

## Il trauma nei Disturbi dell’Alimentazione: un’indagine qualitativa in una prospettiva Schema Therapy

Sylvia Serena Schifano<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Psicoterapeuta Cognitivo - Comportamentale, APC Verona

### Riassunto

Dall’esperienza clinica e dalla letteratura emerge sempre più la presenza e la pervasività delle esperienze traumatiche nella storia di vita di pazienti affette da Disturbi dell’Alimentazione (DA). Kong & Bernstein (2009) hanno rilevato l’abuso emotivo, l’abuso fisico e l’abuso sessuale come tre predittori significativi di un futuro sviluppo di DA. Con l’obiettivo di collegare DA, traumi e Schemi Maladattivi Precoci (SMP), Jenkins, Meyer, & Blisset (2013) hanno messo a confronto gli schemi che si attivano in risposta ad un particolare tipo di trauma con gli schemi che si attivano prevalentemente nelle diverse diagnosi di DA.

Lo scopo dello studio è quello di effettuare un’indagine qualitativa preliminare di un campione ristretto sulla presenza e la tipologia delle esperienze traumatiche riportate, eventuali associazioni sia tra traumi e sintomatologia del DA, sia tra esperienze traumatiche e costruzione di SMP.

I dati sono stati raccolti su un campione di 10 pazienti donne (4 ANR, 1 ANP, 3 BED, 2 BN), ricoverate presso l’Unità di Riabilitazione Psiconutrizionale della Casa di Cura Privata Villa Margherita (Arcugnano, Vicenza). L’età media era di 29.2 anni (DS= 14.02).

I nostri dati sembrano confermare la pervasività delle esperienze traumatiche in pazienti con DA, con una prevalenza di traumi di tipo emotivo rispetto ai traumi fisici. La presenza di criteri PTSD sembra peggiorare i sintomi del DA. L’attivazione dei domini ST “Eccessiva attenzione ai bisogni altrui” e “Distacco e Rifiuto” potrebbe suggerire un possibile ruolo dei traumi dell’attaccamento nei Disturbi dell’Alimentazione.

*Parole chiave:* Disturbi dell’alimentazione, traumi, schema therapy, PTSD, abuso emotivo

### Traumatic Experiences and Eating Disorders (Eds) in a Schema Therapy (ST) perspective

#### Summary

Traumatic experiences were found to be significantly present in ED patients’ life stories (Vanderlinden & Vandereycken, 1997). Kong & Bernstein (2009) highlighted emotional abuse, physical abuse and sexual abuse as risk factors for future development of EDs. Jenkins et al. (2013) compared the activation of schemas in particular traumatic experiences with prevalent schemas in different ED diagnosis, to link EDs, trauma and Early Maladaptive Schemas (EMS). The aim of the study was to conduct a preliminary investigation about the presence and the kind of traumatic experiences reported by patients, the link between trauma and ED symptoms, the connection between traumatic experiences and the development of EMS.

The sample was composed by 10 female inpatients (4 ANR, 1 ANP, 3 BED, 2 BN), admitted in an Eating Disorders’ Unit. The mean age was 29.2 years (SD= 14.02).

Our data seem to confirm the pervasiveness of traumatic experiences in ED patients, with a prevalence of emotional traumas compared to physical trauma. The presence of PTSD’s criteria seems to exacerbate the EDs symptoms. The activation of “Other-directed Directiveness” and “Disconnection and Rejection” ST domains could suggest a possible role for attachment traumas in Eating Disorders.

*Key words:* Eating Disorders, trauma, Schema Therapy, PTSD, emotional abuse

Sylvia Serena Schifano, Il trauma nei Disturbi dell’Alimentazione: un’indagine qualitativa in una prospettiva Schema Therapy, N. 23, 2019, pp. 97-128.

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su [www.psicoterapeutiinformazione.it](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)

### **I Disturbi dell’Alimentazione secondo il DSM-5**

I disturbi della nutrizione e dell’alimentazione (DA) sono caratterizzati da comportamenti inerenti l’alimentazione che portano ad un alterato consumo o assorbimento di cibo, tali da compromettere significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale. Sono caratterizzati, inoltre, da comportamenti specifici come eccessiva preoccupazione per il proprio peso, eccessiva preoccupazione per la propria forma fisica, riduzione del consumo di cibo, diete, abbuffate, vomito, abuso di diuretici, lassativi o pillole per dimagrire. In base alla sintomatologia specifica e all’età di riferimento vengono suddivisi nel DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) in:

- Disturbi dell’Alimentazione e della Nutrizione nell’Infanzia (Pica, Disturbo da Ruminazione, Disturbo Evitante/Restrittivo dell’Assunzione di Cibo);
- Anoressia Nervosa (AN), il cui contenuto clinico distintivo principale è la restrizione calorica, al fine di mantenere il proprio peso corporeo significativamente basso nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica;
- Bulimia Nervosa (BN), il cui contenuto clinico distintivo principale è la presenza di abbuffate seguite da condotte compensatorie;
- Binge Eating Disorder (BED), il cui contenuto clinico distintivo principale è la presenza di abbuffate in assenza di condotte compensatorie;
- Altri disturbi della nutrizione e dell’alimentazione, con altra specificazione (OSFED) e senza specificazione (ARFID).

### **Il trauma infantile**

La parola trauma deriva dal greco e significa danno, sconfitta. In medicina si fa riferimento ad una seria ferita, colpo o lesione fisica che supera le difese naturali del corpo e necessita di assistenza medica per guarire. Allo stesso modo, il trauma psicologico, è “una circostanza in cui un evento supera o eccede la capacità di una persona di proteggere il proprio benessere e la propria integrità psichica” (Cloitre, Cohen, & Koenen, 2006). Di conseguenza, la definizione vera e propria di trauma psicologico è complessa e coinvolge sia le caratteristiche dell’evento stesso, sia gli aspetti soggettivi di risposta all’evento. Sulla base della natura degli eventi traumatici, una recente review italiana (Pietrini, Lelli, & Verardi, 2010) individua cinque aree di pertinenza del trauma: abuso sessuale, maltrattamento fisico, lutto e malattie, abbandoni e separazioni e maltrattamenti psicologici.

Un 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, come disturbi d’ansia, dipendenze e disturbi comportamentali (Kessler, McLaughlin, & Green, 2010).

Durante i primi anni di vita, può avvenire un “*trauma nascosto*”, collegato non tanto ad aggressione fisica, ma all’indisponibilità di una figura d’attaccamento responsiva che dia conforto e che regoli lo stress legato a eventi che suscitano paura, parte quotidiana dell’esperienza del bambino piccolo. I dati disponibili da studi longitudinali prospettici mostrano che, comparato con altri eventi di maltrattamento più facilmente osservati e riferiti, questo “*trauma nascosto*” probabilmente gioca un ruolo uguale o maggiore, rispetto al trauma di natura fisica o sessuale, sullo sviluppo di morbilità negli anni successivi (Lanius, Vermetten, & Pain, 2010).

Gli adulti sopravvissuti a maltrattamento precoce sono a rischio di PTDS e di problemi di ansia, depressione e suicidarietà, dipendenza da sostanze, disturbi di personalità, comportamento antisociale o violento, malattia mentale grave e disturbi sessuali gravi. Le vittime di abuso sono anche a maggior rischio di malattie organiche, ricorso eccessivo a cure mediche specialistiche e emergenza, scarso uso dell’assistenza sanitaria di routine, nuovi maltrattamenti in adolescenza o età adulta, compromissione del funzionamento sociale o delle capacità genitoriali (Lanius, Vermetten, & Pain, 2010). La presenza di traumi infantili all’interno della storia di vita sembra quindi configurarsi come fattore aspecifico del successivo esordio di una vastità di disturbi, mentali e non.

### **Esperienze traumatiche nei Disturbi dell’Alimentazione**

#### *Abuso infantile e Disturbi dell’Alimentazione*

Clinici e ricercatori hanno considerato la possibilità che esperienze traumatiche vissute in età infantile, soprattutto l’abuso sessuale, rappresentino un forte antecedente nei DA (Rorty & Yagel, 1996).

Ad oggi, però, è stato chiaramente verificato che l’abuso sessuale è un significativo fattore di rischio per i DA, ma aspecifico, in quanto coinvolto nell’esordio di diversi disturbi mentali (Brewerton, 2002; Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer, & Agras, 2004; Jacobi, Morris, & de Zwaan, 2004).

Anche Vanderlinden & Vandereycken (1997), conosciuti come due tra gli autori più noti ad aver approfondito la tematica delle origini traumatiche dei Disturbi dell’Alimentazione, hanno evidenziato

come non vi sia dimostrazione di una connessione specifica e diretta tra violenza sessuale (o altre esperienze traumatiche) e successivo esordio di un DA. La violenza sessuale e/o fisica di tipo grave subita durante l'infanzia e nell'adolescenza, invece, si costituirebbe come condizione di particolare rischio di sviluppare disturbi psichiatrici, compresi i Disturbi dell'Alimentazione.

Nel tentativo di dare un significato agli specifici sintomi del Disturbo dell'Alimentazione, inoltre, gli autori sottolineano come le tipiche risposte umane comportamentali al trauma siano l'iper-attivazione e il congelamento. Volendo tradurre queste due risposte in una tipica sintomatologia dei Disturbi dell'Alimentazione non è difficile ritrovarle nell'iperattività e nelle condotte binge/purging, il cui effetto è, da un punto di vista emotivo, anestetico. Kent et al. (1999) hanno riscontrato che l'abuso emotivo è la forma di trauma infantile che più chiaramente influenzerebbe la psicopatologia alimentare. In uno studio di Piacentino et al. (2016) è stato evidenziato come il trauma emotivo fosse significativamente più presente in pazienti con DA rispetto ai controlli sani, soprattutto nell'area della trascuratezza. La trascuratezza emotiva e fisica nei DA è stata studiata anche in una meta analisi condotta da Pignatelli, Wampers, Lorio, Biondi, & Vandellinden (2017), i quali hanno sottolineato l'alta prevalenza di questa tipologia di esperienze traumatiche nelle persone che soffrono di Disturbi dell'Alimentazione rispetto alla popolazione generale. L'abuso emotivo si delineerebbe quindi come predittore di una difficoltà nella regolazione degli impulsi, coerentemente con il dato che vede i sopravvissuti all'abuso emotivo infantile frequentemente coinvolti in comportamenti distruttivi ed autolesivi, come, nel caso dei DA, abbuffare e vomitare e, più in generale, condotte sessuali compulsive, condotte ad alto rischio per la propria salute e abuso di sostanze psicoattive. Questi comportamenti si configurerebbero come strategie di coping per inibirsi dalla tensione interna e dallo stress provocati dal tentativo di regolazione degli stati interni, in assenza di una capacità interna di auto-regolazione. L'abuso fisico sembrerebbe essere un predittore specifico per l'impulso alla magrezza, la bulimia e l'insoddisfazione corporea, mentre l'abuso sessuale sarebbe coinvolto nella regolazione degli impulsi e nel perfezionismo.

