

Workshop : EMDR e Disturbi del Comportamento Alimentare

Relatore. Marina Balbo

I DCA rappresentano, a livello epidemiologico, una vera e propria emergenza sanitaria che colpisce in modo quasi esclusivo i paesi occidentali industrializzati. (Bauer e Ventura, 2004). Negli ultimi anni numerosi studi epidemiologici convergono nel rilevare una generale tendenza all'aumento dei DCA. L'età di esordio va dai 10 anni ai 30 anni, con un'età media di insorgenza di 17 anni. I DA sono una patologia prevalentemente femminile, con un rapporto femmine e maschi di 9 a 1 e tuttavia l'incidenza e la prevalenza sembra essere in aumento nei maschi, seppur in modo meno marcato rispetto al sesso femminile.

L'eziopatogenesi dei DCA è inevitabilmente multifattoriale, come riconosciuto da molti autori (Garner e Garfinkel, 1980; Garner, Garfinkel e Bemis, 1982; Fichter, 1990; Bauer, 1998a): si tratta di fattori biologici, socioculturali, individuali e famigliari, nonché di eventi di vita critici spesso presenti nei pazienti con DCA e che costituiscono i fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento dei DCA.

Tra i fattori predisponenti sono degni di nota:

- o Predisposizione genetica
- o Familiarità per sovrappeso ed obesità
- o Possibili disfunzioni a carico dei sistemi implicati nella modulazione delle sensazioni di fame e sazietà
- o Scarsa autostima
- o Idealizzazione sociale della perfezione corporea
- o Ambiente che associa bellezza a magrezza e valore personale
- o Caratteristiche famigliari peculiari quali invischiamento e scarsa definizione dei ruoli, incapacità di incoraggiare la separazione, la distinzione e l'autonomia (Bruch, 1973; Selvini Palazzoli, 1978).

Tra i fattori precipitanti sono degni di nota:

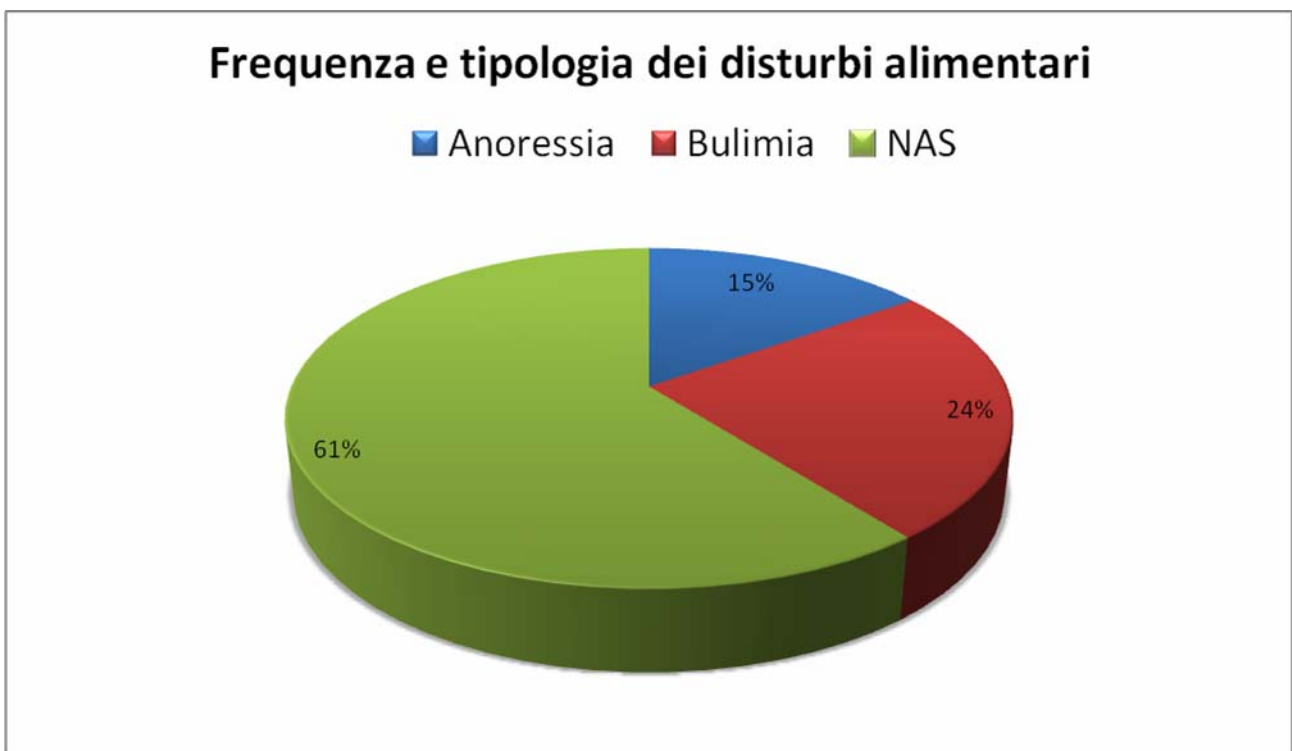
- o Esperienze di perdite, separazioni, fallimenti
- Traumi ed abusi sessuali degni di nota:
- o Rinforzi positivi dati sia dalle sensazioni di successo, di valore, di orgoglio e di superiorità che da un incremento del senso di autocontrollo, conseguenti alla restrizione alimentare
 - o Rinforzi negativi quali l'evitamento della grossezza e di situazioni interpersonali/sessuali ansiogene (a cui segue una generale regressione sia cognitiva che emozionale)
 - o Acquisizione di potere nelle dinamiche famigliari

