

Dissociazione e disturbi alimentari Un caso trattato con tecniche di imaging

Gloria Fioravanti¹

¹ Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale - (APC Verona)

Riassunto

Sandra soffre di Sindrome da Alimentazione Notturna e Bulimia Atipica. Viene seguita in una prima fase con CBT standard, alla remissione dei sintomi la terapia viene interrotta. Dopo un anno, in seguito alla rottura di una relazione affettiva, i sintomi si ripresentano sotto forma di abbuffate notturne che avvengono in stato di dissociazione. Alla luce di questo integro il modello CBT di Fairburn con alcune tecniche di imaging, secondo il modello della Schema Therapy. Gli esiti sono positivi: gli episodi di abbuffata sono ridotti, migliora il rimuginio ipercritico e il perfezionismo.

Parole Chiave Sindrome da Alimentazione Notturna, Bulimia Atipica, Imaging

Dissociation and eating disorders A case treated with imaging techniques

Summary

Sandra suffers from Night Eating Syndrome and Atypical Bulimia. In a first phase, She was treated with standard CBT. The treatment was interrupted upon the remission of symptoms. After a year, subsequently the breakdown of an affective relationship, the symptoms recurred in the form of nocturnal binges occurring in a state of dissociation. Considering the Sandra's the clinical state, I provided the Fairburn CBT model with some imaging techniques, according to the model of Schema Therapy. The outcomes are positive: the episodes of binge has decreased, the hypercritical worry and perfectionism improves.

Key words: Night Eating Syndrome, Atypical Bulimia, Imaging

Descrizione del caso

Sandra è una bella ragazza di 30 anni, curata e dai modi sicuri. Si definisce una persona forte e decisa, riflette molto sui suoi problemi, tuttavia fatica a riconoscere le emozioni che prova, è sempre molto franca, diretta e pragmatica. Lavora in uno studio commercialista ed è l'amante di Luca, il titolare. Lo definisce il rapporto più serio e profondo che abbia mai avuto. Viene da me perché soffre di sindrome da alimentazione notturna. Precedentemente, a 21 anni ha avuto un disturbo bulimico con vomito auto-indotto durato qualche mese, in seguito al quale ha continuato ad abbuffarsi e restringere per gli anni successivi con periodi in cui la patologia rientrava o si acutizzava a periodi altalenanti. Il suo peso minimo è di 54 kg (bmi: 18.3), massimo di 72 kg (bmi:24.3). Attualmente pesa 67 kg variabili. La frequenza delle abbuffate al momento dell'invio è di due volte alla settimana per quelle giornaliere e tutte le notti. Durante la terapia emergono importanti sbalzi d'umore, e una intensa rabbia verso Luca. Teme il giudizio altrui, fatica a chiedere, riportando spesso di sentire che "non deve disturbare". Teme di rimanere da sola e ha un forte desiderio di farsi una famiglia. Costruisce pochi rapporti di amicizia.

Il nucleo psicopatologico del disturbo è quello tipico del DCA elaborato da Fairburn e coll. nel 2003, ovvero "eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione" rispetto al quale la credenza sottesa è "non sono amabile, ma se divento magra sono più accettabile e quindi più amabile". Le abbuffate avvengono in seguito alla restrizione o come "modulatore affettivo", ovvero come modalità per gestire i suoi principali stati mentali. Il vomito è finalizzato al controllo del peso corporeo. Le abbuffate notturne avvengono in stato dissociato: non ricorda nulla, salvo scoprire le confezioni vuote vicino al letto.

Il principale stato problematico di Sandra è la rabbia. Si arrabbia con Luca e con le persone a lei vicine perché sente la labilità di questi rapporti ("società liquida" cit. Baumann). A volte la rabbia è più forte, a volte invece si trasforma in inquietudine attiva caratterizzata da sensazioni di solitudine e vuoto. Quando è in questo stato d'animo attivo eccede nei seguenti comportamenti a seconda delle circostanze: attività fisica eccessiva e compulsiva, fumo, cibo e alcool. Quando questo stato mentale sfuma si trasforma in tristezza legata alla paura abbandonica e alla deprivazione affettiva, riassumibile nella credenza "non sono stata, né sarò mai, amata". Le abbuffate avvengono quando la tristezza e la paura abbandonica raggiungono il culmine come modalità auto consolatrice a cui segue uno stato d'animo depresso che la porta a sviluppare comportamenti di chiusura come andare a dormire.

