative) hanno all'origine dei sintomi. Inoltre, tale approccio, contrariamente al lavoro psicoterapeutico comportamentista, che si focalizza solo sul presente e sulla gestione dei sintomi, e a quello psicodinamico classico, che si focalizza solo sul passato e sulle origini traumatiche del

disturbo, pone estrema attenzione alla necessità di bilanciare il lavoro sul trauma con il lavoro di stabilizzazione, di costruzione di competenza e di preparazione del paziente. Relativamente a questo, un aspetto che si è frequentemente riscontrato nel lavoro terapeutico con le pazienti con BN è che queste, presentando deficit metacognitivi e di regolazione emotiva, sono spesso ambivalenti rispetto alla loro volontà di cambiamento; per cui risulta essenziale, prima di avviare un lavoro sul trauma, guardare *in primis* alla persona, instaurando con questa una relazione terapeutica fondata sulla fiducia, al fine di fornire quelle risorse, personali e sociali, necessarie per poter lavorare sul trauma.

Un rischio che spesso si riscontra nella valutazione dell'approccio EMDR è quello di ritenere quest'ultimo solo come un lavoro focalizzato sui ricordi traumatici; esso, invece, è un approccio terapeutico che, si tiene conto della storia di vita del paziente, ma guarda alla persona da una prospettiva globale (Zaccagnino, 2017). Nel caso specifico della BN, tiene conto della storia di vita del paziente, della storia del disturbo alimentare, dei sintomi attuali e dello sviluppo di future competenze al fine di prevenire le ricadute. L'EMDR, quindi, non guarda solamente al passato, ma anche al presente e al futuro.

Il suo approccio consiste in un protocollo strutturato integrato su tre versanti (passato, presente e futuro), la cui chiarezza consente una sua applicazione all'interno di diverse cornici teoriche e modelli terapeutici. Un grande vantaggio dell'EDMR è, infatti, la sua versatilità e il suo configurarsi come un meta-modello integrabile nella maggior parte degli approcci psicoterapeutici.

Tuttavia, tale approccio non è esente da limiti; una delle principali critiche che gli viene rivolta è la sua scarsa chiarezza rispetto ai meccanismi d'azione del cambiamento (Giannantonio, 2009). Le ipotesi teoriche alla base del funzionamento dell'EMDR sono, infatti, da approfondire: pur nascendo all'interno della cornice della terapia cognitivo-comportamentale, l'EMDR sembra poggiare le sue fondamenta su più modelli teorici (come la teoria dell'attaccamento, la teoria psicodinamica ecc.), senza operare una chiara integrazione tra di essi. Non sembra, quindi, fondato su una chiara e forte teoria della personalità e dello sviluppo, motivo per cui a volte viene visto più come strategia terapeutica che come modello teorico e di intervento.

Un altro limite di tale approccio è che, sebbene tenga conto delle dinamiche familiari del passato, pone scarsa attenzione alle dinamiche familiari attuali. Per ovviare a questo problema, Zaccagnino (2017/ in press) ha elaborato un protocollo di lavoro sulla genitorialità per i bambini in età prescolare; tuttavia, tale coinvolgimento familiare non dovrebbe riguardare solo questa fascia d'età, ma risulterebbe necessario avviare un lavoro attivo con i genitori anche nel caso in cui i ragazzi, ma soprattutto le ragazze, si trovino nella fascia pre-adolescenziale e adolescenziale. È, infatti, questo il periodo di maggior rischio per una sintomatologia alimentare e quest'ultima potrebbe rappresentare, in accordo con la teoria dell'attaccamento, con gli studi della Bruch, della Selvini Palazzoli e di Minuchin, un tentativo di separarsi/differenziarsi dalla propria famiglia, esito di un deficit di regolazione e di una mancanza di competenza sociale e, allo stesso tempo, un modo per richiamare l'attenzione e per chiedere aiuto (Attili, 2007; Gambini, 2007).

