



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale

Corso di laurea Magistrale in Psicologia Clinica

Tesi di Laurea Magistrale

**Uno studio empirico mediante Network Analysis
sulla Crescita Post-Traumatica nella guarigione
dai Disturbi Alimentari**

*An empirical study using Network Analysis on
Post-Traumatic Growth in Eating Disorder Recovery*

Relatrice

Prof.ssa Valentina Cardì

Correlatrice

Dott.ssa Ludovica Natali

Laureanda

Lavinia Salvi

Matricola

2091458

Anno Accademico

2023/2024

Kintsugi:

*Antica tecnica giapponese del riparare oggetti in ceramica
utilizzando l'oro per saldare insieme i frammenti.
Nuova vita viene data a ciò che è stato danneggiato,
creando una nuova forma ancora più preziosa.*

Indice

Abstract	4
Introduzione	6
CAPITOLO I.....	8
I Disturbi del comportamento alimentare	8
1.1. I Disturbi dell'alimentazione	12
1.1.1. Anoressia Nervosa	12
1.1.2. Bulimia Nervosa	15
1.1.3. Disturbo da Alimentazione Incontrollata	18
1.2. I Disturbi della nutrizione	20
1.3. La guarigione dai Disturbi Alimentari	22
CAPITOLO II.....	29
La Crescita Post Traumatica	29
2.1. I 5 domini.....	31
2.1.1. Apprezzamento della vita	31
2.1.2. Forza personale	31
2.1.3. Relazioni interpersonali	32
2.1.4. Nuove opportunità	32
2.1.5. Cambiamento spirituale-esistenziale.....	33
2.2. Il processo di Crescita Post Traumatica	33
2.2.1. La sfida alle convinzioni di base.....	35
2.2.2. La ruminazione	38
2.2.3. La regolazione delle emozioni	40
2.3. La Crescita Post Traumatica nei Disturbi Mentali	43
2.3.1. La Crescita Post Traumatica nei Disturbi Alimentari	47
CAPITOLO III.....	49

La ricerca.....	49
3.1. Obiettivi dello studio	49
3.2. Metodi.....	50
3.2.1. Partecipanti	50
3.2.2. Strumenti	51
Post Traumatic Growth (PTGI)	51
Event Related Rumination Inventory (ERRI)	52
Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)	53
Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21)	54
Detail and Flexibility Questionnaire (Dflex)	55
3.2.3. Analisi dei dati	55
3.3. Risultati.....	57
3.3.1. Caratteristiche demografiche e cliniche.....	57
3.3.2. Network Analysis	64
CAPITOLO IV.....	70
Discussione.....	70
4.1. Discussione dei risultati	70
4.2. Limiti e punti di forza	73
4.3. Implicazioni cliniche.....	75
4.4. Ricerche future.....	77
Conclusioni	78
Bibliografia.....	80
Appendice	95

Abstract

Background teorico: La Crescita Post Traumatica, come “cambiamento psicologico positivo, che si verifica a seguito della lotta con crisi di vita altamente impegnative” (Tedeschi & Calhoun, 2004) è il tema centrale della presente ricerca. Tale concetto è stato esaminato in relazione al processo di guarigione da Disturbi Alimentari. Difatti, sebbene questi ultimi costituiscano gravi disturbi psichiatrici, che compromettono notevolmente la salute fisica dell’individuo e ne interrompono il funzionamento psicosociale, un’ampia letteratura evidenzia possibilità di guarigione e sviluppo personale in seguito al loro superamento (Eaton, 2020; De Vos et al., 2017; Wetzler et al., 2020).

Obiettivi dello studio: L’obiettivo centrale dello studio è stato quello di esplorare la presenza di elementi di Crescita Post Traumatica in soggetti guariti da un Disturbo del Comportamento Alimentare. La ricerca ha inoltre indagato possibili correlazioni con variabili individuali quali la ruminazione legata all’evento, la disregolazione emotiva, l’inflessibilità cognitiva e il distress psicologico, tutte considerate significative nei processi di *recovery* e PTG secondo numerosi studi precedenti. In conclusione, sono state indagate le intercorrelazioni tra queste variabili e le loro influenze reciproche sul processo di Crescita Post Traumatica.

Metodi: I partecipanti della ricerca sono stati reclutati mediante piattaforme social tra i mesi di febbraio e maggio 2024. Ad essi è stato sottoposto un sondaggio Qualtrics costituito da 12 domande relative a dati demografici e clinici e 5 questionari *self-report*: Post Traumatic Growth Inventory (PTGI), per rilevare elementi di Crescita Post Traumatica; Event Related Rumination Inventory (ERRI) per indagare la presenza di ruminazione legata all’evento; Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), per analizzare eventuali difficoltà nella regolazione emotiva; Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21), per indagare il livello di distress psicologico generale; Detail and Flexibility Questionnaire (Dflex), per esaminare i livelli di inflessibilità cognitiva ed eccessiva attenzione al dettaglio. Per esaminare le associazioni tra le variabili prese in esame è stata applicata una *Network Analysis*, ovvero una rete di correlazioni parziali regolarizzate in cui è stata calcolata la centralità di ciascun nodo della rete e la forza delle connessioni.