Sulla base di queste credenze e stati mentali Stefania sviluppa due credenze secondarie:

- “poiché viviamo in una società liquida dove le relazioni non contano, sono aride, sono una stupida a cercare vicinanza, devo essere forte e bastare a me stessa”. Scopo raggiungibile attraverso lo sviluppo di obiettivi perfezionistici (lavoro, sport, corpo) controllati in modo ossessivo e con una modalità critica. Questo atteggiamento ottiene il triplice scopo di migliorarle l'autostima quando raggiunge le mete prefissate, la tiene distante dal secondo stato mentale, e le permette di “sentire” meno.

- “poiché viviamo in una società liquida dove le relazioni non contano, conta solo l'apparenza, se sono magra sono più amabile”. Scopo raggiungibile attraverso la costante ricerca della magrezza.

Infine ad accompagnarla è un incessante rimuginio critico su sé stessa e le sue capacità: se è in modalità “pilota automatico” si critica dicendosi che non sta facendo abbastanza per raggiungere l'obiettivo; se è nello stato mentale arrabbiato si attribuisce le colpe per essere una “povera illusa a credere nelle relazioni”; sé è nello stato mentale abbandonico si critica perché non è “abbastanza.. bella, brava, magra”. Infine se è nello stato mentale inquieto la critica è assente in quanto sostituita da comportamenti compulsivi.

Sandra ha alcuni problemi nelle relazioni: se prende peso non esce più, utilizza i rapporti sessuali per legare a sé gli uomini e se ha delle difficoltà nelle relazioni le chiude “taglio con gli altri prima che loro taglino con me”. Inoltre volendo vivere le amicizie sempre come qualcosa di costruttivo rischia di costruire relazioni aride. Queste relazioni superficiali alimentano la sensazione che le reazioni possano essere solo utilitaristiche. Infine il funzionamento narcisista di Luca porta Sandra a non sentirsi mai all'altezza di poter essere la “prima scelta”. “Ha inciso sulle mie insicurezze dandomi quello che mi mancava, ma senza esserci completamente”. Questi vissuti validano il suo funzionamento perfezionistico. I rimuginii notturni la portano a svegliarsi arrabbiata e sudata. Nei periodi di forte nervosismo aumentano le abbuffate notturne.

Esordio e vulnerabilità

Sandra fin dall'infanzia utilizzava il cibo come modulatore affettivo, in particolare ricorda che “d'estate dalla nonna mi abbuffavo quando non mi vedeva nessuno, mi sentivo già allora cicciotta e inadeguata”. Tuttavia, l'esordio risale a 16 anni quando, raggiunto il suo peso minimo di 54 kg ottenuto con una leggera restrizione, rompe i legamenti e prende 5-6 kg. Sandra inizia ad alternare periodi di abbuffata a periodi di restrizione per tornare al peso precedente, fonte di rassicurazione dovuta ad una maggiore sensazione di controllo e all'incremento del riconoscimento sociale. Lo scompensò avviene a 21 anni con l'inizio della sintomatologia bulimica. Si lascia con il primo

fidanzato e si sente sola, vuota. Con il disturbo raggiunge alcune tristi consapevolezza verso la famiglia d'origine “prendo 12 kg (raggiunge i 72 kg) e neanche se ne accorgono, li ho capito che con i miei non c'è proprio più speranza perché non capiscono”.