Nel loro insieme questi dati ci indicano che, essenzialmente, qualsiasi esperienza che può essere in un vero e proprio trauma potrebbe aumentare la probabilità di sviluppare un disturbo alimentare (Brewerton T. D., 2007), con un peggioramento del quadro clinico nei casi di traumatizzazione multipla. Se inizialmente l'attenzione era rivolta soprattutto a traumi di natura sessuale, ad oggi il focus si sta maggiormente spostando verso esperienze traumatiche di natura emotiva, come l'abuso

emotivo o la trascuratezza. I sintomi manifestati da pazienti affetti da DA, in particolar modo quelli che appartengono all’area dell’impulsività, sembrerebbero essere dei tentativi di regolazione emotiva in condizioni di assenza di consapevolezza degli stati mentali associati e difficile gestione dell’arousal, tipico dei pazienti traumatizzati. Sotto il profilo diagnostico l’abuso sessuale sembrerebbe aumentare il rischio di una sintomatologia di tipo binge/purging (BN,BED,ANP) mentre la trascuratezza emotiva sembrerebbe maggiormente associata a sintomatologia di tipo restrittivo. Ad ogni modo i dati a riguardo sono tuttora molto discordanti.

#### *Disturbo Post Traumatico da Stress e Disturbi dell’Alimentazione*

Negli studi che esplorano la comorbidità con il PTSD, in campioni di pazienti affetti da DA, è stato trovato un tasso di prevalenza che si attesta tra il 4% e il 52% (Gleaves, Eberenz, & May, 1998; Reyes-Rodriguez, et al., 2011). Questa elevata variabilità potrebbe evidenziare due aspetti: il fatto che il PTSD tende ad essere una categoria diagnostica poco utilizzata (e quindi tende ad essere un disturbo sotto-diagnosticato) e il fatto che l’associazione con il PTSD potrebbe non coinvolgere tutti i DA, ma piuttosto una categoria specifica. Il National Women’s Study (NWS; Dansky et al., 1997) è, ad oggi, lo studio più estensivo che ha indagato la relazione tra storia traumatica, PTSD e comorbidità nei DA in un campione rappresentativo di 3.006 donne. Nel suddetto studio, il tasso di prevalenza del PTSD lungo la storia di vita in soggetti affetti da BN era del 37%, rispetto al 12% dei soggetti senza una diagnosi di DA ( $p < 0.001$ ). Il 21% dei soggetti con BN mostravano una diagnosi attuale di PTSD, rispetto al 4% dei pazienti senza una diagnosi di DA ( $p < 0.001$ ). Anche nei soggetti affetti da BED vi era un tasso di prevalenza significativamente più alto di PTSD nella storia di vita rispetto ai controlli senza diagnosi di DA (22% vs. 12%,  $p < 0.01$ ).

Di converso, solo le donne che avevano sviluppato un PTSD in seguito ad una storia di abuso sessuale avevano un tasso di prevalenza della BN significativamente più alto rispetto alle donne con una storia di abuso sessuale non esitata in PTSD (10.4% vs. 2%,  $p < 0.01$ ). Questi risultati ci suggeriscono che potrebbe essere il fatto di sviluppare un PTSD in seguito ad una storia di abusi, più che l’abuso di per sé, a predire l’esordio di un DA.

In una Systematic Review condotta da Palmisano, G.L., Innamorati, M. & Vanderlinden J. (2016), viene sottolineato che l’87% degli studi analizzati è stata riscontrata un’associazione positiva tra esperienze traumatiche, PTSD e BED. Se si considerano anche i casi di PTSD sotto-soglia, cioè i casi

in cui vi è presenza significativa di sintomi del PTSD in uno o più dei tre clusters di sintomi (ri-esperire l'evento, iper-arousal ed evitamento), ma che falliscono nell'incontrare pienamente i criteri per la piena diagnosi secondo il DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), il collegamento appare più evidente (Brewerton T. D., 2007).

La sintomatologia del PTSD è quindi frequentemente riscontrabile in pazienti che soffrono di DA, soprattutto in coloro che ricorrono alle abbuffate e/o al vomito. Nei casi di comorbidità DA/PTSD sembrerebbe esservi un peggioramento della sintomatologia alimentare.

### **La concettualizzazione dei Disturbi dell'Alimentazione in Schema Therapy**

In Terapia Cognitiva si fa riferimento al concetto di "schema cognitivo" per indicare un pattern che comprende ricordi, pensieri, emozioni, reazioni fisiologiche riguardanti il sé, gli altri e le relazioni. All'interno di questa cornice, Jeffrey Young e colleghi, hanno sviluppato il concetto di "Schema Madattivo Precoce", per indicare temi, modelli o pattern estremamente strutturati, stabili nel tempo e decisamente pervasivi che, quando attivi, comandano e sovra-ordinano tutti i livelli di pensiero più superficiali (Young, Klosko, & Weirshaar, 2003). La costruzione di un pattern con tali caratteristiche avviene durante l'infanzia o l'adolescenza e viene costantemente rielaborato durante tutta la vita.

Gli SMP comprendono quindi i contenuti cognitivi (credenze di base incondizionate su sé, gli altri, sul mondo e sul futuro), ai quali le persone rispondono attraverso strategie di coping e processi di mantenimento degli schemi. Questi ultimi sono quelli che, una volta attivato lo schema, mantengono le credenze attraverso comportamenti, reazioni emotive e somatiche dello stesso schema.

Il concetto di SMP, in quanto maladattivo, sottointende che sia un modello o un tema disfunzionale, che, se attivo, produce sofferenza attraverso intense emozioni negative come rabbia, tristezza o ansia. Per ciò che concerne gli stili di coping, invece, Young ne identifica principalmente tre: evitamento, resa e ipercompensazione. Nel primo caso gli individui agiscono in modo che non si attivi mai lo schema per evitare la sofferenza che ne deriverebbe. Nella resa, invece, ci si arrende allo schema, senza combatterlo, assumendo che sia vero. Nell'ipercompensazione, infine, le persone combattono lo schema agendo, pensando e sentendo come se fosse vero l'opposto. Una persona può presentare diversi SMP attivi e, in risposta, attivare diversi stili di coping: in questo caso si fa riferimento al concetto di "modes" e di "modes di coping".

L'obiettivo della Schema Therapy è di rendere il paziente consapevole dei propri schemi per poi lavorare sulla loro modificazione, agendo sui ricordi, sulle emozioni, sui pensieri e sulle sensazioni corporee che li caratterizzano, e, non da ultimo, sui comportamenti disfunzionali associati.

*Schemi maladattivi, strategie di coping e modes nei pazienti con Disturbi dell'Alimentazione*

Diversi studi hanno indagato il funzionamento degli SMP, strategie di coping e modes nei pazienti affetti da DA, confermando una maggiore presenza di schemi patologici in questa popolazione, sia rispetto alla popolazione generale che alla popolazione "a dieta" (Gongora, Derksen, & van Der Staak, 2004; Leung & Price, 2007).

Nel loro modello di Terapia Cognitivo- Comportamentale basata sugli Schemi per i Disturbi dell'Alimentazione, Waller, Kennerley, & Ohanian (2007) cercano di spiegare la differenza nel processamento cognitivo (a dispetto della somiglianza nel contenuto) nelle diverse diagnosi di Disturbo dell'Alimentazione, attraverso una concettualizzazione Schema Therapy. Secondo questo modello, a differenziare tra sintomatologie di tipo restrittivo e bulimico, non sarebbero tanto gli schemi che si attivano, quanto le strategie di coping attivate in risposta ad essi.

Nell'AN viene adottato un coping di "evitamento primario", che è collegato al costrutto di ipercompensazione dell'SMP (ad esempio adottare condotte perfezionistiche per mascherare la credenza di base di essere un fallimento). In questo modo lo schema maladattivo, apparentemente, non viene mai toccato e l'emozione negativa è evitata.

I pazienti con BN utilizzerebbero, invece, un coping di "evitamento secondario", connesso al costrutto di evitamento dell'SMP. Quando si attiva un SMP l'emozione negativa conseguente viene combattuta attraverso meccanismo di blocco cognitivo e comportamentale (ad esempio le abbuffate, l'abuso alcolico, l'autolesionismo).

Simpson (2012) ha identificato i modes di coping prevalenti nei DA nei modes "perfezionistico-controllante", "compiante-arrendevole" e "protettore distaccato". Quest'ultimo, secondo Corstorphine (2008), avrebbe la funzione di evitare e/o gestire le emozioni che derivano dall'attivazione dei bisogni primari, in linea con l'ipotesi di Waller.

Per quanto riguarda gli SMP, da uno studio di Unoka, Tolgyes, & Czobor (2007) è emerso che gli schemi maggiormente predittivi della presenza di un Disturbo dell'Alimentazione sono "soggiogazione", "dipendenza/incompetenza" e "abuso/sfiducia". Gli schemi di "autosacrificio",

“standard elevati” e “punizione” correlavano in misura significativamente maggiore con pazienti affetti da AN rispetto a pazienti affetti da BN.

*Schemi maladattivi e coping disfunzionali coinvolti nel trauma in pazienti con Disturbi dell’Alimentazione*

In una concettualizzazione dei Disturbi dell’Alimentazione in chiave Schema Therapy sono quindi le credenze maladattive ad avere il ruolo di mediatore tra esperienze negative dell’infanzia ed esordio di malattia. Un primo elemento in comune che è stato riscontrato tra i pazienti con DA e persone che hanno subito un trauma è la predominanza degli schemi del dominio Distacco e Rifiuto (Sarin & Abela, 2003; Waller, Meyer, & Osman, 2000; Pugh, 2014).

