

UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

Dipartimento di Scienze Umane e Sociali
Corso di Laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche



ANNO ACCADEMICO 2021/22

TESI DI LAUREA

I Disturbi del Comportamento Alimentare: struttura di personalità e trauma come fattori di vulnerabilità.

DOCENTE relatore: Prof.ssa Stefania Cristofanelli

LAUREANDA

Dorotea Canetti

19D03137

Indice

Introduzione

Capitolo 1: I Disturbi del Comportamento Alimentare

1.1 Anoressia Nervosa

1.1.1 Criteri Diagnostici DSM-5

1.1.2 Criteri Diagnostici ICD-10

1.2 Bulimia Nervosa

1.2.1 Criteri Diagnostici DSM-5

1.2.2 Criteri Diagnostici ICD-10

1.3 Disturbo da *Binge-Eating*

1.3.1 Criteri Diagnostici DSM-5

1.3.2 Criteri Diagnostici ICD-11.

1.4 Comprensione sistemica

1.5 Aspetti Epidemiologici

Capitolo 2: Personalità e Disturbi del Comportamento Alimentare

2.1 Comprensione psicodinamica dei DCA

2.1.1 Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM)

2.2 Struttura di personalità

2.2.1 Livello nevrotico

2.2.2 Disturbo della strutturazione del Sé

2.2.3 Livello borderline

2.3 Sottotipi di personalità: gli studi di Drew Westen

2.3.1 Gruppo ad alto funzionamento/perfezionista

2.3.2 Gruppo coartato/ipercontrollato

2.3.3 Gruppo disregolato emotivamente/con mancanza di controllo

Capitolo 3: Trauma: un fattore di vulnerabilità.

3.1 Il trauma

3.1.1 Abuso fisico e/o sessuale

3.2 Dissociazione

3.3 Un caso clinico: Laura

3.3.1 Metodi e strumenti di valutazione

3.3.1.1 *Eating Disorder Inventory (EDI)*

3.3.1.2 *Symptom Checklist 90 (SCL-90)*

3.3.1.3 *Childhood Unwanted Sexual Events (CHUSE)*

3.3.1.4 *Traumatic Experiences Questionnaire (TEQ)*

3.3.2 Descrizione del caso clinico

3.4 Trauma e Disturbi del Comportamento Alimentare: uno sguardo alla letteratura scientifica

3.4.1 “*Relationship between Trauma History and Eating Disorders in Adolescents*” (Groth, Hilsenroth, Boccio & Gold, 2019)

3.4.2 “*Childhood Trauma, Borderline Personality and Eating Disorders: A Developmental Cascade*” (Sansone & Sansone, 2007)

Conclusioni

Introduzione

I Disturbi del Comportamento Alimentare rappresentano nella società Occidentale una tra le manifestazioni psicopatologiche più frequenti. In questo elaborato vengono esposti i Disturbi del Comportamento Alimentare, analizzando la personalità e il trauma come possibili fattori di vulnerabilità per lo sviluppo o il mantenimento della psicopatologia.

La tesi è suddivisa in tre capitoli: “I Disturbi del Comportamento Alimentare”, “Personalità e Disturbi del Comportamento Alimentare” e “Trauma: un fattore di vulnerabilità”.

Nel primo capitolo verrà proposta una spiegazione dei Disturbi del Comportamento Alimentare descrivendo i criteri diagnostici di due dei principali sistemi nosografici: il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) e la Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-11). Seguendo questa impostazione verranno presentati i seguenti disturbi: Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa e Disturbo da Binge-Eating. Si è scelto di trattare nel dettaglio solo questi tre disturbi poiché ritenuti i più rilevanti ai fini della comprensione dei capitoli seguenti.

Il primo capitolo prosegue con un breve accenno alla descrizione Sistemico-Relazionale dei DCA, facendo una rassegna degli studi maggiormente influenti nell’ambito. Infine, verrà effettuata una panoramica degli aspetti epidemiologici dei DCA.

Successivamente, nel secondo capitolo, il *focus* del discorso si sposterà sul tema della personalità. Per capire come la personalità abbia un ruolo rilevante nei Disturbi del Comportamento Alimentare, viene approfondito l’approccio psicodinamico, attraverso l’analisi delle teorie maggiormente significative disponibili in letteratura e la descrizione del Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2) in relazione a tali quadri clinici.

I paragrafi successivi entreranno nel vivo dell’argomento principale del capitolo, analizzando due principali prospettive: come la struttura di personalità (livello nevrotico, disturbo della strutturazione del Sé e livello borderline) influisce sui quadri clinici; l’analisi di Drew Westen rispetto ai sottotipi di personalità, attraverso l’uso della *Schedler-Westen Assessment Procedure*, strumento di valutazione diagnostica che tenta di superare le criticità dei classici sistemi nosografici. Le due prospettive non sono da intendere come l’una sostitutiva dell’altra, ma integrate per una miglior conoscenza della personalità e i suoi disturbi.

Il terzo ed ultimo capitolo analizzerà le implicazioni e l'impatto che il trauma può avere su un soggetto con Disturbi del Comportamento Alimentare. Le ricerche mostrano che il trauma, soprattutto se avvenuto in età evolutiva, rappresenta un fattore di rischio rilevante per lo sviluppo di un DCA. In particolar modo, gli studi identificano l'abuso sessuale infantile come il trauma più frequente in popolazioni cliniche di soggetti con DCA.

Una delle conseguenze più comuni in caso di trauma è la dissociazione, che verrà trattata nel paragrafo successivo, utile alla comprensione del caso clinico presentato. Il caso clinico esposto nel dettaglio rappresenta un'opportunità di analisi per integrare aspetti prettamente teorici, a quelli più clinici.

Il capitolo termina con la presentazione di due articoli scientifici: il primo tratta il trauma in relazione ai DCA, mentre il secondo propone un modello definito "*Developmental Cascade*". Secondo questo paradigma il trauma sarebbe solo l'evento iniziale di una sequela di ripercussioni future, in cui può manifestarsi un Disturbo del Comportamento Alimentare e/o un Disturbo Borderline di Personalità.

Capitolo 1

I Disturbi del Comportamento Alimentare

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono caratterizzati da un rapporto patologico con l'alimentazione e con il proprio corpo, provocando un'inconsapevole distorsione degli anche minimi dettagli, che sfuggono agli occhi dei più. I DCA, definiti dall'attuale edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) come Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione: “sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione oppure da comportamenti inerenti all'alimentazione che hanno come risultato un alterato consumo o assorbimento di cibo e che compromettono significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale” (DSM-5, 2013, p. 379).

Tali disturbi sembrano essere condizioni dell'epoca attuale, tipico prodotto della cultura occidentale: la loro repentina e crescente diffusione, combinata alle complicanze mediche e agli elevati tassi di mortalità, ha portato la comunità scientifica ad occuparsene sempre di più, evidenziando in modo particolare la forte eterogeneità in termini diagnostici, peculiarità dei disturbi dell'alimentazione. La fenomenologia sintomatica dei DCA è contraddistinta da elementi fortemente invariati e ripetitivi associati a “caratteristiche psicopatologiche differenti in cui il funzionamento della personalità, il peso dei fattori dinamici e la qualità delle relazioni oggettuali variano considerevolmente e aprono questioni importanti sulla loro complessità e trattabilità” (Lingiardi e Gazzillo, 2014, p. 809).

I DCA sono tra i disturbi mentali che più richiedono un lavoro in *équipe* multidisciplinare di professionisti: psicologi, psicoterapeuti, psichiatri, nutrizionisti, internisti, medici di base, endocrinologi, ginecologi e altri ancora. Sono tutte figure professionali che lavorano in ambiti e contesti diversi, ma che nella valutazione e nel trattamento di una persona con un disturbo alimentare devono necessariamente collaborare e comunicare tra loro in modo costante.

La precedente edizione del DSM, cioè il DSM-IV-TR classificava i disturbi alimentari in macrocategorie: Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa e la categoria residuale dei disturbi alimentari non altrimenti specificati (NAS). La diagnosi dei NAS veniva usata molto più

spesso rispetto alle altre due categorie: quasi il 60% della popolazione di pazienti con disturbi alimentari veniva diagnosticato con il disturbo NAS (Fairburn et al., 2007).

Il ricorso eccessivo all'etichetta NAS era uno dei principali problemi del DSM-IV-TR, infatti, la mancanza di indicazioni prognostiche e terapeutiche associate a tale categoria residuale rendeva inevitabilmente poco efficace il processo di inquadramento diagnostico. Inoltre, raggruppava una gamma molto eterogenea di pazienti, molti dei quali con caratteristiche cliniche comuni ai pazienti con diagnosi di AN o BN.

La presa di coscienza di tali problematiche ha portato la *task force* costituita per redigere il DSM-5 ad apportare cambiamenti significativi nella classificazione dei disturbi alimentari: a livello generale è stata modificata la composizione della categoria diagnostica in sé, eliminando i disturbi NAS, altre variazioni sono di natura criterio-specifica e relative alla descrizione fenomenologica dei quadri clinici.

Il DSM-5 presenta i *Feeding and Eating Disorders* in un'ottica evolutiva, differenziandosi dal DSM-IV-TR. Introduce inizialmente i Disturbi della Nutrizione legati al periodo dell'infanzia, e quindi, la Pica, il Disturbo da Ruminazione e il Disturbo Evitante/Restrittivo dell'assunzione di cibo, proseguendo con l'Anoressia Nervosa (AN), la Bulimia Nervosa (BN) e il Disturbo da *Binge-Eating* (BED), concludendo con i Disturbi della Nutrizione o dell'Alimentazione con altra Specificazione e i Disturbi della Nutrizione o dell'Alimentazione senza Specificazione.

Di seguito, una breve descrizione dei disturbi sopracitati, fatta esclusione per l'Anoressia Nervosa, la Bulimia Nervosa e il Disturbo da *binge-eating*, che verranno trattati nel dettaglio successivamente.

Il disturbo da pica ha solitamente esordio in età infantile e più raramente in quella adulta, è caratterizzata da una “persistente ingestione di una o più sostanze senza contenuto alimentare non commestibili” (DSM-5, 2013, p. 380) per un periodo uguale o superiore ad un mese. Lo sviluppo di tale disturbo in età adulta risulta associato a disabilità intellettiva o altri disturbi mentali, mentre i soggetti colpiti in infanzia hanno uno sviluppo generalmente normale.

Il Disturbo da Ruminazione è contraddistinto da un ripetuto rigurgito di cibo per un periodo uguale o superiore ad un mese.

Il Disturbo Evitante/Restrittivo dell'assunzione di cibo è caratterizzato dalla “persistente incapacità di soddisfare le appropriate necessità nutrizionali e/o energetiche” (DSM-5,

2013, p. 385). Il manuale specifica che tale comportamento alimentare non deve essere associato ad assenza di cibo o a pratiche culturali/religiose.

I Disturbi della Nutrizione o dell'Alimentazione con altra Specificazione sono contraddistinti dal non soddisfare *in toto* i criteri diagnostici degli altri disturbi alimentari; il clinico ricorre a tale categoria nosografica quando può indicare il motivo specifico del mancato soddisfacimento dei criteri diagnostici degli altri disturbi alimentari. Nello specifico vengono individuati: Anoressia nervosa atipica, per la quale sono soddisfatti tutti i criteri dell'anoressia nervosa, ma l'individuo presenta un peso corporeo collocabile all'interno o al di sopra del *range* di normalità, nonostante una significativa perdita di peso; Bulimia nervosa e Disturbo da *binge-eating*, a bassa frequenza e/o di durata limitata, nei quali i comportamenti, le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate, si verificano, mediamente, meno di una volta a settimana e/o per meno di tre mesi; Disturbo da condotta di eliminazione, caratterizzato da ricorrenti comportamenti di eliminazione in assenza di abbuffate; Sindrome da alimentazione notturna, che consiste in un eccessivo consumo di cibo dopo il pasto serale o durante la notte.

I Disturbi della Nutrizione o dell'Alimentazione senza specificazione sono anch'essi caratterizzati dal non soddisfare pienamente i criteri diagnostici degli altri disturbi alimentari. Il clinico può servirsi di tale diagnosi nel caso in cui decidesse di non specificarne la ragione, ad esempio, a causa di mancanza di informazioni sufficienti per porre una diagnosi più specifica.

L'undicesima revisione della classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati, ICD-11, stilata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, rappresenta, insieme al DSM-5, il principale sistema nosografico di riferimento. All'interno del capitolo 6 "Disturbi mentali, comportamentali o del neurosviluppo", contraddistinto dai codici alfanumerici che iniziano da 6A00, sono inseriti i DCA nel paragrafo intitolato "Alimentazione o disturbi alimentari". L'ICD, diversamente dal DSM, propone una diagnosi prototipica, descrittiva e monoassiale, infatti, i disturbi dell'alimentazione vengono brevemente e sinteticamente presentati attraverso descrizioni dei profili tipici di pazienti che presentano il disturbo in questione. Il DSM, come verrà successivamente approfondito, propone una diagnosi politetica e polisemica, delineando una lista di segni e sintomi necessari alla diagnosi.

I due manuali appena citati sono in costante dialogo tra loro, ciò è anche rappresentato dalla corrispondenza dei codici alfanumerici dell'ICD riportati in corrispondenza di ogni disturbo nella descrizione del DSM.

La comprensione psicologica dei disturbi alimentari non può prescindere dalla comprensione e dalla conoscenza sia del DSM-5 che dell'ICD-11. Tuttavia, occorre avere ben presente che tali disturbi sono caratterizzati da una forte eterogeneità, il che mette il clinico, il terapeuta, lo psichiatra, nelle condizioni di prestare quanta più attenzione possibile a tutte quelle caratteristiche personologiche del paziente, in modo da poter effettuare una diagnosi, una valutazione e/o una pianificazione di intervento che siano meticolosi: rispettosi dell'aspetto nomotetico per la valutazione del paziente e l'assegnazione di una necessaria etichetta, ma mai dimenticando l'aspetto idiografico per la valutazione della persona.

Nei paragrafi seguenti verranno esposti nel dettaglio i quadri clinici più frequenti nell'ambito dei disturbi alimentari: Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa e Disturbo da *binge-eating*, tralasciando volutamente gli altri quadri presentati nel DSM-5 e nell'ICD-11, poiché ritenuti poco utili ai fini di questo lavoro di tesi.

1.1 Anoressia Nervosa (AN) [6B80].

“Non avrò mai più fame, mi dissi; erano le sette di sera e avevo fame. Sul carrello della cucina, contro il muro, la torta di noci appariva stupenda. [...]. Le dissi addio per sempre. Avevo tredici anni e avevo smesso di crescere. Si mangia per crescere. Non crescerò più, mi ero detta. Mangerò soltanto l'indispensabile. Quel che serve per sopravvivere.” (Brisac, 1994/2015, p. 8).

La prima descrizione sistematica dell'Anoressia Nervosa, *ante litteram*, viene fatta risalire al medico inglese Richard Morton (1689), nel suo trattato “Tisiologia: o un trattato sulla consunzione”. Morton descrive una sindrome da deperimento di origine nervosa che fu appunto chiamata “consunzione nervosa”, i cui sintomi erano: inappetenza, stitichezza, calo ponderale, iperattività e amenorrea. Le cause dei sintomi erano individuate nelle preoccupazioni ansiose o malinconiche, dal momento che non si presentavano sintomi tipici della consunzione quali tosse e febbre. Successivamente a

Morton non ci furono molti studiosi o medici che si occuparono di anoressia fu solo con Lasegue (1873) in Francia e Gull (1868) in Gran Bretagna che il concetto di anoressia mentale prese forma, venendo definita e descritta come entità clinica di origine psichica legata ad anomalie dell'Io o a traumi emotivi inconfessati. I due autori appena citati ispirarono molti altri studiosi negli anni a venire ad indagare maggiormente questa patologia, apportando contributi significativi alla letteratura clinica e scientifica. Tra questi, Tomas (1909) descrisse l'anoressia nervosa come una sindrome comune a diversi stati quali la paranoia, la melanconia, l'ipocondria, la mania e la nevrosi; Janet (1907), invece, la definì "*anorexia hysterique*" suddividendola in tre fasi: la prima è caratterizzata da un calo ponderale, la seconda da iperattività e la terza da gravi problematiche fisiche che spesso portano alla morte. Binswanger (1944) pubblicò il caso di Hellen West, una ragazza anoressica che tiene un diario della sua patologia. Dalle parole della ragazza si evince un senso di inadeguatezza che pervade la sua personalità, come si senta costantemente spettatrice passiva nei confronti degli eventi. I grandi progressi verso l'interpretazione dell'AN così come oggi è intesa sono stati svolti nell'ultimo trentennio e sono da attribuirsi a H. Bruch, che con "La gabbia d'oro" (1998), "Patologia del comportamento alimentare. Obesità, anoressia mentale e personalità" (1997) e con la sua esperienza clinica ha contribuito ampiamente alla comprensione strutturale dell'anoressia, soprattutto nell'ambito delle ipotesi dispercettive. Nell'area sistemico-relazionale, un prezioso contributo è stato invece fornito da Minuchin.

Gran parte delle descrizioni ancora attuali sui meccanismi psicopatologici dell'anoressia nervosa vanno attribuiti al contributo degli autori psicodinamici, tra cui S. Freud, A. Freud ed H. Kohut. La prospettiva sistemico-relazionale e quella psicodinamica verranno prese in analisi successivamente.

L'Anoressia Nervosa è un disturbo del comportamento alimentare ed è caratterizzato dalla riduzione volontaria dell'assunzione di cibo che nel 15-20% dei casi può portare ad un dimagrimento letale (Sarteschi e Maggini, 1992): il rischio di morte è tre volte più alto rispetto alla depressione, alla schizofrenia e all'alcolismo.