Risultati: In seguito al processo di reclutamento, è stato selezionato un campione di 105 partecipanti (N = 105). I dati emersi dalle risposte alle domande iniziali e ai questionari hanno

evidenziato elevati livelli di Crescita Post Traumatica rispetto a quelli riportati in altri studi (PTGI; $M = 65.98$, $DS = 19.12$), in particolare nelle aree riguardanti le Relazioni interpersonali ($M = 21.31$, $DS = 7.75$) e le Nuove Possibilità ($M = 17.28$, $DS = 5.06$). Dai risultati della *Network Analysis* sono state rilevate correlazioni parziali positive tra i domini della Crescita Post Traumatica e la ruminazione deliberata, mentre sono apparse correlazioni parziali negative tra le sottoscale di PTG le variabili di disregolazione emotiva, distress psicologico e rigidità cognitiva. La ruminazione intrusiva non ha mostrato alcun legame con la Crescita, mentre è risultata associata a difficoltà nella regolazione delle emozioni, a distress psicologico e a inflessibilità cognitiva.

Conclusioni: Questo studio mette in luce come, sebbene i Disturbi del Comportamento alimentare abbiano grande impatto sulla vita degli individui, è possibile che quest'ultimi sperimentino cambiamenti positivi in seguito alla guarigione. Infatti, i partecipanti con storia di DCA hanno mostrato livelli notevoli di Crescita Post Traumatica. Ricerche future dovranno focalizzarsi sullo sviluppo di interventi volti all'analisi degli esiti positivi e di sviluppo della persona in seguito ad esperienze invalidanti, piuttosto che all'identificazione delle conseguenze negative e alla riduzione dei sintomi. Inoltre, poiché variabili di disregolazione delle emozioni, distress psicologico e inflessibilità cognitiva sono risultate negativamente correlate al Processo di Crescita Post Traumatica, dovranno essere implementati trattamenti volti al superamento di queste difficoltà. Al contrario forme di ruminazione deliberata sono risultate fondamentali per il raggiungimento della Crescita, quindi tali pratiche dovranno essere rinforzate. In conclusione, questo elaborato mostra l'importanza di esaminare la valutazione soggettiva dell'esperienza di crisi, così da poterla comprendere a fondo e poter sviluppare interventi personalizzati ed incentrati sul benessere e la crescita positiva della persona.

Introduzione

Tradizionalmente, la letteratura si è concentrata sulle conseguenze negative che possono seguire alla lotta con eventi avversi. Tuttavia, un numero crescente di ricerche suggerisce che le persone esposte a crisi di vita altamente impegnative possono sperimentare cambiamenti positivi come risultato della loro lotta. Questi cambiamenti sono stati definiti Crescita Post Traumatica (PTG) (Tedeschi & Calhoun, 1995).

Questa ricerca è nata, dunque, dall'interesse nell'indagare le conseguenze positive che possono emergere in seguito alla guarigione da un Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA). Tali patologie risultano compromettere notevolmente la salute fisica e il funzionamento psicosociale dei soggetti e possono esser vissute come esperienze particolarmente traumatizzanti. Inoltre, il percorso di guarigione spesso si rivela tortuoso e caratterizzato da sensi di colpa e ricadute.

Tuttavia, una letteratura sempre crescente evidenzia possibilità di guarigione e di sviluppo personale in seguito al superamento di questi disturbi.

Il presente studio aveva quindi l'obiettivo di indagare se elementi di Crescita Post Traumatica potessero essere identificati in soggetti guariti da un DCA, così da poter sviluppare sempre di più una ricerca improntata sullo sviluppo positivo della persona, piuttosto che sulle conseguenze negative degli eventi o sul contenimento dei sintomi.

Un ulteriore fine è stato quello di indagare le relazioni con variabili spesso apparse legate ai processi di *recovery* e PTG, così da poterne comprendere le influenze. Sono state quindi selezionate misure di regolazione delle emozioni, ruminazione legata all'evento, distress psicologico e rigidità cognitiva.

Nel primo capitolo del presente elaborato verrà fornita una panoramica sulle caratteristiche diagnostiche ed eziopatogenetiche dei Disturbi del Comportamento Alimentare: Anoressia, Bulimia, Disturbo da Alimentazione Incontrollata, Pica, Disturbo Evitante/Restrittivo dell'Assunzione di cibo e Disturbo da Ruminazione. In seguito, sarà presentata una rassegna della letteratura presente sul processo di guarigione da queste patologie.

Il secondo capitolo sarà invece focalizzato sulla Crescita Post Traumatica secondo il

modello sviluppato da Tedeschi e Calhoun (1996). Dapprima verrà presentata una definizione del concetto e un'illustrazione generale del processo. In seguito, verranno approfonditi gli elementi relativi alla messa in discussione dei criteri di base, ai processi di ruminazione e alla gestione delle emozioni, che sono risultati essere elementi fondamentali per lo sviluppo dei cambiamenti positivi. Infine, verrà presentata una sintesi di alcuni studi sulla Crescita Post Traumatica in relazione ai Disturbi Mentali ed in particolare ai Disturbi Alimentari.

Nel terzo capitolo verranno descritti i principali obiettivi della ricerca, le procedure per il reclutamento del campione, i materiali e i metodi utilizzati. A questi seguirà l'esposizione dei risultati derivanti dall'analisi descrittiva e dalla *Network Analysis*.

L'ultimo capitolo sarà incentrato sulla discussione dei risultati, con particolare attenzione ai punti di forza e ai limiti dello studio, alle implicazioni cliniche e agli spunti per ricerche future.