Alla luce di questi limiti, ci sembra evidente che nel campo dell'EMDR ancora molto può e deve essere fatto, nonostante i suoi già riconosciuti successi: nel 2003 è stato riconosciuto come metodo *evidence-based* per il trattamento dei disturbi traumatici dal nostro Ministero della Salute e nel 2013 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) lo ha riconosciuto come trattamento efficace per la cura del trauma e dei disturbi ad esso correlati ([www.emdr.it](http://www.emdr.it)).

Rispetto al presente lavoro, posso affermare, a conclusione del mio elaborato, che gli obiettivi che mi sono preposta all'inizio della stesura sono stati sostanzialmente raggiunti. Nel primo capitolo ho, infatti, avuto modo, avvalendomi delle principali rassegne presenti in letteratura, di approfondire il ruolo del trauma nell'insorgenza e nel mantenimento della BN; nel secondo capitolo, adottando come modello teorico di riferimento il modello dell'AIP, ho avuto modo di indagare, sulla base dei dati disponibili in letteratura, la visione della BN da parte di tale approccio; infine, nel terzo capitolo, adottando come modello di trattamento l'EMDR, ho avuto modo di approfondire le sue modalità di lavoro con questi pazienti e di analizzare nel dettaglio il suo protocollo, elaborato specificatamente per i pazienti DCA.

Data la recente applicazione dell'EMDR al trattamento dei disturbi alimentari, un punto di forza di questo elaborato è la novità dell'argomento. Tuttavia, vista ancora la

scarsa letteratura in merito e soprattutto la mancanza di un modello teorico "forte" di riferimento, un limite di questa tesi è relativo alla difficoltà incontrata nell'analizzare la concettualizzazione della BN da parte dell'EMDR, evidenziandone gli aspetti salienti e le divergenze rispetto ad altri approcci. Essendo la ricerca su queste tematiche in corso di strutturazione, ciò rappresenta per me una spinta per un futuro approfondimento nel corso della mia formazione professionale e personale.

## BIBLIOGRAFIA

- Ackard, D. M., & Neumark-Sztainer, D. (2002). Date violence and date rape among adolescents: associations with disordered eating behaviors 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 behavior 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.
- Ammaniti, M. (a cura di) (2002). *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ammaniti, M. (a cura di) (2010). *Psicopatologia dello sviluppo: Modelli teorici e percorsi a rischio*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Aquilar, F., Del Castello, E., & Esposito, R. (2005). *Psicoterapia dell'anoressia e della bulimia*. Milano: Franco Angeli.
- Attili, G. (2007). *Attaccamento e costruzione evoluzionistica della mente: Normalità, patologia, terapia*. 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.
- Balbo, M., Zaccagnino, M., Cussino, M., & Civilotti, C. (2017). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and Eating Disorders: A systematic review. *Clinical Neuropsychiatry*, 14(5), 321–329.
- Baley, C. A., & Gibbons, S. J. (1989). Physical victimization and bulimic-like symptoms: is there a relationship? *Deviant Behavior*, 10, 335–352.
- Barth, D. F. (2015). Alexithymia, Affect Regulation, and Binge Drinking in College Students. *Journal of College Student Psychotherapy*, 29, 132–146.
- Becciu, M., & Colasanti, A. R. (2016). *Prevenzione e salute mentale: Manuale di psicologia preventiva*. Milano: Franco Angeli.
- Becciu, M., & Colasanti, A.R. (2012). *Troppo, poco o abbastanza? Alimentarsi in adolescenza*. Milano: Edizione San Paolo s.r.l.
- Beckman, K.A., & Burns, G. L. (1990). Relation of sexual abuse and bulimia in college women. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 487-492.
- Bevere, F., Borello, S., Brambilla, F., Dalle Grave, R., De Lorenzo, A., Di Fiandra, T., Donini, L. M., Fabbri, A., Faravelli, C., Fava, 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. *Quaderni del Ministero della Salute*, 17/22.
- Bloomgarden, A., & Calogero, R. M. (2008). A Randomized Experimental Test of the Efficacy of EMDR Treatment on Negative Body Image in Eating Disorder Inpatients.