Jenkins, Meyer, & Blisset (2013) hanno confrontato gli schemi che si attivano in risposta ad un particolare tipo di trauma agli schemi che si attivano prevalentemente nelle diverse diagnosi di DA, trovando una coincidenza con i dati della letteratura rispetto al ruolo predittivo di specifici traumi e differenti categorie diagnostiche. Questo importante dato sta a sottolineare che non sarebbe tanto il tipo di abuso in sé che predirebbe l’esordio del DA, quanto piuttosto l’interpretazione che il soggetto ne ha dato. Nello specifico, le credenze abbandoniche sembrerebbero avere il ruolo di mediare tra l’abuso sessuale e l’esordio di BN e le credenze di inadeguatezza medierebbero tra l’abuso fisico ed emotivo e la sintomatologia dell’AN. All’interno della formulazione di Waller (2007), quindi, i sintomi tipici della BN potrebbero rappresentare dei modes di coping secondario volto alla gestione delle memorie traumatiche, mentre i sintomi caratteristici della AN rappresenterebbero una forma di evitamento primario in termini di ipercompensazione delle tematiche di inadeguatezza.

### **Implicazioni cliniche**

Gli studi sul trauma e sugli schemi disfunzionali dei Disturbi dell’Alimentazione ci danno degli spunti di riflessione importanti per la nostra attività da psicoterapeuti.

Non è necessario soltanto condurre un assessment approfondito delle esperienze traumatiche precoci nei pazienti con DA, ma sarebbe importante anche una valutazione completa del PTSD e di altri disturbi in comorbidità. Un’accurata valutazione e, conseguentemente, un’accurata diagnosi, sono fondamentali per sviluppare un piano di trattamento specifico ed accurato, anche se questo può essere complicato dal fatto che, comprensibilmente, molti pazienti non sono a loro agio nel rivelare possibili



eventi traumatici durante una fase iniziale di trattamento. Il modo migliore per concettualizzare la valutazione nell'ambito dei DA, di conseguenza, è quello di un processo continuo che si fonde al trattamento e prende forma nel tempo.

Non è raro, inoltre, che i sintomi del PTSD si manifestino in un secondo momento; una volta che avviene la riabilitazione nutrizionale i pazienti possono ricordare eventi traumatici che avevano dimenticato e le memorie dissociate possono emergere spontaneamente, spesso fuori dalla stanza del terapeuta. Altre volte, alcuni pazienti, non sanno nemmeno di essere stati abusati, finché la definizione di abuso o di trascuratezza viene loro spiegata. Una volta che il loro sistema di scopi e credenze è stato alterato da ciò che adesso percepiscono come un'esperienza abusante subita, possono svilupparsi dei sintomi di PTSD in modo ritardato.

Psicoterapeuti non esperti nel trattamento dei DA possono sottostimare l'importanza fondamentale della riabilitazione nutrizionale e procedere troppo velocemente nel lavoro sul trauma. Un altro rischio è, invece, quello di fallire nell'insegnamento di strategie di regolazione emotiva; il paziente facilmente subirà un sovraccarico dal materiale traumatico e tenderà a regredire verso strategie di coping maladattive.

Generalmente i pazienti ci mostrano di essere pronti al lavoro sul trauma quando i loro sintomi alimentari sono sotto un ragionevole controllo; il loro cervello è più nutrito, sono più capaci di processare le informazioni emotivamente e cognitivamente e, idealmente, hanno appreso delle tecniche di regolazione emotiva (Brewerton T. D., 2007).

Il contributo che la Schema Therapy ha fornito alla comprensione dei Disturbi dell'Alimentazione e della loro relazione con le esperienze traumatiche, ci indica infine la necessità di un trattamento integrato, che agisca sul sintomo attuale, ma anche sulle credenze di base, in linea anche con i dati rispetto all'elevata comorbidità tra DA e Disturbi di Personalità.

### **Un'indagine sulle esperienze traumatiche e gli Schemi Maladattivi Precoci in pazienti ricoverate in un reparto di Riabilitazione Psiconutrizionale**

#### *Ipotesi della ricerca*

Da Settembre 2018, presso l'Unità di Riabilitazione Psiconutrizionale della Casa di Cura Privata Villa Margherita, è in corso una raccolta dati volta ad indagare le esperienze traumatiche e gli schemi maladattivi in un campione di pazienti ricoverate per DA.

L'obiettivo della ricerca è di indagare:

- la presenza, nella storia personale, di esperienze traumatiche;
- la tipologia degli eventuali traumi;
- la presenza e la pervasività degli schemi maladattivi precoci in pazienti con DA;
- le strategie di coping che si attivano in risposta agli schemi;
- l'eventuale correlazione tra esperienze traumatiche e costruzione di schemi maladattivi precoci.;
- l'eventuale correlazione tra il trauma e la sintomatologia;

#### *Selezione del campione*

Il campione finale sarà composto da 45 pazienti ricoverate, suddivise in 15 soggetti con diagnosi di Anoressia Nervosa (AN), 15 con diagnosi di Bulimia Nervosa (BN) e 15 con diagnosi di Bing Eating Disorder (BED).

Come criterio di inclusione, le pazienti devono avere effettuato 4 settimane di trattamento; idealmente, dopo questo periodo, dovrebbe esservi una prima riduzione della sintomatologia alimentare, che facilita l'emergere delle memorie traumatiche e previene l'invalidazione dei risultati, a causa degli effetti della malnutrizione sulle funzioni cognitive e sulla psicopatologia generale.

I criteri di esclusione sono: sesso maschile, BMI inferiore a 14, età sotto i 14 anni, deficit cognitivi e scolarizzazione inferiore a diploma di scuola secondaria di primo grado.

La partecipazione allo studio è volontaria e viene chiarito alle pazienti che possono ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento. I soggetti vengono messi a conoscenza degli scopi e degli strumenti della ricerca attraverso informativa orale e scritta e viene chiesto loro di firmare il consenso informato.

In caso di pazienti minorenni, il consenso informato viene firmato dai loro genitori durante i permessi di visita. Alle pazienti viene garantita la confidenzialità e l'anonimato dei dati.

L'autorizzazione ad eseguire lo studio e ad accedere ai soggetti è stata rilasciata dal medico Responsabile dell'Unità.

#### *Strumenti*

Le pazienti che accettano di prendere parte allo studio vengono valutate con i seguenti strumenti:

- Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90; Derogatis, 1979), allo scopo di fornire una misura standardizzata dello status psicologico e/o psicopatologico attuale delle partecipanti;
- Eating Disorders Inventory 3 (EDI-3; Garner, 2004), il cui scopo è quello di fornire una valutazione clinica standardizzata della sintomatologia associata ai Disturbi del Comportamento Alimentare;
- Structured Clinical Interview for Axis II DSM-IV Disorders (SCID-II): intervista strutturata per formulare la diagnosi di Disturbo di Personalità (Gorgens, K.A, 2011);
- Traumatic Experiences Checklist (TEC; Nijenhuis, van der Hart, & Kruger, 2002), per individuare la presenza di esperienze traumatiche;
- Impact Event Scale Revised (IES-R; Weiss & Marmar, 1996); scala self-report composta da 22 item che misurano il distress soggettivo causato da eventi traumatici. Studi successivi hanno identificato punteggi cut-off per la diagnosi di PTSD (Creamer, Bell, & Failla, 2003);
- Young Schema Questionnaire Long form 3 (Young & Brown, 1994); il test ha lo scopo di valutare la presenza e la pervasività dei 18 Schemi Maladattivi Precoci postulati in Schema Therapy;
- Schema Mode Inventory (SMI; Young, Atkinson, Lobbstael, & Wishar, 2007); il test ha lo scopo di valutare la presenza e la pervasività dei 14 possibili modes postulati in Schema Therapy.

### *Risultati preliminari*

Nei successivi paragrafi verranno illustrati i risultati di una prima indagine effettuata su un campione parziale della ricerca. Lo scopo è quello di osservare, da un punto di vista qualitativo, una piccola popolazione di pazienti ricoverate per un DA alla luce della ricerca bibliografica esposta nel primo capitolo. In secondo luogo, l’indagine potrà darci degli spunti per implementare ulteriormente la raccolta dati tuttora in corso. A causa della scarsa numerosità del campione non è stato possibile fare delle analisi statistiche; i risultati che verranno esposti si riferiscono quindi alle statistiche descrittive della popolazione analizzata.

### *Il campione*

La numerosità del campione è di 10 pazienti donne, selezionate casualmente e nel rispetto dei criteri di esclusione del protocollo di ricerca, dopo 4 settimane di trattamento. I soggetti del campione mostrano la seguente distribuzione diagnostica: 4 ANR, 1 ANP, 3 BED, 2 BN con età media di 29,2 anni (SD= 14,02; grafico 1).

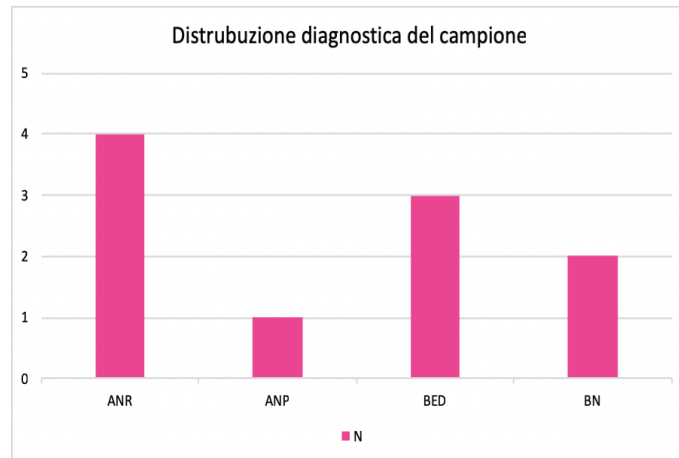


Grafico 1

### *Le esperienze traumatiche*

Un primo importante risultato di questa indagine è che su 10 pazienti, selezionate in modo casuale all'interno dell'Unità di Riabilitazione Psiconutrizionale, solamente una di loro riportava di non avere mai avuto esperienze traumatiche, mentre tutte le altre hanno riportato di aver subito dei traumi entro i 18 anni di età. Il dato rispecchia ciò che viene riportato in letteratura, cioè che una percentuale che varia tra il 37% e il 100% delle pazienti con DA hanno vissuto delle esperienze traumatiche (Dalle Grave, Rigamonti, Todisco, & Oliosi, 1996; Mitchell, Mazzeo, Schlesinger, Brewerton, & Smith, 2012). Procediamo adesso con un'analisi più dettagliata dei diversi tipi di traumi riscontrati nel nostro campione.