CAPITOLO I

I Disturbi del comportamento alimentare

I Disturbi del Comportamento Alimentare sono disturbi psichiatrici caratterizzati da condotte alimentari o di controllo del peso dannosi per la salute. Atteggiamenti disfunzionali nei confronti del peso, della forma del corpo e dell'alimentazione svolgono un ruolo chiave nella loro origine e nel loro mantenimento. Tali i disturbi compromettono notevolmente la salute fisica e interrompono il funzionamento psicosociale della persona (Treasure et al., 2020).

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) identifica sei categorie diagnostiche di Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, di cui le principali sono l'Anoressia Nervosa, la Bulimia Nervosa e il Disturbo da Alimentazione Incontrollata. A queste si aggiungono la Pica, il Disturbo Evitante/Restrittivo dell'Assunzione di cibo e il Disturbo da Ruminazione (American Psychiatric Association, 2013).

Ad eccezione della Pica, ogni disturbo è definito da criteri diagnostici reciprocamente escludentesi, così che nel corso di ogni episodio sia possibile porre una singola diagnosi. L'identificazione di questi disturbi ha subito numerose modifiche nell'arco del tempo.

Infatti, l'unificazione in "Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione" risale solamente alla quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) dell'American Psychiatric Association (2013). Prima, i disturbi della nutrizione venivano inseriti tra i disturbi ad insorgenza nell'infanzia e nell'adolescenza. Questa modifica ha permesso di definire una maggiore continuità diagnostica tra adolescenza ed età adulta, adattando i criteri alla possibilità di formulare diagnosi a qualsiasi età (Quaderni del Ministero della Salute, n. 17/22, 2013).

Tali cambiamenti risultano di fondamentale importanza, in quanto è stato segnalato che, sia per l'anoressia che per la bulimia, negli ultimi decenni ci sia stato un progressivo abbassamento dell'età dell'esordio. Questo può comportare un rischio maggiore di danni permanenti secondari alla malnutrizione, soprattutto a carico dei tessuti che non hanno ancora raggiunto una piena maturazione.

Per questi casi l'intervento precoce ha una particolare importanza e comporta la necessità

di adottare strumenti di valutazione adeguati all'età e tecniche terapeutiche che si dimostrino efficaci per pazienti in età adolescenziale (Quaderni del Ministero della Salute, n. 17/22, 2013).

Altri cambiamenti apportati nella quinta edizione riguardano, per l'Anoressia Nervosa, i criteri del peso e dell'amenorrea. Il primo è definito attualmente come “inferiore al minimo normale” per gli adulti o “inferiore a quello minimo atteso” per bambini e adolescenti, mentre prima veniva richiesto un peso “inferiore di almeno il 15% rispetto al peso ideale”. Il criterio dell'amenorrea, ovvero l'assenza di mestruazioni per almeno tre mesi, è stato invece abolito.

Per la Bulimia Nervosa, la frequenza degli episodi bulimici e delle condotte compensatorie richieste è stata ridotta e sono stati aboliti i sottotipi diagnostici. Infatti, mentre prima le abbuffate e le condotte compensatorie dovevano verificarsi almeno due volte la settimana per tre mesi, adesso il criterio prevede che entrambe si verifichino in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi. Inoltre, sono stati eliminati i due sottotipi “con condotte di eliminazione” e “senza condotte di eliminazione” precedentemente previsti.

In conclusione, la diagnosi di Disturbo da Alimentazione Incontrollata è apparsa per la prima volta tra i Disturbi dell'Alimentazione, difatti prima era compresa tra le condizioni proposte per ulteriori studi. Inoltre, è stata inclusa la nuova categoria diagnostica di Disturbo Evitante/Restrittivo dell'Assunzione di Cibo, per distinguere i pazienti con calo ponderale significativo non legato ai meccanismi psicopatologici tipici di Anoressia Nervosa (Quaderni del Ministero della Salute, n. 17/22, 2013).

Nonostante l'ampia diffusione dei Disturbi Alimentari vi è ancora una notevole incertezza nell'identificazione degli elementi alla base del loro sviluppo.

Tuttavia, molti studi teorizzano un'eziologia multifattoriale che, basandosi sul modello bio-psico-sociale, prevede che la patologia si sviluppi dall'interazione di fattori biologici, psicologici e sociali (Treasure et al., 2020).

Per quanto riguarda la componente biologica è stato evidenziato un importante ruolo dei fattori genetici, i quali determinerebbero circa il 50% della predisposizione individuale.

Infatti, in diversi studi è stato dimostrato come l'Anoressia Nervosa sia un disturbo alimentare ereditario (50-60%) con una serie di disturbi psichiatrici e tratti correlati comunemente in comorbilità. Sebbene siano state segnalate significative correlazioni

genetiche tra Anoressia Nervosa e disturbi psichiatrici e tratti correlati, la loro architettura genetica condivisa è ancora poco studiata. A tal proposito è stata sviluppata la *Eating Disorders Genetics Initiative* (EDGI), ovvero una ricerca internazionale volta a indagare l'architettura genetica dei Disturbi Alimentari sia in relazione tra loro che ad altri disturbi e tratti psichiatrici e metabolici (Bulik et al., 2021). Inoltre, è stato recentemente condotto uno studio da Bang et al. (2023) in cui gli autori hanno esaminato l'architettura genetica condivisa di Anoressia Nervosa e schizofrenia, disturbo bipolare, depressione maggiore, instabilità dell'umore, nevroticismo e intelligenza. Sono stati così identificati 58 nuovi loci di Anoressia Nervosa, 38 loci univoci condivisi tra Anoressia Nervosa e disturbi psichiatrici maggiori (schizofrenia, disturbo bipolare, depressione maggiore) e 45 tra Anoressia Nervosa e tratti psicologici (instabilità dell'umore, nevroticismo e intelligenza). Tali risultati dimostrano una sovrapposizione genetica tra Anoressia Nervosa e disturbi psichiatrici maggiori e tratti correlati e identificano nuovi loci di rischio. Dunque, essi evidenziano come alcune caratteristiche condivise tra Anoressia Nervosa e disturbi e tratti correlati possano avere basi genetiche (Watson et al., 2019; Bang et al., 2023).