*Eating Disorders*, 16, 418–427.

- Breedlove, S. M., Rosenzweig, M. R., & Watson, N. V. (2009). *Psicologia biologica: Introduzione alle neuroscienze comportamentali, cognitive e cliniche*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Brewerton, T. D. (2007). Eating Disorders, Trauma, and Comorbidity: Focus on PTSD. *Eating Disorders*, 15, 285–304.
- Brewerton, T.D. (2015). Stress, trauma, and adversity as risk factors in the development of eating disorders. In Smolak, L. & Levine, M.P. (Eds.). *Wiley Handbook of Eating Disorders* (p. 445-460). New York: Guilford.
- Briere, J., & Scott, C. (2007). Assessment of Trauma Symptoms in Eating-Disordered Populations. *Eating Disorders*, 15(4), 347–358.
- Bruch, H. (1983). *La gabbia d'oro: l'enigma dell'anoressia mentale*. Milano: Feltrinelli.
- Bruch, H. (1994). *Patologia del comportamento alimentare: obesità, anoressia mentale e personalità*. Milano: Feltrinelli.
- Bulik, C. M., Klump, K. L., Thornton, L., Kaplan, A.S., Devlin, B., Fichter, M.M., Halmi, K.A., Strober, M., Woodside, D.B., Crow, S., Mitchell, J.E., Rotondo, A., Mauri, M., Cassano, G.B., Keel, P.K., Berrettini, W.H., & Kaye, W.H. (2004). Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: a multicenter study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(7), 1000–1006.
- Calam, R. M., & Slade, P. D. (1989). Sexual experiences and eating problems in female undergraduates. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 391–397.
- Carano, A., De Berardis, D., Gambi, F., Di Paolo, C., Campanella, D., Pelusi, L., Sepede, G., Mancini, E., La Rovere, R., Salini, G., Cotellessa, C., Salerno, R. M., & Ferro, F. M. (2006). Alexithymia and Body Image in Adult Outpatients with Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 332–340.
- Caretti, V., & Craparo, G. (a cura di) (2008). *Trauma e Psicopatologia: Un approccio evolutivo-relazionale*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.
- Caretti, V., Craparo, G., Ragonese, N., & Schimmenti, A. (2005). Disregolazione affettiva, trauma e dissociazione in un gruppo non clinico di adolescenti. Una prospettiva evolutiva. *Infanzia & Adolescenza*, 4(3), 170–178.
- Castaldo, E., Scognamiglio, P., & Monteleone, P. (2009). Regolazione del comportamento alimentare e correlati biochimici dell'anoressia e bulimia nervosa. *Nóos*, 1, 21–41.
- 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.
- Claes, L., Nederkoorn, C., Vandereycken, W., Guerrieri, R., & Vertommen, H. (2006). Impulsiveness and lack of inhibitory control in eating disorders. *Eating Behaviors*, 7, 196–203.
- Cotugno, A., & Sapuppo, W. (2012). Rotture e riparazioni dell'Alleanza Terapeutica e Cicli Cognitivo-Interpersonali nei Disturbi del Comportamento Alimentare: aspetti clinici e impasse nel trattamento. *Cognitivismo Clinico*, 9(1), 41–52.