Il termine "anoressia" deriva dalla parola greca *anoreksìa*, composta dal prefisso negativo *an-* e da *-òreksis* ("appetito"), e significa letteralmente "mancanza di appetito". Esso può risultare fuorviante, in quanto implica che il problema centrale della patologia sia la

perdita di appetito quando, in realtà, il nucleo centrale del disturbo è una ricerca fanatica della magrezza correlata a un'opprimente paura di aumentare di peso o di diventare grassi, malgrado il peso corporeo sia al di sotto della soglia minima (Gabbard, 2015). La paura di prendere peso non è alleviata in caso di dimagrimento: alcuni soggetti si sentono sovrappeso anche quando si trovano in condizioni fisiche già al di sotto della norma, altri sono coscienti di essere magri ma hanno comunque la convinzione di avere alcune parti del corpo eccessivamente grasse, studiano il loro corpo nei minimi dettagli, meticolosi come se fossero scienziati con una lente di ingrandimento, vorrebbero poter raggiungere una perfezione ideale mantenendo un controllo costante sul loro corpo. La percezione e il significato attribuiti al corpo e al peso sono distorti e ciò influenza in modo significativo i livelli di autostima dei soggetti che ne sono affetti.

L'esordio dell'AN risale prevalentemente all'adolescenza o alla prima età adulta ed è più diffusa nella popolazione femminile. Infatti, circa il 90% dei pazienti con AN è di genere femminile, contro un 5-10% di individui maschi (Gabbard, 2015). Nonostante vi sia una differenza di genere nella prevalenza del disturbo, le manifestazioni cliniche ad esso associate non mostrano differenze significative tra i due sessi.

Uno degli elementi che caratterizza l'anoressia nervosa è l'iperattività egosintonica, cioè vissuta come non problematica dal paziente, sebbene sia percepita come un obbligo o una costrizione. Il DSM-5 parla di esercizio fisico eccessivo, dove per eccessivo si intende che l'attività fisica occupa gran parte della giornata del paziente e che non è fisiologicamente compatibile con il suo regime alimentare. L'attività fisica è, inoltre, "compulsiva", cioè il mancato svolgimento degli esercizi prefissati induce sentimenti quali vergogna e senso di colpa.

Gli studi (Casper, 1990; Bourke e Taylor, 1992; Cochrane, 1993) mostrano come in persone con anoressia nervosa le emozioni siano coartate, negate, nascoste e come vi sia una tendenza all'alessitimia e una scarsa empatia. Le persone anoressiche si ritrovano, dunque, in uno "stare" congelato, poiché perdere il controllo può significare perdere tutto. Le emozioni più frequentemente provate sono la vergogna, nella quale il giudizio negativo è attribuito al sé nella sua interezza, e la colpa, in cui si assiste ad una risposta emotiva evento-specifica, cioè l'attribuzione negativa è legata allo specifico comportamento messo in atto. Tutto ciò influisce, ovviamente, anche sulla vita sociale degli individui con

tali problematiche: spesso, infatti, si riscontrano atteggiamenti depressivi e una tendenza al ritiro sociale.

L'attenzione clinica per l'AN ha subito un particolare aumento a causa dell'alto tasso di mortalità del disturbo (Arcelus et al., 2011): fra tutti i disturbi psichiatrici è una delle condizioni associate al rischio di mortalità più alto ed è per questo auspicabile un intervento precoce; il trattamento iniziato durante l'adolescenza, infatti, risulta più efficace di quello avviato in età adulta.

1.1.1 Criteri Diagnostici DSM-5.

Il DSM-5 mantiene quasi completamente gli stessi criteri diagnostici enunciati nel DSM-IV-TR fatta eccezione per il criterio dell'amenorrea, eliminato nella quinta edizione.

Il manuale prevede i seguenti criteri diagnostici:

- A. Restrizione nell'assunzione di calorie in relazione alla necessità, che porta a un peso corporeo significativamente basso nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica. Il peso corporeo significativamente basso è definito come un peso inferiore al minimo normale oppure, per bambini e adolescenti, meno di quello minimo previsto.
- B. Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso.
- C. Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso.

Specificare quale:

Tipo con restrizioni: durante gli ultimi tre mesi, l'individuo non ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione (per esempio, vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi). In questo sottotipo la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'attività fisica eccessiva.

Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione: durante gli ultimi tre mesi, l'individuo ha presentato ricorrenti episodi di abbuffate o condotte di eliminazione (per esempio, vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi).

Specificare se:

In remissione parziale: successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per l'Anoressia Nervosa, il Criterio A (basso peso corporeo) non è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo, ma sia il Criterio B (intensa paura di aumentare di peso o diventare grassi o comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso) sia il Criterio C (alterazioni della percezione di sé relativa al peso e alla forma del corpo) sono ancora soddisfatti.

In remissione completa: successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per l'Anoressia Nervosa, non è stato soddisfatto nessuno dei criteri per un consistente periodo di tempo.

Specificare la gravità attuale:

Il livello minimo di gravità si basa, per gli adulti, sull'attuale indice di massa corporea (IMC) (si veda sotto) oppure, per bambini e adolescenti, sul percentile dell'IMC. I *range* sono derivati dalle categorie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la magrezza negli adulti; per bambini e adolescenti, dovrebbero essere utilizzati i percentili dell'IMC corrispondenti. Il livello di gravità può essere aumentato al fine di riflettere sintomi clinici, il grado della disabilità funzionale e la necessità di una supervisione.

Lieve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Moderata: $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$

Grave: $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$

Estrema: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

1.1.2 Criteri Diagnostici ICD-11.

L'anoressia nervosa è caratterizzata da un peso corporeo significativamente basso per l'altezza, l'età e lo stadio di sviluppo dell'individuo (indice di massa corporea (BMI) inferiore a $18,5 \text{ kg/m}^2$ negli adulti e BMI per età inferiore al quinto percentile nei bambini e negli adolescenti) che non è a causa di un'altra condizione di salute o dell'indisponibilità di cibo. Il basso peso corporeo è accompagnato da un modello persistente di comportamenti per prevenire il ripristino del peso normale, che può includere comportamenti mirati: riduzione dell'assunzione di energia (alimentazione limitata), comportamenti di eliminazione (p. es., esercizio fisico eccessivo), tipicamente associata alla paura dell'aumento di peso. Il basso peso corporeo o la forma fisica sono centrali per

l'autovalutazione della persona e vengono erroneamente percepiti come normali o addirittura eccessivi.

1.2 Bulimia Nervosa (BN) [6B81].

Il termine Bulimia deriva dal greco “*bous*”, letteralmente “bue” e più generalmente usato come prefisso per indicare qualcosa di grande e da “*limos*”, che significa fame: testualmente, quindi, “fame da bue”. In passato il termine bulimico era in effetti usato come sinonimo di “mangione”, ovvero di ingordo incapace di controllarsi che mangiava ingenti quantità di cibo diventando di un peso e di una grandezza sempre maggiori. Per molti anni la bulimia non è stata presa in considerazione dalla letteratura scientifica e le prime descrizioni dettagliate appaiono solo nel 1940, negli Stati Uniti. Tuttavia, all'epoca veniva considerata quasi esclusivamente come una complicanza dell'anoressia. Nel 1975 venne coniato il termine “bulimaressia” da Boskind Lodal, il quale aveva studiato individui che avevano comportamenti bulimici, ma che non avevano mai sofferto di anoressia mentale.

Negli anni a venire, vari studiosi provarono a concettualizzare e a descrivere la bulimia, ma sempre e solo accostandola all'anoressia.

La vera svolta in questo ambito venne fatta dal DSM-III, che, nel 1980, mise in atto una vera e propria rivoluzione che cambiò il destino del manuale. Infatti, se la prima e la seconda edizione del DSM non vennero prese in considerazione per vari aspetti, tra cui l'essere teoricamente orientato, descrivere pochi disturbi, non essere tradotto in più lingue e quindi rimanere circoscritto ai paesi anglofoni etc., la terza edizione, diventando teorica, incrementando notevolmente il numero di disturbi descritti, assumendo un sistema multiassiale etc., divenne un punto di riferimento per tutta la comunità scientifica. Il DSM-III descrive la bulimia come entità nosografica, caratterizzata da episodi ripetuti di rapida ingestione di grandi quantità di cibo entro un arco temporale limitato. La persona bulimica risulta consapevole che le sue pulsioni che ha nei confronti del cibo non sono “normali”, tuttavia, teme di essere incapace di smettere di mangiare volontariamente e, dopo le abbuffate, soffre di crisi depressive e/o di rimorso.

Il manuale, inoltre, stabilisce un'assenza di legame con l'anoressia e limita tale disturbo ai pazienti di peso normale o superiore alla norma.

Nella revisione dell'edizione terza del manuale, DSM-III-R, redatta nel 1987, la bulimia viene descritta con i seguenti criteri diagnostici: presenza di episodi ricorrenti di orgia alimentare, frequente ricorso a purghe e notevole restrizione alimentare tra un episodio e l'altro, persistendo sia una esagerata preoccupazione per il peso e per la forma del proprio corpo.

Ad oggi la bulimia nervosa viene vista come un disturbo che insorge generalmente nella prima adolescenza, ma che è molto frequente anche nella fascia d'età compresa fra i 20 e i 30 anni. Coloro che soffrono di tale disturbo prestano una costante attenzione al peso e alla forma del loro corpo, cercando di raggiungere un ideale di perfezione, che, prendendo in prestito le parole di Massimo Recalcati, li porta a costruire un "progetto anoressico-bulimico". Tale "piano di attacco" al proprio corpo li porta a mettere in atto diete estremamente ferree, al punto che i soggetti per "premiarsi" si concedono una trasgressione, innescando un circolo vizioso dal quale non è più possibile districarsi. Nel momento in cui viene assunto un cibo non previsto dalla dieta, l'individuo bulimico prova un irrefrenabile senso di colpa e di vergogna associato ad un pensiero del tipo "tutto o nulla"; a questo punto inizia a mangiare in modo vorace, senza mai fermarsi, ingerendo una quantità di cibo così elevata in così poco tempo che nessuno con atteggiamenti nella norma riuscirebbe a mangiare. Parallelamente più la persona mangia, più sente il bisogno di liberarsi del cibo prima che questo "si cristallizzi" nel corpo e diventi "realtà". È a questo punto che compaiono condotte eliminatorie quali il vomito auto-indotto (Recalcati, 2007).

La vita bulimica è una vita da teatro: sul palcoscenico, con gli occhi di tutti puntati addosso, il bulimico conduce una vita perfetta, senza problemi e senza bisogno di niente e di nessuno (Recalcati, 2007). Ha uno stile alimentare sano, compra pochi prodotti e solo "light", a basso contenuto di grassi; nella maggioranza dei casi si trova in condizioni di normopeso, ma ha paura di ingrassare. Nella società occidentale attuale, tuttavia, questo non viene quasi mai visto come un problema, anzi la maggior parte delle persone non farà che complimentarsi con il bulimico, perché "si tiene in forma", "ha cura di sé", frasi che involontariamente rischiano di contribuire a mantenere i comportamenti disfunzionali caratteristici del disturbo.

Chiuso il sipario, tolta la maschera, al riparo dagli sguardi e dal giudizio altrui, quella paura di ingrassare si toglie i costumi di scena e svela la sua natura, una paura pervasiva

e costante, patologica, di vedere il proprio corpo aumentare anche solo di qualche centimetro. È da questa paura che nasce l'esigenza di progettare diete estremamente restrittive, non solo a livello di cibo, ma anche a livello mentale:

“Tre grissini dopodomani sono legittimi, il pezzettino del quarto grissino, lasciato nel piatto accanto, ribalta la logica, abbatte lo schema. Si è infranto il giuramento sacro con sé stessi. Si sprofonda senza argini nell'oscenità dell'abbandono. Ora si deve mangiare tutto” (Recalcati, 2007, p. 13)

Il bulimico ha principalmente tre modalità adottate nella restrizione alimentare (Ruggiero, Sassaroli, Guerini, 2014):

- Una riduzione della frequenza dei pasti: un tentativo di praticare il digiuno quanto più possibile, saltando i pasti;
- Una riduzione della quantità di cibo al di sotto di un rigido limite calorico, solitamente marcatamente inferiore al fabbisogno quotidiano medio;
- L'eliminazione di cibi specifici, i *fear foods*, temuti perché percepiti come “ingrassanti” o perché in passato hanno dato origine ad un attacco bulimico.

Questo perfezionismo della dieta crolla al primo sgarro non previsto, diventando un pensiero dicotomico “tutto o nulla” che porta il soggetto all'abbuffata.

Se sul palcoscenico la spesa del bulimico era esclusivamente sana e dietetica, dietro le quinte gli alimenti cambiano completamente i connotati: si compra cibo spazzatura, facile da consumare, di bassa qualità e in grandi quantità. Si è preoccupati di avere sempre una dispensa piena di cose e non si ha una regolarità nei pasti.

Generalmente nei soggetti bulimici si riscontra una marcata tendenza all'evitamento delle emozioni negative: le abbuffate servirebbero proprio a coprire emozioni quali vergogna, senso di colpa e disgusto per se stessi (Berg, et al., 2013; Berg, et al., 2015). Per abbuffate si intendono momenti di totale perdita di controllo in cui il soggetto mangia grandi quantità di cibo, che provocano una temporanea sensazione di appagamento, che permette all'individuo di non affrontare emozioni negative o problematiche e che favorisce il ricorso all'abbuffata successiva. Tuttavia, l'atto stesso dell'abbuffarsi dà vita ad ulteriori sentimenti negativi, creando un *loop* difficile da modificare (Dalle Grave, 1998; Fairburn, 2014).

Per alleviare la sofferenza e la vergogna causate dall'aver mangiato a dismisura, il bulimico mette in atto vari comportamenti compensatori inappropriati, accompagnati da una valutazione negativa di sé. I comportamenti più comuni risultano essere: un uso non propriamente consono di lassativi, digiuni prolungati e varie forme di attività fisica esercitate in modo eccessivo (APA, 2013).

Le ricerche evidenziano come spesso un soggetto bulimico abbia anche disturbi da alcool, droghe, farmaci, shopping compulsivo e/o, talvolta, comportamenti autolesionistici.

Inoltre, si registra uno stretto legame con l'anoressia nervosa: circa nel 40% dei casi le persone bulimiche hanno un passato di anoressia (Lingiardi e Gazzillo, 2014; Gabbard, 2015). Si potrebbe ipotizzare un continuum ai cui estremi si trovano anoressia e bulimia e rispettivamente, comportamenti da un lato compulsivi e dall'altro impulsivi.

1.2.1 Criteri Diagnostici DSM-5.

La Bulimia Nervosa nel DSM-IV-TR era caratterizzata da ricorrenti abbuffate con perdita di controllo e condotte di compensazione, con una frequenza di almeno due volte a settimana per almeno tre mesi e un'eccessiva influenza della forma e del peso corporeo sull'autostima. Il DSM-5 descrive i seguenti criteri diagnostici:

- 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.
- C. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per tre 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.

Specificare se:

In remissione parziale: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per la bulimia nervosa, alcuni, ma non tutti, i criteri sono stati soddisfatti per un consistente periodo di tempo.

In remissione completa: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per la bulimia nervosa, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo.

Specificare la gravità attuale:

Il livello minimo di gravità si basa sulla frequenza di condotte compensatorie inappropriate (si veda sotto). Il livello di gravità può essere aumentato per riflettere altri sintomi e il grado di disabilità funzionale.

Lieve: una media 1-3 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana.

Moderata: una media di 4-7 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana.

Grave: una media di 8-13 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana.

Estrema: una media di 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana.

1.2.2 Criteri Diagnostici ICD-11.

La Bulimia Nervosa è caratterizzata da frequenti e ricorrenti episodi di abbuffate (ad es. una volta alla settimana o più per un periodo di almeno un mese). Un episodio di abbuffate è un periodo distinto di tempo durante il quale l'individuo sperimenta una soggettiva perdita di controllo sul mangiare, mangiando in modo notevolmente maggiore o diverso dal solito, e si sente incapace di smettere di mangiare o limitare il tipo o la quantità di cibo consumato. Le abbuffate sono accompagnate da ripetuti comportamenti compensatori inappropriati volti a prevenire l'aumento di peso (p. es., vomito autoindotto,

uso improprio di lassativi o clisteri, esercizio fisico intenso). L'individuo è preoccupato per la forma del corpo o il peso, che influenza fortemente l'autovalutazione. L'individuo non è significativamente sottopeso e quindi non soddisfa i requisiti diagnostici dell'Anoressia Nervosa.

1.3 Disturbo da *Binge-Eating* (BED) [6B82].

Albert Stunkard, psichiatra statunitense, nel 1959 studiò un gruppo di pazienti che presentavano episodi di alimentazione eccessiva e incontrollata: fu il primo a denominare tali comportamenti con l'espressione *binge eating*, termine che, fino a quel momento, veniva usato solo per indicare un consumo eccessivo di alcool.

Il fenomeno è stato sostanzialmente ignorato fino alla metà degli anni '80, quando Ferguson e Spitzer, in una ricerca condotta su pazienti con diagnosi di Bulimia Nervosa, notarono un sottogruppo di soggetti che presentava le classiche abbuffate della patologia alimentare in assenza dei tipici comportamenti compensativi inappropriati dei bulimici. Per avere la prima descrizione ufficiale del disturbo bisogna attendere il 1994, anno in cui l'APA include il Disturbo da *Binge-Eating* tra i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificati (NAS).

Il DSM-5, nel 2013, riconosce il BED e lo inserisce fra gli altri disturbi alimentari, specificandone le caratteristiche nel dettaglio e fornendo indicazioni sulla valutazione della gravità.

Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata è caratterizzato, similmente alla Bulimia Nervosa, dalla presenza di abbuffate; in base alla gravità del disturbo si può passare da una abbuffata alla settimana, fino a più di quattordici (APA, 2013). A causa delle continue abbuffate non seguite da nessun comportamento di compensazione per l'espulsione del cibo ingerito, le persone che presentano tale disturbo talvolta sono normopeso, ma molto più spesso si trovano in una condizione di obesità. La gravità del disturbo è anche data dalle complicanze mediche causate da un peso al di sopra della norma: tra le patologie più frequentemente associate all'obesità ci sono disturbi cardiaci, respiratori, diabete, apnee del sonno e molte altre patologie che possono anche condurre alla morte. Una persona sovrappeso, solitamente, viene indirizzata a un nutrizionista o un dietologo; per dimagrire l'individuo ricorre a qualsiasi tipo di dieta, che risulta essere sempre

fallimentare; purtroppo raramente viene suggerito di rivolgersi ad un professionista della salute mentale, poiché si tende a non associare l'obesità al disagio psichico.

Oltre alle complicanze mediche, l'obesità ha vari significati e funzioni psicologiche: può fungere da "barriera protettiva" che separa l'individuo dall'altro, un "altro" generico che può includere altre persone, situazioni nuove che causano un disagio o emozioni connotate da un vissuto personale negativo: il corpo "grasso" è un corpo che generalmente viene evitato in situazioni sociali e diventa quindi per l'individuo un mezzo con cui proteggersi.

Il cibo diviene l'unica cosa a cui si riesce a pensare, uno strumento che offre conforto per far fronte a situazioni difficili o che può gratificare in momenti di gioia; le abbuffate sono strategie volte alla riduzione degli stati emotivi poco desiderati e aiutano a ridurre i sensi di colpa, la paura, l'ostilità o la tristezza nel breve periodo. Il cibo viene usato per colmare il vuoto dato dal sentirsi il nulla, mangiando si diventa "una persona di peso" e si ha un'occasione per poter essere visti. Il cibo può essere anche una punizione nel momento in cui si mangia fino alla nausea senza mai riuscire a smettere, "mangiare fino a scoppiare".

Mangiare è l'unico modo che una persona con un disturbo da *binge-eating* conosce per affrontare e gestire emozioni negative, poiché gli alimenti, appena ingeriti, danno un iniziale e momentaneo senso di appagamento e una soddisfazione immediata, che viene preferita dal soggetto poiché questo non si ritiene in grado di attendere una soddisfazione che sia dilatata nel tempo e che richieda dei cambiamenti radicali all'interno della propria vita. Allo stesso tempo però, il cibo per il *binge-eater* è una trappola perché, se gli unici strumenti usati, in qualsiasi situazione, sono le abbuffate, il soggetto andrà incontro ad un progressivo abbassamento del benessere psicofisico dovuto alla scarsità di stimoli gratificanti; inoltre, si presenterà una sempre maggiore incapacità di riconoscere vari stati emotivi quali ansia, tristezza o nervosismo.

Generalmente le abbuffate peculiari del Disturbo da *Binge-Eating* sono caratterizzate da:

- Mangiare molto più rapidamente rispetto alla norma;
- Mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni;
- Mangiare ingenti quantità di cibo in totale assenza di fame;
- Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo provato;

- Sentire disgusto per se stessi, essere di umore depresso e molto in colpa dopo l'episodio.

Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata e la Bulimia Nervosa potrebbero apparire estremamente simili tra di loro: tuttavia, i meccanismi che caratterizzano le persone affette da questi due disturbi sono molto diversi. Se una persona bulimica dopo aver avuto un episodio di abbuffata cerca attivamente qualsiasi modo per eliminare dal suo corpo ciò che ha appena ingerito, il *binge-eater* fa l'esatto opposto: *post* abbuffata sarà pervaso da uno stato di passività, sconforto e senso di ineluttabilità del proprio destino, l'autostima arriverà a livelli così bassi che riterrà di non avere alcun tipo di controllo sulla propria vita, esattamente come non lo ha sul cibo. L'atteggiamento del *binge-eater*, sotto questo punto di vista, è più facilmente accostabile a quello di un soggetto depresso.

Come visto in precedenza, i soggetti con un'anoressia nervosa spesso, se non trattati adeguatamente e in modo precoce, vanno incontro ad un destino bulimico, o comunque si notano storie diagnostiche *blended* fra AN e BN: con il BED la letteratura non ha ancora evidenziato aspetti di questo tipo ma si è notato che in determinati periodi, le abbuffate possono essere sostituite da disturbi alimentari in vesti diverse, quali il piluccamento, le bramosie selettive (soprattutto per quanto riguarda i dolci) o anche con *l'emotional eating*, che consiste nel mangiare ripetutamente piccole quantità di cibo per placare le emozioni.

1.3.1 Criteri Diagnostici DSM-5

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 mangerebbe 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. Gli episodi di abbuffata sono associati a tre o più dei seguenti aspetti:

1. Mangiare molto più rapidamente del normale.

2. Mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni.
3. Mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente affamati.
4. Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando.
5. Sentirsi disgustati verso sé stessi, depressi o molto in colpa dopo l'episodio

C. È presente marcato disagio riguardo alle abbuffate.

D. L'abbuffata si verifica, mediamente, almeno una volta alla settimana per tre mesi.

E. L'abbuffata non è associata alla messa in atto sistematica di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa o anoressia nervosa.

Specificare se:

In remissione parziale: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo da *binge-eating*, gli episodi di abbuffata si verificano con una frequenza media di meno di un episodio a settimana per un consistente periodo di tempo.

In remissione completa: Successivamente alla precedente piena soddisfazione dei criteri per il disturbo da *binge-eating*, nessuno dei criteri è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo.

Specificare la gravità attuale:

Il livello minimo di gravità si basa sulla frequenza degli episodi di abbuffata (si veda sotto). Il livello di gravità può essere aumentato per riflettere altri sintomi e il grado di disabilità funzionale.

Lieve: Da 1 a 3 episodi di abbuffata a settimana.

Moderata: Da 4 a 7 episodi di abbuffata a settimana.

Grave: Da 8 a 13 episodi di abbuffata a settimana.

Estrema: 14 o più episodi di abbuffata a settimana.

1.3.2 Criteri Diagnostici ICD-11.

Il disturbo da alimentazione incontrollata è caratterizzato da episodi frequenti e ricorrenti di abbuffate (p. es., una volta alla settimana o più per un periodo di diversi mesi). Un episodio di abbuffate è un periodo distinto di tempo durante il quale l'individuo sperimenta una soggettiva perdita di controllo sul mangiare, mangiando in modo notevolmente maggiore o diverso dal solito, e si sente incapace di smettere di mangiare o limitare il tipo o la quantità di cibo consumato. Il binge eating è vissuto come molto

doloroso ed è spesso accompagnato da emozioni negative come senso di colpa o disgusto. Tuttavia, a differenza della Bulimia Nervosa, gli episodi di abbuffate non sono regolarmente seguiti da comportamenti compensatori inappropriati volti a prevenire l'aumento di peso (p. es., vomito autoindotto, uso improprio di lassativi o clisteri, esercizio fisico intenso).

1.4 Comprensione sistemico-relazionale.

“L'anoressica [...] rimane rigidamente fedele alla regola familiare, ovvero che nessun membro può assumere la leadership nel proprio nome” (Selvini Palazzoli, 1981/2006, p. 239).

La prospettiva sistemico-relazionale nel corso degli anni ha fornito importanti contributi per la comprensione della sintomatologia alimentare. Mara Selvini Palazzoli, psichiatra e psicoterapeuta italiana, ha iniziato la sua carriera con un orientamento teorico prettamente dinamico: negli anni '80 inizia a lavorare con pazienti anoressici e bulimici e nota che le loro famiglie avevano molte problematiche in comune. Alla luce di tale osservazione, decide di adottare un approccio sistemico, da lei ritenuto più funzionale per fronteggiare tali patologie. Negli stessi anni, ma dall'altra parte del mondo, Salvador Minuchin, pediatra, psichiatra e psicoterapeuta, getta le basi per quelle che ancora oggi sono tra le teorie più importanti per la comprensione dei DCA (Ugazio, 2018).

Minuchin ha introdotto il concetto di “soggetto contestuale”: un individuo non esiste e non è osservabile se non all'interno di un sistema relazionale, primo fra tutti quello familiare (Ugazio, 2018). In questa prospettiva, la sintomatologia alimentare è comprensibile esclusivamente come un'espressione di malessere della famiglia, luogo in cui viene definito il proprio sé, matrice dell'identità: paradossalmente, all'interno del nucleo, il soggetto forte, in grado di reagire, sembrerebbe proprio colui che sviluppa un DCA. Le “famiglie anoressiche”, viste da fuori, sembrano un perfetto dipinto da esposizione, tuttavia, hanno modalità disfunzionali ricorrenti, quali: la tendenza ad evitare i conflitti; la ricerca della armonia apparente a tutti i costi; un rapporto ostentatamente corretto, quasi caricaturale; un'iper-protettività dei genitori nei confronti dei figli; una mancanza di regole chiare e assenza di confini definiti all'interno del nucleo, da cui

scaturisce spesso un'eccessiva intrusione reciproca negli spazi altrui; inoltre, generalmente in questa tipologia di famiglie, i genitori premiano e privilegiano la disciplina e il successo piuttosto che l'autonomia o la consapevolezza matura della prole. I comportamenti disadattivi appena descritti porrebbero le basi per un possibile sviluppo di DCA nel figlio, che solitamente elogia i genitori. Ciò avviene per due possibili ragioni: potrebbe trattarsi di una negazione diretta dei fatti oppure potrebbe essere a causa del timore di dover esprimere una reale critica nei confronti dei *caregivers*, che forse non sono ancora in grado di affrontare (Ammaniti, 2002).

Il "dipinto della perfezione" trova il corpo del figlio come unico strumento di espressione di aspetti negativi o sofferenti: il corpo con sintomatologia alimentare si emancipa e diventa simbolo dell'onnipotenza della schiavitù. La persona con DCA, soprattutto con anoressia, prova una sensazione di onnipotenza data dall'attacco al corpo, trattato come se fosse un oggetto esterno. In tal modo, si libera dalla "schiavitù" che sente essere esercitata dal *caregiver*, generalmente la madre.

La prospettiva sistemico-relazionale considera l'attacco al corpo come un tentativo da parte del figlio di sottrarsi alla volontà della madre, che vorrebbe plasmarlo a suo piacere. Il corpo diventa quindi un vero e proprio campo di battaglia, colpito dal soggetto stesso come se fosse un oggetto esterno e leso affinché non diventi il luogo della detenzione del potere della madre.

Un figlio che sviluppa un'obesità si trova in dinamiche simili a quelle della "famiglia anoressica", fatta eccezione per i sentimenti di colpevolezza provati a causa del non riuscire a dimagrire, attribuiti dai genitori ad una mancanza di volontà e/o di controllo (Ugazio, 2018).

Il sintomo alimentare è la chiave di accesso alla comprensione del funzionamento familiare. Minuchin, Rosman e Baker in "Famiglie psicosomatiche. L'anoressia mentale nel contesto familiare" (1980) parlano di "famiglie invischiate" per riferirsi ai nuclei in cui un componente presenta una sintomatologia alimentare. Tali famiglie sono caratterizzate da un senso di separatezza che fatica ad emergere e da una scarsa demarcazione tra sé e gli altri. All'interno delle famiglie invischiate i confini sono sfumati e non definiti, il figlio attribuisce al genitore e alla relazione che si ha con questo, un'eccessiva importanza, tale per cui spesso il proprio sé viene definito solo in funzione

della relazione con i *caregivers*. Un sistema così tanto chiuso e protetto cela una forte conflittualità che diventa una dinamica celata all'interno della famiglia stessa.

Riassumendo, i Disturbi del Comportamento Alimentare vengono concettualizzati dalla prospettiva sistemico-relazionale come disfunzioni della regolazione degli affetti che si strutturano all'interno di un ambiente familiare emotivamente trascurante e incapace di accogliere le richieste emotive del soggetto. Per molti studiosi la ridondanza e la ripetitività protratta nel tempo di tali modalità comunicative e relazionali, strutturerebbe un'immagine negativa di sé associata a sentimenti di rabbia, vergogna e colpa, strettamente connessi ad una scarsa integrazione psicosomatica (Bruch, 1973; Minuchin, Rosman & Baker, 1980; Ugazio, 2018).

“Le anoressiche secondo la propria esperienza, agiscono soltanto in risposta a richieste provenienti dagli altri; mai hanno la sensazione di fare le cose perché le vogliono fare.”
(Bruch H., 1973, p. 333).

1.5 Aspetti Epidemiologici.

I Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione risultano emergere quasi esclusivamente in paesi Occidentali o società occidentalizzate. Negli Stati Uniti i disturbi alimentari sono la prima causa di morte per malattia mentale. Tuttavia, i dati mostrano che il decorso clinico-psichiatrico di pazienti anoressici e bulimici trattati in modo intensivo e precoce, ha risvolti quasi sempre positivi.

Secondo le ricerche condotte dall'American Psychological Association (2013) persone affette da Anoressia Nervosa hanno più difficoltà a raggiungere uno stato di guarigione completa: spesso permangono nei pazienti sintomi ossessivo-compulsivi, fobie e abuso di sostanze.

Si stima che i due terzi dei pazienti anoressici continua ad avere una relazione problematica con il cibo ed il peso corporeo e circa il 40% va incontro ad un destino di bulimia. Tuttavia, più del 44% dei pazienti trattati ottiene ottimi risultati, con un recupero del peso corporeo del 15% rispetto al peso corporeo mancante e, per le donne, con il recupero di un regolare ciclo mestruale. In linea di massima, il trattamento è tanto più efficace quanto più è giovane il paziente (EpiCentro Istituto Superiore di Sanità, 2022).

Uno studio di follow-up di quindici anni su adolescenti ospedalizzate per Anoressia Nervosa ha evidenziato le tempistiche di guarigione: dai cinquantasette ai settantanove mesi; la ricerca ha anche mostrato che tra i pazienti sottoposti a trattamento intensivo nessuno è andato incontro alla morte. La mortalità in anoressia è il dato più preoccupante, poiché riguarda circa il 20% delle persone malate per più di vent'anni, laddove non ci sia stato un piano di cura tempestivo ed efficace.

La Bulimia Nervosa registra un tasso di successo equivalente circa al 50-70% per pazienti trattati nel breve periodo e del 30-50% per pazienti trattati nel lungo periodo. Solitamente, i pazienti la cui condizione all'inizio del trattamento non è tale da richiedere ospedalizzazione raggiungono risultati migliori (EpiCentro Istituto Superiore di Sanità, 2022).

Negli Stati Uniti l'APA (2013) indica una prevalenza dell'Anoressia Nervosa tra lo 0,5 e il 3,7 % nella popolazione femminile, a seconda della definizione di caso utilizzata, e tra l'1,1 e il 4,2 % per la bulimia. Il rapporto tra la prevalenza nelle donne e negli uomini si attesta tra 1 a 6 e 1 a 10.

In Italia gli studi pubblicati (EpiCentro Istituto Superiore di Sanità, 2022) rilevano una prevalenza dello 0,2-0,8 % per l'anoressia e dell'1-5 % per la bulimia.

Una ricerca condotta da Anna Maria Speranza (EpiCentro Istituto Superiore di Sanità, 2022) su un campione complessivo di 770 persone di 25 anni di età media, tutte diagnosticate con disturbi alimentari, ha rilevato che il 70,3 % presentava una bulimia nervosa, il 23,4 % anoressia nervosa e il 6,3 % altri disturbi alimentari. Nel campione analizzato, l'età di esordio del disturbo è collocata tra i 15 e i 18 anni, con due picchi, uno a 15 e uno a 18, età che rappresentano due periodi evolutivi significativi.

Per quanto riguarda il Disturbo da Binge-Eating si riscontra una generale carenza di studi e di dati epidemiologici, ragion per cui in tale paragrafo non viene riportata alcuna statistica a riguardo.

Capitolo 2

Personalità e Disturbi del Comportamento Alimentare

Negli ultimi anni le ricerche e la letteratura scientifica hanno messo sempre più in evidenza l'importanza della personalità nella sintomatologia alimentare (Westen e Harnden-Fischer, 2001).

La valutazione della personalità risulta essere il pilastro fondante di una qualsiasi diagnosi psicologica: è solo tramite la conoscenza e la comprensione della struttura di personalità del paziente che il sintomo può assumere un reale significato. La sintomatologia alimentare può rappresentare elementi profondamente diversi in base a quali caratteristiche presenta la personalità del singolo.

Nel seguente capitolo verrà, dunque, trattata la struttura di personalità come uno dei possibili fattori di vulnerabilità per i DCA, ma anche come elemento fondamentale per la comprensione degli stessi. Nella sezione iniziale verrà esposta la comprensione psicodinamica dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, in quanto principalmente questa cornice teorica ha contribuito allo studio e alla valutazione dei vari livelli della struttura di personalità; questi saranno oggetto di disamina delle pagine a seguire. In ultimo, non per importanza, verrà considerato uno degli studiosi che ha condotto ricerche tra le più influenti nell'ambito dei tipici profili di personalità peculiari dei disturbi alimentari: Drew Westen.

2.1 Comprensione psicodinamica dei DCA

I vari autori di orientamento psicodinamico hanno teorizzato e studiato i disturbi dell'alimentazione, analizzandone, nel corso del tempo, varie sfaccettature. I fattori che sono stati ritenuti avere una rilevanza maggiore nella comprensione dei DCA, individuati da tale cornice teorica, sono l'identità e le modalità relazionali (Zennaro, 2011; Lingiardi e Gazzillo, 2014). La sintomatologia alimentare, nelle sue diverse manifestazioni, sembrerebbe correlata ad una problematicità nella costruzione dell'identità del soggetto. "L'egosintonia che caratterizza il vissuto di molte pazienti suggerisce che la costruzione di un'identità patologica centrata attorno al sintomo rappresenti uno stabilizzatore della

personalità che, a seconda della gravità, assume significati differenti” (Zennaro, 2011, p. 304).