Il DSM-IV riconosce tre tipi di DCA:

- o L'anoressia nervosa (AN)

La bulimia nervosa (BN)

- o I disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati (DCA-NAS), all'interno dei quali è inserito il disturbo da alimentazione incontrollata (DAI, Binge Eating Disorder, BED)



2.5 Eziopatogenesi

Nell'insorgenza del disturbo vengono individuati diversi fattori di rischio: genetici, neuroendocrini, evolutivi, psicologici, sociali, da tenere presenti per le implicazioni terapeutiche che ne derivano,

Per quanto riguarda i **fattori genetici**, diversi studi (Bulik, Sullivan, Kendler, 1998; Potoczna et al., 2004; Reichborn-Kjennerud et al., 2004) hanno indicato un effetto aggiuntivo dei fattori genetici sulla vulnerabilità al binge eating. Nonostante questi primi

risultati positivi, l'associazione con il BED resta a tutt'oggi incerta e per questo emotivo i terapeuti non dovrebbero negare l'influenza di tali fattori né enfatizzarla eccessivamente.

L'introduzione di cibo è regolata da una complessa serie di meccanismi **neuroendocrini** a livello del sistema nervoso centrale, di quello periferico e dell'apparato digerente. A livello encefalico, una rete di sostanze che stimolano l'appetito è controbilanciata da una rete di sostanze anoressizzanti. La parte del cervello coinvolta nella regolazione dell'appetito è l'*ipotalamo*, area altresì coinvolta nel controllo delle emozioni. Inoltre, fame e sazietà sono regolate da sostanze prodotte dall'apparato gastrointestinale e dagli adipociti, alcuni dei quali ad azione anoressizzante ed altri ad azione stimolante. Le implicazioni terapeutiche possono riguardare in particolare la fase psicoeducazionale, all'interno della quale si possono dare informazioni di tipo neuroendocrino utili per aiutare il paziente a riconoscere le sensazioni della fame in momenti precisi, senza considerarle come il momento che precede inevitabilmente l'abbuffata.

I **fattori evolutivi** sicuramente giocano un ruolo di primo piano: numerosi studi mostrano ad esempio che le relazioni parentali dei soggetti affetti da DCA sono spesso caratterizzate da *attaccamenti insicuri* con madri centrate sul potere ed invischianti, che tendono ad utilizzare sin dai primi anni di vita il cibo come risposta polifunzionale per soddisfare ogni bisogno (Bruch, 1973). Una madre insicura, di fronte ad un bambino che piange può trovare nell'offerta di cibo un modo semplice per calmarlo, risolvendo la sua ansia; in tal modo, la comunicazione con il figlio non risulta efficace poiché non ha imparato a riconoscere i veri bisogni o i disagi che stanno dietro a quel pianto. Il cibo diventa quindi per il figlio la risposta polifunzionale ad ogni suo problema; da adulto avrà appreso che, di fronte ad un problema, sarà più rassicurante rifugiarsi in un'abbuffata che affrontare le difficoltà ed i problemi relazionali.