Vulnerabilità Storica. Gli aspetti critici e perfezionistici li ha adottati dal padre, riporta spesso episodi di quando da giovane il padre la sgridava per le prestazioni sportive e lei pensava “non sono ancora abbastanza”. L'incapacità di riconoscere e regolare gli stati emotivi è dovuta anche in parte dalla mancata regolazione emotiva familiare, il padre è violento e scarica la rabbia con scatti d'ira, la madre è emotivamente “catatonica” e incapace di stare in contatto emotivo con la figlia, per cui non ha mai imparato a regolare le emozioni, anzi, la spaventano. La madre è una donna infelice, cognitivamente rigida, abusata dagli zii materni, non protetta e invalidata a sua volta da sua madre, la nonna di Sandra. Soffre di depressione e ha dei comportamenti ossessivo-compulsivi (es. “fa la spesa come se fossimo ancora in sei”, “pulisce stanze vuote con la frequenza di prima”). La madre espose Sandra in tenera età allo stesso ambiente in cui lei venne abusata, non accede però probabilmente al ricordo, somatizzandolo sul piano fisico “mentre ero dai nonni mia mamma stava sempre male”. Sandra in risposta all'attaccamento disorganizzato della madre ha ipercompensato con una strategia di inversione dell'attaccamento prendendosi cura di lei e riesce a rimanere in contatto con le proprie emozioni solo se le controlla.

Ulteriormente traumatici e rafforzativi dell'inversione dell'attaccamento risultano essere due eventi traumatici legati alla madre: a 10 anni trovò sua madre con la cintura al collo mentre il padre provava a togliergliela, la madre continuava ripetere di voler “solo morire” incurante del fatto che la figlia fosse in piedi davanti alla porta e un ricovero per esaurimento nervoso quando Sandra ha 15 anni. Queste esperienze portano Sandra non solo a modularsi costantemente su di lei, cercando un rapporto e una connessione che non riesce ad avere, ma anche ad un generale stato di allarme che la porta a preoccuparsi ogni qual volta la madre non le risponde subito. Il bisogno incessante di cercare una connessione con la madre porta Sandra a sentirsi sola e indegna d'amore. Quest'esperienza si presenta tutt'oggi con estrema vividezza nei sogni; al ricovero della madre Sandra vive un forte senso di preoccupazione, sconforto, senso di inutilità e colpa per l'incapacità nell'aiutarla;

Il padre è emotivamente freddo, distante, egoista, poco affettuoso e attento, violento: “risolveva tutto con le botte, non provava a capire quali erano i problemi e diventava violento per ottenere il silenzio e il rispetto”. “Non si interessava a me, mi trattava come un adulto, mi seguiva solo per lo sport, il calcio, tuttavia quando veniva a vedermi mi sgridava e basta”. Infine il senso di non

appartenenza e di solitudine aumenta quando esce di casa e va ad abitare dalla sorella maggiore. La quale però si comporta in modo crudele, la picchia e la definisce una “obesa di merda”.

Vulnerabilità Attuale. La riattivazione degli stati mentali critici di rabbia o di paura abbandonica fanno da trigger per la comparsa di episodi di abbuffata diurna e notturna, quest’ultima in particolar modo in seguito all’attivazione dello stato mentale di rabbia che la porta ad andare a letto in un forte stato di tensione e a rimuginare anche di notte, aspetti che incrementano i risvegli notturni a cui segue l’abbuffata e il distacco di Luca, che attualmente la cerca ancora facendola sentire desiderabile ma che non è disposto a lasciare la moglie, aspetto che potrebbe incrementare la sensazione di non amabilità.

Obiettivi e descrizione del percorso psicoterapeutico

Gli scopi del trattamento sono di diminuire le abbuffate diurne e notturne attraverso la regolazione emotiva e alimentare. Inizialmente le tecniche utilizzate sono state quelle tipiche del protocollo di Fairburn all’interno di un percorso di psicoterapia cognitiva: psicoeducazione rispetto al DCA e riequilibrio nutrizionale attraverso l’utilizzo del diario alimentare e degli abc rispetto alle abbuffate, la validazione del suo disturbo letto alla luce del suo funzionamento, il riconoscimento degli stati emotivi in cui si trova attraverso gli abc e le catene comportamentali; il miglioramento dell’insight rispetto alla sua storia di vita e familiare per permetterle di comprendere e successivamente, accettare, il funzionamento dei propri genitori. In un secondo momento, alla riacutizzazione dei sintomi analizziamo il dialogo interiore, in particolar modo il ruolo e significato del rimuginio critico e auto invalidante e la sua connessione con il disturbo alimentare e il funzionamento complessivo di Sandra. Inizio ad utilizzare alcune tecniche derivante dalla Schema therapy per accedere alla sua parte critica e vulnerabile attraverso le tecniche di imagery e l’istallazione del luogo sicuro.