Il tema dell’identità si intreccia inevitabilmente con quello delle modalità relazionali che “oscillano tra il desiderio di una relazione poco differenziata, a carattere narcisistico, e le angosce che essa suscita, e che conducono a misure difensive di evitamento e rifiuto” (Zennaro, 2011, p. 304). Gli aspetti delle relazioni che più emergono sono tratteggiati da una quasi simultanea intolleranza alla solitudine e alla vicinanza. Il problema dell’identità è evidenziato dalla minaccia all’equilibrio e all’integrità narcisistica del soggetto che le relazioni causano.

2.1.1 Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM)

La comprensione psicodinamica dei DCA non può prescindere dalla conoscenza del manuale diagnostico di riferimento della cornice teorica: il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM). La prima edizione del PDM è stata redatta negli Stati Uniti nel 2006 dall’*Alliance of Psychoanalytic Organizations*, e tradotta in italiano nel 2008; la revisione del manuale, il PDM-2, è stata pubblicata negli USA nel 2017 e in Italia nel 2018.

Il PDM è la prima nosografia dei disturbi psichici fondata empiricamente su un modello psicodinamico, che si propone di descrivere e di offrire una comprensione completa del paziente, più che del tipo di disturbo da cui è affetto. In questo manuale si prova ad integrare gli aspetti nomotetici con una conoscenza più idiografica dell’individuo. La diagnosi con PDM non vuole essere un processo di etichettamento, bensì un processo di comprensione dinamica del paziente dato dall’integrazione di fattori quali: segni, sintomi, risorse, vulnerabilità e tratti di personalità. Inoltre, il PDM, supera il problema della comorbidità, che è frequentemente associato all’uso dei manuali diagnostici politetici come il DSM. Ulteriore concetto chiave del manuale è la considerazione della personalità come contenitore, cioè come contesto entro cui, in virtù di fattori che intervengono fin dai primi mesi di vita dell’individuo, si può sviluppare una psicopatologia. Il processo diagnostico e l’intervento terapeutico possono essere progettati solo attraverso un’attenta considerazione delle caratteristiche di personalità dell’individuo. Il sintomo acquisisce significato nel momento in cui viene analizzato nel contesto in cui si è formato.

Nel PDM-2 si afferma “i pattern sintomatici possono essere compresi solo nel contesto della struttura complessiva della personalità di un paziente e del profilo del suo funzionamento mentale. Per i professionisti orientati in senso psicodinamico, infatti, i pattern sintomatici non sono semplicemente disturbi a sé stanti, ma espressioni esplicite dei modi in cui i pazienti affrontano le esperienze” (p. 95).

Il PDM si articola in sei sezioni: sezione I) classificazione dei disturbi mentali negli adulti; sezione II) classificazione dei disturbi mentali negli adolescenti; sezione III) classificazione dei disturbi mentali nell’infanzia; sezione IV) classificazione dei disturbi mentali nella prima infanzia; sezione V) classificazione dei disturbi mentali negli anziani. La sesta sezione è relativa agli strumenti di valutazione e ai casi clinici. Il processo diagnostico è ulteriormente strutturato su tre assi: Asse P, per la valutazione degli stili e delle sindromi di personalità e, nei bambini e negli adolescenti, degli stili emergenti; Asse M, per la valutazione di capacità e funzionamento mentale; Asse S, per la valutazione dell’esperienza soggettiva dei pattern sintomatici dei vari disturbi clinici.

I Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione sono descritti nell’Asse S e vengono descritti mediante l’esperienza soggettiva di stati affettivi, pattern cognitivi, stati somatici e pattern relazionali, che i pazienti con una sintomatologia alimentare provano.

L’esperienza interna sperimentata dal soggetto assume un ruolo centrale nel processo diagnostico ed è caratterizzata dall’indagine di emozioni quali la vergogna, associata spesso sia ai pazienti con bulimia, a causa della mancanza di controllo sul comportamento alimentare, sia a individui con anoressia, a causa della forma del proprio corpo. Altri stati affettivi frequenti risultano essere sentimenti di vuoto o di perdita di controllo, paura di esprimere i propri sentimenti, senso di fallimento, o ancora, la paura di essere abbandonati.

I pattern cognitivi indagati comprendono principalmente una rigidità di pensiero, che può essere più o meno grave in base al livello di avanzamento del disturbo e la dispercezione del proprio corpo o della propria immagine corporea, che porta i pazienti a controllarsi allo specchio in modo compulsivo ed eccessivo per padroneggiare eventuali cambiamenti, anche minimi, della propria immagine.

Gli stati somatici sono spesso difficili da individuare, ma il più delle volte hanno a che fare con la fame come mezzo di espressione di un vuoto incolmabile e di desiderio di legami affettivi. Le abbuffate o le condotte di eliminazione sono manifestazione della

difficoltà provata nel differenziare gli stati mentali e gli stati somatici: la sensazione di sazietà non viene percepita e la condotta alimentare disfunzionale viene reiterata.

Infine, i pattern relazionali sono caratterizzati da una generale superficialità. Gli individui con disturbi dell'alimentazione tendono a tenere nascosti i loro problemi rendendo impossibile l'instaurarsi di relazioni autentiche o intime. Le relazioni degli individui anoressici sono spesso definite da perfezionismo e controllo; i bulimici, invece, possono provare due estremi della relazione, e quindi, da una parte sentirsi abbandonati, dall'altra provare angosce di intrusione.

Quanto enunciato fin qui sul Manuale Diagnostico Psicodinamico getta le basi per una comprensione efficace del concetto di struttura di personalità.

“I disturbi dell'alimentazione si estendono lungo un continuum che va dal funzionamento nevrotico a quello psicotico, sebbene, per la maggior parte, siano correlati all'area dei disturbi di personalità” (Manuale Diagnostico Psicodinamico 2, p. 236).

2.2 Struttura di personalità

La personalità è frutto dell'interazione fra vari fattori che vanno a creare ciò che delinea i confini di ogni individuo. In un'ottica psicodinamica, la psicopatologia può essere compresa solo se inserita all'interno di una struttura di personalità, che non deve essere intesa come una organizzazione rigida, bensì come una disposizione dinamica e mutevole: la personalità può essere compresa se analizzata in un'ottica dimensionale, poiché si trova su un *continuum* i cui estremi sono rappresentati da un lato da un funzionamento sano e dall'altro da uno patologico.

Storicamente la psichiatria e la psicoanalisi hanno sempre distinto i disturbi in due macro-categorie: la nevrosi, che include forme di psicopatologia con diversi livelli variabili di gravità, che anche nei casi più gravi non compromettono l'esame di realtà; e la psicosi, che invece causa gravi distorsioni nell'esame di realtà.

Con l'avanzare degli anni e, di conseguenza, degli studi, si è arrivati quasi all'unanimità nel considerare le sindromi di personalità e le psicopatologie all'interno di un continuum: organizzazione di personalità “sana”, “nevrotica”, “borderline”, “psicotica” (Arciero e Bondolfi, 2012).

All'interno di questo *continuum* i sintomi alimentari, prettamente anoressici e bulimici, possono assumere significati differenti a seconda della gravità di struttura di personalità. Nei paragrafi seguenti verranno analizzate le varie organizzazioni di personalità usando come punto di riferimento la suddivisione effettuata da Lingiardi V. e Gazzillo F. nel manuale "La personalità e i suoi disturbi" (2014) e da Zennaro A. ne "Lo sviluppo della psicopatologia" (2011).

2.2.1 Livello nevrotico

Il primo livello viene definito "nevrotico": individui che presentano tale organizzazione di personalità e un disturbo dell'alimentazione, tenderanno ad avere una sintomatologia che ha come scopo manovrare l'Altro. In un'ottica evolutiva, si osserva che in generale nel corso dell'infanzia questi individui sviluppano con il *caregiver*, spesso la madre, una relazione patologica, in cui il corpo diventa lo strumento principe per manipolare l'altro. Il corpo magro e il totale controllo sulla fame rendono l'individuo autonomo dal genitore e causano una pervasiva sensazione di invincibilità che rinforza il progetto anoressico. Controllare la propria fame non solo rappresenta una vittoria della mente sul corpo, ma mette anche l'altro in una condizione di impotenza e, dunque, permette al soggetto con DCA di esercitare un controllo totale che parte dal Sé e si estende all'Altro.

I comportamenti dei soggetti con un funzionamento nevrotico sono caratterizzati da una generale oppositività e da negativismo, atteggiamenti che inficiano le relazioni interpersonali. Sono soggetti con un funzionamento compromesso, ma non ad un livello di gravità estremo.

Individui con un funzionamento nevrotico possono essere paragonati al gruppo, che verrà preso in analisi successivamente, descritto da Westen come "ad alto funzionamento/perfezionista".

2.2.2 Disturbo della strutturazione del Sé

Sintomi anoressici e bulimici possono presentarsi ad un livello di personalità caratterizzato da un disturbo della strutturazione del Sé.

Il Sé è un concetto estremamente complesso che può essere definito come la percezione che la persona ha di sé stessa e che viene formata attraverso svariate esperienze interne o modulata da circostanze del mondo esterno. È una sorta di teoria implicita a cui il soggetto

ricorre per dare spiegazione a fattori quali l'aspetto fisico, le relazioni interpersonali, i giudizi che provengono dagli altri, etc.

Il Sé inizia a formarsi precocemente già nei bambini, a partire dalla relazione di attaccamento con il *caregiver*. Una buona relazione con il *caregiver* permetterà al bambino di essere in grado di sviluppare una propria identità ben distinta da quella del genitore, il quale a sua volta deve essere attento e responsivo nei riguardi del figlio. Bion parla di elementi "beta", cioè pensieri che appartengono al bambino di pochi mesi di vita e che da solo non è in grado di elaborare. È grazie alla funzione di *reverie* materna, cioè la capacità della madre di fungere da contenitore dei pensieri apparentemente senza senso del bambino, che il caregiver può accogliere le richieste del piccolo dando loro un significato; ed è grazie alla "funzione alfa" che il bambino può trasformare gli elementi "beta" privi di significato in elementi "alfa", cioè esperienze dotate di senso.

Se questo processo avviene linearmente come appena descritto, e, soprattutto, in modo costante, il bambino svilupperà in primo luogo una sintonizzazione con il caregiver e successivamente anche la mentalizzazione.

La mentalizzazione è la capacità di percepire sé stessi e gli altri e di saper riflettere su e riconoscere i propri e altrui stati mentali. In altri termini, può essere definita come l'abilità di vedere sé stessi dall'esterno e gli altri all'interno.

Se la figura di attaccamento non è in grado di sostenere e aiutare in modo adeguato il figlio nelle tappe appena descritte, è difficile che la mentalizzazione riesca a svilupparsi in modo opportuno.

Uno stile di attaccamento disorganizzato è connesso ad una scarsa capacità di mentalizzare: ciò porterà quasi sicuramente allo sviluppo di un Sé incoerente, frammentato e disorganizzato, poiché il bambino si ritrova a dover organizzare tutto ciò che di incongruo proviene dal *caregiver*. Il bambino sviluppa un'esperienza aliena all'interno del Sé poiché, dovendosi occupare della caoticità delle informazioni che riceve dal genitore sui propri stati interni, non ha modo di internalizzare ciò che prova egli stesso. Il Sé alieno è un concetto studiato ampiamente da Peter Fonagy che lo descrive come una struttura in grado di contenere la rappresentazione sia della cattiveria dell'oggetto, sia del tentativo del Sé di farvi fronte.

La parte aliena interiorizzata dal bambino, col passare del tempo, può assumere un carattere persecutorio: diventa, dunque, di vitale importanza, trovare un qualcuno o un

qualcosa che possa fungere da contenitore per le esternalizzazioni delle torture subite dal Sé, in modo da poter provare a mantenere unito ciò che resta della propria identità.

Persone con un disturbo dell'alimentazione e un deficit nella strutturazione del Sé, si ritrovano con una scissione interna fra un falso Sé adattivo, che è quello da mostrare esternamente, e un Sé che rimane segreto, interno. Spesso in tali condizioni i soggetti sono alessitimici, cioè incapaci di avere una piena consapevolezza delle proprie emozioni ma anche di comunicare ed esprimere ciò che provano. L'alessitimia rende le comunicazioni, le relazioni ed anche la vita quotidiana più sterili, prive di quel colore che solo le emozioni sanno donare.

Il rifiuto costante e ostinato del cibo risulta essere in questi casi un tentativo di controllo su di sé, mentre l'abbuffata, che consiste in una totale perdita di controllo sul cibo e su sé stessi si configura come un tentativo di automedicazione (Lingiardi e Gazzillo, 2014).

Col cibo si combatte l'angoscia del niente e si ripara il vuoto esistenziale, ristabilendo il contatto con i propri punti di riferimento corporei. In un certo senso, come tutte le malattie, anche la bulimia ha un ruolo funzionale, anzi terapeutico: ci si ammala un po' per non morire. (Galimberti, 2003, p. 50)

La tematica della separazione e dell'abbandono sembra avere un ruolo principale nella vita di questi soggetti: sono talmente angosciati dagli effetti di un eventuale abbandono, che vivono le relazioni con gli altri in costante preoccupazione. La relazione è vissuta come un lancio di una moneta a due facce: croce, la sensazione di essere sommersi dall'Altro, al punto da ritenere di aver completamente perso la propria identità; testa, l'angoscia di ritrovarsi con un Sé svuotato e tormentato dalla separazione.

Il funzionamento dei soggetti descritti in questo paragrafo può essere assimilato al gruppo "coartato" individuato da Westen e che verrà trattato successivamente nel capitolo.

2.2.3 Livello borderline

L'ultimo livello di struttura di personalità è quello borderline.

"Tutti gli operatori di salute mentale che sono coinvolti nella terapia di un cliente borderline si ritrovano ripetutamente impegnati in animate discussioni in cui alcuni

provano forte simpatia verso il paziente e desiderano aiutarlo e salvarlo, mentre altri provano un'altrettanta forte antipatia e vorrebbero rimproverarlo e imporgli dei limiti.” (McWilliams, 1999, p. 251).

Il testo appena citato descrive una situazione caratteristica che spesso scaturisce dalla messa in atto di meccanismi di difesa primitivi. Un soggetto con una struttura di personalità borderline tende a servirsi principalmente dell'identificazione proiettiva e della scissione dell'Io, che possono essere disfunzionali, soprattutto a causa della distorsione della realtà che provocano.

L'identificazione proiettiva permette al soggetto di proiettare su un soggetto esterno un sentimento inaccettabile, l'altra persona si identifica con questo sentimento e si comporta in maniera coerente con esso, provocando, in colui che ha proiettato, quello stesso sentimento inaccettabile. La persona, dunque, non può permettersi di provare un sentimento vissuto come cattivo se non come una risposta del tutto legittima al comportamento di qualcun altro. Il risultato dell'identificazione proiettiva è che la persona sperimenta lo stesso sentimento che ha inizialmente proiettato, ma può farlo solo perché non si ritiene “responsabile” di tale vissuto. Nella proiezione “semplice”, a differenza di quello che accade nell'identificazione proiettiva, la persona non prova consapevolmente il sentimento portato fuori da sé (Gazzillo e Lingiardi, 2014; Casonato, 2012; Lingiardi e Madeddu, 2002).

La scissione dell'Io permette di separare in modo netto qualità ritenute contraddittorie ma conviventi dell'Io.

I meccanismi di difesa appena descritti non sono l'unica caratteristica del livello di personalità borderline. In generale, tali individui sono tratteggiati da una regressione che li porta a mettere in atto comportamenti come abbuffate, abuso di sostanze, promiscuità, automutilazioni etc. I comportamenti impulsivi sembrano essere la risposta predefinita di questi soggetti, che non fanno altro se non tentare di sopperire alle proprie vulnerabilità e ad episodi di depersonalizzazione e di frammentazione del Sé.

Le relazioni sono caratterizzate da una continua oscillazione fra idealizzazione e svalutazione dell'Altro, simultaneamente ai profondi sbalzi d'umore: da una rabbia intensa possono velocemente passare a forti sentimenti depressivi e di vuoto. Hanno paura

di trovarsi immersi in relazioni controllanti, invadenti e ostili; perciò, usano il cibo e il corpo come ulteriore meccanismo di difesa.

“Il grasso diventa il focus simbolico della difesa anoressica, nello sforzo di proteggere il sé fragile e non sentirsi sopraffatte. In altri casi il bisogno di alleviare il caos e la disforia prevalenti sono alla base degli sforzi disperati di incorporazione tipici delle crisi bulimiche.” (Lingiardi, Gazzillo, 2014, p. 822).

Le emozioni sono al di fuori del controllo del soggetto, caratterizzate da un vissuto fortemente egodistonico, creano un Sé svalutato che viene poi punito con comportamenti autolesivi, anche per fronteggiare stati emotivi estremi.

Drew Westen, i cui studi sono oggetto dei paragrafi seguenti, inserirebbe questi soggetti all'interno del gruppo “emotivamente disregolato”.

2.3 Sottotipi di personalità: gli studi di Drew Westen

La personalità, come è stato affrontato in questo capitolo, assume un ruolo cardine nella comprensione di un qualsiasi disturbo psichico: i Disturbi del Comportamento Alimentare non fanno eccezione. Negli studi più recenti si è sviluppato sempre più l'interesse nel provare a spiegare l'alto tasso di comorbidità psicopatologica osservato nei disturbi alimentari (Skodol et al., 1993; Cassin, Von Ranson, 2005; Wonderlich et al., 2007b). L'obiettivo degli studi diventa, dunque, concettualizzare la frequente comorbidità rilevata nei disturbi alimentari in base alle peculiarità dello stile specifico di personalità. Le ricerche più accreditate nell'ambito sono state condotte principalmente da Drew Westen, ma anche da Harnden-Fischer e Thompson-Brenner, solo per citarne alcuni. La *Shedler-Westen Assessment Procedure* è lo strumento diagnostico che è stato usato per individuare, attraverso il metodo della *Q-Analysis*, i raggruppamenti all'interno di una ampia popolazione di DCA.