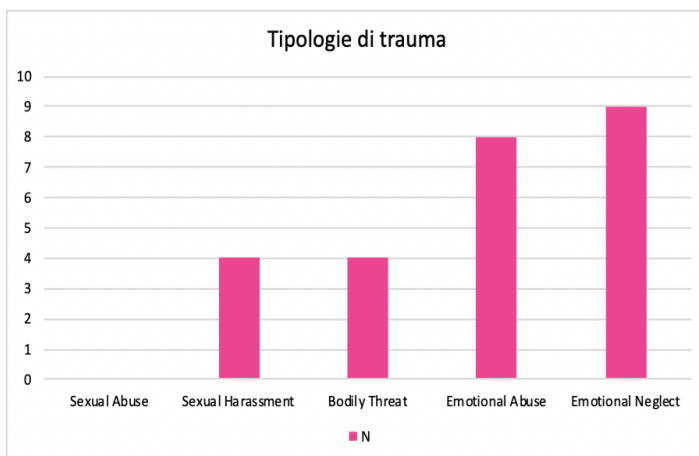


Grafico 2

Dall'analisi delle frequenze abbiamo riscontrato che nessuna delle pazienti del campione riporta di aver subito un abuso sessuale. 4 di loro riportano esperienze di molestie sessuali. L'abuso fisico viene riportato da 4 soggetti. Spostandoci sul versante del trauma di tipo emotivo, invece, i dati diventano più consistenti.

8 pazienti, delle 9 che riferiscono esperienze traumatiche, riportano di aver subito un abuso emotivo. La totalità delle pazienti con trauma riporta di aver subito trascuratezza emotiva nell’infanzia (grafico 2). Il test TEC permette di ottenere dei punteggi per ogni singola esperienza traumatica, per quantificare il peso che ha avuto nella vita di ogni persona. Questo punteggio è dato dalla somma della durata dell’evento, l’eventuale ritraumatizzazione, la relazione con i perpetratori e l’impatto che gli eventi hanno avuto nella vita dell’individuo.

#### *Dissociazione e Disturbo Post-Traumatico da Stress*

Negli studi che esplorano la comorbidità con il PTSD in campioni di pazienti affetti da DA è stata trovata un’alta variabilità rispetto al tasso di prevalenza (tra il 4% e il 52%) (Gleaves, Eberenz, & May, 1998; Reyes-Rodriguez, et al., 2011) e un’assenza di correlazione diretta tra il tipo specifico di trauma e l’esordio del disturbo. Abbiamo quindi voluto fare delle osservazioni preliminari su questi aspetti nel nostro campione. Abbiamo rilevato che la metà del nostro campione (5 pazienti su 10) ha riportato punteggi superiori al cut-off di 33 nei test Impact Event Scale, riferendo quindi una sintomatologia sovrapponibile a quella del Disturbo Post-Traumatico da Stress secondo DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013). Facendo riferimento agli aspetti legati alla sintomatologia PTSD, e non al fatto di aver vissuto un’esperienza traumatica, il campione mantiene la sua distribuzione rispetto alle analisi precedenti; il 100% delle pazienti che riporta sintomatologia PTSD ha subito trascuratezza emotiva nell’infanzia, l’80% riporta abuso emotivo, il 40% abuso fisico e, sempre il 40%, molestie sessuali.

I punteggi più alti alla IES, tuttavia, sono stati ottenuti proprio dalle pazienti che riportavano di aver subito abuso fisico, (media= 47, SD=7,07). Segue la trascuratezza emotiva (media= 43,60 SD=8,63), l’abuso emotivo (media=41,25 SD= 8,05) e, infine, le molestie sessuali (media= 37,50 SD= 6,36). Il dato rispecchia quasi perfettamente la distribuzione precedentemente presentata, rispetto al “peso” delle singole esperienze traumatiche nel nostro campione. I punteggi medi del campione alla Dissociative Experiences Scale II sono tutti sopra il cut-off stabilito per la popolazione adulta generale. Questo potrebbe indicarci una correlazione tra Disturbi dell’Alimentazione e sintomi dissociativi. Come detto precedentemente, abbiamo individuato due gruppi omogenei all’interno del nostro campione: pazienti con DA che rispondono ai criteri per una diagnosi di PTSD (N=5) e pazienti con DA che non rispondono ai criteri per una diagnosi di PTSD (N=5).

Abbiamo quindi eseguito dei confronti tra i due gruppi rispetto ai punteggi alle scale del test Eating Disorders Inventory 3 per verificare se i nostri dati vanno nella direzione di una maggior gravità della sintomatologia alimentare dei pazienti con sintomatologia PTSD (grafico 3).

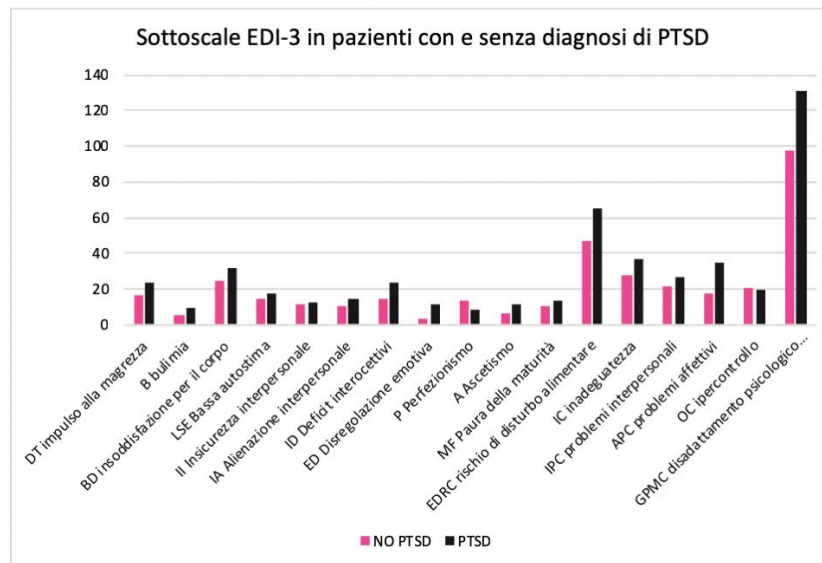


Grafico 3

Come illustrato nel grafico, tutte le sottoscale dell'EDI-3, fatta eccezione della scala "ipercontrollo" e "perfezionismo", risultano più elevate nelle pazienti con risultati significativi alla IES.

Le scale di "rischio di disturbo alimentare" e "disadattamento psicologico globale" sono marcatamente più elevate, così come la scala "disregolazione emotiva".

Infine, le pazienti con sintomatologia PTSD si discostano notevolmente dalle altre nella scala "problemi affettivi".

#### *Schemi Maladattivi Precoci e Modes di Coping*

Abbiamo voluto indagare la distribuzione degli SMP nel nostro campione e, come evidenziato in letteratura, abbiamo riscontrato elevazioni in tutti gli schemi rilevati dallo Young Schema Questionnaire (Gongora, Derksen, & van Der Staak, 2004; Leung & Price, 2007). L'unico schema i cui punteggi medi si collocano nella media è lo schema "Pretese". Abbiamo poi confrontato i punteggi medi ottenuti allo YSQ-3 dai due gruppi identificati attraverso la somministrazione della scala IES.

I risultati ottenuti dal confronto tra i due gruppi mostrano che, in linea generale, le pazienti con sintomatologia PTSD hanno ottenuto punteggi più elevati in quasi tutti gli schemi, fatta eccezione degli schemi “Standard irrealistici” e “Pretese”. Per ciò che concerne i modi di coping, le pazienti del nostro campione riportano punteggi medi molto bassi nel modo “Adulto sano”. I modi di coping che risultano più utilizzati, all’interno del nostro campione, sono i seguenti: “genitore esigente”, “bambino vulnerabile”, “consolatore distaccato”, “arreso compiacente” e “bambino arrabbiato”.

Abbiamo quindi voluto verificare se questa distribuzione si modificasse prendendo in considerazione i confronti delle medie dei due gruppi (PTSDsi e PTSDno). Come illustrato nel dettaglio nella Tabella 2, i punteggi all’ SMI sono generalmente più alti nel gruppo di pazienti con DA che rispondono anche ai criteri diagnostici per il PTSD, fatta eccezione dei modi “Bambino Felice”, “Adulto Sano” e “Auto-esaltatore”. Tutti gli altri modi di coping che coinvolgono il Bambino sono particolarmente più elevati, come anche il Genitore Punitivo, il Sottomesso Compiacente, il Protettore Distaccato e il Consolatore Distaccato.

#### *Disturbi dell’Alimentazione, trauma e Disturbi di Personalità*

Non è stato possibile somministrare la SCID-II a tutte le pazienti del nostro campione, in quanto 3 di loro sono minorenni. Delle 7 SCID-II in nostro possesso, 3 erano state somministrate a pazienti che riportavano una sintomatologia PTSD. Tutte e 3 le pazienti presentano i criteri per un Disturbo di Personalità del Cluster C (Evitante, Dipendente, Ossessivo-Compulsivo). Per ciò che concerne le 4 pazienti che non rispondono ai criteri diagnostici per il PTSD, 2 di loro non presenterebbero comorbidità con alcun Disturbo di Personalità, una di loro ha ricevuto la diagnosi di Disturbo di Personalità Non Altrimenti Specificato e l’ultima ha soddisfatto i criteri per un Disturbo Evitante e un Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità. Il dato rispecchia l’elevata comorbidità tra DA e Disturbi di Personalità, ampiamente discussa in letteratura (Brady, Brewerton, & Lucerini, 2000; Brewerton T. D., 2004). Potrebbe suggerire, inoltre, un approfondimento della relazione tra esperienze traumatiche, sviluppo di personalità del cluster B e Disturbi dell’Alimentazione.