All’inizio con il protocollo di Fairburn lavoriamo sulla restrizione dietetica, sulla regolazione del ritmo sonno veglia e sulla comprensione dei suoi stati emotivi tramite gli ABC. Analizziamo anche il ruolo che la bassa autostima nucleare e la disregolazione emotiva hanno sul mantenimento del disturbo. Dopo questa prima fase durata sei mesi le abbuffate rientrano per sei mesi e interrompiamo la terapia. Poi si ripresentano. Prima di intraprendere nuovamente la terapia, alla luce della ricaduta e della presenza di un Disturbo Depressivo Maggiore nella madre, in data 11.11.2016, Sandra effettua un colloquio psichiatrico, per valutare il possibile utilizzo degli SSRI per trattare la Night Eating Syndrome. Durante questa prima visita tuttavia viene deciso di proseguire senza supporto farmacologico.

In questa seconda fase della terapia integro il protocollo con la schema therapy: ovvero ricostruisco il suo funzionamento utilizzando le immagini della schema therapy: bambino vulnerabile, genitore critico, adulto sano, mode di coping; installo il luogo sicuro e utilizzo come tecniche di imaging l'installazione del luogo sicuro e l'esposizione alle scene familiari "peggiori" con il supporto del terapeuta. lavoriamo anche per migliorare l'insight sul dialogo critico: riconosciamo che il dialogo critico pur aiutandola a raggiungere le sue mete perfezionistiche non le permette mai di potersi rilassare e di "stare" bene con sé stessa; osserviamo che il rimuginio critico la porta a punirsi obbligandosi a "mangiare fino in fondo". Sviluppiamo quindi in seduta alcune strategie per distanziarsi dal dialogo critico:

- fermarsi e riconoscere quando parte il dialogo critico "perché devo parlarmi in questo modo?",
- re-call del luogo sicuro,
- accettazione dei suoi limiti e difetti, riconoscendosi per quello che è,
- sviluppo di un dialogo interiore auto validante ascrivibile alla sua parte di "adulto sano".

Fondamentale inoltre si è dimostrato essere il lavoro di comprensione e accettazione del funzionamento genitoriale, per provare ad istaurare oggi un rapporto più consapevole, libero dalla rabbia. Infine sottolineiamo l'importanza di sviluppare rapporti di amicizia e momenti ludici fine a se stessi, senza per forza aver attivo uno scopo prestazionale.

L'assessment in Schema Therapy viene fatto attraverso la somministrazione e l'analisi del test YSQ. Dal test YSQ di Stefania emerge che lo schema più significativo è: "standard elevati" a cui segue: "auto sacrificio", "punizione", "deprivazione emotiva", "ricerca di approvazione", "autocontrollo insufficiente" e "abbandono". Questi risultati confermano quanto ipotizzato con il modello CBT, ovvero che Sandra risponde alla sua credenza centrale di non amabilità attraverso l'utilizzo di strategie perfezionistiche per accrescere la sua stima personale. Quando queste strategie, nonostante i sacrifici auto imposti, falliscono, il rimuginio critico si infittisce e può divenire punitivo. Nello schema sotto stante riassumo in termini di mode il funzionamento di Sandra:

Mode infantili

Bambino vulnerabile: si sente sola, bisognosa di amore e priva di una guida sicura. Dato che i suoi bisogni emotivi più importanti non sono stati soddisfatti, Sandra si sente vuota e immeritevole di amore. Schemi significativi al YSQ: deprivazione emotiva, abbandono, imperfezione.

Bambino arrabbiato/impulsivo: emerge quando avverte che i suoi bisogni emotivi sono insoddisfatti. Schema significativo al YSQ: autocontrollo insufficiente.

Mode Genitoriale

Genitore esigente: si esplica attraverso la pretesa di standard elevati e l'incessante rimuginio critico verso se stessa e le sue capacità nello stato mentale di rabbia e attraverso un dialogo interiore che conferma la sua non amabilità quando è nello stato mentale di tristezza.

