



Traumi infantili e Disturbi del Comportamento Alimentare: una review

Ester Messina, Daniela Maria Oliani, Tobia Andrea Veglia, Vanna Berlincioni

Department of Brain and Behavioral Sciences, Università degli Studi di Pavia, Pavia, Italia

Il ruolo del trauma nei Disturbi del Comportamento Alimentare

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono inclusi tra i disturbi mentali di asse I e ciò che li caratterizza è la marcata deviazione dalla normale condotta alimentare. Si tratta di disturbi che riguardano in modo prevalente la popolazione femminile, con esordio in giovane età e tendenza alla cronicizzazione. Tradizionalmente, gli studi di H. Bruch e M. Selvini Palazzoli hanno individuato all'origine dei DCA anomale dinamiche familiari, inerenti in particolare il rapporto madre-figlia. Accanto a questo filone di studi, di orientamento prevalentemente psicodinamico, altri hanno cercato di individuare le origini dei DCA in eventi traumatici oggettivamente evidenti, quali gli abusi sessuali. Una letteratura più recente ha cercato di chiarificare il rapporto tra DCA e traumi prendendo in considerazione sia gli eventi stressanti e di natura violenta, che i traumi relazionali, anche non severi, avvenuti durante lo sviluppo emotivo.

The role of trauma in Eating Disorders

Eating Disorders are included in axis I mental disorders and are characterized by abnormal eating conduct. These disorders affect women mostly, with early-onset and chronic course. Traditionally, H. Bruch's and M. Selvini Palazzoli's researches found the origin of Eating Disorders in abnormal parental relationships, concerning in particular mother-daughter's one. In addition to this kind of studies, mostly psychodynamic, other ones tried to find the origin of eating disorders in experiences that were objectively traumatic, such as sexual abuse. A more recent literature tried to explain the relationship between trauma and Eating Disorders evaluating both violent or stressful events and chronic relational traumas, even not severe, occurred during emotional development.

Introduzione

La nosografia ufficiale comprende nella categoria dei DCA due distinte forme cliniche: l'Anoressia Nervosa (AN) e la Bulimia Nervosa (BN). Per i disturbi della condotta alimentare che non soddisfano i criteri diagnostici di AN e BN è prevista la classificazione come DCA-Non Alimenti Specificato (DCA-NAS). Tuttavia, in letteratura viene sempre più presa in esame un'ulteriore forma clinica, quella del Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI), o Binge Eating Disorder (BED), per la quale il DSM-IV-TR propone dei criteri di ricerca [1]. Tradizionalmente le ricerche intorno ai DCA hanno tratto fondamento dai pionieristici lavori di H. Bruch, che ha descritto e analizzato numerosi casi clini-

ci in cui l'elemento accomunante risiedeva in una disturbata relazione madre-figlia. Anche M. Selvini Palazzoli e i sostenitori del modello sistemico-relazionale hanno evidenziato nei loro lavori la presenza di dinamiche relazionali anomale nelle famiglie di pazienti con Anoressia Nervosa. Secondo l'interpretazione di G. O. Gabbard, pure nella Bulimia Nervosa si riscontrano alterati legami con le figure genitoriali, ma, a differenza delle anoressiche, le pazienti bulimiche presentano un Super-Io debole, con una generale mancanza di controllo degli impulsi [2]. Un altro filone di studi, che ha avuto avvio negli anni '80 del Novecento, ha indagato la relazione tra storia di esperienze traumatiche, in particolare maltrattamenti fisici e violenza sessuale, e lo sviluppo di DCA, con il riscontro di un'apparente maggiore frequenza di traumi nelle pazienti affette da Bulimia Nervosa, che non in quelle affette da Anoressia Nervosa di tipo restrittivo [3].

Scopo del lavoro

Questo lavoro, rifacendosi alla letteratura, si propone di analizzare il complesso tema del trauma infantile ed il rapporto tra questo e la psicopatologia alimentare in età adulta.