La SWAP-200 è uno strumento utile alla diagnosi che si basa sulla valutazione quantitativa di duecento *item*, detti descrittori. È una procedura di *assessment* definita *clinician report*, poiché è il clinico che, dopo aver effettuato almeno cinque colloqui con il paziente, assegna ad ogni *item* un punteggio compreso tra zero e sette, dove sette indica che l'*item* è molto rappresentativo del paziente e zero indica che non è per niente rappresentativo. La SWAP-200 nasce con l'intento di superare le criticità dei più classici

sistemi diagnostici, andando a valutare e misurare quantitativamente aspetti inferenziali del clinico, necessariamente intrinseci di soggettività. Gli *item* sono scritti con un linguaggio semplice, comprensibile a tutti, indipendentemente dalla cornice teorica di riferimento: il clinico assegna i punteggi agli item seguendo una distribuzione fissa, cioè dando solo ad un certo numero di item un punteggio da zero a sette; in tal modo, si evitano errori sistematici.

Nell'ambito dello studio dei disturbi del comportamento alimentare correlati a specifiche strutture di personalità sono state condotte varie ricerche avvalendosi della SWAP-200: Westen e Harnden-Fischer nel 2001 hanno pubblicato *“Personality Profiles in Eating Disorders: Rethinking the Distinction Between Axis I and Axis II”*, studio pionieristico che ha dato il via a tutte le successive pubblicazioni ; Thompson-Brenner e Westen nel 2005 nell'ambito degli adulti; tre anni dopo, nel 2008, Thompson-Brenner e collaboratori scrivono *“Personality subtypes in adolescents with eating disorders: validation of a classification approach”* basato sulle osservazioni di pazienti adolescenti; e ancora, nel 2013, è stato condotto uno studio con le stesse modalità anche in Italia da Gazzillo et al., su una popolazione di soli pazienti con Anoressia Nervosa.

Tutte le ricerche appena citate hanno evidenziato sempre gli stessi tre sottotipi di personalità, se non qualche piccola variazione per quanto riguarda gli adolescenti che sarà descritta successivamente: 1) “alto funzionamento/perfezionista; 2) “coartato/ipercollato”; 3) “emotivamente disregolato/con mancanza di controllo”.

“Questi risultati danno sostegno empirico all'idea tipicamente dinamica per cui la personalità è il contenitore entro cui prendono forma i sintomi, e questi ultimi assumono funzioni e decorsi diversi a seconda della personalità in cui si manifestano” (Lingiardi, Gazzillo, 2014, p. 340).

Nei paragrafi seguenti verranno usate solamente le desinenze al femminile, poiché lo studio da cui si attingerà maggiormente è stato effettuato su una popolazione di soggetti di sesso femminile (Westen e Harnden-Fischer, 2001).

2.3.1 Gruppo ad alto funzionamento/perfezionista

I pazienti con un alto funzionamento sono contraddistinti da forti sentimenti di autocritica personale, perfezionismo, colpa e ansia, tuttavia, mostrano attributi sani quali coscienziosità ed empatia nei confronti degli altri (Westen e Harnden-Fischer, 2001). Generalmente, nel corso della vita, queste pazienti possono aver sofferto di tutti i disturbi dello spettro dell'alimentazione: anoressia, bulimia o entrambe (è bene ricordare che tale ricerca, essendo stata effettuata all'inizio degli anni 2000, è basata sulla diagnosi del DSM IV, che prevedeva solo Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa).

Queste pazienti sono descritte, per usare l'espressione usata da Hilde Bruch delle "brave ragazze": coloro che non hanno mai causato problemi ai genitori, ottime studentesse e, all'apparenza, perfette. Alcuni degli *item* della SWAP-200 che meglio descrivono questo gruppo sono "*Is articulate; can express self well in words*", "*Tends to be conscientious and responsible*" o "*Tends to be self-critical; sets unrealistically high standards for self and is intolerant of own human defects*" (Westen e Harnden-Fischer, 2001, p. 552).

Questo gruppo è quello che presenta minore frequenza di ospedalizzazione e di disturbi di personalità, fatta eccezione per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo. La patologia delle pazienti "perfezioniste" è connotata da tratti ossessivi e depressivi di alto funzionamento e la sintomatologia alimentare sembra essere un tentativo di regolazione di aspetti legati ad ansia, colpa, spinte competitive e problemi con l'autostima (Westen e Harnden-Fischer, 2001).

Lo studio di Thomposon-Brenner e collaboratori del 2008, eseguito su pazienti adolescenti, ha evidenziato caratteristiche molto simili al campione degli adulti, con ulteriori aspetti legati alla quotidianità di un adolescente. Sono soggetti che hanno un buon funzionamento sia nel rapporto con i pari, sia a scuola; presentano un basso rischio suicidario, un buon rapporto con la madre e una relativa assenza di eventi particolarmente negativi o traumatici nell'infanzia.

2.3.2 Gruppo coartato/ipercontrollato

Il secondo raggruppamento individuato dalla *Q-Analysis* è stato denominato "coartato/ipercontrollato", perché contraddistinto da una generale costrizione, non limitata alla sfera dell'alimentazione e del cibo, ma anche riguardante l'emotività. Sono individui che risultano quasi anedonici, con una significativa passività e inibizione sia dell'autoconsapevolezza sia della riflessività su processi mentali e comportamentali.

Provano sentimenti di vuoto, una costante disforia e si sentono impotenti, depressi, inadeguati, ansiosi e spesso provano vergogna, che li porta a evitamento sociale.

La maggior parte dei soggetti del gruppo ha una storia clinica, passata o attuale, di anoressia (Westen, Harnden-Fischer, 2001), tuttavia, circa il 30% ha una sintomatologia bulimica (Thompson-Brenner, Westen, 2005).

Nel complesso appaiono molto più disturbate al confronto con il primo gruppo: ciò complica la prognosi, la diagnosi, la pianificazione del trattamento e il trattamento stesso. Le relazioni interpersonali vengono generalmente evitate e si rilevano elevati punteggi sui disturbi di personalità Schizoide, Schizotipico, Evitante (Westen, Harnden-Fischer, 2001), ma anche Dipendente e Ossessivo-Compulsivo (Thompson-Brenner, Westen, 2005).

Di seguito alcuni degli item della SWAP-200 che presentano maggiore corrispondenza con il profilo di personalità coartato, individuati tramite i punteggi assegnati dai clinici: *“Tends to be passive and unassertive”*, *“Has difficulty acknowledging or expressing anger. Tends to be inhibited or constricted; has difficulty allowing self to acknowledge or express wishes and impulses”* e, per citarne ancora uno *“Tends to feel helpless, powerless, or at the mercy of forces outside his/her control”* (Westen, Harnden-Fischer, 2001, p. 552).

Le caratteristiche negli adolescenti, in questo caso, tendono ad essere diverse. Lo studio, già citato in precedenza di Thompson-Brenner e collaboratori, mostra adolescenti con uno scarso funzionamento nel rapporto con i pari e frequenti personalità a carattere depressivo ed evitante. Per quanto concerne la storia evolutiva e familiare: il rapporto con la madre presenta qualità negative e si riscontra una presenza frequente di disturbi internalizzanti nei parenti di primo grado (Lingiardi, Gazzillo, 2014).

2.3.3 Gruppo disregolato emotivamente/con mancanza di controllo

L'ultimo gruppo emerso nelle varie ricerche è definito “disregolato emotivamente/con mancanza di controllo”, non a caso, la mancanza di regolazione emotiva è il tratto peculiare di queste pazienti, che sono messe alla prova quotidianamente da emozioni intense ed estreme. Spesso viene a mancare il controllo sulla rabbia ed esplodono in crisi mettendo in atto comportamenti precipitosi. La sintomatologia alimentare prevalente in questi individui è quella bulimica, caratterizzata, come è stato delineato nel primo

capitolo, da impulsività, aspetto che non riguarda solo l'area dell'alimentazione ma anche di tutta una serie di comportamenti quali l'abuso di sostanze, la promiscuità sessuale e le automutilazioni. Sono pazienti con un funzionamento globale scarso, una frequenza e gravità maggiori di comportamenti bulimici e spesso, una variabile eziologica comune a molte, e la presenza di un evento traumatico, solitamente un abuso sessuale, in età infantile/adolescenziale.

Le relazioni interpersonali sono spesso molto caotiche e poco definite: l'Altro viene spesso visto nel tentativo disperato di autoconsolazione.

Le comorbidità più frequenti sono con diversi disturbi dell'Asse I (depressione, disturbo post-traumatico da stress, abuso di sostanze etc.) e anche con i disturbi di personalità paranoide, i disturbi del cluster B, soprattutto con il disturbo borderline, e il disturbo di personalità dipendente (Thompson-Brenner, Westen, 2005).

Gli item della SWAP-200 che meglio rappresentano gli individui con disregolazione emotiva sono: *“Emotions tend to spiral out of control, leading to extremes of anxiety, sadness, rage, excitement, etc.”*, *“Has uncontrolled eating binges followed by “purges” (e.g., makes self vomit, abuses laxatives, fasts); has bulimic episodes”*, per concludere *“Emotions tend to change rapidly and unpredictably”* (Westen, Harnden-Fischer, 2001, p. 553).

Il campione di adolescenti mostra variabili e risultati simili con, oltre ai disturbi del cluster B, l'aggiunta di disturbi dell'apprendimento, disturbi esternalizzanti e un alto tasso di suicidarietà. La storia clinica è spesso cosparsa di eventi negativi tra cui separazioni traumatiche, violenza assistita, abuso fisico o sessuale, divorzio conflittuale o morte di un genitore (Thompson-Brenner et al., 2008).

Capitolo 3

Trauma: un fattore di vulnerabilità

Nel capitolo precedente sono state analizzate le varie strutture di personalità in correlazione ai DCA e si è potuto notare come la personalità abbia un'influenza rilevante nella formazione di un disturbo dell'alimentazione.

In questo terzo e ultimo capitolo lo sguardo si sposterà dalla personalità al trauma, e tutto ciò che da esso ne consegue, andando ad indagare in che modo il trauma possa influire sullo sviluppo, o sul mantenimento, di un disturbo dell'alimentazione.

L'analisi separata della personalità e del trauma risulta utile per la comprensione più specifica dello sviluppo psicopatologico, ma è necessario ricordare che i disturbi mentali sono fenomeni estremamente complessi, influenzati da elementi culturali, sociali, familiari, biologici, interpersonali e intrapersonali. Personalità e trauma sono solo due tra i molti fattori che possono favorire l'insorgenza di un disturbo alimentare.

3.1 Il trauma.

Il trauma, secondo molti filoni di studio e correnti di pensiero, è la base, necessaria e non sufficiente, per lo sviluppo futuro di una psicopatologia. Un evento traumatico diventa uno spartiacque nella vita della persona: separa un prima da un dopo, necessariamente cambiato.

La parola trauma deriva dal greco e significa letteralmente "ferita" (Rocci, 2012, p. 1825). Pierre Janet viene considerato uno dei pionieri della moderna psicotraumatologia. Janet, che ha lavorato in Francia tra fine Ottocento e inizio Novecento, ha concettualizzato il trauma come un evento che, a causa delle sue caratteristiche, non è integrabile dal sistema psichico della persona, e che quindi risulta una potenziale minaccia di frammentazione della coesione mentale (Farina e Liotti, 2011).

Il concetto di evento traumatico è di difficile individuazione. Il DSM-5 espone una lista, che non vuole essere esaustiva, di eventi considerati traumatici. Tra questi si trovano: aggressione fisica, violenza sessuale, essere rapiti ecc. Per quanto riguarda i bambini: "eventi sessualmente violenti possono includere esperienze sessuali inappropriate dal punto di vista dello stadio di sviluppo, pur senza violenza fisica o lesioni" (APA, 2013,

p.318) o anche eventi vissuti in qualità di testimone (ad es. osservare minacce, abuso fisico o sessuale su un'altra persona, violenza domestica ecc).

“Il trauma può essere considerato da un punto di vista oggettivo o soggettivo. Nel primo caso, la valenza traumatica è intrinseca all'evento: esistono eventi specifici [...] con un potenziale traumatico a priori. Sul versante della soggettività, d'altro canto, è importante valutare la portata individuale dell'evento e il modo in cui ciascun soggetto reagisce.” (Lingiardi & Gazzillo, 2014, p. 104).

3.1.1 Abuso fisico e/o sessuale.

“La violenza sessuale e/o fisica di tipo grave subita durante l'infanzia e nella prima adolescenza mette in una condizione di particolare rischio di sviluppare disturbi psichiatrici, compresi i disturbi del comportamento alimentare” (Vanderlinden, Vandereycken, 1998, p. 27).

Tra tutti i traumi che è possibile esperire nel corso della vita, l'abuso fisico e/o sessuale, specialmente in età infantile, sembra essere quello maggiormente correlato allo sviluppo di un disturbo del comportamento alimentare (Becker & Grilo, 2011; Carter et al., 2006; Duran et al., 2004; Heim e Nemeroff, 2001; Kendler, Kuhn & Prescott, 2004; Mangweth et al., 1996; Mullen et al., 1993; Romans et al., 2001; Sancì et al., 2008).

Il Consiglio d'Europa definisce i maltrattamenti (o abusi) come: *“Atti e carenze che turbano gravemente i bambini e le bambine, attentano alla loro integrità corporea, al loro sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale”* (citato in Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, 2007).

I dati degli studi sopra citati mostrano che circa la metà dei soggetti con disturbi dell'alimentazione ha vissuto esperienze traumatiche di abuso sessuale; in gran parte dei casi avvenuti nell'infanzia.

Indagando nelle casistiche specifiche di AN, BN e BED vengono rilevate le seguenti evidenze: Cartar e collaboratori (2006) in uno studio condotto su soggetti affetti da Anoressia Nervosa hanno mostrato che il 48% del campione esaminato riferiva una storia di abusi sessuali infantili, precedenti all'esordio del disturbo alimentare.

La Bulimia Nervosa sembra essere la condizione maggiormente influenzata da esperienze traumatiche: lo studio effettuato da Sancì e colleghi (2008) *“Childhood Sexual Abuse and Eating Disorders in Females”* ha evidenziato un'incidenza di 2.5 volte maggiore di BN

tra le ragazze che avevano riportato un episodio di abuso sessuale infantile e 4.9 volte più alta in coloro che avevano subito due o più episodi di violenza rispetto a quelle che non avevano vissuto alcun abuso. Gli autori dello studio appena citato ne hanno dedotto che l'abuso sessuale infantile risulta essere un fattore di rischio importante per lo sviluppo di sindromi bulimiche, non necessariamente mediate da comorbidità psichiatrica o da un regime alimentare rigido.

Infine, lo studio di Becker e Grilo (2011) ha rilevato che il 31% di donne con Binge-Eating è stato oggetto di abusi sessuali durante l'infanzia. In tale disturbo il trauma produrrebbe l'alimentazione incontrollata come tentativo costante di regolare stati interni intollerabili. Il gesto del *bingeing* consente di limitare il pensiero al presente, evitando pensieri intrusivi e rimuginii legati a problematiche del passato, che genererebbero stati di ansia o depressione (Becker & Grilo, 2011).

Alla luce di questi dati l'ipotesi emergente è che l'abuso sessuale infantile rappresenti un fattore di rischio per tutti i disturbi del comportamento alimentare, con particolare rilevanza nella Bulimia Nervosa (Sanci et al., 2008).

Le correlazioni dirette fra un abuso sessuale e lo sviluppo di un disturbo dell'alimentazione sono sicuramente di ardua individuazione e concettualizzazione. Ricercatori come Slade hanno individuato elementi psichici che in soggetti abusati favoriscono il mantenimento della psicopatologia alimentare: i fattori più rilevanti sembrerebbero una scarsa autostima, il senso di colpa, l'autoaccusa ed un funzionamento familiare disadattivo (Bentovim & Boston, 1988; Bruch, 1988; Smolak et al., 1990). Tuttavia, gli studi continuano a portare evidenze di come qualsiasi evento che turbi lo sviluppo psicosessuale di un individuo o che lo solleciti attraverso richieste che non può soddisfare a causa del mancato completamento dello sviluppo e della maturità biopsichica, può aumentare il rischio di un disturbo alimentare (Crisp, 1980; Garfinkel, 1982; Lacey e Dolan, 1988).

Risulta necessario sottolineare che se da un lato molte ricerche hanno evidenziato correlazioni tra una storia pregressa di abuso in infanzia e futuro sviluppo di un disturbo del comportamento alimentare, d'altra parte altrettanti studi (solo per citarne alcuni Finn et al., 1986; Steiger et al., 1990) su argomenti simili, non hanno rilevato particolari correlazioni, o almeno, non più o diverse da quelle con altri disturbi psichici.

3.2 Dissociazione

La dissociazione è una temporanea interruzione della coscienza, nel qui ed ora, della memoria e della consapevolezza, in una persona con una buona salute psicofisica (APA, 2013). In psicopatologia i concetti di trauma e di dissociazione sono strettamente correlati, non solo nelle evidenze epidemiologiche del rapporto tra sviluppo traumatico e sintomi o disturbi dissociativi (Dutra et al., 2009), ma anche nel meccanismo patogenetico del trauma (Farina & Liotti, 2011).

I disturbi del comportamento alimentare sono contraddistinti da una maggiore frequenza della presenza di traumi infantili rispetto a gruppi di controllo (Kong & Bernstein, 2009; Becker & Grilo, 2011; Everill et al., 1995). I sintomi dissociativi generati da un'esperienza traumatica sembrano essere particolarmente frequenti in pazienti con DCA: in modo particolare in soggetti con “*binge purging*” e meno in pazienti con anoressia di tipo restrittivo (Dalle Grave et al., 1996; Dalle Grave et al., 1997; Olios et al., 2003).