Genitore punitivo: mette in atto comportamenti punitivi quando Sandra "sgarra" dagli ideali perfezionistici, in particolare se mangia, obbligandola a "mangiare fino in fondo" o "massacrarsi" in palestra.

Mode di coping

Ipercompensazione: Dal test YSQ emerge che il mode di coping principale è l'ipercompensazione perfezionistica. Poiché avverte che viene apprezzata dal padre esclusivamente quando riesce a farlo sentire grandioso. Ipercompensa attraverso la strutturazione di credenze riassumibili nell'attivazione degli schemi "standard elevati" e "autosacrificio" attive in particolar modo nello stato emotivo di rabbia. Ipercompensa anche con la madre con una strategia di inversione dell'attaccamento prendendosi cura di lei pur di sentirla vicino.

Resa/Sottomesso Compiacente: accettazione del rapporto asimmetrico con Luca, utilizzo del rapporto sessuale per ottenere attenzione e affetto.

Evitamento/Protettore distaccato: Quando lo stato mentale rabbioso sfuma e lascia spazio alla tristezza dove è attivo lo schema "deprivazione emotiva" e "abbandono" e la credenza centrale è "non sono state né sarò mai, amata" abbuffa.

Utilizzo alcune tecniche derivanti della Schema therapy per accedere alla sua parte critica e vulnerabile come le tecniche di imagery e l'istallazione del luogo sicuro. Restituisco a Sandra la sua formulazione attraverso l'utilizzo del "linguaggio" tipico della schema therapy, il quale risulta essere più efficace e fonte di insight rispetto alle modalità precedenti, probabilmente perché più "metaforico".

Inizialmente procedo con l'istallazione del luogo sicuro, nella scena Sandra si immagina sul molo al lago ma quando iniziamo a immaginare la scena nel dettaglio, non sta bene, si sente sola, in ansia e vulnerabile. Troviamo allora una immagine di lei da bambina, mentre gioca in campagna sulle palle di fieno con il fratello maggiore, nella scena c'è anche Sandra adulta che controlla la situazione e che qualche volta gioca con Sandra bambina. Alla sospensione dell'imaging Sandra è sollevata e più serena. Riferisce che è la prima volta che riesce a fare un viaggio nella sua mente senza soffermarsi sugli aspetti critici ma anzi, permettendo agli aspetti più funzionali del sé di prendersi cura degli aspetti più patologici.

Attraverso la ristrutturazione cognitiva arriviamo a definire assieme che l'interiorizzazione degli standard elevati e del rimuginio critico, sono stati necessari per renderla la donna che è ora, tuttavia non sono sufficienti per renderla anche serena. Concordiamo sul fatto che lei può essere quell'adulto benevolo che si occupa della bambina bisognosa di attenzioni guidandola nella vita non più attraverso il rigore ma attraverso l'aiuto, la compassione e l'amore verso sé stessa. Virtù che apprezza e nutre verso gli altri, ma che non si era mai potuta concedere. Ci lasciamo con il compito di osservare quando in lei nasce il dialogo critico e di "ristrutturarlo" alla sua comparsa attraverso un dialogo più benevolo ("quello che direi agli altri nella stessa situazione") con il ricorso dell'immagine del luogo al sicuro.

Durante le sedute seguenti lavoriamo sul rimuginio critico e chiudiamo la seduta sempre con il recall del luogo al sicuro. Sandra riferisce che il compito le risulta molto faticoso, ma che tuttavia la tecnica di imaging le permette di accedere meglio alla sua parte vulnerabile aiutandola a sentirsi meno sola. I temi perfezionistici iniziano a lasciar spazio a situazioni di maggiore accettazione e svago e anche le abbuffate, seppur ridotte, vengono vissute in modo diverso, non più con senso di disgusto ma come "campanelli di allarme" verso i quali imparare ad essere compassionevoli.

Successivamente lavoriamo ancora sulla sua storia di vita, provando ad accettare e comprendere il funzionamento genitoriale dall'ottica dell' "adulto sano" che stiamo costruendo.