- 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*.
- Dalla Ragione, L., & Mencarelli, S. (2012). *L'inganno dello specchio: Immagine corporea e disturbi del comportamento alimentare in adolescenza*. Milano: Franco Angeli.
- 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.
- Dalle Grave, R., Sartirana, M., Camporese, L., Marchi, I., & Calugi, S. (2007). Terapia cognitivo-comportamentale multi-step per i disturbi dell'alimentazione: basi teoriche e aspetti pratici. *Cognitivismo Clinico*, 4(1), 54–71.
- De Giacomo, P., Renna, C., & Santoni Rugiu, A. (2005). *Manuale sui Disturbi dell'Alimentazione: Anoressia, bulimia, disturbo da alimentazione incontrollata*. Milano: Franco Angeli.
- De Luca, M. L. (2003). Ritrovare il senso perduto: Puntualizzazione clinica secondo l'approccio relazionale. *Ricerca di senso*, 1(1), 63–79.
- De Luca, M. L. (2014). Dal lutto traumatico alla crescita post-traumatica nella prospettiva di Viktor Frankl. *Ricerca di senso*, 12(1), 75–113.
- Doyle, A. C., le Grange, D., Goldschmidt, A., & Wilfley, D. E. (2007). Psychosocial and Physical Impairment in Overweight Adolescents at High Risk for Eating Disorders. *Obesity*, 15(1), 145–154.
- Dworkin, M. (2010). *La relazione terapeutica nel trattamento EMDR*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Dziegielewski, S. F., & Wolf, P. (2000). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) as a Time-Limited Treatment Intervention for Body Image Disturbance and Self-Esteem: A Single Subject Case Study Design. *Journal of Psychotherapy in Independent Practice*, 1(3), 1–16.
- Fabbro, N., Armatura, C., Campostrini, V., Lecchi, S., & Piccardi, M. (2010). Stili d'attaccamento e relazioni interpersonali in un campione femminile con disturbi alimentari. *Cognitivismo Clinico*, 7(1), 36–61.
- Fassino, S., Piero, A., Tomba, E., & Abbate-Daga, G. (2009). Factors associated with the dropout from treatment for eating disorders: A comprehensive literature review. *BMC Psychiatry*, 9(67), 1–9.
- Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2010). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: Implications for healthcare. *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*, 77–87.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study". *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.

- Forcano, L., Fernández-Aranda, F., Alvarez-Moya, E., Bulik, C., Granero, R., Gratacòs, M., Jiménez-Murcia, S., Krug, I., Mercader, J.M., Riesco, N., Saus, E., Santamaria, J.J., & Estivill, X. (2009). Suicidal attempts in bulimia nervosa: Personality and psychopathological correlates. *European Psychiatry, 24*, 91-97.
- Gambini, P. (2006). *Introduzione alla psicologia: Volume secondo: i processi cognitivi*. Milano: Franco Angeli.
- Gambini, P. (2007). *Psicologia della famiglia: La prospettiva sistemico-relazionale*. Milano: Franco Angeli.
- Garner, D. M., & Dalle Grave, R. (1999). *Terapia cognitivo-comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. Verona: Positive Press.
- Gatti, E. (2012). "Specchio, specchio delle mie brame...": *L'immagine corporea in adolescenza: percorsi di ricerca e intervento*. Milano: Vita e Pensiero.
- Giannantonio, M. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (E.M.D.R.) e psicoterapia del Disturbo Post-Traumatico da Stress: considerazioni critiche e linee di tendenza. *Rivista di psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, 1*, 5-23.
- Giannantonio, M. (2009). *Psicotraumatologia: Fondamenti e strumenti operativi*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Giannantonio, M., & Lenzi, S. (2009). *Il disturbo di panico: Psicoterapia cognitiva, ipnosi e EMDR*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Godart, N. T., Perdereau, F., Rein, Z., Berthoz, S., Wallier, J., Jeammet, P., & Flament, M. F. (2007). Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature. *Journal of Affective Disorders, 97*, 37-49.
- Groleau, P., Joobar, R., Israel, M., Zeramdini, N., DeGuzman, R., & Steiger, H. (2014). Methylation of the dopamine D2 receptor (DRD2) gene promoter in women with a bulimia-spectrum disorder: Associations with borderline personality disorder and exposure to childhood abuse. *Journal of Psychiatric Research, 48*, 121-127.
- 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.
- Halvgaard, K. (2015). Single Case Study: Does EMDR Psychotherapy Work on Emotional Eating? *Journal of EMDR Practice and Research, 9*(4), 188-197.
- Hayaki, J., Friedman, M. A., & Brownell, K. D. (2002). Shame and severity of bulimic symptoms. *Eating Behaviors, 3*, 73-83.
- Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 34*(4), 383-396.
- Hudson, J. I., Chase, E. A., & Harrison, G. P. (1998). Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Eating Disorders: Caution against premature acceptance. *International Journal of Eating Disorders, 23*(1), 1-5.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry Journal, 61*(3), 348-358.