Pur sottolineando come ogni paziente con DCA, anche alla luce della presenza o meno di altri disturbi psichici associati, ha una sua storia personale ed individuale assolutamente unica e peculiare, è possibile tracciare alcune **caratteristiche psicologiche** peculiari che sembra accomunare la maggior parte dei soggetti affetti da tale disturbo (Roviglio, 2000), quali:

- o Visione di sé che oscilla tra il massimo della *stima* nella propria efficienza alla *critica* più feroce.
- o Paura ossessiva di biasimo e di delusioni.
- o Estrema vulnerabilità alle critiche ed alle disconferme.
- o Terrore di deludere gli altri e di essere delusi.
- o Personalità fragile, incapace di affrontare l'ansia e gestire le frustrazioni.
- o Tendenza ad evitare la realtà rifugiandosi in progetti e fantasie meravigliose che non verranno mai realizzati.
- o Aspetto fisico come *difesa e/o rifugio*: **ingrassando** si limita il giudizio degli altri al solo corpo senza esporre i propri sentimenti e valori più personali mentre **dimagrendo** si è felici dell'approvazione sociale, senza necessariamente essere scrutati "dentro".

Spesso, la famiglia di origine è caratterizzata da ambiguità, incertezza e confusione: i soggetti affetti da DCA, specie di tipologia BED, nella maggior parte dei casi, hanno avuto madri con forti problemi di ansia, di angoscia, di lutti non risolti, madri spesso marginali, preoccupate molto dell'aspetto esteriore, ma poco delle esigenze emotive dei

propri figli. Al contrario, i padri sono stati spesso descritti come assenti, sia fisicamente che affettivamente, in alcuni casi violenti ed abusanti.

Infine, tra i **fattori psicosociali** in grado di influenzare l'insorgenza della malattia, Womble e collaboratori (2001) individuano come i più importanti la preoccupazione e l'insoddisfazione per l'immagine corporea ed il peso ed il frequente ricorso a diete.

Il ruolo del trauma

Alcuni studi longitudinali condotti negli anni '80 hanno stimolato i ricercatori ad indagare sull'esistenza di possibili relazioni tra storie di esperienze traumatiche, caratterizzate in particolare da maltrattamenti fisici e violenza sessuale, e lo sviluppo di disturbi del comportamento alimentare (Goldfarb, 1987; Kearney-Cooke, 1988; McFarlane, McFarlane e Gilchrist, 1988; Schechter, Schwartz e Greenfeld, 1987; Sloan e Leichner, 1986; Torem, 1986a, b).

Da tali ricerche non emerge una correlazione specifica e diretta tra violenza sessuale o altre esperienze traumatiche e successivo sviluppo di un comportamento alimentare. Quello che è emerso in modo inequivocabile è che la violenza sessuale e/o fisica grave subita durante l'infanzia e nella prima adolescenza sembra creare le condizioni di vulnerabilità per lo sviluppo futuro di disturbi psichiatrici, compresi quelli alimentari.

Negli ultimi anni i ricercatori hanno incominciato a studiare in modo sistematico la presenza di sintomi dissociativi nei disturbi del comportamento alimentare.

Lo psichiatra francese Pierre Janet fu il primo a studiare in modo sistematico la relazione che, nell'eziologia di un'ampia gamma di problemi psichiatrici, tra cui il disturbo del comportamento alimentare, intercorre tra esperienze traumatiche e dissociazione. Egli descrisse la dissociazione come un meccanismo psicologico cruciale con il quale l'organismo reagisce ad un trauma che non è in grado di sostenere.