Infine, alcune ricerche hanno esaminato variabili neurobiologiche legate ai Disturbi Alimentari. Ad esempio, nello studio di Frank et al. (2012) gli autori, associando un compito di condizionamento della ricompensa all'attivazione dei circuiti di ricompensa della dopamina cerebrale, hanno dimostrato che nella condizione di sottopeso si verifichi una maggiore risposta cerebrale nello striato ventrale sottocorticale e nella corteccia prefrontale, mentre nella condizione di sovrappeso la risposta cerebrale risulti ridotta.

I fattori psicologici alla base dei Disturbi dell'Alimentazione includono poi pensieri, emozioni e comportamenti disfunzionali, che comportano lo sviluppo di un'immagine corporea distorta di sé e un'intensa paura di ingrassare. Queste sono seguite da una progressiva perdita di controllo rispetto ai comportamenti di assunzione del cibo.

Le persone affette da Disturbi Alimentari possono quindi presentare schemi cognitivi disadattivi caratterizzati da un restringimento dell'attenzione verso pensieri legati al peso, alla forma corporea e al cibo. Tali elementi sono stati evidenziati nel Modello Cognitivo-comportamentale dei Disturbi dell'Alimentazione sviluppato da Fairburn (2003), nel quale, attraverso una prospettiva trans-diagnostica, è stata identificata un'unica psicopatologia alla base di questi disturbi. Secondo questa teoria, infatti, ciascuna

patologia è caratterizzata da una valutazione eccessiva dell'alimentazione, della forma, del peso e del loro controllo. Tali elementi vengono poi esacerbati da fattori quali: grave perfezionismo clinico, bassa autostima, difficoltà a far fronte a stati d'animo intensi e difficoltà interpersonali (Fairburn, 2003).

In accordo con questa ricerca, nella revisione qualitativa di Keel e Forney (2013), tra i fattori che contribuiscono allo sviluppo dei Disturbi Alimentari sono stati identificati tratti di personalità legati ad emotività negativa, ovvero la tendenza a sperimentare disforia; autovalutazioni negative; bassa autostima e perfezionismo. Quest'ultimo è caratterizzato dalla tendenza a sforzarsi di raggiungere l'impeccabilità, dalla paura di sbagliare e dalla convinzione che solo la perfezione porti all'accettazione sociale. Tali tratti possono influenzare indirettamente lo sviluppo di DCA aumentando la suscettibilità ad interiorizzare l'ideale di magrezza o influenzando la selezione dell'ambiente dei pari (Keel & Forney, 2013).

Infine, per la componente sociale è stato dimostrato che un contesto socioculturale in cui il cibo e l'immagine corporea sono altamente rilevanti contribuisca a plasmare la patologia (Treasure et al., 2020). Infatti, studi epidemiologici, transculturali e longitudinali hanno identificato nell'idealizzazione della magrezza e nelle conseguenti preoccupazioni sul peso, importanti fattori di rischio psicosociali per i Disturbi Alimentari (Keel & Forney, 2013).

Inoltre, la revisione sistematica della letteratura sviluppata da Caglar-Nazali et al. (2014) ha esaminato le sfaccettature dell'elaborazione sociale nei Disturbi alimentari facendo riferimento al dominio "*Systems for Social Processes*" incluso nel *National Institute of Mental Health Research and Domain Criteria* (NIMH RDoC) (Insel et al., 2010). Il progetto *Research Domain Criteria* (RDoC) del *National Institute of Mental Health* (NIMH) è stato sviluppato come un nuovo approccio alla classificazione dei disturbi psicologici volto ad includere genomica, neuroscienze e scienze comportamentali. Il NIMH RDoC delinea i "Sistemi per i processi sociali" come uno dei cinque domini di funzionamento della persona e include in esso i domini di "Affiliazione e attaccamento", "Comunicazione sociale", "Percezione e comprensione di sé e degli altri" e "Dominanza sociale".

Attraverso l'analisi dei dati, gli autori hanno evidenziato che le persone con Disturbi Alimentari mostrino aspetti di psicopatologia in tutta la gamma di sotto-costrutti

all'interno del dominio. In particolare i risultati hanno evidenziato che questi soggetti riportino: nella dimensione “Affiliazione e attaccamento” insicurezza nell'attaccamento, scarsa cura genitoriale percepita ed elevata iperprotezione genitoriale stimata; nella “Comunicazione sociale” compromissione del riconoscimento delle emozioni facciali e della comunicazione facciale e aumento dell'evitamento facciale; nella “Percezione e comprensione di sé” ridotta capacità di *agency*, autovalutazione negativa e alessitimia; nella “Percezione e comprensione degli altri” scarsa comprensione degli stati mentali degli altri; infine nella “Dominanza sociale” senso di inferiorità sociale (Caglar-Nazali et al., 2014).