- Jaffa, T., & McDermott, B. (a cura di) (2009). *I disturbi alimentari nei bambini e negli adolescenti*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Keel, P. K., & Klump, K. L. (2003). Are Eating Disorders Culture-Bound Syndromes? Implications for Conceptualizing Their Etiology. *Psychological Bulletin*, *129*(5), 747–769.
- Kent, A., & Waller, G. (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical psychology Review*, *20*, 887–903.
- Kent, A., Waller, G., & Dagnan, D. (1999). A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: the role of mediating variables. *International Journal of Eating Disorders*, *25*, 159–167.
- Kinzl, J. F., Traweger, C., Guenther, V., & Biebl, W. (1994). Family background and sexual abuse associated with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, *151*, 1127–1131.
- La Marra, M., Sapuppo, W., & Caviglia, G. (2009). Dissociazione e alessitimia in un campione di pazienti con disturbo del comportamento alimentare. *Ricerca in Psicoterapia*, *12*(1-2), 6-20.
- 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.
- Lavander, J. M., Wonderlich, S. A., Peterson, C. B., Crosby, R. D., Engel, S. G., Mitchell, J. E., Crow, S. J., Smith, T. L., Klein, M. H., Goldschmidt, A. B., & Berg, K. C. (2014). Dimensions of emotion dysregulation in bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, *22*(3), 212–216.
- Lavander, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H., & Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of Emotion Dysregulation in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Conceptual Review of the Empirical Literature. *Clinical Psychology Review*, *40*, 1-31.
- Lieberman, A. F., Compton, N. C., Van Horn, P., & Ghosh Ippen, C. (2007). *Il lutto infantile: La perdita di un genitore nei primi anni di vita*. Bologna: Il Mulino.
- 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.
- Liotti, G., & Monticelli, F. (a cura di) (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico: Il manuale AIMIT*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Liotti, G., & Monticelli, F. (a cura di) (2014). *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica: Una prospettiva cognitivo-evoluzionista*. 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.

- Mahon, J. (2000). Dropping out from psychological treatment for eating disorders: What are the issues? *European Eating Disorders Review*, 8(3), 198–216.
- Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2010). Shame as a Traumatic Memory. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 299–312.
- McLean, L. M., Toner, B., Jackson, J., Desrocher, M., & Stuckless, N. (2006). The relationship between Childhood Sexual Abuse, Complex Post-Traumatic Stress Disorder and Alexithymia in Two Outpatient Samples Examination of Women Treated in Community and Institutional Clinics. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 15(3), 1–17.
- McShane, J.M., & Zirkel, S. (2008). Dissociation in the Binge/Purge Cycle of Bulimia Nervosa. *The Journal of Trauma and Dissociation*, 9(4), 463–481.
- 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.
- 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.
- Michopoulos, V., Powers, A., Moore, C., Villarreal, S., Ressler, K. J., & Bradley, B. (2015). The mediating role of emotion dysregulation and depression on the relationship between childhood trauma exposure and emotional eating. *Appetite*, 91, 129–136.
- Monteleone, A. M., Monteleone, P., Serino, I., Scognamiglio, P., Di Genio, M., & Maj, M. (2014). Childhood Trauma and Cortisol Awakening Response in Symptomatic Patients with Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 615–621.
- Mosquera, D., & González, A. (2016). *EMDR e Disturbo Borderline di personalità*. Firenze: Giunti O.S.
- 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.
- Nobakht, M., & Dezhkam, M. (2000). An epidemiological study of eating disorders in Iran. *International Journal of Eating Disorders*, 28(3), 265–271.
- Omaha, J. (2000). Treatment of Bulimia and Binge Eating Disorder using the chemotion/EMDR protocol.
- Oppenheimer, R., Howells, K., Palmer, R. L., & Chaloner, D. (1985). Adverse sexual experience in childhood and clinical eating disorders: a preliminary description. *Journal Psychiatric Research*, 19, 357–361.
- Pike, K. M., & Mizushima, H. (2005). The clinical presentation of Japanese women with anorexia nervosa and bulimia nervosa: A study of Eating Disorders Inventory-2.