#### **Un’indagine qualitativa**

Nella Tabella 1 sono riportati i dati specifici di ogni paziente: l’età, il BMI all’ingresso, la diagnosi, il punteggio all’SCL-90, se riporta esperienze traumatiche, se riporta sintomatologia del Disturbo

Post-traumatico da Stress, gli Schemi Maladattivi Precoci e i Modes di Coping più attivi, i Disturbi di Personalità e il numero totale di criteri soddisfatti emersi dalla somministrazione della SCID- II. Per ragioni di formattazione non è stato possibile riportare nella tabella anche la tipologia del trauma e il suo impatto nella vita della paziente: segue, comunque, la descrizione per intero di ogni paziente emersa dalla somministrazione della Traumatic Experiences Checklist, con l'impatto dell'evento valutato su una scala che va da 0 (nessun impatto) a 5 (moltissimo impatto).

#### *Paziente 1*

Riferisce di aver avuto numerosi problemi familiari quando era piccola, fino ai 13 anni circa. Suo padre soffriva spesso di lunghi periodi di umore deflesso, non si alzava dal letto, non andava a lavorare. La paziente ritiene che queste esperienze abbiano avuto abbastanza impatto su di lei (3). Riferisce di aver sperimentato trascuratezza emotiva da parte dei parenti meno stretti, in particolare riferisce di essere stata molto trascurata da un cugino più grande di lei, al quale era legata. Colloca queste esperienze all'età di 18 anni e ritiene che abbiano avuto poco impatto su di lei (2). Riporta che il suicidio della zia, alla quale era molto affezionata, è stato per lei un evento fortemente traumatico, che l'ha segnata profondamente (5). Riferisce, infine, di non aver ricevuto alcun tipo di supporto per nessuna delle esperienze traumatiche riportate.

#### *Paziente 2*

Riferisce di essere stata molto trascurata dai genitori durante le elementari. I suoi genitori erano molto impegnati con il lavoro e questo ha fatto sì che venisse lasciata da sola per la maggior parte della giornata. Questa trascuratezza ha avuto su di lei moltissimo impatto (5). Riporta di essere stata trascurata anche dai compagni di classe e di non avere amici stretti, aspetto della sua vita che ha avuto moltissimo impatto su di lei (5), causandole un forte senso di solitudine. Durante le scuole elementari suo padre era solito essere molto rigido, la puniva ingiustamente e, in alcune occasioni, arrivava anche ad insultarla. Queste esperienze hanno avuto moltissimo impatto su di lei (5). Veniva presa in giro anche a scuola dai compagni di classe e a danza, dalla sua insegnante. Per i suoi compagni era troppo magra, la chiamavano "l'anoressica", mentre per l'insegnante non era mai abbastanza brava, in forma, preparata. Rispetto alla trascuratezza emotiva sperimentata durante l'infanzia, racconta di aver trovato una risorsa e un grande supporto nella nonna materna.



*Paziente 3*

La paziente riferisce di aver sperimentato trascuratezza emotiva, ad esempio essere lasciata da sola e percepire una mancanza d'affetto da parte soprattutto dei compagni di classe e degli amici. Colloca questa esperienza nei primi anni delle scuole superiori, intorno ai 16 anni e riferisce che questa abbia avuto molto impatto su di lei (4). Riporta frequenti esperienze di abuso emotivo, nello stesso periodo, da parte dei compagni, dai quali veniva sminuita, presa in giro ed isolata. Tutte queste esperienze hanno avuto molto impatto su di lei (4). Nel complesso stima di essere stata maltrattata emotivamente da più di una decina di persone, tutti coetanei e compagni di classe. Quando le viene chiesto se vi sia un qualche altro evento traumatico, non menzionato durante l'intervista, ma che possa avere avuto un impatto su di lei, riporta la morte della zia materna, alla quale era molto legata. Per tutti gli eventi riportati riferisce di non aver ricevuto alcun tipo di supporto.

*Paziente 4*

Riferisce di essere stata lasciata molto da sola e di aver percepito una mancanza di affetto da parte dei genitori durante l'infanzia, all'incirca dai 2 ai 12 anni. Queste esperienze di trascuratezza emotiva hanno avuto moltissimo impatto su di lei (5). Lo stesso tipo di trascuratezza l'ha provato rispetto ai parenti meno stretti, in particolare gli zii, con i quali non ha mai avuto alcun tipo di rapporto; tuttavia ritiene che questa trascuratezza abbia avuto un minor impatto su di lei (3). Riferisce, inoltre, di essere stata trascurata anche da amici e insegnanti, e colloca queste esperienze, dal forte impatto su di lei (5), dai 3 agli 11 anni. Durante l'intervista emergono numerose esperienze di abuso emotivo perpetrate da diverse persone. Nello specifico, racconta che alle elementari veniva spesso punita ingiustamente dai nonni, ai quali veniva affidata e che erano molto rigidi con lei. Racconta poi di essere stata insultata e presa in giro da parte di un compagno di classe e di un insegnante alle elementari. Queste esperienze hanno avuto moltissimo impatto su di lei (5). I suoi nonni erano soliti ricorrere a punizioni fisiche molto traumatiche per lei che, negli stessi anni, era esposta a ripetuti comportamenti violenti da parte di un compagno di classe. Racconta numerosi episodi di bullismo con dovizia di particolari, nonostante siano passati molti anni. Riporta anche di essere stata esposta a immagini pornografiche sgradevoli da parte dei compagni di classe alle scuole medie e che queste abbiano avuto moltissimo impatto su di lei (5). Riferisce di essere stata maltrattata emotivamente da più di 30 persone nella sua vita, persone che avevano con lei diversi gradi di parentela.

Quando le viene chiesto se vi siano altri eventi traumatici non nominati nell'Intervista, racconta di un rapporto sessuale avuto con il suo primo fidanzato, all'età di 15 anni, che non è sicura sia stato pienamente consenziente ma che non definisce abuso sessuale. Ritiene che questo evento abbia avuto moltissimo impatto su di lei. Ritiene di non aver ricevuto alcun tipo di supporto per tutte le esperienze traumatiche riportate. Riconosce però un aspetto supportivo nella lunga psicoterapia che ha intrapreso negli ultimi due anni.

#### *Paziente 5*

Riferisce di essersi dovuta prendere cura di suo fratello quando era bambina, all'incirca fino all'età di 10 anni e che questo abbia avuto poco impatto su di lei (2). Ha divorziato dal marito all'età di 39 anni, evento che ha avuto moltissimo impatto (5) e che l'ha segnata profondamente. Quando aveva 7 anni, durante una passeggiata, è stata derubata e minacciata. Questo evento ha avuto molto impatto su di lei (4) e lo ricorda ancora adesso con spavento. All'età di 33 anni, in seguito a delle complicazioni mediche post-partum, è stata costretta a letto per più di un mese, con forti dolori e difficoltà a riprendere la deambulazione. Questo evento ha avuto abbastanza impatto su di lei (3).

Riferisce di essere stata sempre trascurata, lasciata sola e di aver percepito una mancanza di affetto da parte dei genitori e del fratello. Colloca queste esperienze di trascuratezza emotiva dai 3 ai 17 anni e ritiene che abbiano avuto moltissimo impatto su di lei (5). Nonostante sia stata molto presente nella vita del fratello, sostituendosi in alcuni momenti anche alla figura materna, il fratello ha sempre mantenuto un atteggiamento distaccato e poco affettuoso. Riporta inoltre di aver sempre sperimentato un abuso emotivo da parte dei genitori, da che ha memoria fino ad oggi. Si sente sminuita, presa in giro, soprattutto dalla madre. Inoltre, quando era piccola riceveva delle punizioni ingiuste e bizzarre, soprattutto dal padre. Ad esempio, se non terminava l'uovo, il padre la costringeva a mangiarlo tutto, compreso il guscio. Oppure, a seguito di piccole disubbidienze, la costringeva ad eseguire 100 operazioni con la prova, le impediva di recarsi ad una sagra in paese alla quale era molto affezionata, le strappava il suo giornalino preferito. Il padre era solito ricorrere anche a punizioni corporali, soprattutto durante l'infanzia di E. (dai 3 agli 11). Durante le scuole medie veniva presa in giro e insultata anche da parte dei compagni di classe. Tutte queste esperienze di abuso emotivo e fisico hanno avuto moltissimo impatto su di lei (5). Sempre riguardo al padre, racconta che, durante

l’adolescenza, questi era solito farle apprezzamenti a sfondo sessuale che la mettevano fortemente a disagio e che hanno avuto moltissimo impatto su di lei (5).

Per tutte le esperienze traumatiche riferite ritiene di non aver ricevuto alcun tipo di supporto.

#### *Paziente 6*

Riferisce di aver vissuto, all’età di 14-15 anni, il divorzio dei genitori e che questo evento abbia avuto moltissimo impatto su di lei (5). È stata altresì esposta a numerose esperienze di guerra; per motivi di lavoro è stata infatti presente durante la maggior parte dei conflitti internazionali degli ultimi decenni. Riferisce, però, che questi eventi abbiano avuto poco impatto su di lei (2). Intorno ai 30 anni è stata anche testimone di un trauma subito da un’altra persona, essendo presente durante numerosi attacchi terroristici che hanno colpito persone e luoghi da lei frequentati. Nuovamente riferisce che queste esperienze abbiano avuto poco impatto su di lei (2). Per quanto riguarda il grado di supporto ricevuto per le esperienze traumatiche vissute, riferisce di aver ricevuto uno scarso supporto da parte della madre nell’affrontare il divorzio dei genitori e di aver ricevuto il supporto psicologico previsto dai protocolli dell’agenzia internazionale per cui lavorava, rispetto alle missioni alle quali ha partecipato.

#### *Paziente 7*

Riferisce di aver avuto numerosi problemi familiari dai 5 ai 15 anni. Nello specifico, sua madre soffriva di problemi psichiatrici che comportavano frequenti liti in famiglia. Queste esperienze hanno avuto moltissimo impatto su di lei (5). Quando aveva 11 anni i suoi genitori hanno divorziato, evento che ha avuto molto impatto su di lei (4). Dai 4 ai 15 anni, veniva spesso trascurata e lasciata da sola dalla mamma, ma anche dai parenti meno stretti, con i quali non ha mai avuto alcun rapporto e dai compagni di scuola e dagli insegnanti. Si è sempre sentita molto sola e non vista.