Risultati

Il trauma infantile

Generalità

Il termine trauma deriva dal greco τραύμα, ferita, ed è stato introdotto nel linguaggio medico dai chirurghi, per indicare l'azione di un evento violento, di origine esterna, sul corpo, ma anche le conseguenze di tale evento sul funzionamento a lungo termine dell'organismo [4]. Questo concetto è stato ripreso ed elaborato successivamente da S. Freud, il quale ha definito il trauma come una esperienza in grado di provocare una sollecitazione, sulla vita psichica di un individuo, tale da non poter essere elaborata con i normali mezzi a disposizione di quest'ultimo [5]. Il DSM-IV-TR prevede un unico disturbo in cui il trauma rappresenta agente eziologico e criterio diagnostico: il Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS). In questa sezione, la nosografia ufficiale definisce traumatico l'evento che «causa o può comportare morte o lesioni gravi o altre minacce all'integrità fisica»; secondo tale punto di vista, possono definirsi esperienze traumatiche: la violenza sessuale (non esclusivamente subita, ma anche concretamente minacciata), l'aggressione e i maltrattamenti fisici, il rapimento e la tortura, la guerra e gli attacchi terroristici, le catastrofi naturali, la diagnosi di malattia incurabile e tutti gli avvenimenti in grado di mettere in pericolo la vita di un individuo. La vittima del trauma può essere colui che ha direttamente vissuto tali situazioni, oppure chi è venuto a conoscenza, in vario modo, di circostanze di questo tipo occorse a familiari, purché la sua risposta comprenda paura intensa e sentimenti di impotenza o di orrore [1].

Tipologie

Sulla base della natura degli eventi traumatici, una recente review italiana individua cinque aree di pertinenza del trauma [6]:

1. abuso sessuale: quest'area è quella che include tutte quelle situazioni nelle quali bambini ed adolescenti vengono coinvolti, con varie modalità, in attività sessuali.
2. Maltrattamento fisico: area nella quale si prendono in considerazione incuria e abusi fisici perpetrati ai danni di un minore da parte di chi ne ha la custodia.

3. Lutto e malattie: è l'area comprendente i lutti, le malattie e gli incidenti significativi, vissuti direttamente dal bambino o da figure per lui di riferimento.
4. Abbandoni e separazioni: in quest'area si possono inserire le situazioni in cui viene a mancare, in modo definitivo o parziale, una delle figure dell'accudimento.
5. Maltrattamenti psicologici: in quest'area vengono inclusi abusi emozionali, nonché atteggiamenti di freddezza o ostilità da parte delle figure dell'attaccamento.

L'individuazione di eventi ascrivibili a ciascuna di queste aree, occorsi in età infantile, è oggi considerata un momento fondamentale della ricerca, a causa del ruolo critico che essi rivestono nella psicopatologia dell'età adulta [7]. Secondo alcuni autori è bene tenere distinte le aree traumatiche in cui un bambino è esposto direttamente, come vittima o come testimone, alla violazione delle norme sociali da parte di un essere umano, da quelle nelle quali un bambino vive un evento naturale catastrofico o una malattia. Nel primo caso infatti il bambino diviene vittima di un trauma interpersonale, esperendo direttamente gli aspetti di malevolenza, tradimento, ingiustizia e immoralità propri della natura umana, che mancano negli incidenti, nelle catastrofi naturali, nelle malattie o nella morte di persone care. Secondo tale punto di vista è opportuno considerare un'altra area traumatica, quella della vittimizzazione: essa include alcune tipologie di eventi traumatici già sopra indicati, ma consente di inserirne altri: l'aver assistito ad episodi di violenza domestica, l'essere stati vittima di qualunque tipo di aggressione fisica (perpetrata al di fuori del contesto familiare), l'aver subito atti di bullismo (sia fisico che verbale) da parte del gruppo dei pari o da familiari di età vicina [8]. Tuttavia è opportuno rimarcare che, a dispetto dell'abbondante letteratura sul trauma, spesso la trattazione esaustiva ed organica di tale tematica è resa difficoltosa dalla mancanza di univoche definizioni e di strumenti di assessment delle varie tipologie di eventi traumatici [9]. Queste difficoltà sono inevitabilmente connesse alla natura del trauma, che è legato al significato attribuito ad un evento, più che all'evento in sé [10].

Epidemiologia

Un recente studio internazionale ha cercato di stimare, con metodi di assessment retrospettivi, la prevalenza di Adverse Childhood Experience (ACE), termine con cui in letteratura vengono complessivamente indicate le esperienze traumatiche vissute in età infantile. I dati emersi da questa ricerca sono riassunti nella tabella 1 [7]. Questi dati mancano della valutazione della prevalenza delle altre tipologie di trauma, sopra menzionate, tra cui i maltrattamenti psicologici e alcune forme di vittimizzazione. Per quanto riguarda i primi, è difficile riuscire a stimare la loro esatta prevalenza, anche se la letteratura riporta la presenza di maltrattamenti psicologici infantili nell'8% delle donne e nel 4% degli uomini adulti [11]. Uno studio epidemiologico, condotto su un campione di bambini e adolescenti di età compresa tra i 2 e i 17 anni, ha indagato prevalenza di varie tipologie di vittimizzazione (Tabella 2) [12].