*International Journal of Eating Disorders*, 37(1), 26–31.

- Pinna, F., Sanna, L., & Carpiniello, B. (2015). Alexithymia in eating disorders: therapeutic implications. *Psychology Research and Behavior Management*, 8, 1–15.
- Prelezo, J. M., & Garcia, J. M. (2007). *Invito alla ricerca: metodologia e tecniche del lavoro scientifico*. Roma: LAS.
- Prestano, C., Cicero, V., Gullo, S., Alcuri, G., Lo Coco, G., & Carcione, A. (2009). Le funzioni metacognitive nei pazienti con disturbo del comportamento alimentare. Uno studio sul trattamento di gruppo psicodinamico. *Ricerca in Psicoterapia*, 12(1-2), 37-54.
- Puliatti, M. (2017). *La Psicotraumatologia nella pratica clinica: Interventi di stabilizzazione con adulti, bambini e adolescenti*. Milano: MIMESIS EDIZIONI SRL.
- Putnam, R. D. (2001). Social Capital: Measurement and Consequences. *Canadian Journal of Policy*, 2, 41–51.
- Racine, S. E., & Wildes, J. E. (2014). Emotion Dysregulation and Anorexia Nervosa: An Exploration of the Role of Childhood Abuse. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 55–58.
- 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.
- Ro, O., Martinsen, E. W., Hoffart, A., Sexton, H., & Rosenvinge, J. H. (2005). The Interaction of Personality Disorders and Eating Disorders: A Two-Year Prospective Study of Patients with Longstanding Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 106–111.
- Root, M. P., & Fallon, P. (1988). The incidence of victimization experiences in a bulimic sample. *Journal Interpersonal Violence*, 3, 161–173.
- 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., Luzi, 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.
- Russo, M., D'Angerio, S., Carcione, A., & Dimaggio, G. (2009). Disfunzioni metacognitive nel disturbo del comportamento alimentare: uno studio di caso singolo. *Cognitivismo Clinico*, 6(2), 178–195.
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Chen, E. Y. (2011). *Binge eating e bulimia: Trattamento dialettico-comportamentale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- 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. (2000). *EMDR: Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti*

*oculari*. Milano: McGraw-Hill.