Secondo il modello multifattoriale di Vanderlinden e Vandereycken (1997) esistono specifici fattori di mediazione tra violenza subita e successivi problemi psicologici. Essi, in sintesi, sono:

- *Fase di sviluppo* → un trauma ha effetti più gravi e destabilizzanti se viene subito nella prima infanzia (al di sotto dei cinque anni), in quanto il bambino non ha ancora sviluppato un sistema cognitivo di elaborazione delle informazioni in grado di dare un senso a ciò che gli è accaduto e, di conseguenza, usa difese primitive ed inadeguate per proteggersi dal trauma.
- *Natura della violenza* → caratteristiche specifiche della violenza possono condizionare la gravità dei problemi psicologici futuri. Molte ricerche (Boon e Deaijer, 1993; Briere e Zaidi, 1989; Carlin e Ward, 1992; Herman, 1992) hanno rilevato che caratteristiche quali: relazione tra la persona che ha commesso la violenza ed il bambino, numero degli autori della violenza, frequenza della violenza stessa, ricorso alla forza fisica sono in rapporto con l'estensione e la gravità dei sintomi dissociativi e degli altri problemi psicologici che emergono in età adulta.
- *Rivelazione della violenza* → studi recenti (Everson, Hunter, Runyon, Edelsohn e Coulter, 1989; Friedrich, 1990) hanno dimostrato che un importante fattore di mediazione tra violenza e successive conseguenze psicologiche può essere la risposta che la vittima ha ricevuto la prima volta in cui ha rivelato il trauma. Se tale risposta è negativa, aumenta nella vittima la probabilità di sviluppare in futuro sintomi post-traumatici da stress e dissociativi.
- *Variabili familiari* → una struttura familiare caotica, disorganizzata e poco coesa può costituire un fattore di mediazione tra trauma infantile e conseguenze psicologiche adulte, laddove il sostegno ricevuto dai genitori rappresenta un importante fattore di protezione.
- *Eventi della vita* → violenze e traumi rendono più probabile il verificarsi di eventi stressanti che possono ri-vittimizzare il soggetto e di situazioni che possono agire in modo da suscitare i ricordi relativi alla violenza subita, i sentimenti ed i pensieri connessi.
- *Immagine di sé* → l'evento traumatico ha spesso un effetto negativo sull'immagine di sé. Frequenti sono i problemi di autostima, i sensi di colpa, di vergogna e di autocommiserazione, i sentimenti di autodenigrazione, di inferiorità, di diversità. Essi fungono da fattori di mediazione che aumentano la probabilità di ricorrere al cibo per gestire la difettosità dell'immagine di sé.

Di seguito il grafico sintetizza il Modello Multifattoriale del Trauma e della Dissociazione (Vanderlinden e Vandereycken, 1997):



| | | |
|---------------|----------------------|----------------|
| U | Variabili famigliari | |
| M | Eventi della vita | |
| A | | Immagine di sé |
| Dissociazione | | |

Trattamento Terapeutico e integrazione dell'EMDR

Il lavoro terapeutico iniziale è centrato su due elementi:

- o la relazione terapeutica
- la motivazione al cambiamento

Rispetto alla relazione terapeutica occorre sottolineare che, molto spesso, i paziente affetti da disturbi alimentari (binge eating disorder compreso) provano un senso di indefinitezza ed una sostanziale confusione rispetto al proprio modo di sentirsi; hanno spesso difficoltà a definire se stessi, ciò che sentono, provano e percepiscono.

Inizialmente può rendersi indispensabile un lavoro finalizzato a dare chiarezza rispetto ad una definizione di sé vaga, lavoro che, in realtà, deve coprire tutto l'arco della terapia. Può rendersi necessario stabilire un contratto terapeutico ben definito al fine di minimizzare i tentativi del paziente di abbandonare la terapia. Fin dall'inizio può rivelarsi utile lavorare sul pensiero dicotomico, spesso pervasivo e generalizzato a tutte le situazioni, terapia inclusa ("Se salto una seduta allora è meglio interrompere del tutto. Chissà cosa penserà di me il terapeuta"), cercando di normalizzare molto e di de-catastrofizzare.