Conseguenze in età adulta

Un recente e imponente studio, condotto in ventuno Paesi, ha valutato la relazione tra traumi infantili, indagati retrospettivamente, e patologia mentale in età adulta, evidenziando che eventi traumatici vissuti in età evolutiva sono associati ad un maggiore rischio di patologia mentale (disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, dipendenze e disturbi comportamentali). Questo risultato ha portato gli autori a concludere che è necessario identificare precocemente i bambini esposti a situazioni traumatiche, ma anche gli adulti che hanno vissuto esperienze di questo tipo [7]. Il meccanismo fisiopatologico alla base di tale relazione è ancora incerto, anche se molti autori sostengono che esso dipenda dall'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, che, attivato durante l'infanzia per eventi stressanti, rimane disfunzionale, verosimilmente attraverso meccanismi epigenetici e trascrizionali [6].

Il trauma infantile nei DCA

Tradizionalmente gli studiosi hanno ricercato l'origine dei DCA nelle relazioni familiari, in particolare nella diade madre-figlia [2]. In epoche successive rispetto a questi pionieristici lavori, si è tentato di stabilire se i maltrattamenti infantili potessero essere coinvolti nella genesi di tali disturbi. Le prime ricerche di questo tipo risalgono agli anni Ottanta e si protraggono per anni, attestando una correlazione tra abuso sessuale e DCA, in particolare con la BN [3]. Uno studio condotto su un largo campione di donne ha dimostrato che l'abuso fisico infantile costituisce un verosimile fattore di rischio per DCA [13], mentre la contemporanea presenza di storia di abuso fisico e sessuale corrisponde ad un incremento del rischio di diagnosi di DCA di tre volte, rispetto al gruppo di controllo [14]. Gli studi sul ruolo del maltrattamento psicologico nei Disturbi del Comportamento Alimentare hanno avuto un notevole incentivo con la dimostrazione che è il maltrattamento emotivo, non quello fisico o la violenza sessuale, ad associarsi maggiormente al rischio di sviluppare una patologia del comportamento alimentare in età adulta [15].

Per quanto riguarda poi il ruolo che altri traumi infantili possano giocare nella psicopatologia alimentare, la letteratura appare piuttosto scarna: pochi studi hanno valutato la vittimizzazione da parte dei pari in pazienti con DCA, evidenziando un'associazione tra questo tipo di trauma, BED e BN [16]. Uno studio degli anni Novanta aveva analizzato la relazione tra perdita di un genitore e psicopatologia alimentare in età adulta, trovandola inconsistente [17]; più di recente invece un altro lavoro ha rilevato un maggiore rischio di comportamenti alimentari anomali in donne con genitori divorziati [18].

La ricerca nelle principali banche dati di studi sulla prevalenza delle altre ACE nei pazienti con DCA non ha dato risultati positivi, evidenziando la mancanza di lavori di questo tipo.

Discussione

La ricerca intorno alla storia di trauma e DCA ha ampiamente analizzato l'area dell'abuso sessuale, il quale può attualmente essere definito statisticamente come un fattore di rischio variabile. Questa conclusione necessita però di ulteriori conferme, basandosi sui dati di un'unica ricerca longitudinale.

Pochi studi valutano il rapporto tra eventi stressanti e l'insorgenza di DCA, consentendo solo di individuare una correlazione tra le due condizioni, ossia una significativa co-occorrenza. Per poter parlare di fattore di rischio è necessario che venga dimostrata anche una relazione temporale tra il fattore in causa e la condizione clinica, attraverso studi longitudinali di cui al momento non si dispone. Sia per l'abuso sessuale che per gli stressors la magnitudo, o potenza, dell'associazione è da considerare comunque bassa [19]. In realtà è sempre opportuno tenere presente che occuparsi dei traumi psichici significa valutare la soggettività delle risposte. Per quanto un tentativo di schematizzazione del trauma sia necessario ai fini pratici, occorre recuperare una visione più ampia: l'esperienza degli psicoanalisti dimostra che possono essere considerati traumatici sogni, parole, toni di voce, se avvenuti entro un dato contesto. La necessità della psichiatria di riconoscere agevolmente i traumi, attraverso l'individuazione di precisi eventi anamnestici, deve essere conciliata con l'importanza di ricercare in ogni paziente le tracce di un trauma che può essere individuato anche in un'esperienza infantile apparentemente neutra [10]. Allo stesso modo un evento catastrofico vissuto in età adulta potrebbe dare luogo a manifestazioni di sofferenza psichica le cui vere origini, dopo attenta analisi, potrebbero derivare da esperienze traumatiche infantili mai risolte [20].