- Shapiro, F. (2014). The Role of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy in Medicine: Addressing the Psychological and Physical Symptoms Stemming from Adverse Life Experiences. *Permanente Journal*, 18(1), 71–77.
- Shapiro, F., & Silk Forrest, M. (1998). *EMDR. Una terapia innovativa per l'ansia, lo stress e i disturbi di origine traumatica*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.
- Shapiro, F., Kaslow, F. W., & Maxfield, L. (a cura di) (2011). *Manuale di EMDR e terapia familiare*. Milano: Edizioni Ferrari Sinibaldi.
- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: a meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*, 47(4), 637–645.
- Siegel, D. J. (2001). *La mente relazionale: neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Simonetta, E. (a cura di) (2010). *Esperienze traumatiche di vita in età evolutiva: EMDR come terapia*. Milano: Franco Angeli.
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Rep*, 14(406-414).
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current Opinion Psychiatry*, 26(6), 543–548.
- Smolak, L., Levine, M., & Sullins, E. (1990). Are child sexual experiences related to eating-disorder attitudes and behaviors in a college sample ? *International Journal of Eating Disorders*, 9, 167–178.
- Steiger, H., Richardson, J., Schmitz, N., Israel, M., Bruce, K. R., & Gauvin, L. (2010). Trait-Defined Eating-Disorder Subtypes and History of Childhood Abuse. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 428–432.
- Swinbourne, J. M., & Touyz, S. W. (2007). The Comorbidity of Eating Disorders and Anxiety Disorders: A Review. *European Eating Disorders Review*, 15, 253–274.
- Tasca, G., Ritchie, K., Demidenko, N., Balfour, L., Krysan, V., Weekes, K., Barber, A., Bissada, H. (2013). Matching women with binge eating disorder to group treatment based on attachment anxiety: Outcomes and moderating effects". *Psychotherapy Research*, 23, 301–314.
- Taylor, G. J., Bagby, M., & Parker, J. D. (2000). *I disturbi della regolazione affettiva. L'alestitimia nelle malattie mediche e psichiatriche*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Treasure, J., Sepulveda, A. R., MacDonald, P., Whitaker, W., Lopez, C., Zabala, M., Kyriacou, O., & Todd, G. (2008). Interpersonal maintaining factors in eating disorder: Skill sharing interventions for carers. *International Journal of Child and Adolescent Health*, 1(4), 331–338.
- Tronick, E. (2008). *Regolazione emotiva nello sviluppo e nel processo terapeutico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Vanderlinden, J., & Vandereycken, W. (1998). *Le origini traumatiche dei disturbi alimentari*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.
- Vanderlinden, J., Norré Jan, & Vandereycken, W. (1995). *La Bulimia Nervosa: Guida*

*pratica al trattamento*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.

- Waller, G. (1991). Sexual abuse as a factor in eating disorders. *Br J Psychiatry*, *159*, 664–671.
- Waller, G. (1992). Sexual Abuse and Bulimic Symptoms in Eating Disorders: Do Family Interaction and Self-Esteem Explain the Links? *International Journal of Eating Disorders*, *12*(3), 235–240.
- 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. *Br J Psychiatry*, *169*(4), 451–458.
- Williams, R. (a cura di) (2009). *Trauma e relazioni: Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- 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. (2017/in press). Working with Pareting Issues with EMDR Therapy: The Pareting Protocol, in Luber, M. (Eds). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Scripted Protocols and Summary Sheets: Treating trauma, anxiety, and mood-related conditions*. New York: Springer.

## SITOGRAFIA

- EMDR - Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. Disponibile da <http://emdr.it>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2017). *Eating disorders: recognition and treatment. NICE guideline*. Disponibile da <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
- Settanta, C. (2016). *Emdr e disturbi dell'alimentazione. Tra passato, presente e futuro (2015) di Marina Balbo: Recensione*. Disponibile da <http://www.stateofmind.it/2016/06/emdr-disturbi-dellalimentazione-recensione/>
- 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/emdr-in-anorexia-nervosa-from-a-theoretical-framework-to-the-treatment-guidelines>