Pierre Janet, già citato in precedenza, è stato un pioniere nello studio sistematico della relazione che intercorre tra trauma e dissociazione nell'eziologia di vari problemi psichiatrici, tra cui i disturbi del comportamento alimentare. Janet descrisse la dissociazione come un meccanismo psicologico sviluppato dall'organismo in reazione ad un'esperienza traumatica che non è facilmente sostenibile ed integrabile. Idee e ricordi riferiti al trauma possono scindersi dalla coscienza e dar luogo a sintomi dissociativi detti “isterici”, questi possono essere definiti come forme di evitamento mentale, una via di fuga dal trauma. Janet ritiene, inoltre, che questo meccanismo possa generare un'amnesia relativa all'evento traumatico, caratteristica specifica della patologia dissociativa (Vanderlinden, Vandereycken, 1998).

Successivamente a Janet l'interesse per la dissociazione come elemento specifico in pazienti con disturbo del comportamento alimentare e una storia clinica di traumi, scompare (Vanderlinden, Vandereycken, 1988).

Con il passare degli anni varie ricerche hanno ripreso l'interesse per l'argomento e si sono soffermate sulla presenza di sintomi dissociativi in pazienti con DCA: segue una breve rassegna di alcune di queste.

Torem nel 1986 ha condotto uno studio su 30 pazienti con DCA e ha riscontrato che 12 di esse presentavano stati dell'Io dissociati e discordanti; Sanders, sempre nel 1986, ha mostrato che le studentesse, che erano solite presentare modalità disfunzionali nell'alimentazione quali l'abbuffata, esperivano fenomeni dissociativi con maggiore frequenza rispetto al gruppo di controllo. Demitrack, Putnam, Brewerton, Brandt e Gold (1990) hanno confrontato un campione di 30 donne affette da DCA con un gruppo di controllo e hanno osservato nel campione delle donne con disturbi dell'alimentazione alti livelli di psicopatologia dissociativa. Altro studio che ha prodotto simili risultati è stato svolto da Covino, Jimerson, Wolfe, Franko e Frankel (1994), analizzando un campione di soggetti con bulimia. Una ricerca effettuata con l'uso di un questionario, condotta da Goldner, Cockhill, Bakan e Birmingham, nel 1991, pazienti con DCA mostravano punteggi significativamente più alti rispetto ai soggetti del gruppo di controllo.

Lo studio di Dalle Grave, Rigamonti e Todisco (1996), effettuato su un campione di 103 pazienti con DCA, ha fatto emergere che il 20% dei soggetti riportava alti livelli di sintomatologia dissociativa; in particolar modo tra gli individui con bulimia. Un elemento che ha sorpreso i ricercatori riguarda i soggetti obesi, che non presentavano esperienze traumatiche gravi e mostravano bassi livelli di sintomi dissociativi.

Alla luce di studi più recenti, la dissociazione sembra giocare un ruolo particolarmente importante nel predire le abbuffate (Engelberg et al., 2007; La Mela et al., 2010) e la gravità degli episodi di *binge eating* (La Mela et al., 2010; McShane1 et al., 2008; Waller et al., 2001).

3.3 Un caso clinico: Laura

Nel seguente paragrafo verrà illustrato il caso clinico di Laura, tratto dal testo "Le origini traumatiche dei disturbi alimentari" scritto da Vanderlinden e Vandereycken (1998). La presentazione di un caso clinico permette di integrare tutti gli aspetti teorici descritti in precedenza, evidenziandone le ricadute operative.

3.3.1 Metodi e strumenti di valutazione

Prima di iniziare con la descrizione del caso clinico, si ritiene importante spiegare brevemente i vari strumenti utilizzati per la valutazione del soggetto descritto da Vanderlinden e Vandereycken (1998).

3.3.1.1 Eating Disorder Inventory (EDI)

L'*Eating Disorder Inventory* (EDI) (Garner, Olmsted & Polivy, 1983) è un questionario *self-report* composto da 8 scale e 64 *item* che misurano atteggiamenti e caratteristiche psicologiche relative all'Anoressia Nervosa e alla Bulimia Nervosa. Le 8 sottoscale misurano: guida alla magrezza; bulimia; insoddisfazione corporea; inefficacia; perfezionismo; sfiducia interpersonale; consapevolezza interocettiva; paura della maturità. Il punteggio da attribuire ad ogni *item* varia su una scala da 0 a 6 (da “sempre” a “mai”). I punteggi ottenuti nelle 8 sottoscale vengono sommati andando a formare un punteggio complessivo.

L'E.D.I. è stato revisionato due volte, nel 1991 e l'ultima è stata rilasciata nel 2004, tuttavia, nell'*assessment* del caso clinico viene usata la prima versione del questionario, risalente al 1983.

3.3.1.2 Symptom Checklist 90 (SCL-90)

Il *Symptom Checklist 90* (SCL-90) (Derogatis, 1983) è un questionario composto da 90 *item* usato per valutare la psicopatologia nevrotica generale. Oltre ad essere utile per la valutazione dello psiconevroticismo, si usa anche per l'analisi dei sintomi dell'ansia, della depressione, della somatizzazione, del senso di incapacità, sensibilità, ostilità e insonnia. Ogni *item* viene valutato dal soggetto su una scala da 0 a 4 in base a quanto ritiene che quell'aspetto lo abbia infastidito nell'arco temporale dell'ultima settimana.

3.3.1.3 Childhood Unwanted Sexual Events (CHUSE)

Il *Childhood Unwanted Sexual Events* (CHUSE) (Lange et al., 1995) contiene domande dettagliate su esperienze sessuali negative vissute in passato, sulla natura della violenza, l'età in cui è iniziata e quella dell'ultima volta in cui è avvenuta, la frequenza, la relazione con l'autore (o gli autori) della violenza, il tipo di influenza che ha avuto sulla vittima, il grado e il tipo di pressioni esercitate su di essa.

3.3.1.4 *Traumatic Experiences Questionnaire* (TEQ)

Il *Traumatic Experiences Questionnaire* (TEQ) (Nijenhuis, van der Hart & Vanderlinden, 1995) è un questionario usato per la valutazione delle esperienze traumatiche. È costituito da 28 *item* per i quali viene chiesto al soggetto di indicare: 1) se ha avuto quel tipo di esperienza; 2) l'età che aveva quando è iniziata e finita quell'esperienza; 3) quanto è stata pesante quell'esperienza o la gravità soggettiva dell'esperienza traumatica. Per ogni *item* il soggetto attribuisce un punteggio su una scala Likert a 5 punti. Le aree indagate comprendono le seguenti categorie: trascuratezza affettiva, violenza psicologica, violenza fisica, violenza sessuale, problemi familiari, decesso o perdita di un familiare ecc.

3.3.2 Descrizione del caso clinico

Laura ha 27 anni e soffre di Bulimia Nervosa. Successivamente alla separazione dal marito, vive da sola per tre anni e non ha prole. Dopo aver seguito 6 mesi di psicoterapia intensiva in contesto ambulatoriale, non riscontra miglioramenti e continua ad avere episodi di abbuffate e a vomitare quotidianamente. La sua sintomatologia alimentare non le permette di lavorare regolarmente, e quindi, si trova anche in una situazione finanziaria critica. Dato che nei 3 mesi precedenti alla visita vive in isolamento, l'ospedalizzazione sembra la soluzione migliore per interrompere il circolo vizioso che si è creato.

La somministrazione dell'EDI (*Eating Disorder Inventory*) (Garner, Olmsted e Polivy, 1983), usato per la valutazione della sintomatologia alimentare, ha dato un punteggio totale molto alto (94), in particolare nelle sottoscale: spinta alla magrezza (21), bulimia (15), perfezionismo (15) e insoddisfazione corporea (23).

Dal momento che spesso la storia clinica di una persona che ha subito un trauma è costellata da un'ampia varietà di sintomi psichiatrici, in gran parte dei casi, nella valutazione, viene usato anche un test che valuti la psicopatologia nevrotica generale, in questo caso il test SCL-90 (Derogatis, 1983). Il punteggio totale ottenuto da Laura è molto alto (313), *scoring* comparabile ai punteggi della popolazione psichiatrica. I punteggi più alti delle sottoscale sono stati ansia (45), somatizzazione (50) e depressione (60).

Per la valutazione dei traumi è stato somministrato a Laura il questionario CHUSE (*Childhood Unwanted Sexual Events*) (Lange et al., 1995). Nel compilare il questionario CHUSE, Laura ha ammesso di aver subito abusi sessuali da suo marito, quando questo si trovava in stato di ubriachezza. Racconta anche di aver reagito inizialmente in modo

violento e successivamente di aver subito l'abuso, sviluppando apatia. In ausilio al CHUSE, viene somministrato alla paziente anche il TEQ (*Traumatic Experiences Questionnaire*) (Nijenhuis, van der Hart, Vanderlinden, 1995).

Laura riporta un lungo elenco di esperienze traumatiche, molte delle quali omesse nel colloquio di ammissione. In particolare, le esperienze traumatiche precoci rilevate sono: "trascuratezza affettiva e violenza psicologica nella famiglia d'origine, tra i 5 e i 17 anni; l'essere stata costretta a prendersi cura della madre e del fratello, tra gli 8 e i 17 anni; maltrattamenti fisici nella famiglia di origine, tra i 6 e i 17 anni; l'aver subito grave stress (i problemi psichiatrici di uno dei suoi fratelli) tra gli 8 e i 17 anni" (Vanderlinden, Vandereycken, 1998, p. 78).

Esperienze traumatiche vissute negli anni successivi risultano essere: "la perdita di un bambino (un aborto dopo il 7° mese di gravidanza dovuto a maltrattamenti fisici da parte del marito) all'età di 22 anni; violenza sessuale (stupro) nel matrimonio; minacce di morte (il marito diceva che l'avrebbe uccisa se avesse rifiutato i rapporti sessuali) all'età di 22 anni; maltrattamenti fisici da parte del marito" (Vanderlinden, Vandereycken, 1998, p. 79).

Laura continua riferendo di aver subito sia trascuratezza affettiva sia maltrattamenti fisici, ma soltanto dopo i 5 anni, il che può essere considerato un fattore prognostico positivo.

La paziente ha vissuto esperienze traumatiche multiple: in *primis* violenze psicologiche e fisiche nella sua famiglia d'origine. In particolare, il padre viene descritto come figura dominante, molto aggressivo, sia fisicamente sia verbalmente. Tuttavia, la situazione vissuta soggettivamente in modo più pesante da Laura era quella familiare, come i problemi psichiatrici del fratello e il ruolo genitoriale che aveva dovuto assumere nei confronti della madre e del fratello. Durante il trattamento si rende conto di aver usato il matrimonio come via di fuga dal nido familiare, tuttavia, si ritrova in una situazione forse ancor più critica: il marito è un alcolista che la picchia se si sottrae ai rapporti sessuali. L'unica gravidanza è stata interrotta da un aborto, probabilmente causato dalle ripetute violenze inflitte dal marito. Questa esperienza si è rivelata per Laura come particolarmente traumatica.

Laura non ha mai raccontato il suo vissuto a nessuno, né amici, né parenti. Prima di ricorrere al trattamento in ambulatorio il suo modo di affrontare queste esperienze consisteva nell'evitare di pensare al passato e nel lavorare duramente. Tuttavia, la notte

veniva svegliata da incubi riguardanti le esperienze traumatiche vissute e la sera, specialmente quando stava con il marito, veniva colpita da forti attacchi d'ansia, senza capirne il motivo. Abbuffarsi in segreto era diventato il suo modo di anestetizzarsi emotivamente e di smettere di pensare.

“Laura manifestava tutte le caratteristiche del DSM-IV della bulimica nervosa che fa uso di lassativi (307,51), normopeso e con frequenza giornaliera degli episodi di abbuffata, vomito e abuso di lassativi. I sintomi del disturbo del comportamento alimentare esistevano da circa sei anni. Altre caratteristiche tipiche del disturbo alimentare erano la spinta alla magrezza, il perfezionismo e una forte insoddisfazione corporea connessa con una scarsa autostima. [...]. Laura rivelò un ampio elenco di esperienze traumatiche vissute sia nella famiglia d'origine sia, più tardi, durante il matrimonio: una ripetizione (rivittimizzazione) dei maltrattamenti fisici e psicologici e della violenza sessuale. Non aveva mai rivelato nulla a nessuno né ricevuto sostegno da nessuno, fino al momento in cui entrò in psicoterapia. Parecchi eventi importanti della vita di Laura vengono considerati come fattori positivi e tra questi ci sono la riconciliazione con il padre e la relazione con il nuovo fidanzato” (Vanderlinden, Vandereycken, 1998, p. 82).

3.4 Trauma e Disturbi del Comportamento Alimentare: uno sguardo alla letteratura scientifica

L'analisi del Trauma correlato ai Disturbi del Comportamento Alimentare non è un ambito della letteratura scientifica che presenta un ampio spettro di studi e ricerche. Tuttavia, alcuni studiosi hanno approfondito l'argomento pubblicando articoli che riportano una buona validità.

Nei seguenti paragrafi sono analizzati due articoli: “*Relationship between Trauma History and Eating Disorders in Adolescents*” (Groth, Hilsenroth, Boccio, Gold, 2019) e “*Childhood Trauma, Borderline Personality and Eating Disorders: A Developmental Cascade*” (Sansone e Sansone, 2007). Il primo studio indaga le relazioni che intercorrono tra varie tipologie di trauma e i diversi DCA, mentre il secondo propone un modello “a cascata”, in cui, non solo sono messi in gioco il trauma e la patologia alimentare, ma anche il Disturbo Borderline di Personalità.

3.4.1 “*Relationship between Trauma History and Eating Disorders in Adolescents*” (Groth, Hilsenroth, Boccio, Gold, 2019)

L’articolo “*Relationship between Trauma History and Eating Disorders in Adolescents*” di Groth, Hilsenroth, Boccio e Gold, pubblicato nel 2019, è pionieristico nello studio delle relazioni tra il trauma e i disturbi del comportamento alimentare in soggetti adolescenti, in cui vengono usati i criteri diagnostici del DSM-5.

Risalire alle dirette cause dello sviluppo di un disturbo del comportamento alimentare è estremamente complicato. Tra i vari fattori di rischio individuati dalla letteratura scientifica (Allen et al., 2016; APA, 2013; Balantekin et al., 2017) il trauma infantile sembra essere quello maggiormente correlato allo sviluppo di un DCA. Approssimativamente il 50% degli individui con una diagnosi di DCA riportano una storia di trauma infantile (Carter et al., 2006; Rodriguez et al., 2005). Kong e Bernstein (2009) hanno individuato tre esperienze traumatiche che influenzano lo sviluppo di un DCA: abuso emotivo, trascuratezza fisica e abuso sessuale. Soprattutto l’abuso emotivo sembra essere l’esperienza traumatica prevalente tra individui con DCA (Carratero-Garcia et al., 2012).

Esperienze infantili di abbandono (Dalla Grave 2011; Sweetingham & Waller, 2008) e l’abuso sessuale (Smolak & Murren, 2001; Wonderlich et al., 2001) sono associati ad un abuso emotivo e anche a comportamenti alimentari disturbati (Goossens et al., 2012; Johnson et al., 2002).

Lo scopo dello studio (Groth et al., 2019) è esaminare la presenza di un trauma infantile correlato ad una sintomatologia alimentare in adolescenti, usando i criteri del DSM-5. Il primo obiettivo della ricerca è stato valutare la presenza o assenza di una storia di trauma in soggetti con DCA, e, se presente, analizzare la tipologia di trauma. L’ipotesi era che la presenza di un trauma infantile fosse associata ai DCA. Il secondo obiettivo era valutare se una persona che ha esperienza di più di un trauma riporta più sintomi alimentari o più gravi, rispetto a chi ha esperienza di un solo trauma. Si è ipotizzato dunque che pazienti adolescenti con esperienze poli-traumatiche riportassero maggiori sintomi alimentari. Il terzo ed ultimo obiettivo dello studio era esaminare la relazione tra la gravità dell’esperienza traumatica e la sintomatologia alimentare. Si è ipotizzato a tal proposito che pazienti che presentano esperienze traumatiche gravi riportino sintomatologie alimentari altrettanto severe.

Il campione era costituito da 112 terapeuti che avevano in quel momento in cura un adolescente con DCA. L'adolescente in cura doveva avere tra i 13 e i 18 anni, una diagnosi di DCA ed essere stato in cura con il terapeuta che intendeva partecipare allo studio per un minimo di 8 sedute.

Le informazioni demografiche sono state richieste attraverso 6 domande riguardanti il genere, l'età, la disciplina clinica, il numero di anni in cui il clinico ha esercitato la professione, gli anni di licenza e l'orientamento teorico.

Per la valutazione della sintomatologia alimentare è stato somministrato il “*DSM-5 ED Criteria Symptom Checklist*”, che comprende una lista esaustiva di 16 sintomi dei DCA, la cui compilazione permette di determinarne la presenza o assenza secondo i criteri del DSM-5.

La valutazione del trauma è stata condotta con l'ausilio del “*Childhood Trauma Questionnaire – Childhood Traumatic Events Scale*” (Pennebaker & Susman, 2013). Il questionario è composto da 13 *item* divisi in due scale: da un lato si valutano eventi traumatici infantili, dall'altro eventi traumatici recenti. La compilazione del questionario fornisce informazioni sulla presenza/assenza di un evento traumatico, e, nel caso sia presente, richiede l'età in cui è avvenuto e quanto è stato grave l'evento per il paziente (su una scala da 1, “per niente” a 7, “estremamente traumatico”).

Dai risultati è emerso che la maggioranza del campione riportava una storia di trauma, in particolare, i risultati hanno dimostrato che esiste una relazione tra essere una vittima di violenza (ad es. abuso fisico) e la presenza di gravi sintomi bulimici. Inoltre, è stato notato che, nei soggetti con sintomatologia bulimica, l'abuso fisico è correlato a abbuffate e comportamenti compensatori.

Riguardo il secondo obiettivo dello studio, si è riscontrato che esperienze politraumatiche infantili risultano positivamente correlate alla sintomatologia alimentare, soprattutto a quella bulimica, e che ogni soggetto con DCA vittima di violenza, ha riportato una storia di politrauma.