Veniva anche ripetutamente presa in giro, sminuita e punita ingiustamente da parte dei genitori e dei compagni di scuola. Sua madre era inoltre molto violenta, ricorreva a punizioni fisiche e l’ha più volte colpita durante delle liti. Tutte queste esperienze di abuso emotivo e fisico, perpetrate dai suoi familiari, ma anche dai compagni di classe, hanno avuto moltissimo impatto su di lei (5) e hanno caratterizzato la sua infanzia e prima adolescenza. Ritiene di non aver ricevuto alcun tipo di supporto per tutte le esperienze traumatiche riportate, ma anzi, di essere stata lasciata completamente da sola ad affrontare le difficoltà che caratterizzavano la sua vita, dentro e fuori casa.

*Paziente 8*

Riferisce di aver avuto numerosi problemi familiari durante la sua infanzia, in particolar modo durante le elementari. I suoi genitori hanno avuto numerosi problemi durante la sua infanzia, frequenti ed accesi litigi; suo padre di ha abbandonato il tetto coniugale lasciando lei e la madre in difficoltà economiche. Riferisce che queste esperienze abbiano avuto abbastanza impatto su di lei (3).

Suo padre l'ha abbandonata quando aveva 7 anni, per poi rientrare nella sua vita quando aveva all'incirca 14 anni. Anche questo evento ha avuto abbastanza impatto su di lei (3). I suoi genitori hanno quindi divorziato quando aveva 7 anni, evento che ha avuto poco impatto su di lei (2).

Riferisce di aver sperimentato trascuratezza emotiva, ovvero di essere lasciata molto da sola, percependo una mancanza di affetto da parte dei suoi genitori. Colloca queste esperienze in un lungo lasso di tempo, dai 5 ai 12 anni e ritiene che queste abbiano avuto abbastanza impatto su di lei (3).

La stessa trascuratezza riferisce di averla sperimentata da parte di compagni di scuola, insegnanti dagli 8 ai 15 anni e ritiene che queste esperienze abbiano avuto abbastanza impatto su di lei (3).

Riporta di aver sperimentato abuso emotivo da parte dei compagni di scuola e del compagno della mamma, soprattutto dai 12 ai 13 anni. Il compagno della mamma era solito fare commenti sgradevoli, prendendola in giro per il suo aspetto fisico. Anche questi eventi hanno avuto abbastanza impatto su di lei (3). Riferisce inoltre di aver sperimentato molestie sessuali da parte dei compagni di classe all'età di 16 anni. Nello specifico, racconta di essere stata esposta a numerose immagini pornografiche da parte dei compagni di classe, ma anche a ripetuti commenti a sfondo sessuale. Riferisce che questi eventi non abbiano avuto nessun impatto su di lei (1), li ritiene esperienze normali, ascrivibili all'adolescenza. Riferisce di non aver ricevuto supporto per nessuna delle esperienze traumatiche riportate.

*Paziente 9*

All'età di 31 ha perso la mamma, alla quale era molto legata. Questo evento ha ancora oggi, a distanza di anni, un forte impatto emotivo su di lei, alla quale si velano gli occhi di lacrime al solo parlarne.

Riferisce inoltre di essere stata lasciata molto da sola e trascurata da parte dei compagni di classe e degli insegnanti, soprattutto alle scuole medie e ritiene che queste esperienze abbiano avuto molto impatto su di lei (4). Dai suoi racconti emerge un padre molto richiestivo, autoritario, severo e molto attento agli aspetti prestazionali. Quando non si conformava alle richieste del padre, questi era solito

prenderla in giro, sminuirla, farla sentire inadeguata. Questi comportamenti hanno caratterizzato l'infanzia e l'adolescenza di A, che ritiene abbiano avuto molto impatto su di lei (4).

Ricorda inoltre diversi commenti sgradevoli, a sfondo sessuale, fatti dal padre alle sue amiche, che l'hanno fortemente imbarazzata e messa a disagio. Quando le viene chiesto di riportare eventuali esperienze traumatiche non emerse durante l'Intervista, ma che ritiene abbiano avuto un impatto su di lei, riporta la fine di un lungo fidanzamento e il fatto che stia vivendo un matrimonio non consumato. Questi eventi hanno avuto moltissimo impatto su di lei. Per tutte le esperienze traumatiche riportate, ritiene di non aver ricevuto alcun tipo di supporto. Riferisce che la madre abbia cercato di arginare gli atteggiamenti aggressivi e inopportuni del padre, ma che il supporto ricevuto in questo senso sia stato poco.

#### *Paziente 10*

Riferisce di aver sostituito la madre nell'accudimento dei fratelli, dai 7 ai 18 anni e ritiene che questo abbia avuto moltissimo impatto su di lei (5). All'età di 35 anni, ha ricevuto una diagnosi di diabete e a 49 di melanoma. Queste due diagnosi le hanno fatto percepire una minaccia alla sua vita, ma hanno avuto poco impatto su di lei (2). Quando aveva 10 anni era incaricata di badare ai suoi fratelli più piccoli. Uno dei due fratelli, approfittando di una sua distrazione, infilò il dito in trinciacarne della macelleria di famiglia, procurandosi una grave ferita al dito. Questo evento la segnò moltissimo (5); ancora oggi si sente in colpa e turbata al racconto di quanto accaduto. A 18 anni poi, assistette il nonno durante un grave malore. Riferisce di essere stata molto trascurata dai genitori e che questa mancanza di affetto l'abbia accompagnata per tutta la sua vita, esercitando un forte impatto su di lei. I genitori spesso ricorrevano a punizioni ingiuste, a prese in giro e insulti se non si conformava esattamente alle loro richieste o se i suoi fratelli commettevano qualche monelleria.

Dai 4 agli 8 anni la paziente viene affidata alle cure dei nonni. La nonna era molto severa, la sgridava aspramente, ricorrendo anche a punizioni corporali, insulti e prese in giro, che l'hanno fortemente segnata. In aggiunta, frequentava un asilo gestito dalle suore che erano, a loro volta, molto severe e usavano punire anche fisicamente i bambini. Racconta di ricordare ancora oggi, a distanza di molti anni, con paura, il momento in cui il pulmino dell'asilo la lasciava davanti a casa della nonna. In quell'occasione la suora rendeva conto alla nonna delle sue eventuali monellerie e, dopo essere stata

aspramente rimproverata a scuola, subiva lo stesso trattamento a casa. Per tutte le esperienze traumatiche riportate non ritiene di aver ricevuto alcun tipo di supporto.

### *Discussione*

I dati fin qui presentati fanno parte di un'indagine preliminare effettuata dopo un breve periodo dall'inizio di una raccolta dati che è tuttora in corso presso l'Unità di Riabilitazione Psiconutrizionale della Casa di Cura Privata Villa Margherita.

Pur non avendo potuto ancora verificare la significatività statistica dei dati raccolti, essi ci suggeriscono alcune osservazioni in tema di Disturbi dell'Alimentazione ed esperienze traumatiche.

Il primo dato interessante emerso è relativo al fatto che la quasi totalità del nostro campione (9 pazienti su 10), selezionato casualmente durante il periodo di ricovero presso la struttura, riporta di aver subito esperienze traumatiche.

Indagando la natura di suddette esperienze, abbiamo rilevato che tutte le pazienti che riportano di aver subito dei traumi, collocano tra questi l'esperienza della trascuratezza emotiva nell'infanzia, e, quasi tutte (8 su 9), riportano di aver subito abuso emotivo nell'infanzia. Il dato ci apre un importante spunto di riflessione in merito ai cosiddetti Traumi dell'Attaccamento nell'ambito dei DA.



Tabella 1

ID	ETA	BMI	DD	TS SCL- 90	ESP TRAUMA	CRITERI PTSD	SMP	MODES	SCID	N CRITERI SCID
1	25	17,32	ANR	2,20	sì	sì	abbandono, dipendenza, inadeguatezza/vergogna, autosacrificio, invischamento, fallimento, standard irrealistici, autosacrificio, sottomissione	b. vulnerabile, b. Indisciplinato, b. felice, g. punitivo, g. esigente, sottomesso-compiacente, consolatore distaccato	dipendente, ossessivo-compulsivo	23
2	16	15,42	ANR	1,90	sì	no	standard irrealistici, ricerca di approvazione, inadeguatezza/vergogna, abbandono, autosacrificio, vulnerabilità, sfiducia/abuso, insufficiente autocontrollo, punizione, negatività/pessimismo, pretese, esclusione sociale	b. indisciplinato, consolatore distaccato		
3	18	14,27	ANR	1,48	sì	sì	sfiducia/abuso, autosacrificio, standard irrealistici, inadeguatezza/vergogna, ricerca di approvazione, abbandono, negatività/pessimismo, punizione, esclusione sociale, dipendenza, fallimento, sottomissione, inibizione emotiva	b. arrabbiato, b. impulsivo, auto-esaltatore	evitante, ossessivo-Compulsivo	30
4	22	12,82	ANR	1,99	sì	no	deprivazione emotiva, abbandono, esclusione sociale, inadeguatezza/vergogna, fallimento, sottomissione, autosacrificio, standard irrealistici, ricerca di approvazione, negatività/pessimismo, punizione	b. vulnerabile, g. punitivo		13



Il trauma nei Disturbi dell'Alimentazione:  
un'indagine qualitativa in una prospettiva Schema Therapy

ID	ETA	BMI	DD	TS SCL- 90	ESP TRAUMA	CRITERI PTSD	SMP	MODES	SCID	N CRITERI SCID
5	42	15,04	ANP	1,11	sì	sì	deprivazione emotiva, abbandono, esclusione sociale, autosacrificio, standard irrealistici, ricerca di approvazione	consolatore distaccato	evitante	21
6	39	17,04	BN	0,22	no	no	nessuno	nessuno	NAS	12
7	16	19,34	BN	1,87	sì	sì	deprivazione emotiva, abbandono, sfiducia/abuso, esclusione sociale, inadeguatezza/vergogna, dipendenza vulnerabilità, invischiamento, sottomissione, autosacrificio, standard irrealistici, ricerca di approvazione	b. arrabbiato, b. furioso, b. impulsivo, b.indisciplinato, g. punitivo, g. esigente, consolatore distaccato		
8	16	38,06	BED	0,84	sì	sì	autosacrificio, ricerca di approvazione, negatività/pessimismo	b. vulnerabile, b. indisciplinato, Sottomesso-compiacente		
9	47	34,20	BED	0,62	sì	no	inadeguatezza/ vergogna, autosacrificio, standard irrealistici	b. vulnerabile, g. Punitivo	ossessivo-compulsivo	25
10	51	46,05	BED	0,94	sì	no	deprivazione emotiva, abbandono, inadeguatezza/vergogna, autosacrificio, inibizione emotiva, standard irrealistici, pretese, negatività, pessimismo	g. esigente	evitante, ossessivo-Compulsivo	

Se le prime ricerche sul trauma nei DA si sono concentrate principalmente sull'abuso sessuale, il possibile ruolo di mediazione dei traumi dell'attaccamento nell'esordio della sintomatologia alimentare è un tema particolarmente dibattuto tra i clinici, che potrebbe anche in parte spiegare l'elevata comorbidità tra i Disturbi dell'Alimentazione e i Disturbi di Personalità.