1.1. I Disturbi dell'alimentazione

1.1.1. Anoressia Nervosa

L'Anoressia Nervosa è un disturbo caratterizzato da eccessiva preoccupazione per l'aumento di peso e restrizione significativa dell'assunzione di cibo, attraverso comportamenti restrittivi e/o compensatori (ad esempio condotte di eliminazione o eccessiva attività fisica).

Inoltre, l'autostima e l'immagine di sé risultano strettamente legate alla forma del corpo e al peso.

Sono proprio queste preoccupazioni relative al peso e alla forma corporea a distinguere tale patologia dal Disturbo Evitante-restrittivo dell'Assunzione di Cibo.

Il funzionamento cognitivo ed emotivo risulta notevolmente alterato in seguito allo sviluppo della patologia e, complicazioni mediche dovute alla malnutrizione, alla perdita di peso e ai comportamenti di eliminazione possono colpire numerosi apparati (American Psychiatric Association, 2013; Treasure et al., 2020).

Tale disturbo viene definito nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali - quinta edizione (DSM-5) dai seguenti criteri diagnostici (American Psychiatric Association, 2013):

- A. Restrizione nell'assunzione di calorie in relazione alle necessità, che porta ad un peso corporeo significativamente basso (inferiore al minimo normale, o, per

bambini e adolescenti, meno di quello minimo previsto) nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica.

- B. Intensa paura di aumentare di peso o diventare grassi o un comportamento che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso.
- C. Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza della forma del proprio corpo sui livelli di autostima o persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso.

Come già citato, nella quinta edizione del manuale (2013) il criterio dell'amenorrea, ovvero l'assenza di mestruazioni, è stato abolito e la definizione del peso come "inferiore al minimo normale" è stata sostituita dalla formula "inferiore di almeno il 15% del peso normale". Tali modifiche hanno consentito di ampliare i confini diagnostici, permettendo una maggior frequenza di diagnosi e trattamento (Quaderni del Ministero della Salute, n. 17/22, 2013).

Nel manuale è stata mantenuta la distinzione in due sottotipi diagnostici: Anoressia Nervosa di tipo restrittivo e Anoressia Nervosa con crisi bulimiche e/o componenti di eliminazione. Il primo implica che la perdita di peso sia ottenuta principalmente attraverso la restrizione calorica, il digiuno e/o l'attività fisica eccessiva e che durante gli ultimi 3 mesi non si siano presentati ricorrenti episodi di crisi bulimiche o condotte di eliminazione (ad esempio vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi). Il secondo sottotipo, invece, è caratterizzato dalla presenza di ricorrenti episodi di crisi bulimiche e/o condotte di eliminazione negli ultimi 3 mesi (American Psychiatric Association, 2013).

Viene prevista, in conclusione, la specifica della gravità attuale del disturbo. Questa per gli adulti si basa sull'indice di massa corporea (IMC), mentre per bambini e adolescenti, sul percentile di IMC. Lo spettro di gravità si estende da una condizione lieve ($IMC \geq 17$ kg/m²), attraverso condizioni moderate ($IMC: 16-16,99$ kg/m²) e gravi ($IMC: 15-15,99$ kg/m²), fino ad una condizione estrema ($IMC < 15$ kg/m²) (American Psychiatric Association, 2013).

Per quanto riguarda l'incidenza della patologia, essa risulta di circa otto nuovi casi per 100.000 donne in un anno (American Psychiatric Association, 2013; Quaderni del Ministero della Salute, n. 17/22, 2013).

Tuttavia, alcuni studi hanno evidenziato come negli ultimi anni l'incidenza tra i giovani, soprattutto nella fascia di età tra i 15 e i 19 anni, sia aumentata. Non è chiaro se ciò rifletta una diagnosi precoce o un'età di insorgenza più precoce. Tuttavia, quest'ultima potrebbe essere spiegata da fattori socioculturali e dall'abbassamento dell'età del menarca (Favaro et al., 2009; Van Eeden et al., 2021).

Come già citato, poiché un esordio precoce può comportare un rischio maggiore di danni permanenti secondari alla malnutrizione, è importante che vengano implementati interventi precoci, strumenti di valutazione nutrizionale adeguati all'età e tecniche terapeutiche efficaci per pazienti in età adolescenziale (Quaderni del Ministero della Salute, n. 17/22, 2013).

È stato evidenziato che i tassi di prevalenza dell'Anoressia Nervosa nel corso della vita potrebbero arrivare fino al 4% tra le donne e allo 0,3% tra gli uomini (Van Eeden et al., 2021). Nonostante non ci siano ancora dati certi per quanto riguarda i soggetti maschi, sembra che la popolazione clinica rifletta un rapporto femmina-maschio di 10:1 (American Psychiatric Association, 2013). Tuttavia, questo rapporto si sta rapidamente modificando.

Nella ricerca epidemiologica sono presenti molte difficoltà metodologiche, poiché spesso la presenza di questi disturbi non viene rivelata dai soggetti coinvolti a causa della negazione della malattia stessa o del timore per lo stigma sociale. Questi fattori rendono gli studi sulla popolazione generale costosi e inefficaci (Van Eeden et al., 2021).

Il decorso e la remissione della malattia sono estremamente variabili, tuttavia, più l'età di insorgenza è avanzata, più la durata del disturbo può prolungarsi (American Psychiatric Association, 2013).