- ✓ comportamenti problematici.
- ✓ Psicoeducazione mirata a:
 - o Costruire con il paziente il ciclo auto-perpetrante delle abbuffate.
 - o Sensibilizzare negativamente il paziente sulle conseguenze fisiche, psicologiche e sociali legate all'abbuffata.
 - o Aiutare il paziente a distinguere tra fame biologica e fame psicologica
- ✓ Lavoro sulla motivazione al cambiamento (mediante la "ruota del cambiamento"): valutare i vantaggi e gli svantaggi del cambiamento.
- ✓ Introduzione di un'attività fisica regolare
- ✓ Favorire il controllo dell'abbuffata mediante:
 - o Uso delle schede di automonitoraggio (il diario alimentare).
 - o Uso di strategie comportamentali (ritardare, distrarsi, applicare attività alternative).
 - o Uso di consigli pratici su come fare la spesa, riporre il cibo, cucinare il cibo, servire il cibo, mangiare e gestire i momenti che seguono il pranzo.

Fase 2

- ✓ Identificazione di situazioni ad alto rischio: il paziente viene aiutato ad identificare eventi, situazioni, emozioni, che sono ad alto rischio in quanto il loro verificarsi rende probabile l'abbuffata. Dalle Grave (2004) identifica 5 categorie di situazioni ad alto rischio:
 - *Stati emotivi negativi*: ansia, solitudine, noia, depressione, rabbia sono emozioni negative che spesso si associano all'alimentazione in eccesso o in difetto; fanno parte di questa categoria anche le reazioni emotive che insorgono in seguito a conflitti interpersonali (critiche, discussioni, separazioni). Più della metà delle perdite di controllo sull'alimentazione sono stimulate da stati emotivi negativi.
 - *Stati emotivi positivi*: anche emozioni positive possono scatenare un'abbuffata; ad esempio, durante le vacanze, le feste di compleanno, dopo successi a scuola o sul lavoro ci si può sentire autorizzati a fare delle "eccezioni" ed a concedersi il lusso di mangiare in eccesso (o al contrario a limitarsi per paura di mangiare in eccesso).
 - *Situazioni sociali*: durante pranzi di lavoro, feste, cene a casa di amici ed altre situazioni simili, la pressione sociale a perdere il controllo può essere diretta o indiretta; diretta, quando si viene invitati a lasciarsi andare con frasi quali ad esempio "Assaggia questo: anche se per una volta non segui la dieta cosa vuoi che ti succeda?"; indiretta, se ci si trova ad esempio in un luogo dove c'è un'elevata disponibilità di cibo.
 - *Sentirsi a disagio con il proprio corpo*: aumentare un po' di peso, provarsi un vestito e constatare che va stretto, ricevere un commento sul proprio aspetto fisico sono esempi di situazioni che scatenano pensieri problematici su peso, aspetto fisico e cibo, i quali, a loro volta, possono essere antecedenti che scatenano un'abbuffata.
 - *Fame da dieta*: si tratta di una situazione biologica ad alto rischio, in quanto può determinare la comparsa di un desiderio irresistibile di cibo e quindi l'abbuffata (o al contrario condurre a limitare ancora di più l'alimentazione).

- ✓ Definire ed utilizzare attività alternative ed incompatibili al cibo. Esse possono essere distinte in:
 - Cose da pensare
 - Cose da fareLe attività alternative, per poter essere efficaci, devono soddisfare tre principi:
 1. far passare il tempo: gli impulsi dopo un certo lasso di tempo diminuiscono. In questo lasso di tempo è necessario fare qualcosa di distraente ed incompatibile con il cibo (es. fare attività fisica, farsi una doccia, telefonare ad un'amica, ecc...);
 2. rendere difficile l'abbuffata;
 3. distrarre e, preferibilmente, comportare qualcosa di piacevole.

Fase 3

- ✓ Risolvere i problemi che portano all'abbuffata; si tratta di fatto del cuore della psicoterapia, centrata ora non tanto sul cibo quanto sul disagio psicologico sottostante, che il paziente tende a gestire mediante l'abbuffata.

- ✓ Lavorare sui nuclei psicopatologici centrali della struttura del sé
 - Perfezionismo clinico
 - Bassa autostima nucleare

- Intolleranza alle emozioni
- Difficoltà interpersonali
- - *il perfezionismo clinico*, che è un sistema di autovalutazione disfunzionale in cui un individuo giudica sé stesso in modo esclusivo o predominante su fatto di riuscire ad inseguire o a raggiungere standard esigenti in almeno un dominio saliente (lavoro, sport, scuola, ecc.), nonostante le conseguenze avverse;
 - *la bassa autostima nucleare*: la maggior parte dei pazienti affetti da DCA presenta un basso livello di autostima, ma alcuni di essi hanno una visione negativa di sé più globale, incondizionata e pervasiva che è un costituente permanente della loro identità e che richiede un intervento terapeutico specifico;
 - *intolleranza alle emozioni*: ossia l'incapacità di tollerare certi stati emotivi negativi, come la rabbia o la depressione e l'ansia
 - *problemi interpersonali*, come tensioni familiari, ambienti sociali che accentuano la preoccupazione nei confronti dell'alimentazione, traumi passati, ecc.