Analizzando i punteggi riportati alla Impact Event Scale, abbiamo riscontrato che 5 pazienti su 10 riportano una sintomatologia che rispecchia i criteri diagnostici per un Disturbo Post-Traumatico da Stress. Abbiamo quindi deciso di confrontare i punteggi ottenuti dai due gruppi omogenei alle varie scale psicodiagnostiche somministrate, riscontrando, in linea generale, punteggi più alti a tutte le scale dell'EDI-3, fatta eccezione delle scale "Ipercontrollo" e "Perfezionismo". Poiché si tratta di contenuti clinici caratteristici della Anoressia Nervosa Restrittiva, questo risultato potrebbe essere interpretato alla luce di ciò che indica la bibliografia, cioè che il trauma sembrerebbe essere un predittore dell'esordio di DA di tipo bingeing/purging, più che restrittivo (Brewerton T. D., 2004; Brewerton T. D., 2005).

Le scale "Rischio di disturbo alimentare" e "Disadattamento psicologico globale" sono marcatamente più elevate nelle pazienti con PTSD: questo risultato potrebbe suggerire un effettivo coinvolgimento del trauma nell'esordio della sintomatologia dei DA. Anche la scala "Disregolazione emotiva" risulta più elevata nelle pazienti con PTSD, dato coerente con le implicazioni che la stessa diagnosi porta a livello sintomatologico.

Infine, le pazienti con PTSD si discostano notevolmente dalle pazienti senza PTSD nella scala "Problemi affettivi". Quest'osservazione potrebbe rispecchiare il dato della letteratura che suggerisce l'aspetto emotivo come principale mediatore della relazione tra trauma e DA.

Per ciò che concerne gli Schemi Maladattivi Precoci, il dominio più coinvolto sembrerebbe essere quello dell'Eccessiva attenzione ai bisogni altrui; questo dato coincide con il risultato relativo alla trascuratezza emotiva nel nostro campione. Si potrebbe quindi ipotizzare una tendenza all'attaccamento invertito.

Anche il dominio "Distacco e Rifiuto" sembra ricoprire un ruolo importante, in linea con i dati riportati anche da Sarin & Abela (2003) e Waller, Meyer, & Osman (2000). Questo risultato potrebbe suggerire, ancora una volta, un coinvolgimento dell'area dell'attaccamento nella relazione tra trauma e DA.

Per ciò che concerne i risultati all’ SMI, i Modes di coping disfunzionali risultano generalmente più elevati nel sottogruppo con PTSD, fatta eccezione del mode “Auto-esaltatore”. I dati in nostro possesso non suggeriscono quindi un coinvolgimento specifico di qualche mode in particolare, ma piuttosto un aggravamento generale del funzionamento dei pazienti con Disturbo dell’Alimentazione che presentano, in aggiunta, sintomatologia PTSD.

Anche i risultati alle SCID-II in nostro possesso ci indicano un peggioramento della comorbidità con Disturbi di Personalità quando sono presenti i sintomi del Disturbo Post-Traumatico da Stress, con una predominanza assoluta di diagnosi del Cluster C (in particolar modo del Disturbo Evitante di Personalità). Questi ultimi dati potrebbero suggerirci due ipotesi: un rafforzamento dell’idea di un ruolo specifico dei traumi dell’attaccamento nello sviluppo o nell’esacerbazione dei Disturbi dell’Alimentazione e, allo stesso tempo, il ruolo della sintomatologia come modalità di coping disfunzionale. Quest’ultima ipotesi sarebbe in linea con le ricerche sui Disturbi dell’Alimentazione all’interno del modello Schema Therapy, che hanno individuato nelle condotte alimentari patologiche un tentativo di gestione delle memorie traumatiche e una forma di evitamento primario in termini di ipercompensazione delle tematiche di inadeguatezza (Waller, Meyer, & Osman, 2000).

#### *Punti di forza, limiti e prospettive future*

I dati presentati in questa indagine sono stati raccolti in un reparto altamente specializzato per la diagnosi e la cura per i Disturbi dell’Alimentazione, dove l’interesse per l’aspetto traumatico correlato ai Disturbi dell’Alimentazione viene approfondito continuamente, attraverso aggiornamenti e osservazioni sperimentali.

Seppur molto ridotto, il nostro campione, suddiviso in modo omogeneo tra pazienti che riportano sintomatologia PTSD e pazienti che non la riportano, ci ha permesso di effettuare dei primi confronti nelle varie subscale, suggerendoci delle nuove ipotesi per il proseguo della ricerca.

Il limite più grande di questa indagine è senza dubbio la scarsa numerosità del campione; a causa di ciò, tutte le analisi statistiche effettuate, parametriche e non parametriche, non hanno prodotto risultati statisticamente significativi. I risultati esposti, quindi, possono essere considerati esclusivamente come dati qualitativi, rappresentativi del nostro campione ma non estendibili ad una popolazione clinica con le stesse caratteristiche.

Un limite ulteriore è rappresentato dalla distribuzione non omogenea tra le varie diagnosi di Disturbi dell'Alimentazione; questo non ci ha permesso di verificare se una specifica diagnosi, o una specifica classe di sintomi, potessero essere maggiormente coinvolti nelle dinamiche collegate al trauma.

Nei vari confronti tra medie, inoltre, abbiamo rilevato frequentemente elevati valori di deviazione standard che, trattandosi di un campione molto ridotto, potrebbero aver influito nei confronti tra le medie. Ad esempio, il dato relativo all'elevato peso attribuito all'aver subito violenza fisica era dato soprattutto dai punteggi particolarmente elevati ottenuti da una singola paziente, più che da una media elevata di tutti i punteggi. Con numeri così esigui, quindi, deviazioni standard molto elevate possono modificare notevolmente l'andamento dei dati.

Nonostante ciò, i dati ottenuti possono suggerirci diversi spunti per il proseguimento della ricerca e per la nostra pratica clinica con pazienti affetti da Disturbi dell'Alimentazione.

Il dato relativo alla massiccia presenza di esperienze traumatiche e di sintomi tipici del PTSD non può e non deve essere ignorato: ciò significa modificare l'impostazione del trattamento, considerando programmi che includano, all'interno della riabilitazione psiconutrizionale, una parte che si focalizzi sull'elaborazione delle memorie traumatiche e sull'individuazione di strategie di coping meno disfunzionali.

Sapere che, quando trattiamo pazienti traumatizzate, queste presentano livelli generali di gravità psicopatologica più elevati, ci può essere utile in fase di assessment, di trattamento e durante i controlli successivi al trattamento. Allo stesso modo, quando notiamo livelli di gravità particolarmente accentuati, questo può farci pensare alla possibile presenza di esperienze traumatiche nella storia del paziente, riprendendo, ove necessario, l'assessment, e rivedendo la nostra strategia di trattamento.

Potrebbe essere utile valutare in maniera più approfondita la presenza e il ruolo di eventuali traumi dell'attaccamento nei Disturbi dell'Alimentazione. Si potrebbe, quindi, considerare di inserire nel protocollo di ricerca degli strumenti che valutino questo specifico aspetto.

A seguito dei dati che sembrano suggerire un maggior coinvolgimento del Cluster C nella comorbilità tra Disturbi dell'Alimentazione e Disturbi della Personalità in pazienti traumatizzate, sarà sicuramente importante osservare l'andamento di questo dato quando il campione sarà più consistente, inserendo nel protocollo altre misure di valutazione della personalità standardizzate.

Per permettere delle valutazioni di carattere diagnostico, verranno effettuati dei confronti tra le varie categorie (AN, BN, BED, OSFED) quando la numerosità del campione lo permetterà.

Uno sviluppo futuro potrebbe essere quello di selezionare un campione di controllo composto da soggetti che presentano i criteri diagnostici per il PTSD ma non per un Disturbo dell’Alimentazione, ed effettuare dei confronti per osservare le differenze nelle due popolazioni e l’eventuale ruolo della psicopatologia alimentare.

In questa prima osservazione dei risultati non abbiamo incluso dati relativi all’immagine corporea; quando la numerosità del campione sarà più elevata sarà interessante indagare anche quest’aspetto, per valutarne un eventuale ruolo nella correlazione tra traumi e Disturbi dell’Alimentazione.

Sarebbe interessante, infine, includere un follow-up di valutazione della sintomatologia alimentare e della psicopatologia generale, in seguito all’impostazione di un trattamento che, oltre alla riabilitazione psiconutrizionale, includa un protocollo di intervento specifico sul trauma, per verificarne l’efficacia e, eventualmente, implementare delle tecniche per l’elaborazione delle memorie traumatiche nei programmi di riabilitazione psiconutrizionale.

### Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Brady, K. T., Brewerton, T., & Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 61S*, pp. 22-32.
- Brewerton, T. D. (2002). Bulimia in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America, 11*(237-256).
- Brewerton, T. D. (2004). Eating disorders, victimization and comorbidity: Principles of treatment. In T. D. Brewerton, *Clinical handbook of eating disorders: An integrated approach* (pp. 509-545). New York: Marcel Dekker, Inc.
- Brewerton, T. D. (2005). Psychological trauma and eating disorders. *Review of Eating Disorders, 1*, pp. 137-154.
- Brewerton, T. D. (2007). Eating Disorders, Trauma, and Comorbidity: Focus on PTSD. *Eating Disorders, 15*(4), pp. 285-304.
- Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experience Scale. *Dissociation, 6*(1), pp. 16-27.
- Carretero-García, A., Sanchez Planell, L., Doval, E., Rusinol Estragués, J., Raich Escursell, R. M., & Vanderlinden, J. (2012). Repeated traumatic experiences in eating disorders and their association with eating symptoms. *Eating and Weight Disorders, 17*(4), pp. 267-273.
- Carter, J., Bewell, C., Blackmore, E., & Woodside, B. (2006). The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. *Child Abuse & Neglect, 30* (3), pp. 256-269.
- Cloitre, M., Cohen, L., & Koenen, K. C. (2006). *Treating the trauma of childhood abuse: Therapy for interrupted life*. New York: Guilford.

- Corstorphine, E. (2008). Addressing the emotions in the eating disorders: schema mode work. In J. Buckroys, & S. Rother, *Psychological responses to eating disorders and obesity* (pp. 85-102). West Sussex: John Wiley & Sons.
- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale- Revised. *Behaviour Research and Therapy*, 41(12), pp. 1489-1496.
- Dalle Grave, R., Rigamonti, R., Todisco, P., & Oliosi, E. (1996). Dissociation and traumatic experiences in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 4, pp. 232-240.
- Dansky, B. S., Brewerton, T. D., & Kilpatrick, D. G. (2000). Comorbidity of bulimia nervosa and alcohol use disorders: Results from the National Women's Study. *International Journal of Eating Disorders*, 27, pp. 180-190.
- Derogatis, L. R. (1979). *Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)*. Lyndhurst, NJ: NCS Pearson.
- Dohm, F., Striegel-Moore, R. H., Wilfley, D. E., Pike, K. M., Hook, J., & Fairburn, C. G. (2002). Self-harm and substance use in a community sample of Black and White women with binge eating disorder or bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 32 (4), pp. 389-400.
- Garner, D. M. (2004). *Eating Disorders Inventory-3 professional manual*. Lutz: Psychological Assessment Resources.
- Gleaves, D. H., Eberenz, K. P., & May, M. C. (1998). Scope and significance of post-traumatic symptomatology among women hospitalized for an eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 24, pp. 147-156.
- Gongora, V., Derksen, J. J., & van Der Staak, C. P. (2004). The Role of Core Beliefs in the Specific Cognitions of Bulimic Patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192 (4), pp. 297-303.
- Gorgens, K. A. Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I/ SCID-II). In J. S. Kreutzer, J. DeLuca, & B. Caplan, *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*. New York: Springer.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130, pp. 19-65.
- Jacobi, C., Morris, L., & de Zwaan, M. (2004). An overview of risk factors for anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. In T. D. Brewerton, *Clinical handbook of eating disorders: An integrated approach* (pp. 117-163). New York: Marcel Dekker, Inc.
- Jenkins, P. E., Meyer, C., & Blisset, J. M. (2013). Childhood abuse and eating psychopathology: The mediating role of core beliefs. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22(3), pp. 248-261.
- Kent, A., Waller, G., & Dagnan, D. (1999). A Greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: The role of mediating variables. *International Journal of Eating Disorders*, 25(2), pp. 159-167.
- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61S, pp. 4-14.
- Kessler, R. C., Davis, C. G., & Kessler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27, pp. 1101-1119.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., & Green, J. G. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*, 197(5), pp. 378-385.
- 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), pp. 1897-1907.
- Lanius, R. A., Vermetten, E., & Pain, C. (2010). *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Leonard, S., Steiger, H., & Kao, A. (2003). Childhood and adulthood abuse in bulimic and nonbulimic women: Prevalences and psychological correlates. *International Journal of Eating Disorders*, 33, pp. 397-405.
- Leung, N., & Price, E. (2007). Core beliefs in dieters and eating disordered women. *Eating Behaviors*, 8(1).
- Lilenfeld, L. (2004). Psychiatric comorbidity associated with anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorders. In T. D. Brewerton, *Clinical handbook of eating disorders: An integrated approach* (pp. 183-207). New York: Marcel Dekker, Inc.

- Mazzeo, S. E., & Espelage, D. L. (2002). Association between childhood physical and emotional abuse and disordered eating behaviors in female undergraduates: An investigation of the mediating role of alexithymia and depression. *Journal of Counseling Psychology, 49*(1), pp. 86-100.
- McCrory, E. J., Gerin, M. I., & Viding, E. (2017). Annual Research Review: Childhood maltreatment, latent vulnerability and the shift to preventative psychiatry- the contribution of functional brain imaging. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58*(4), pp. 338-357.
- Mitchell, K. S., Mazzeo, S. E., Schlesinger, M. R., Brewerton, T. D., & Smith, B. N. (2012). Comorbidity of partial and subthreshold PTSD among men and women with eating disorders in the National Comorbidity Survey-Replication Study. *International Journal of Eating Disorders, 25*, pp. 307-315.
- Nijenhuis, E. R., van der Hart, O., & Kruger, K. (2002). The psychometric characteristics of the Traumatic Experiences Checklist (TEC): First findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 9*(3), pp. 200-210.
- Palmisano, G. L., Innamorati, M., & Vanderlinden, J. (2016). Life adverse experiences in relation with obesity and binge eating disorder: A systematic review. *Journal of Behavioral Addictions, 5*(1), 11-31.
- Palmisano, G. L., Innamorati, M., Sarracino, D., Bosco, A., Pergola, F., Scaltrito, D., Vanderlinden, J. (2018). Trauma and dissociation in obese patients with and without binge eating disorder: A case - control study. *Cogent Psychology, 5*, pp. 1-20.
- Palmisano, G. M., Innamorati, M., Susca, G., Traetta, D., Sarracino, D., & Vanderlinden, J. (2018). Childhood Traumatic Experiences and Dissociative Phenomena in Eating Disorders: Level and Association with the Severity of Binge Eating Symptoms. *Journal of Trauma and Dissociation, 19*(1), pp. 88-107.
- Petrella, F. (1994). In *Traumi psichici. Il trauma infantile nella prospettiva dell'adulto* (pp. 31-41). Gli Argonauti.
- Piacentino, D., Loriedo C, Biondi M, Girardi , P., Vanderlinden, J., & Pignatelli, A. (2016). Emotional neglect as the colossus among traumas in patients with eating disorders. A case-control study. *European Psychiatry, 33*, p. S165.
- Pietrini, F., Lelli, L., & Verardi, A. (2010). La valutazione retrospettiva del trauma infantile: una revisione degli strumenti. *Riv Psichiatr, 45*(1), pp. 7-16.
- Pignatelli, A. M., Loriedo, C., Biondi, M., Girardi, P., Vanderlinden, J., & Piacentino, D. (2016). Severity of traumatic events in patients with eating disorders. A case-control study. *European Psychiatry, 33*, 187-188.
- Pignatelli, A. M., Wampers, M., Loriedo, C., Biondi, M., & Vanderlinden, J. (2017). Childhood neglect in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Trauma and Dissociation, 18*(1), 110-115.
- Pugh, M. (2014). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical Psychology Review.*
- Reyes-Rodriguez, M., Von Holle, A., Ulman, T. F., Thornton, L. M., Klump, K. L., Brandt, H., & Bulik, C. (2011). F., Thornton, L. M., Klump, K. L., Brandt, H. and Bulik, C. 2011. Post-traumatic stress disorder in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine, 73*, pp. 491-497.
- 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*(4), pp. 299-306.
- Rorty, M., & Yagel, J. (1996). Histories of Childhood Trauma and Complex Post- Traumatic Sequelae in Women With Eating Disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 19*(4), 773-791.
- Sarin, S., & Abela, J. R. (2003). The relationship between core beliefs and a history of eating disorders: An examination of the life stories of university students. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 17*(4), p. 359.
- Simpson, S. (2012). Schema Therapy for Eating Disorders. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort, *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy.*
- Tagay, S., Schlottobohm, E., Reyes-Rodriguez, M. L., Repic, N., & Senf, W. (2014). Eating Disorders, Trauma, PTSD, and Psychosocial Resources. *Eating Disorders, 22*(1), pp. 33-49.

- Unoka, Z., Tolgyes, T., & Czobor, P. (2007). Early maladaptive schemas and body mass index in subgroups of eating disorders: a differential association. *Comprehensive Psychiatry*, 48(2).
- van der Kolk, B. A., Perry, C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behaviour. *The American Journal of Psychiatry*, 148(12), pp. 1665-1671.
- Vanderlinden, J., & Vandereycken, W. (1997). *Trauma, Dissociation, and Impulse Dyscontrol in Eating Disorders*. Bristol, PA: Brunner/Mazel.
- Waller, G., Kennerley, H., & Ohanian, V. (2007). Schema-focused cognitive behaviour therapy with eating disorders. *Cognitive schemas and core beliefs in psychiatric disorders: A scientist-practitioner guide*, 139-175.
- Waller, G., Meyer, C., & Osman, S. (2000). Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs. *International Journal of Eating Disorders*, 28(2), pp. 235-241.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1996). The Impact of Event Scale - Revised. In Wilson J, & T. M. Keane, *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: Guilford.
- Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Thompson, K. M., Redlin, J., Demuth, G., Haseltine, B. (2001). Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 30(4), pp. 401-412.
- Young, J. E., & Brown, G. (1994). Young schema questionnaire. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*, pp. 63-76.
- Young, J. E., Atkinson, T., Lobbstaal, J., & Wishar, M. E. (2007). *The Schema Mode Inventory (SMI)*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J., Klosko, J., & Weirshaar, M. (2003). *Schema Therapy. A practioner's guide*. London: The Guilford Press.

**Sylvia Serena Schifano**

**Psicologa e Psicoterapeuta, Padova, Vicenza e Verona**

**Specializzata a Verona, training Nisi e Mansutti**

**e-mail: [sylvia.schifano@gmail.com](mailto:sylvia.schifano@gmail.com)**

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: [psicoterapeutiinformazione@apc.it](mailto: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](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)