L'esordio del disturbo di Anoressia Nervosa è spesso graduale e insidioso. Esso evolve mediante una progressiva riduzione dell'introito alimentare realizzata mediante la riduzione delle porzioni o l'esclusione di alcuni cibi. Spesso questo processo è inizialmente legato ad una dieta ipocalorica attuata per migliorare la propria immagine o per difficoltà digestive, malattie, interventi chirurgici o traumi.

Nel primo periodo solitamente si osserva una fase di benessere soggettivo dovuto alla perdita di peso, al miglioramento della propria immagine e ad un sentimento di onnipotenza prodotto dalla capacità di controllare la fame (Quaderni del Ministero della Salute, n. 17/22, 2013). Infatti, mentre la perdita di peso viene considerata come segno di

autodisciplina, l'aumento del peso viene percepito come mancanza di autocontrollo (American Psychiatric Association, 2013).

Con il progredire del tempo, le preoccupazioni riguardo al cibo e alla propria immagine divengono ossessive e la perdita di chili non riduce la paura di ingrassare. Vengono anzi messi sempre più in atto comportamenti compulsivi di confronto con lo specchio, con la taglia dei vestiti o con i numeri sulla bilancia. Si assiste quindi ad un progressivo aumento di irritabilità, sintomi depressivi e ossessivo-compulsivi, che comportano un deterioramento delle relazioni e del funzionamento cognitivo ed emotivo (Quaderni del Ministero della Salute, n. 17/22, 2013; Treasure et al., 2020).

L'Anoressia Nervosa presenta un'alta percentuale di comorbidità psichiatrica, che tuttavia tende a diminuire con il recupero ponderale (Quaderni del Ministero della Salute, n. 17/22, 2013).

Come già citato, durante la fase acuta del disturbo possono esser spesso riscontrati segni e sintomi depressivi come: umore depresso, irritabilità, insonnia, ritiro sociale e diminuzione dell'interesse sessuale e/o evidenti manifestazioni ossessivo-compulsive (American Psychiatric Association, 2013).

Le patologie più frequentemente associate, infatti, risultano essere la Depressione Maggiore, il Disturbo Ossessivo-compulsivo, i disturbi d'ansia e di dipendenza da alcool o da sostanze. (American Psychiatric Association, 2013; Kaczurkin et al., 2021).

Infine, può esser registrata anche comorbidità con i disturbi di personalità. Tra questi i più diffusi sembrano essere il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità e il disturbo borderline di personalità (Sansone & Sansone, 2011).

1.1.2. Bulimia Nervosa

La Bulimia Nervosa è un disturbo caratterizzato dalla presenza di episodi ricorrenti di perdita di controllo sulla propria alimentazione, seguiti da una conseguente messa in atto di comportamenti compensatori inappropriati (vomito autoindotto, uso inappropriato di farmaci, digiuno o esercizio fisico estremo), per limitare le conseguenze sul peso. Questi agiti sono guidati da un'autovalutazione negativa relativa al peso, alla forma del corpo o all'aspetto (American Psychiatric Association, 2013; Treasure et al., 2020).

Nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, quinta edizione (DSM-5) la diagnosi di Bulimia Nervosa include i seguenti criteri diagnostici (American Psychiatric Association, 2013):

- A. Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:
 - 1. Mangiare, in un determinato periodo di tempo (per es., un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.
 - 2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa o quanto si sta mangiando).
- B. Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva.
- C. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi.
- D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo.
- E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

Questi criteri diagnostici, differentemente da quelli dell'Anoressia Nervosa, sono risultati piuttosto stabili nel tempo. Tuttavia, nella quinta edizione del Manuale è stata abbassata la soglia di frequenza delle crisi bulimiche da due volte la settimana ad una volta e sono stati aboliti i sottotipi diagnostici (Quaderni del Ministero della Salute, n. 17/22, 2013).

Come per l'Anoressia Nervosa, il Manuale prevede la specifica della gravità attuale del disturbo. In questo caso il livello di gravità si basa sulla frequenza delle condotte compensatorie inappropriate. Lo spettro parte, dunque, da un livello di gravità lieve con una media di 1-3 episodi a settimana, seguito da gravità moderata con una media di 4-7 episodi a settimana, grave con una media di 8-13 episodi a settimana, fino a gravità

estrema con una media di 14 episodi a settimana (American Psychiatric Association, 2013).

La diagnosi di Bulimia Nervosa implica l'esclusione della diagnosi di Anoressia Nervosa, tuttavia, in alcuni casi non risulta semplice la diagnosi differenziale con il sottotipo di Anoressia Nervosa con condotte di eliminazione, poiché il peso può subire fluttuazioni rapide e frequenti. Ciò nonostante, la gravità della paura di ingrassare e segni specifici di malnutrizione, come amenorrea o altre complicanze fisiche, devono far propendere verso la seconda diagnosi (American Psychiatric Association, 2013).

Inoltre, è importante distinguere la Bulimia Nervosa dal Disturbo Borderline di personalità. In entrambe i casi, infatti, possono esser registrati episodi di perdita di controllo sul cibo e comportamenti impulsivi come autolesionismo, acquisti compulsivi, cleptomania o promiscuità sessuale. Tuttavia, mentre nella Bulimia i comportamenti impulsivi tendono a migliorare in concomitanza ai miglioramenti dei sintomi bulimici, nel Disturbo Borderline le perdite di controllo sul cibo risultano indipendenti dagli altri comportamenti impulsivi (American Psychiatric Association, 2013).