## INDICE

<b>INTRODUZIONE</b> .....	1
<b>CAPITOLO 1. LA BULIMIA NERVOSA E LE SUE ORIGINI TRAUMATICHE</b> .....	4
<b>1.1. Inquadramento nosografico della Bulimia Nervosa</b> .....	4
<i>1.1.1. Classificazione e diagnosi secondo il DSM-5</i> .....	4
<i>1.1.2. Dati epidemiologici</i> .....	6
<i>1.1.3. Sviluppo e decorso</i> .....	8
<i>1.1.4. Comorbilità</i> .....	11
<i>1.1.5. Eziopatogenesi</i> .....	12
1.1.5.1. Fattori predisponenti .....	13
1.1.5.2. Fattori precipitanti .....	18
1.1.5.3. Fattori perpetuanti.....	22
<b>1.2. Traumi precoci e Bulimia Nervosa: quale relazione?</b> .....	25
<i>1.2.1. Il ruolo del trauma nella genesi della Bulimia Nervosa</i> .....	25
<i>1.2.2. Studi correlazionali</i> .....	27
1.2.2.1. Studi su campione clinico .....	28
1.2.2.2. Studi epidemiologici .....	31
<i>1.2.3. I fattori di mediazione tra Trauma e Bulimia</i> .....	33
1.2.3.1. Caratteristiche oggettive dell'evento .....	33
1.2.3.2. Variabili relative al soggetto.....	34
1.2.3.3. Sintomi dissociativi .....	37
1.2.3.4. Ambiente familiare invalidante .....	39
1.2.3.5. Rischio di ri-traumatizzazione .....	40
1.2.3.6. Immagine corporea negativa.....	41
<b>CAPITOLO 2. L'EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (EMDR) E LA BULIMIA NERVOSA: UNA CONCETTUALIZZAZIONE TEORICA</b> .....	43

<b>2.1 L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)</b> .....	43
2.1.1. <i>Nascita e sviluppo dell'EMDR</i> .....	44
2.1.2. <i>Il modello dell'Elaborazione Adattiva dell'Informazione</i> .....	46
2.1.3. <i>Il protocollo EMDR</i> .....	47
2.1.4. <i>Campi di applicazione dell'EMDR</i> .....	56
<b>2.2. La Bulimia Nervosa nell'ottica dell'EMDR</b> .....	57
2.2.1. <i>Deficit metacognitivi e di regolazione affettiva post-traumatica</i> .....	59
2.2.2. <i>La Bulimia come strategia di coping disfunzionale</i> .....	62
2.2.2.1. <i>La preoccupazione circa il peso, il cibo e le forme del corpo</i> .....	63
2.2.2.2. <i>Il fenomeno del binge eating</i> .....	64
2.2.2.3. <i>Il fenomeno del purging</i> .....	66
2.2.3. <i>Il ruolo delle memorie traumatiche nel mantenimento dei sintomi alimentari</i> .....	67
<b>CAPITOLO 3. IL TRATTAMENTO EMDR NELLA CURA DELLA BULIMIA NERVOSA</b> .....	69
<b>3.1. Il trattamento EMDR per la Bulimia Nervosa</b> .....	69
3.1.1. <i>Il contributo dell'EMDR nella cura della Bulimia</i> .....	70
3.1.2. <i>Prerequisiti di partecipazione</i> .....	72
3.1.3. <i>Obiettivi: presente, passato, futuro</i> .....	74
3.1.4. <i>La relazione terapeutica</i> .....	76
3.1.4.1. <i>L'importanza della terapia come luogo sicuro</i> .....	78
3.1.4.2. <i>La prevenzione del drop-out terapeutico</i> .....	80
<b>3.2. Il protocollo EMDR per il trattamento della Bulimia Nervosa: 8 fasi</b> .....	82
3.2.1. <i>Fase 1: anamnesi e raccolta della storia del paziente</i> .....	83
3.2.2. <i>Fase 2: preparazione del paziente</i> .....	86
3.2.3. <i>Fase 3: assessment</i> .....	91
3.2.4. <i>Fase 4: desensibilizzazione</i> .....	92
3.2.5. <i>Fase 5: installazione</i> .....	93
3.2.6. <i>Fase 6: scansione corporea</i> .....	94
3.2.7. <i>Fase 7: chiusura</i> .....	94
3.2.8. <i>Fase 8: rivalutazione</i> .....	95

<i>3.2.9. La prevenzione delle ricadute</i> .....	95
<b>CONCLUSIONE</b> .....	97
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	102
<b>SITOGRAFIA</b> .....	111
<b>INDICE</b> .....	112