Anche l'ultima ipotesi relativa al terzo obiettivo dello studio è stata confermata dai risultati: i soggetti con DCA e trauma grave hanno presentato sintomi alimentari molto severi o anche alti livelli di BN. Inoltre, i risultati hanno evidenziato come pazienti con storie traumatiche gravi ricorrono ad almeno due comportamenti compensatori al mese, riportano episodi di *binge-eating* e provano un forte distress a causa delle abbuffate.

Rispetto a questi risultati deve essere necessariamente considerato non tutti i soggetti con DCA presentano una storia di trauma e che non tutti gli individui con una storia di trauma sviluppano un DCA. Nello studio il 31% dei soggetti con DCA non ha riportato per esempio una storia di trauma. Dal momento che la restante parte del campione (il 69%) presentava un'esperienza traumatica, è opportuno, tuttavia, considerare il trauma come un fattore di rischio cruciale per lo sviluppo di un DCA.

Il metodo di raccolta dei dati (*self-report*) di questo studio può rappresentare un limite metodologico poiché esprime il punto di vista solo dei soggetti (e non quello del clinico o di un care giver per esempio). In secondo luogo, nello studio non sono state indagate le eventuali comorbidità con diagnosi dell'ex Asse I. Individui con DCA e diagnosi comorbida con un disturbo dell'ex Asse I probabilmente possono infatti presentare sintomi più gravi rispetto alla "norma". Tuttavia, non essendo stato indagato attraverso un apposito strumento, non è stato possibile comparare la sintomatologia dei pazienti con tali comorbidità (con ex Asse I ed ex Asse II) e pazienti che presentavano esclusivamente una diagnosi di DCA.

3.4.2 "*Childhood Trauma, Borderline Personality and Eating Disorders: A Developmental Cascade*" (Sansone e Sansone, 2007)

Per concludere il capitolo viene presentato uno studio ritenuto particolarmente significativo ed esplicativo di tutto quanto affermato fino ad ora: "*Childhood Trauma, Borderline Personality and Eating Disorders: A Developmental Cascade*", condotto dalle ricercatrici Sansone e Sansone nel 2007. La ricerca mette in luce vari argomenti trattati fino ad ora integrando il contributo del disturbo di personalità borderline, che spesso viene identificato dalla letteratura scientifica (Johnson, 2003; Sansone, Levitt & Sansone, 2006; Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich & Silk, 2004; Zimmerman & Mattia, 1999), come una delle comorbidità psicopatologiche più frequenti con i disturbi del comportamento alimentare.

Il trauma infantile rappresenta spesso l'inizio di una "*developmental cascade*", che, talvolta, può sfociare in una patologia alimentare. La letteratura empirica evidenzia infatti che i traumi fisici/emozionali e gli abusi sessuali come gli eventi maggiormente rilevanti nell'eziopatogenesi di varie tipologie di psicopatologia in età adulta.

Sansone e Sansone (2007) sottolineano come la ripetuta esposizione ad esperienze traumatiche sia associata ad un maggior rischio di sviluppare disturbi psichici, tra cui i disturbi dell'alimentazione. Ci sono tuttavia alcuni fattori che possono moderare gli esiti psicopatologici. Per esempio, nel caso dell'abuso sessuale, l'età d'esordio dell'esperienza traumatica, la relazione che intercorre fra molestatore e vittima, la modalità attuata dal molestatore per mantenere il segreto, il grado di isolamento del segreto (ossia, quanto e cosa dell'abuso è conosciuto da altre persone) e il modo in cui la rivelazione del segreto viene gestita dalla famiglia, sono tutti fattori che possono modificare gli esiti psicopatologici (Hyde & Kaufman, 1984).

Tra i vari esiti psicopatologici del trauma infantile, il disturbo del comportamento alimentare, soprattutto in soggetti di sesso femminile, sembra essere uno dei disturbi più frequenti (Becker & Grilo, 2011; Everill et al., 1995; Kong & Bernstein, 2009; Palmisano et al., 2017; Rayworth, Wise & Harlow, 2004; Smyth et al., 2008; Striegel-Moore et al., 2002). Le tipologie di trauma sperimentate da tali soggetti sono varie, ma la letteratura evidenzia in particolare: l'abuso fisico (Nagata et al., 2001), l'abuso emozionale (Kent & Waller, 2000) e l'abuso sessuale (Pearlstein, 2002).

Così come i DCA, anche il Disturbo Borderline di Personalità è stato descritto da diverse fonti in letteratura (Baker et al., 1992; Gunderson & Sabo, 1993; Herman et al., 1989; Johnson et al., 1999; Ogata et al., 1990; Swartz et al., 1990; Walsh, 1977; Westen et al., 1990; Zanarini et al., 1997) come un disturbo determinato da un intreccio di vari fattori, che includono predisposizioni genetiche, psicopatologia di uno o di entrambi i genitori, dinamiche familiari disfunzionali e traumi infantili.

Numerosi studi supportano la tesi secondo cui il disturbo borderline di personalità sia in stretta relazione con un trauma infantile (Sansone, Sansone, 2000). Una ricerca condotta da Zanarini e colleghi nel 1997 su un campione di soggetti con disturbo borderline, ha evidenziato che l'85% del campione riscontrava una storia di trauma infantile.

Diverse pubblicazioni hanno anche confermato la relazione tra abuso sessuale infantile e disturbo dell'immagine corporea in età adulta (Brown, 1998; Corbett, 1998; Hunter, 1991; Truppi, 2001; Wenninger & Heiman, 1998). Al contrario degli studi appena citati, ne esistono altri che non hanno trovato particolari relazioni tra abuso sessuale infantile e disturbo dell'immagine corporea (Byram, Wagner & Waller, 1995; Duran, 1998; Haaf, Pohl, Deusinger & Bohus, 2001; Kolar, 1995; Schaaf & McCanne, 1994). Tuttavia, la

differenza tra i risultati può essere spiegata sia da fattori che intervengono nell'esperienza traumatica, sia dalle metodologie usate negli studi.

A causa della scarsità di letteratura che indaghi il disturbo dell'immagine corporea in soggetti con disturbo borderline di personalità, Sansone, Wiederman e Monteith (2001) hanno preso in analisi un campione di 48 donne provenienti da un ambulatorio psichiatrico per adulti. Ai soggetti è stato chiesto di rispondere ad un questionario volto a valutare i disturbi dell'immagine corporea. Da questa ricerca è stato possibile confermare l'ipotesi di partenza: il disturbo dell'immagine corporea e il disturbo borderline sono significativamente correlati tra loro a livello statistico.

Le autrici ritengono che il disturbo dell'immagine corporea ponga le basi per un senso di disagio corporeo e/o di alienazione corporea.

Oltre al disturbo dell'immagine corporea, un altro comportamento strettamente connesso al disturbo borderline, è quello autolesionista (Sansone, Wiederman & Sansone, 1998).

In contesto clinico, i comportamenti autolesionistici più frequenti tra pazienti con disturbi borderline includono tagliarsi, picchiarsi, graffiarsi e/o bruciarsi; tentativi multipli di suicidio; relazioni sadomasochistiche; comportamenti ad alto rischio.

Negli individui che presentano una patologia alimentare in un contesto di personalità borderline i comportamenti messi in atto per regolare il peso corporeo diventano spesso una forma di autolesionismo (Sansone & Levitt, 2006), che può essere intesa come un modo disfunzionale di regolare gli affetti (Steinberg, Tobin & Johnson, 1990).

Considerato che il DBP è caratterizzato in particolare da un'impulsività cronica (APA, 2000), le ricercatrici hanno ipotizzato che in pazienti con DCA e DBP fosse frequente la presenza di comportamenti impulsivi (come il vomito auto-indotto o l'abuso di lassativi). In tale studio è stato inoltre ipotizzato che il DBP non sia comune in pazienti con DCA con condotte alimentari restrittive e/o con una tendenza ad usare un esercizio fisico eccessivo come metodo di compensazione. La relazione fra DCA, DBP e comportamenti impulsivi è stata dimostrata dalla letteratura soprattutto in pazienti con disturbo del comportamento alimentare che abusano di lassativi (Koepp, Schildbach, Schmagel & Rohner, 1993; Pryor, Wiederman & McGilley, 1996; Tozzi et al., 2006).

Analizzati i vari elementi necessari alla comprensione dei due disturbi e delle correlazioni che fra questi intercorrono, le autrici propongono il modello definito "*developmental cascade*". La comprensione di questo modello risulta più facile se si concettualizza che

ogni posizione evolutiva nella cascata accresce il rischio di sviluppare quelle successive. In principio, il trauma infantile (specialmente abuso fisico, emozionale, sessuale) sembra conferire un rischio maggiore per lo sviluppo di DBP, soprattutto in concomitanza di predisposizioni genetiche e genitori/famiglie disfunzionali. A sua volta, lo sviluppo del disturbo borderline consolida e perpetua due caratteristiche psicopatologiche fondamentali: (a) disturbi nell'immagine corporea, (b) comportamenti autolesivi. La presenza del disturbo dell'immagine corporea sembra contribuisca al bisogno di riparare il proprio corpo. Con la presenza di un reale o percepito disturbo del peso, gli sforzi per riparare il corpo possono facilmente manifestarsi sotto forma di disturbo dell'alimentazione. Di conseguenza, l'emergere di un'alimentazione disturbata completa la dinamica borderline di personalità del comportamento autolesivo. Pertanto, tra le donne, lo sviluppo di DBP, sembra aumentare il rischio di comparsa di un disturbo alimentare, specialmente in un contesto familiare o societario che presta attenzione al peso.

La *developmental cascade* precedentemente delineata presenta diverse implicazioni cliniche per i terapeuti. La presenza di un trauma infantile in pazienti con disturbo del comportamento alimentare aumenta il rischio di comorbidità con il DBP, ma è anche possibile che la relazione fra DCA e DBP esista in modo autonomo da una storia clinica di trauma infantile. La patologia alimentare autolesionista intenzionale può funzionare come un equivalente dell'autolesionismo nel DBP ed essa è un probabile indicatore di DBP quando coesiste con altri comportamenti autolesionistici.

In questo articolo, le autrici hanno tentato di sottolineare le complesse interrelazioni tra trauma infantile, DBP e DCA. In modo specifico, la presenza di un trauma infantile aumenta il rischio dello sviluppo di DBP. A sua volta, la presenza di disturbo borderline aumenta il rischio di sviluppo di un DCA, particolarmente quando: (a) ci sono disturbi legati al trauma nell'immagine corporea; (b) l'individuo ha un reale o percepito disturbo del peso e cerca di "riparare" il proprio corpo; (c) queste dinamiche interconnesse si presentano in famiglie o in un contesto socio-culturale che tramanda l'ideale della magrezza e della dieta. Successivamente, la patologia alimentare funziona, in parte, come un equivalente dell'autolesionismo.

A causa di queste complicate interrelazioni, i terapeuti hanno il difficile compito, non solo di intervenire sulla sintomatologia del comportamento alimentare disturbato, ma

anche di tenere a mente che alcuni di questi comportamenti possono essere degli equivalenti di comportamenti autolesionistici. Inoltre, è possibile che i terapeuti incontrino persone con disturbi dell'immagine corporea, legati ad una storia infantile traumatica che ha alterato l'immagine di Sé, e non provocati da un'angoscia adolescenziale.

Le autrici, infine, offrono spunti per le ricerche successive nell'ambito, sottolineando l'importanza di continuare a indagare le relazioni e le caratteristiche che interagiscono fra trauma infantile, disturbo borderline di personalità e disturbo del comportamento alimentare.

CONCLUSIONI

I Disturbi del Comportamento Alimentare sono caratterizzati da una eziopatogenesi multifattoriale: come per molti altri disturbi psichici è quasi impossibile trovare una sola causa dello sviluppo del disturbo, e cercarla sarebbe forse un tentativo ingenuo. Come si è potuto notare dal frutto delle ricerche effettuate che sono state analizzate per la stesura di questo elaborato la personalità e il trauma sono due tra i vari fattori che possono intervenire e avere un impatto significativo nello sviluppo o nel mantenimento di un DCA.

Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa e Disturbo da Binge-Eating sono disturbi con caratteristiche peculiari, che, inquadrati con l'ausilio dei manuali DSM-5 e ICD-11, acquisiscono determinate specificità in base alla tipologia di struttura di personalità del soggetto. Come è emerso dagli studi di Drew Westen e colleghi (2001) i disturbi alimentari assumono forme diverse in base a diversi sottotipi di personalità: alto funzionamento/perfezionista, coartato/ipercollato e emotivamente disregolato/con mancanza di controllo. Da questi tre gruppi emergono profili di personalità profondamente diversi tra loro e ciò risulta essere un elemento fondamentale per la comprensione dell'individuo stesso e della forma del suo disagio, più che del disturbo di cui soffre.

Definire la personalità come contenitore permette di concettualizzare il disturbo alimentare come un aspetto che si modella in base alla forma del contenitore stesso. L'esperienza traumatica è necessariamente collegata al concetto di personalità, in quanto vivere un trauma contribuisce profondamente alla costruzione della specifica struttura di personalità, in base alla quale si svilupperà un vissuto personale e altamente soggettivo.

La descrizione del caso clinico nel terzo capitolo ha permesso un'integrazione concetti più teorici, quali la patologia alimentare e il trauma, con gli aspetti più clinici trattati in questo elaborato. Laura ha vissuto un ampio spettro di esperienze traumatiche, dalla prima infanzia fino al matrimonio, completamente abbandonata a se stessa, non ha mai avuto modo anche solo di raccontare a qualcuno ciò che aveva vissuto e che stava vivendo. La Bulimia Nervosa è diventata per lei l'unico strumento a disposizione per far fronte agli eventi negativi che costellavano la sua vita. La storia di Laura può essere dunque simile alla storia di uno dei molti soggetti coinvolti negli studi analizzati, in particolare in

conclusione dell'ultimo capitolo. Tramite la ricerca condotta da Groth e colleghi (2019) e quella effettuata da Sansone e Sansone (2007) si è evinto infatti come il trauma abbia un forte impatto sull'individuo. I dati di tali studi mostrano l'alta frequenza con cui si riscontra una storia di esperienza traumatica, soprattutto in infanzia, in popolazioni cliniche con DCA.

La letteratura scientifica sui Disturbi del Comportamento Alimentare, e in particolare sulle relazioni che intercorrono tra struttura di personalità e trauma, è al momento ancora esigua e necessita di essere senz'altro ancora ulteriormente esplorata.

I contenuti emersi da questa tesi possono essere tuttavia uno spunto interessante per ulteriori ricerche future, con la speranza che l'interesse scientifico per i Disturbi del Comportamento Alimentare sia sempre maggiore.

“Qualcosa ha torturato la vita di chi sceglie la via dell'anoressia e della bulimia. Deve essere stato un dolore che non ha più lasciato tregua. Si è provato di tutto per dirlo con parole che non si sono trovate o che, trovate, non hanno avuto ascolto. [...] è il frutto di un male di vivere intenso, di un vuoto profondo e di un costante desiderio di riempirlo.” (De Clercq, in Recalcati, 2007, p. 11).

Bibliografia

- Allen, K. L., Byrne, S. M., Crosby, R. D., & Stice, E. (2016). Testing for interactive and non-linear effects of risk factors for binge eating and purging eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 87, 40-47.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5(TM))* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Ammaniti, M. (2002). *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality Rates in Patients with Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724.
- Arciero, G., & Bondolfi, G. (2012). *Sé, identità e stili di personalità*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Baker, L., Silk, K. R., Westen, D. et al. (1992), Malevolence, splitting, and parental ratings by borderlines. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 258-264.
- Balantekin, K. N., Birch, L. L., & Savage, J. S. (2017). Eating in the absence of hunger during childhood predicts self-reported binge eating in adolescence. *Eating Behaviors*, 24, 7-10.
- Becker, D. F., & Grilo, C. M. (2011a). Childhood maltreatment in women with binge-eating disorder: Associations with psychiatric comorbidity, psychological functioning, and eating pathology. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 16(2), e113–e120.

- Becker, D. F., & Grilo, C. M. (2011b). Childhood maltreatment in women with binge-eating disorder: Associations with psychiatric comorbidity, psychological functioning, and eating pathology. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 16(2), e113–e120.
- Bentovim, A. (1988). The common secret: Sexual abuse of children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 12(3), 422.
- Berg, K. C., Crosby, R. D., Cao, L., Peterson, C. B., Engel, S. G., Mitchell, J. E., & Wonderlich, S. A. (2013). Facets of negative affect prior to and following binge-only, purge-only, and binge/purge events in women with bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 111–118.
- Berg, K. C., Crosby, R. D., Cao, L., Crow, S. J., Engel, S. G., Wonderlich, S. A., & Peterson, C. B. (2015). Negative affect prior to and following overeating-only, loss of control eating-only, and binge eating episodes in obese adults. *International Journal of Eating Disorders*, 48(6), 641–653.
- Bourke, M. P., Taylor, G. J., Parker, J. D., Bagby, R. M. (1992). Alexithymia in women with anorexia nervosa. A preliminary investigation. *The British Journal of Psychiatry*, 161, 240-243.
- Brisac, G., & Sommariva, A. (2015). *Petite*. Milano: EDIZIONI PIEMME.
- Brown, L. E. (1998). A comparison of coping styles and body image of abused and non-abused women. *Dissertation Abstracts International*, 59, 1842B.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H., & Magnino, M. (1988). *Anoressia. Casi clinici*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Bruch, H. (1998). *La gabbia d'oro. L'enigma dell'anoressia mentale* (Vol. 72). Milano: Feltrinelli Editore.
- Bryer, J. B., Nelson, B. A., Miller, J. B., & Krol, P. A. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, *144*(11), 1426–1430.
- Byram, V., Wagner, H. L., & Waller, G. (1995). Sexual abuse and body image distortion. *Child Abuse & Neglect*, *19*, 507-510.
- Carratero-Garcia, A., Planell, L. S., Doval, E., Estragués, J. R., Escursell, R. R., & Vanderlinden, J. (2012). Repeated traumatic experiences in eating disorders and their association with eating symptoms. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *17*(4), e267-e273.
- Carter, J. C., Bewell, C., Blackmore, E., & Woodside, D. B. (2006). The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. *Child Abuse & Neglect*, *30*(3), 257–269.
- Casonato, M., & Sagliaschi, S. (2012). *Manuale storico comparatista di psicologia dinamica*. Milano: UTET Università.
- Casper, R. C. (1990). Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*.
- Cassin, S., & Vonranson, K. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, *25*(7), 895–916.
- Castonguay, L. G., & Oltmanns, T. F. (2013). *Psychopathology: From Science to Clinical Practice* (1st ed.). New York: The Guilford Press.