In Italia l'incidenza della Bulimia Nervosa è stimata in almeno 12 nuovi casi per 100.000 persone in un anno per il genere femminile e di circa 0.8 nuovi 10/74 casi per 100.000 persone in un anno per il genere maschile (Quaderni del Ministero della Salute, n. 17/22, 2013).

La prevalenza a 12 mesi risulta essere dall'1% al 1.5% per le giovani donne, mentre per gli uomini il dato è meno conosciuto. Anche in questo caso, negli studi su popolazioni cliniche, si registra un rapporto femmine-maschi di 10:1 (American Psychiatric Association, 2013).

La prevalenza *lifetime*, invece, risulta essere fino al 3% nelle donne e oltre l'1% negli uomini (Van Eeden et al., 2021).

Anche in questo caso l'esordio può verificarsi in risposta ad una forte restrizione alimentare, oppure ad eventi particolarmente stressanti. L'identificazione non è sempre immediata, poiché spesso la patologia viene nascosta dai soggetti coinvolti per paura dello stigma sociale.

Le crisi bulimiche vengono scatenate da stati di umore disforico, conflitti, eventi stressanti, sentimenti di solitudine e, talvolta, gli individui possono sperimentare esperienze di derealizzazione o depersonalizzazione.

Il disturbo è dunque caratterizzato da una persistente attenzione all'aspetto fisico e da un'alimentazione molto irregolare, che alterna digiuni protratti e crisi bulimiche. Quest'ultime comportano forti sentimenti di autosvalutazione e vergogna (Quaderni del Ministero della Salute, n. 17/22, 2013).

La comorbidità è piuttosto elevata. I disturbi depressivi e i disturbi da uso di sostanze sono registrati più frequentemente, ma anche disturbi d'ansia sono comuni (Kaczurkin et al., 2021).

Tra i disturbi di personalità che possono presentarsi in comorbidità, vengono registrati con maggior frequenza il disturbo borderline e il disturbo evitante (Sansone & Sansone, 2011).

Le percentuali di remissione sono piuttosto alte, circa del 74%, tuttavia, tra i soggetti in remissione le probabilità di ricaduta risultano essere del 47% (Grilo et al., 2007).

1.1.3. Disturbo da Alimentazione Incontrollata

Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata è caratterizzato da episodi ricorrenti e angoscianti di abbuffate in assenza di comportamenti compensatori. Come già citato, questo disturbo è stato inserito tra i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione solo nella quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Alimentari (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013; Treasure et al., 2020).

Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata viene descritto dai seguenti criteri diagnostici (American Psychiatric Association, 2013):

A. Ricorrenti episodi di abbuffate. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi gli aspetti seguenti:

1. Mangiare, in un periodo definito di tempo (per es., un periodo di due ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo ed in circostanze simili.
2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (per es., sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa o quanto si sta mangiando).

B. Gli episodi di abbuffata sono associati a tre (o più) dei seguenti aspetti:

1. Mangiare molto più rapidamente del normale.
2. Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni.
3. Mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati.
4. Mangiare da soli perché a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando.
5. Sentirsi disgustati verso se stessi, depressi o assai in colpa dopo l'episodio.

C. È presente un marcato disagio riguardo alle abbuffate.

D. L'abbuffata si verifica, in media, almeno una volta alla settimana per 3 mesi.

E. L'abbuffata non è associata alla messa in atto sistematica di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa, e non si verifica esclusivamente in corso di bulimia nervosa o anoressia nervosa.

Per questo disturbo i livelli di gravità si basano sulla frequenza degli episodi di crisi bulimiche attraverso uno spettro che include: una gravità media con circa 1-3 episodi di crisi bulimiche a settimana; moderata, con 4-7 episodi a settimana; grave, con 8-13 episodi a settimana ed infine estrema, con 14 o più episodi a settimana (American Psychiatric Association, 2013).

Per l'incidenza, si stima che il BED colpisca attualmente l'1,5% delle donne e lo 0,3% degli uomini in tutto il mondo. La prevalenza *lifetime* è segnalata dallo 0,6-1,8% delle donne e dallo 0,3-0,7% degli uomini (American Psychiatric Association, 2013).

L'esordio del disturbo avviene in un range più ampio rispetto alle altre patologie dell'alimentazione, con una media attorno ai 25-30 anni. Sebbene nell'adolescenza sia più diffuso, è spesso anche transitorio (Keski-Rahkonen, 2021).

Le condizioni comunemente in concomitanza includono obesità, diabete di tipo 2 e ipertensione.

Sebbene spesso il disturbo risulti associato all'obesità, esso è ben distinto da quest'ultima. Infatti, la maggior parte degli individui obesi non mette in atto vere e proprie abbuffate. Inoltre, gli individui affetti dal Disturbo da Alimentazione Incontrollata consumano tendenzialmente più calorie e mostrano maggiore compromissione funzionale, minore qualità di vita, maggiore disagio soggettivo e maggiore comorbidità psichiatrica (Keski-Rahkonen, 2021).

In uno studio condotto negli Stati Uniti è stato evidenziato che, fino al 23% degli individui con Disturbo da Alimentazione Incontrollata avesse tentato il suicidio e che quasi la totalità (94%) avesse segnalato problemi di salute mentale nel corso della vita: 70% disturbi dell'umore, 68% disturbi da uso di sostanze, 59% disturbi d'ansia, 49% disturbo borderline di personalità e 32% disturbo post-traumatico da stress (Udo & Grilo, 2019). Inoltre, tra i fattori di rischio per lo sviluppo della patologia sono stati evidenziati: un accesso limitato al cibo durante l'infanzia a causa della negligenza dei caregivers, abusi, violenze, traumi e gravi malattie mentali. A questi elementi si aggiungono il sovrappeso, battute legate ad esso, insoddisfazione corporea e la cosiddetta “sindrome dello yo-yo”, ovvero un’alternanza ciclica di periodi di restrizione calorica e calo del peso e periodi di discontrollo con recupero ponderale (Keski-Rahkonen, 2021; Kuehnel, 1994).