Quando è pronta accediamo alle memorie traumatiche, ne emergono in particolare due:

- Le viene in mente il padre, quando lei provava a parlargli e lui la guardava distrattamente perché era più concentrato sulla tv. Le chiedo se se la sente di parlare lei al padre o vuole che intervenga io e Sandra si osserva mentre la sua parte vulnerabile gli chiede "puoi stare un pò con me?" lui all'inizio è sgomento ma poi spegne la tv e la prende in braccio. Dopo questa scena facciamo il recall del luogo al sicuro e condividiamo assieme che questa immagine forse è la testimonianza che le scuse del padre sono state sincere, e che lei è pronta ad andare avanti in una nuova relazione con lui basata sul perdono e sulla comprensione dei suoi limiti.

- Nella seduta successiva durante la tecnica di imaging le viene in mente la madre con la cintura al collo e il papà che prova a togliergliela, la mamma è triste (occhi vuoti) a arrabbiata (urla e muove convulsivamente le mani) e urla : “lasciami lasciami !” “Voglio morire !”. La bambina vulnerabile urla “basta !” Poi le chiedo se vuole dire qualcosa, come “io sono qui”, lo dice, e loro si bloccano, si stanno vergognando. Le chiedo cosa posso fare per lei e assieme andiamo nel suo luogo al sicuro dove assisto a lei che abbraccia e consola la sua parte vulnerabile.

Ci lasciamo da questa seduta con il compito di utilizzare il luogo al sicuro ogni qual volta ne sentisse il bisogno ed emerge nelle 2-3 sedute successive che Sandra lo utilizza tutte le sere per addormentarsi e nei momenti in cui è più in difficoltà.

Conclusioni

Sandra ora sta molto meglio e la terapia si è conclusa. Utilizza frequentemente le tecniche di imaging con le quali riporta di trovarsi molto bene, in particolare il recall del luogo sicuro e il monitoraggio del dialogo critico. Ha scopi attivi anche legati al piacere fine a sé stesso e riesce a riconoscere quando diventa critica e autogiudicante, riuscendo a mettere in pratica le strategie elaborate in seduta. Permangono alcune, rare, abbuffate legate all’attivazione degli stati mentali, rispetto alle quali tuttavia Sandra riesce ad essere meno auto giudicante e anzi, riesce ad utilizzarle come spunti di riflessione per conoscersi di più e stare in contatto con sé stessa. Quest’ultimo aspetto le da particolari soddisfazioni.

Bibliografia

- Athena Robinson, Debra L. Safer and Julia L. Austin, Does Implicit Emotion Regulation in Binge Eating Disorder Matter? *Eat Behav.* (2015) August 18: 186–191
- Bruce KR, Steiger H In: Sansone RA, Levitt JL, eds. Prognostic implications of personality disorders in eating disorders. *Personality Disorders and Eating Disorders: Exploring the Frontier.* New York: Routledge; (2006) :247-262.
- Cerniglia Luca, Cimino Silvia, Ballarotto Giulia, TambelliRenata Do parental traumatic experiences have a role in the psychological functioning of early adolescents with binge eating disorder? *Eat Weight Disord* (2016) 21:635–644
- Christopher D. J. Taylor, Penny Bee and Gillian Haddock, “Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders” *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (2016)
- Claudio Imperatoria, Marco Innamorata, Dorian A. Lamisb, Benedetto Farinaa, Maurizio Pompilic, Anna Contardia, Mariantonietta Fabbricatore. Childhood trauma in obese and overweight women with food addiction and clinical-level of binge eating *Child Abuse & Neglect* 58 (2016) 180–190