Proprio nell'ambito del trattamento di tali fattori specifici, è indubbio l'inserimento dell'EMDR come procedura terapeutica dell'eccellenza.

Pianificazione terapeutica per l'intervento EMDR

Prerequisiti.

Stabilizzazione del paziente, relazione terapeutica, controllo fisiologico (peso, frequenza di vomito e/o abbuffate, sintomi gravi dissociativi, motivazione alla psicoterapia, i soggetti DCA sono ad alto rischio di DROP OUT) (FASE 1 e 2)

Fase 3

"il cuore della terapia"

Posto sicuro

Installazione di risorse specifiche per il controllo delle situazioni ad alto rischio , identificate nella fase 2 (abbuffate, vomito, digiuni, o altri ,se presenti, comportamenti di "addiction" impulsivi, dissociativi, tagli, percosse, alcol.)

LAVORO SUL PASSATO

-raccolta della storia di vita del storia di vita del paziente

- identificazione dei grandi T e piccoli t relativi alle aree sopra indicate (bassa autostima nucleare, perfezionismo clinico, problemi personali (abusi, molestie fisiche e psichiche)

Privilegiare dapprima i target relativi alla Sicurezza (la loro elaborazione ha più efficacia sul controllo degli episodi dissociativi).

Elaborare poi i target relativi alla Responsabilità (la loro elaborazione consente di rafforzare l'aderenza al trattamento)

Elaborare poi i target relativi alla Autodifettosità (la loro elaborazione è utile per iniziare a lavorare sulla percezione corporea distorta.

LAVORO SUL PRESENTE

Identificare episodi significativi relativi a abbuffate, vomito, digiuni.

Lavoro sul sintomo a 3 livelli: il primo, il peggiore, l'ultimo (Questa è la fase dove i pazienti imparano ad utilizzare le "alternative" all'abbuffata, comportamenti sostitutivi più adattivi e sani.) v. fase 1

Lavoro sul futuro

La prevenzione delle ricadute ha l'obiettivo di:

-rafforzare la costruzione degli obiettivi futuri del paziente

-normalizzare la possibilità che ci potrebbero essere momenti di difficoltà in futuro (i pazienti DCA hanno spesso pensieri del tipo "tutto o nulla"; " se avrò un'altra abbuffata significa che tutto è stato vano ")

Privilegiare il lavoro sulla prevenzione delle ricadute con la stimolazione bilaterale mediante l'utilizzo del

Taping con l'ausilio della metafora dello "schermo cinematografico".

Bibliografia:

American Psychiatric Association (2002). "DSM-IV TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali". Masson, Milano.

Balbo M. a cura di (2006) " EMDR uno strumento di dialogo tra le psicoterapie" . McGraw-Hill Italia

Balbo M. (2004) l'EMDR nei disturbi da Binge Eating 1° congresso Nazionale EMDR 24-26 novembre Bologna

Bauer B. (1998a). "Le radici culturali e psicosociali dei disturbi alimentari: Un sapere indispensabile per ogni operatore". In B. Bauer, M. Ventura (a cura di) *Oltre la dieta. Una nuova cultura per i disturbi alimentari*. Centro Scientifico Editore, Torino, 43-52..

Biondi M., Spinosa E. (2000). "Obesity and Binge Eating: prevalence, significance, therapeutic possibilities in a selected population of obese adolescents". In *Minerva Pediatrica*, Oct. 52 (10), pp. 521.

Boon S., Deajjer N. (1993). "Multiple personality disorder in the Netherlands: a study on reliability and validity of the diagnosis". Swets e Zeitlinger, Amsterdam.