- Cochrane, C. E., Brewerton, T. D., Wilson, D. B., & Hodges, E. L. (1993). Alexithymia in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 14*(2), 219-222.
- Corbett, C. L. (1998). Working representations of self, others and relationships in women who have been sexually abused as children: A qualitative approach. *Dissertation Abstracts International, 58*, 6841B.
- Covino, N. A., Jimerson, D. C., Wolfe, B. E., Franko, D. L., & Frankel, F. H. (1994). Hypnotizability, dissociation, and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(3), 455–459.
- Crisp, A., Hsu, L., Harding, B., & Hartshorn, J. (1980). Clinical features of anorexia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research, 24*(3–4), 179–191.
- Dalle Grave, R. (2011). Eating disorders: Progress and challenges. *European Journal of International Medicine, 22*(2), 153-160.
- Dalle Grave, R., Oliosi, M., Todisco, P., & Vanderlinden, J. (1997). Self-Reported traumatic experiences and dissociative symptoms in obese women with and without binge-eating disorder. *Eating Disorders, 5*(2), 105–109.
- Dalle Grave, R., Rigamonti, R., & Todisco, P. (1995). Trauma and dissociative experiences in eating disorders. *Documento Presentato Alla Quinta Conferenza Annuale Di Primavera Della Società Internazionale per Lo Studio Della Dissociazione, Amsterdam.*
- Dalle Grave, R., Rigamonti, R., Todisco, P., & Oliosi, E. (1996). Dissociation and Traumatic Experiences in Eating Disorders. *European Eating Disorders Review, 4*(4), 232–240.

- Dalle Grave, R. (1998). *Alle mie pazienti dico... Informazione e autoaiuto per superare i disturbi alimentari*. Verona: Positive Press.
- Demitrack, M. A., Putnam, F. W., Brewerton, T. D., Brandt, H. A., & Gold, P. W. (1990). Relation of clinical variables to dissociative phenomena in eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, *147*(9), 1184–1188.
- Derogatis, L. R. (1983). Misuse of the Symptom Checklist 90. *Archives of General Psychiatry*, *40*(10), 1152.
- Duran, R. R. (1998). Body dissatisfaction in abused versus non-abused college women. *Dissertation Abstracts International*, *59*, 1364B.
- Duran, B., Malcoe, L. H., Sanders, M., Waitzkin, H., Skipper, B., & Yager, J. (2004). Child maltreatment prevalence and mental disorders outcomes among American Indian women in primary care. *Child Abuse & Neglect*, *28*(2), 131–145.
- Dutra, L., Bureau, J. F., Holmes, B., Lyubchik, A., & Lyons-Ruth, K. (2009). Quality of Early Care and Childhood Trauma. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *197*(6), 383–390.
- Engelberg, M. J., Steiger, H., Gauvin, L., & Wonderlich, S. A. (2007). Binge antecedents in bulimic syndromes: An examination of dissociation and negative affect. *International Journal of Eating Disorders*, *40*(6), 531–536.
- Everill, J. T., & Waller, G. (1995). Dissociation and bulimia: Research and theory. *European Eating Disorders Review*, *3*(3), 129–147.
- Everill, J., Waller, G., & Macdonald, W. (1995). Dissociation in bulimic and non-eating-disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, *17*(2), 127–134.

- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Bohn, K., O'Connor, M. E., Doll, H. A., & Palmer, R. L. (2007). The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-V. *Behaviour research and therapy*, 45(8), 1705-1715.
- Fairburn, C. G. (2014). *Vincere le abbuffate. Come superare il disturbo da binge-eating*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ferguson, K. J., & Spitzer, R. L. Binge eating disorder in a community-based sample of successful and unsuccessful dieters. *International Journal of Eating Disorders*, 18(2), 167-172.
- Ferrante, L., Castaldo, G., Fiamiani, I., Sullo, A., & Petrillo, L. (2019). *Anoressia e Bulimia Mentale: Aspetti Psicopatologici, Psicodinamici e Medico Legali (Medicina Legale e Psichiatria Vol. 2) (Italian Edition)* (1st ed.) [E-book].
- Finn, S. E., Hartman, M., Leon, G. R., & Lawson, L. (1986). Eating disorders and sexual abuse: Lack of confirmation for a clinical hypothesis. *International Journal of Eating Disorders*, 5(6), 1051–1060.
- Gabbard, G. O. (2015). *Psichiatria psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Galimberti, U. (2003). *I vizi capitali e i nuovi vizi*. Milano: Feltrinelli.
- Garfinkel, B. D., Froese, A., & Hood, J. (1982). Suicide attempts in children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 139(10), 1257-1261.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1982). Body Image in Anorexia Nervosa: Measurement, Theory and Clinical Implications. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 11(3), 263–284.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15–34.

- Gazzillo, F., Lingiardi, V., Peloso, A., Giordani, S., Vesco, S., Zanna, V., Filippucci, L., & Vicari, S. (2013). Personality subtypes in adolescents with anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, *54*(6), 702–712.
- Goldner, E. M., Cockhill, L. A., Bakan, R., & Birmingham, C. L. (1991). Dissociative Experiences and Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*, *148*(9).
- Goossens, L., Braet, C., Van Durme, K., Decaluwé, V., & Bosmans, G. (2012). The parent-child relationship as predictor of eating pathology and weight gain in preadolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *41*(4), 445-457.
- Groth, T., Hilsenroth, M., Boccio, D., & Gold, J. (2019). Relationship between trauma history and eating disorders in adolescents. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, *13*(4), 443-453.
- Gunderson, J. G., Sabo, A. N. (1993). The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 19-27.
- Haaf, B., Pohl, U., Deusinger, I. M., & Bohus, M. (2001). Examination of body concept in female patients with borderline personality disorder. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, *51*, 246-254.
- Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, *49*(12), 1023–1039.
- Herman, J. L., Perry, J. C., van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *146*, 490-495.

- Hunter, J. A. (1991). A comparison of the psychosocial maladjustment of adult males and females sexually molested as children. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 205-217.
- Hyde, M. L., & Kaufman, P. A. (1984). Women molested as children: Therapeutic and legal issues in civil actions. *American Journal of Forensic Psychiatry*, 5, 147-157.
- Istituto Superiore di Sanità (ISS) (2022). *Anoressia e Bulimia: aspetti epidemiologici*. EpiCentro. L'Epidemiologia per La Sanità Pubblica.
<https://www.epicentro.iss.it/anoressia/epidemiologia>
- Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., et al. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56, 600-606.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 394-400.
- Kendler, K. S., Kuhn, J. W., & Prescott, C. A. (2004). Childhood sexual abuse, stressful life events and risk for major depression in women. *Psychological Medicine*, 34(8), 1475–1482.
- Kent, A., & Waller, G. (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 20, 887-903.
- Koepp, W., Schildbach, S., Schmager, C., & Eohner, R. (1993). Borderline diagnosis and substance abuse in female patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 107-110.

- Kolar B. J. P. (1995). Body image of sexually abused bulimic women. *Dissertation Abstracts International*, 56, 95B.
- Kong, S., & Bernstein, K. (2009). Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of Clinical Nursing*, 18(13), 1897–1907.
- La Mela, C., Maglietta, M., Castellini, G., Amoroso, L., & Lucarelli, S. (2010). Dissociation in eating disorders: relationship between dissociative experiences and binge-eating episodes. *Comprehensive Psychiatry*, 51(4), 393–400.
- Lacey, J. H., & Dolan, B. M. (1988). Bulimia in British Blacks and Asians. *British Journal of Psychiatry*, 152(1), 73–79.
- Lange, A., Kooiman, K., Huberts, L., & Oostendorp, E. (1995). Childhood unwanted sexual events and degree of psychopathology of psychiatric patients: research with a new anamnestic questionnaire (the CHUSE). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(6), 441–446.
- Lingiardi, V., & Gazzillo, F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lingiardi, V., & Madeddu, F. (2002). *I meccanismi della difesa. Teoria, valutazione, clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2020). *PDM-2. Manuale diagnostico psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Mangweth, B., Pope, H. G., Hudson, J. I., & Biebl, W. (1996). Bulimia nervosa in Austria and the United States: A controlled cross-cultural study. *International Journal of Eating Disorders*, 20(3), 263–270.
- McShane, J. M., & Zirkel, S. (2008). Dissociation in the Binge–Purge Cycle of Bulimia Nervosa. *Journal of Trauma & Dissociation*, 9(4), 463–479.
- McWilliams, N., Sarno, L., & Caretti, V. (1999). *La diagnosi psicoanalitica. Struttura della personalità e processo clinico* [E-book]. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., Baker, L. (1980). *Famiglie psicosomatiche. L'anoressia mentale nel contesto familiare*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1993). Childhood Sexual Abuse and Mental Health in Adult Life. *British Journal of Psychiatry*, 163(6), 721–732.
- Nagata, T., Kaye, W. H., Kiriike, N., Rao, R., McConaha, C., & Plotnicov, K. H. (2001). Physical and sexual abuse histories in patients with eating disorders: A comparison of Japanese and American patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55, 333-340.
- Nijenhuis, E., van der Hart, O. e Vanderlinden, J. (1995), *Vragenlijst belastende ervaringen*. Rapport non pubblicato. Università di Amsterdam.
- Ogata, S. N., Silk, K. R., Goodrich, S, et al. (1990). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1008-1013.
- Oliosì, M., & Dalle Grave, R. (2003). A comparison of clinical and psychological features in subgroups of patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 11(4), 306–314.

- Palazzoli, M. S. (2006). *L'anoressia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Pearlstein, T. (2002). Eating disorders and comorbidity. *Archives of Women's Mental Health, 4*, 67-68.
- Pennebaker, J. W., & Susman, J. R. (2013). Childhood trauma questionnaire.
- Pryor, T., Wiederman, M. W., & McGilley, B. (1996). Laxative abuse among women with eating disorders: An indication of psychopathology? *International Journal of Eating Disorders, 20*, 13-18.
- Recalcati, M. (2007). *L'ultima cena: anoressia e bulimia* [E-book]. Torino: Mondadori Bruno.
- Rodriguez, M., Perez, V., & Garcia, Y. (2005). Impact of traumatic experiences and violent acts upon response to treatment of a sample of Colombian women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 37*, 299-306.
- Romans, S. E., Gendall, K. A., Martin, J. L., & Mullen, P. E. (2001). Child sexual abuse and later disordered eating: A New Zealand epidemiological study. *International Journal of Eating Disorders, 29*(4), 380-392.
- Ruggiero, G. M., Sassaroli, S., & Guerini, R. (2014). *I disturbi alimentari* [E-book]. Roma: Editori Laterza.
- Sanci, L., Coffey, C., Olsson, C., Reid, S., Carlin, J. B., & Patton, G. (2008). Childhood Sexual Abuse and Eating Disorders in Females. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 162*(3), 261.
- Sanders, S. (1986). The Perceptual Alteration Scale: A Scale Measuring Dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis, 29*(2), 95-102.

- Sansone, R. A., & Levitt, J. L. (2006). Borderline personality and eating disorders. In R. A. Sansone & J. L. Levitt (Eds.), *Personality disorders and eating disorders: Exploring the frontier* (pp. 131-148). New York: Routledge.
- Sansone, R. A., & Levitt, J. L., Sansone, L. A. (2006). The prevalence of personality disorders in those with eating disorders. In R. A. Sansone & J. L. Levitt (Eds.), *Personality disorders and eating disorders: Exploring the frontier* (pp. 23-39). New York: Routledge.
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2000). Borderline personality disorder: The enigma. *Primary Care Reports, 6*, 219-226.
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2007). Childhood Trauma, Borderline Personality, and Eating Disorders: A Developmental Cascade. *Eating Disorders, 15*(4), 333–346.
- Sansone, R. A., Wiederman, M. W., & Monteith, D. (2001). Obesity, borderline personality symptomatology, and body image among women in a psychiatric outpatient setting. *International Journal of Eating Disorders, 29*, 76-79.
- Sansone, R. A., Wiederman, M. W., & Sansone, L. A. (1998). The Self-Harm Inventory (SHI): Development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology, 54*, 973-983.
- Sarteschi, P., & Maggini, C., (1992). *Manuale di psichiatria*. Milano: Monduzzi.
- Schaaf, K. K., & McCanne, T. R. (1994). Childhood abuse, body image disturbance, and eating disorders. *Child Abuse & Neglect, 18*, 607-615.
- Schumaker, J. F., Warren, W. G., Schreiber, G. S., & Jackson, C. C. (1994). Dissociation in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Social Behavior and Personality: An International Journal, 22*(4), 385–392.

- Skodol, A. E., Oldham, J. M., Hyler, S. E., Kellman, H. D., Doidge, N., & Davies, M. (1993). Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders, 14*(4), 403–416.
- Slade, P. D. (1988). Body Image in Anorexia Nervosa. *British Journal of Psychiatry, 153*(S2), 20–22.
- Smolak, L., Levine, M. P., & Sullins, E. (1990). Are child sexual experiences related to eating-disordered attitudes and behaviors in a college sample? *International Journal of Eating Disorders, 9*(2), 167–178.
- Smolak, L., & Murnen, S. K. (2001). Gender and eating problems, Gender and eating problems.
- Steiger, H., & Zanko, M. (1990). Sexual Traumata Among Eating-Disordered, Psychiatric, and Normal Female Groups. *Journal of Interpersonal Violence, 5*(1), 74–86.
- Steinberg, S., Tobin, D. L., & Johnson, C. (1990). The role of bulimic behaviors in affect regulation: Different functions for different subgroups? *International Journal of Eating Disorders, 9*, 51-55.
- Stunkard, A. J., (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatric quarterly, 33*(2), 284-295.
- Swartz, M., Blazer, D., George, L., et al. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorders, 4*, 257-272.
- Sweetingham, R., & Waller, G. (2008). Childhood experiences of being bullied and teased in the eating disorders. *European Eating Disorders Review, 16*(5), 401-407.

- Thompson-Brenner, H., Eddy, K. T., Satir, D. A., Boisseau, C. L., & Westen, D. (2008). Personality subtypes in adolescents with eating disorders: validation of a classification approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*(2), 170–180.
- Thompson-Brenner, H., & Westen, D. (2005a). A Naturalistic Study of Psychotherapy for Bulimia Nervosa, Part 1. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *193*(9), 573–584.
- Thompson-Brenner, H., & Westen, D. (2005b). A Naturalistic Study of Psychotherapy for Bulimia Nervosa, Part 2. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *193*(9), 585–595.
- Torem, M. S. (1986). Dissociative States Presenting as an Eating Disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, *29*(2), 137–142.
- Tozzi, F., Thronton, L. M., Mitchell, J., Fichter, M. M., Klump, K. L., Lilenfeld, L. R., et al. (2006). Features associated with laxative abuse in individuals with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*, *68*, 470-477.
- Truppi, A. M. (2001). The effects of dance/movement therapy on sexually abused adolescent girls in residential treatment. *Dissertation Abstracts International*, *62*, 2081B.
- Ugazio, V. (2018). *Storie permesse, storie proibite. Polarità semantiche familiari e psicopatologie* [E-book]. Torino: Bollati Boringhieri.
- Vanderlinden, J., Vandereycken, W., & Cunsolo, A. (1998). *Le origini traumatiche dei disturbi alimentari*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Waller, G., Hamilton, K., Elliott, P., Lewendon, J., Stopa, L., Waters, A., Kennedy, F., Lee, G., Pearson, D., Kennerley, H., Hargreaves, I., Bashford, V., & Chalkley, J.

- (2001). Somatoform Dissociation, Psychological Dissociation, and Specific Forms of Trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1(4), 81–98.
- Walsh, F. (1977). The family of the borderline patient. In Grinker, R. R., & Werble, B. (a cura di), *The Borderline Patient*. New York: Jason Aronson.
- Wenninger, K., & Heiman, J. R. (1998). Relating body image to psychological and sexual functioning in child sexual abuse survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 543-562.
- Westen, D., & Harnden-Fischer, J. (2001). Personality Profiles in Eating Disorders: Rethinking the Distinction Between Axis I and Axis II. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 547–562.
- Westen, D., Ludolph, P., Misle, B., et al. (1990). Physical and sexual abuse in adolescent girls with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 60, 55-66.
- Westen, D., Shedler, J., Lingiardi, V. (2003). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. 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(4), 401-412.
- Wonderlich, S. A., Joiner, T. E., Keel, P. K., Williamson, D. A., & Crosby, R. D. (2007). Eating disorder diagnoses: Empirical approaches to classification. *American Psychologist*, 62(3), 167–180.

- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines* (1st ed.). World Health Organization.
- Zanarini, M. C., Dubo, E. D., Lewis, R. E., & Williams, A. A. (1997). Childhood factors associated with the development of borderline personality disorder. In M. C. Zanarini (Ed.), *Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder*, 29-44. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., et al. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1101-1106.
- Zennaro, A. (2011). *Lo sviluppo della psicopatologia. Fattori biologici, ambientali e relazionali*. Bologna: Il Mulino.
- Zingarelli, N. (2011). *Lo Zingarelli 2012. Vocabolario della lingua italiana. DVD-ROM*. Bologna: Zanichelli.