- Cooper M. J., Parental Bonding and Body Mass Index in a Female Community Sample: The Mediating Role of Eating Disorder Thoughts and Core Beliefs Behavioural and Cognitive Psychotherapy, *Journal of Eating Disorders* (2016), 44, 123–127
- Damiano S., Reece J., Reid J., Atkins L., Patton G, Maladaptive schemas in adolescent females with anorexia nervosa and implications for treatment. *Eating Behaviors* 16 (2015) 64–71
- Federica Pinna Lucia Sanna Bernardo Carpieniello . Alexithymia in eating disorders: therapeutic implications. *Psychology Research and Behavior Management* 2015:8 1–15
- Gander M., Sevecke K. and Buchheim A. Eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective *Frontiers in Psychology* (2004) Volume 6 Article 1136
- Giorgio A. Tascia, Kerri Ritchiea, Fotini Zachariades, Genevieve Proulx, Anne Trinneeer, Louise Balfoura, Natasha Demidenkoa, Genevieve Haydena, Alison Wonga, Hany Bissada . Neglect Attachment insecurity mediates the relationship between childhood trauma and eating disorder psychopathology in a clinical sample: A structural equation model. *Child Abuse & Neglect* 37 (2013) 926–933
- Gunilla Klensmeden Fosse, Are Holen Childhood maltreatment in adult female psychiatric outpatients with eating disorders. *Eating Behaviors* 7 (2006) 404–409
- Halmi KA, Tozzi F, Thornton LM, et al. *Int J* . The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *Eat Disord.* (2005)38:371-374.
- Heather Westwooda, Jess Kerr-Gaffneya, Daniel Stahlb, Kate Tchaturiaa. Alexithymia in eating disorders: Systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research* 99 (2017) 66–81
- Jason M. Lavendera, Stephen A. Wonderlicha, Scott G. Engela, Kathryn H. Gordonc, Walter H. Kayed, and James E. Mitchell. Dimensions of Emotion Dysregulation in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Conceptual Review of the Empirical Literature. *ClinPsychol Rev.* 2015 August
- McIntosh V., Jordan J., Carter Janet, Frampton C., McKenzie J., Latner J., Joyce P, Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy, appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy *Psychiatry Research* 240 (2016) 412-420
- M. Russo, S. D'Angerio, A. Carcione, G. Dimaggio. Disfunzioni metacognitive nel disturbo del comportamento alimentare: uno studio di caso singolo. *Cognitivismo clinico* (2006)
- Paul Robinson, Barbara Barrett, Anthony Bateman, AzHakeem, Jennifer Hellier, Fenella Lemonsky, Clare Rutterford, Ulrike Schmidt and Peter Fonagy. Study Protocol for a randomized controlled trial of mentalization based therapy against specialist supportive clinical management in patients with both eating disorders and symptoms of borderline personality disorder. *BMC Psychiatry* (2014), 14:5
- Pugh M. A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical Psychology Review* 39 (2015) 30–41
- Ruth O'Shaughnessy, Rudy Dallos. Attachment Research and Eating Disorders: A Review of the Literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* (2009)
- Sassaroli S. Francesca F., Giovanni M. Emotional dysregulation and anxiety control in the psychopathological mechanism underlying drive for thinness. *Frontiers in Psychiatry*, April 2014 Volume 5 Article 43
- Seongsook Kong and Kunsook Bernstein Aim. Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of Clinical Nursing*, (2009) 18, 1897–1907
- Soenens B, Nevelsteen W, Vandereycken W. *Tijdschr* . The significance of perfectionism in eating disorders: a comparative study. *Psychiatr.* (2007)49:709-718.
- Stephanie E. Cassin, Kristin M. von Ranson. Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review* 25 (2005) 895–916

- Stuart J. Moultona, Emily Newmanb, Kevin Powerc, Vivien Swanson d, Kenny Day . Neglect Childhood trauma and eating psychopathology: A mediating role for dissociation and emotion dysregulation. *Child Abuse & Neglect* 39 (2015) 167–174 76
- Talbot D., Smith E., Tomkins A., Brockman R. and Simpson S., Schema modes in eating disorders compared to a community sample. Talbot et al. *Journal of Eating Disorders* (2015) 3:41
- Taylor C., Bee P. and Haddock G. Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (2016)
- Vasiliki Michopoulos, Abigail Powers, Carla Moore, Stephanie Villarreal, Kerry J. Ressler, Bekh Bradley . The mediating role of emotion dysregulation and depression on the relationship between childhood trauma exposure and emotional eating, *Appetite* 91 (2015) 129–136

Gloria Fioravanti, Psicologa, Verona

Specializzanda in psicoterapia cognitiva, training Mansutti e Nisi

e-mail: info@gloriafioravanti.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it