Tabelle e figure

Tabella 1. Tipologie di Childhood Adverse Experience e prevalenza in un campione rappresentativo di adulti.

Childhood Adverse Experience	Prevalenza (%)
<i>Morte di un genitore</i>	11.0
<i>Divorzio dei genitori</i>	10.1
<i>Perdita dei genitori di altro tipo</i>	4.0
<i>Malattia mentale di un genitore</i>	5.3
<i>Dipendenza da sostanze di un genitore</i>	4.5
<i>Coinvolgimento dei genitori in attività criminali</i>	3.4
<i>Violenze in famiglia</i>	7.8
<i>Abuso fisico</i>	5.3
<i>Abuso sessuale</i>	2.4
<i>Neglect</i>	4.4
<i>Malattia</i>	3.9
<i>Difficoltà economiche</i>	5.2

Tabella 2. Tipologie di vittimizzazione e prevalenza in un campione di giovani di età compresa tra 2 e 17 anni.

Tipo di vittimizzazione	Prevalenza (%)
<i>Maltrattamenti da parte di coetanei e fratelli</i>	11.0
<i>Violenza nella comunità</i>	10.1
<i>Rapine</i>	4.0

Bibliografia

1. American Psychiatric Association DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. *Masson*, Milano, Italia, 2001.
2. Gabbard GO. Psichiatria Psicodinamica. IV edizione. *Raffaello Cortina*, Milano, Italia, 2007.
3. Vanderlinden J, Vandereycken W. Le origini traumatiche dei disturbi alimentari. *Astrolabio-Ubaldini*, Roma, Italia, 1998.
4. Perron R. Psicoanalisi, perché? *Dedalo*, Bari, Italia, 2002.
5. Freud S. Introduzione alla psicoanalisi (1915-17). In: *OSF*, 8, *Bollati Boringhieri*, Torino, Italia, 1976.
6. Pietrini F, Lelli L, Verardi A et al. La valutazione retrospettiva del trauma infantile: una revisione degli strumenti. *Riv Psichiatr* 2010;45(1):7-16.
7. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 2010;197(5):378-385.
8. Finkelhor D. Childhood victimization. *Oxford University Press*, New York, USA, 2008.
9. Kong S, Bernstein K. Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *J Clin Nurs* 2009;18:1897-1907.
10. Petrella F. Traumi psichici. Il trauma infantile nella prospettiva dell'adulto. *Gli Argonauti* 1994;XVI(60):31-41.
11. Hibbard R, Barlow J, MacMillan H. Psychological Maltreatment. *Pediatrics* 2012;130(2):372-378.
12. Turner HA, Finkelhor D, Ormrod R. Poly-Victimization in a National sample of children and youth. *Am J Prev Med* 2010;38(3):323-330.
13. Waller G. Sexual abuse as a factor in eating disorders. *Br J Psychiatry* 1991;159:664-771.
14. Carter JC, Bewell C, Blackmore E et al. The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. *Child Abuse Negl* 2006;30:257-269.
15. Kent A, Waller G, Dagnan D. A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: the role of mediating variables. *Int J Eat Disord* 1999;25(2):159-167.
16. Fosse GK, Holen A. Childhood maltreatment in adult female psychiatric outpatients with eating disorders. *Eat Behav* 2006;7:404-409.

17. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC et al. Childhood parental loss and adult psychopathology in women. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49(2):109-116.
18. Suisman JL, Burt SA, McGue M et al. Parental divorce and disordered eating: an investigation of gene-environment interaction. *Int J Eat Disord* 2011;44:169-177.
19. Jacobi C, Hayward C, de Zwaan M. Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychol Bull* 2004;130(1):19-65.
20. Berlincioni V. Sul significato delle reazioni al trauma psichico: studio di un caso clinico. *Quaderni de Gli Argonauti* 2008;16:7-22.