Briere J., Zaidi L. Y. (1989). "Sexual abuse histories and sequelae in female psychiatric emergency room patients". In *American Journal of Psychiatry*, 146, 1602-1606.

Bruch H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. Basic Books, New York.

Bulik C.M., Sullivan P.F., Kendler K.S. (1998). "Heritability of binge-eating and broadly defined bulimia nervosa". In *Biological Psychiatry*, Dec. 15, 44 (12), pp. 1210-1218.

Carlin A., Ward N. (1992). "Subtypes of psychiatric inpatients women who have been sexually abused". In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 392-39

Dalle Grave (2004). "Alle mie pazienti dico... Informazione e auto-aiuto per superare i disturbi dell'alimentazione". Positive Press, Verona.

Dalle Grave R., Marchi I., Pasqualoni E., Sartirana M. (2005). "I casi clinici: teoria, organizzazione e aspetti pratici della terapia cognitivo comportamentale multi-step dei disturbi dell'alimentazione". Positive Press, Verona.

Everson M.D., Hunter W.M., Runyon D.K., Edelson G.A., Coulter M.L. (1989). "Maternal support following disclosure of incest". In *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 197-207

Fairburn C.G., Cooper Z., Shafran R. (2003). "Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A 'transdiagnostic' theory and treatment". In *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-28.

Fichter M.M. (1990). "Bulimia nervosa. Basic research, diagnosis, and therapy". Wiley, Chichester.

French S.A., Story M., Neumark-Sztainer D., Downes B., Resnick M., Blum R. (1997). "Ethnic differences in psychological and health behavior correlates of dieting, purging, and binge eating in a population-based sample of adolescent females". In *International Journal of Eating Disorders*, Nov. 22 (3), pp. 315-322.

Galeazzi A., Meazzini P. (2004). "Mente e comportamento. Trattato italiano di Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale". Giunti Editore, Firenze.

Garner D.M. (1995). "Eating Disorder Inventory - 2". Organizzazioni Speciali, Firenze (Adatt. it.: Rizzardi M., Trombini G., Trombini E.)

Garner D.M. (2002). "Measurement of eating disorder psychopathology". In C.G. Fairburn, K.D. Brownell (a cura di) "Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook". Guilford Press, New York, 141-146.

Garner D.M., Garfinkel P.E. (1980). "Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa". In *Psychological Medicine*, 10, 647-656.

Garner D.M., Garfinkel P.E., Bemis K.M. (1982). "A multidimensional psychotherapy for anorexia nervosa". In *International Journal Eating Disorder*, 1, 3-46.

Goldfarb L. (1987). "Sexual abuse antecedent to anorexia nervosa, bulimia and compulsive overeating: three case reports". In *International Journal of Eating Disorders*, 6, 675-680.

Gormally J., Black S., Daston S., Rardin D. (1982). "The assessment of binge eating severity among obese persons". In *Addictive Behaviors*, 7, 47-55.

Harvey A., Watkins E., Mansell W., Shafran R. (2004). "Cognitive behavioural processes across psychological disorders". Oxford University Press, Oxford

Heatherton T.F., Baumeister R.F. (1991). "Binge eating as escape from self-awareness". In *Psychological Bulletin*, Jul. 110 (1), pp. 86-108.

Herman J.L. (1992) "Trauma and recovery". Basic Books, New York.

Kearney-Cooke (1988). "Group treatment of sexual abuse among women with eating disorders". In *Women and Therapy*, 7, 5-22.

Loriedo C., Bianchi G., Perella C. (2002). "Binge Eating Disorder: aspetti clinici, nosografici e terapeutici". In *Giornale Italiano di Psicopatologia*, Mar. 8, (1).

Marcus M.D. (1995). "Binge eating and obesity". In K.D. Brownell, C.G. Fairburn (a cura di), *Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook*. Guilford Press, New York, pp. 441-444.

McFarlane A.C., McFarlane C., Gilchrist P.N. (1988). "Post-traumatic bulimia and anorexia nervosa". In *International Journal of Eating Disorders*, 7, 705-708.

Potoczna N., Branson R., Kral J.G., Piec G., Steffen R., Ricklin T., Hoeme M.R., Lenten K.U., Horber F.F. (2004). "Gene variants and binge eating as predictors of comorbidity and outcome of treatment in severe obesity". In *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 8, pp. 971-981.

Reichborn-Kjennerud T., Bulik C.M., Tambs K., Harris J.R. (2004). "Genetic and environmental influences of binge eating in the absence of compensatory behaviours: a population-based twin study". In *International Journal of Eating Disorders*, Nov. 36 (3), pp. 307-314.

Rizzardi M., Trombini M., Trombini G. (1995). "EDI-2". O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze.

Root M.P.P., Fallon P. (1989). "Treating the victimized bulimic". In *Journal of Interpersonal Violence*, 4, 90-100.

Rosen J.C., Leitenberg H. (1988). "The anxiety model of bulimia nervosa and treatment with exposure plus response prevention". In K.M. Pirke, W. Vandereycken, D. Ploog (Eds.) *The psychobiology of bulimia nervosa*, 146-151, Springer-Verlag, Berlin.

Roviglio L. (2000). "Binge Eating Disorder, ovvero il disturbo alimentare del III° millennio". Articolo on-line reperibile sul sito: <http://www.bingeeatingdisorders.com>

Ruggiero G.M., Levi D., Ciuna A., Sassaroli S. (2003). "Stress situation reveals an association between perfectionism and drive for thinness". In *International Journal of Eating Disorders*, Sep. 34 (2), 220-226.

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

Sassaroli S., Ruggiero G.M. (2005). "The role of stress in the association between low self-esteem, perfectionism, and worry, and eating disorders". In *International Journal of Eating Disorders*, Mar. 37 (2), 135-141.

Shapiro, F. (2000). EMDR Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari. McGraw-Hill Italia.

Shapiro, F., Silk Forrest M. (1997): EMDR – Una terapia innovativa per l'ansia, lo stress e i disturbi di origine traumatica. Casa Editrice Astrolabio.

Shapiro, F., Vogelmann-Sine, S., & Sine, L. (1994) Eye Movement desensitization and reprocessing: Treating trauma and substance abuse. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26, 379-391.

Spector, J. & Huthwaite, M. (1993). Eye- movement desensitization to overcome post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 163, 106-108.

Schechter I.D., Schwartz H.P., Greenfeld D.G. (1987). "Sexual assault and anorexia nervosa". In *International Journal of Eating Disorders*, 6, 313-316.

Shafran R., Cooper Z., Fairburn C.G. (2002). "Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis". In *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 773-91.

Sloan G., Leichner P. (1986). "Is there a relationship between sexual abuse or incest and eating disorders?". In *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 656-660.

Stunkard A.J., Messick S. (1985). "The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition, and hunger". In *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 71-83.

Torem M.S. (1986a). "Dissociative states presenting as an eating disorder". In *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29, 137-142.

Torem M.S. (1986b). "Eating disorders and dissociative states". In F.E.F. La Rocca (a cura di) *Eating disorders: effective care and treatment*, Saint Louis, MO, Ishiaky Euro-America.

Vanderlinden J., Vandereycken W. (1997). "Trauma, dissociation and impulse dyscontrol in eating disorders". Trad. It. *Le origini traumatiche dei disturbi alimentari*, 1998, Casa Editrice Astrolabio, Roma.

Vinai P. (2007). "Viaggio nella mente di un abbuffatore". In P. Vinai P, P. Todisco, *Quando le emozioni diventano cibo - Psicoterapia Cognitiva del Binge-Eating Disorder*, 31-45, Milano, Edizioni libreria Cortina

Wilson G.T. (1999). "Cognitive therapy for eating disorders: progress and problems". In *Behaviour Research and Therapy*, 37, S79-S95.

Womble L.G., Williamson D.A., Martin C.K., Zucker N.L., Thaw J.M., Netemeyer R., Lovejoy J.C., Greenway F.L. (2001). "Psychological variables associated with binge eating in obese males and females". In *International Journal of Eating Disorders*, Sep. 30 (2), pp. 217-221.

Wurtman J.J., Wurtman R.J., Growdon J.H., Henry P., Lipscomb A., Zeisel S.H. (1981). "Carbohydrate craving in obese people: Suppression by treatments affecting serotonergic neurotransmission". In *International Journal of Eating Disorders*, 4, 89.