1.2. I Disturbi della nutrizione

Come già citato, i Disturbi della Nutrizione, dapprima caratterizzati come disturbi della prima o seconda infanzia, nella quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Alimentari (DSM-5) possono esser diagnosticati a qualsiasi età (American Psychiatric Association, 2013).

Tra questi ritroviamo la Pica, caratterizzata da un’assunzione persistente, per un periodo di almeno un mese, di sostanze non commestibili, ad esempio: terra, ghiaia, capelli, carta, gessi e tessuti. Tale ingestione di sostanze prive di contenuto alimentare deve risultare inappropriata rispetto alla fase di sviluppo della persona; non deve essere accidentale, ma volontaria e ripetuta e non deve far parte di una pratica culturalmente sancita o socialmente normata (American Psychiatric Association, 2013).

Questo disturbo tende a manifestarsi durante l’infanzia e l’adolescenza, ma talvolta anche in età adulta (American Psychiatric Association, 2013).

Esso è spesso associato ad altri disturbi, quali casi di disabilità intellettiva o disturbi del neurosviluppo, che possono compromettere la capacità di giudizio della persona. In questi casi la diagnosi viene posta solo se il disturbo è sufficientemente grave da richiedere specifica attenzione clinica (American Psychiatric Association, 2013).

Sebbene possano esser riferiti deficit di vitamine o sali minerali, spesso non si riscontrano anomalie biologiche specifiche. La patologia solitamente giunge all'attenzione clinica solo in seguito a complicazioni mediche generali (American Psychiatric Association, 2013).

Il Disturbo da Ruminazione ha come caratteristica principale il ripetuto rigurgito di cibo dopo la nutrizione o l'alimentazione.

Il cibo, prima inghiottito e poi rigurgitato, può essere rimasticato, ingoiato o sputato; senza apparente disagio, nausea o disgusto da parte della persona.

Affinché possa esser diagnosticato il disturbo, il ripetuto rigurgito deve avvenire per un periodo di almeno un mese, non deve essere associato ad altre condizioni mediche, né manifestarsi esclusivamente durante il decorso di Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Disturbo da Alimentazione Incontrollata o Disturbo Evitante/Restrittivo dell'Assunzione di cibo.

Anche qualora i sintomi si manifestino nel contesto di un altro disturbo mentale, essi sono sufficientemente gravi da giustificare un'ulteriore attenzione clinica (American Psychiatric Association, 2013).

Il disturbo può esser diagnosticato lungo l'intero arco di vita, soprattutto in soggetti con deficit intellettivi.

I comportamenti caratteristici possono essere vissuti come abituali o fuori dal proprio controllo, e possono essere evidenziati direttamente dal clinico, oppure riportati dagli individui o dai caregiver (American Psychiatric Association, 2013).

Il Disturbo Evitante/Restrittivo dell'Assunzione di cibo è, infine, una patologia caratterizzata da evitamento o restrizione nell'assunzione di cibo, in associazione a notevole perdita di peso, significativo deficit nutrizionale, dipendenza da sistemi supplementari di nutrizione e marcata interferenza con il funzionamento psicosociale (American Psychiatric Association, 2013).

In alcuni casi l'evitamento o la restrizione nell'assunzione di cibo si basano su caratteristiche sensoriali delle qualità del cibo come colore, odore, consistenza, temperatura o gusto; in altri tali comportamenti possono rappresentare una risposta condizionata negativa associata all'assunzione degli alimenti a seguito, o in previsione, di un'esperienza avversa, come soffocamento o procedure diagnostiche che coinvolgono il tratto gastrointestinale; in altri ancora le condotte si manifestano come perdita di

interesse per il mangiare o per il cibo (American Psychiatric Association, 2013). Perché si possa formulare la diagnosi, l'evitamento o la restrizione alimentare non devono esser legati ad una mancata disponibilità di cibo o a pratiche culturalmente stabilite. Infine, il disturbo non deve esser meglio spiegato da eccessiva preoccupazione per il peso e la forma corporea, oppure da concomitanti fattori medici o disturbi mentali (American Psychiatric Association, 2013).

1.3. La guarigione dai Disturbi Alimentari

Un'ampia letteratura si è focalizzata sulle questioni relative alla concettualizzazione e all'operazionalizzazione del concetto di guarigione dai Disturbi Alimentari. Tuttavia, ancora non è stato possibile definire l'esito in modo coerente, rendendo quasi impossibile l'integrazione di questa vasta ricerca (Bardone-Cone et al., 2018).

Infatti, a seconda della fonte, la guarigione risulta essere virtualmente impossibile o eccezionalmente probabile (Bardone-Cone et al., 2018).

Ciò appare ben evidente nella revisione di Berkman et al. (2007) in cui i tassi di guarigione sono risultati compresi tra l'8 e l'88% per gli studi sull'Anoressia Nervosa, con quattro o più anni di follow-up, e compresi tra il 56 e il 99% per studi sulla Bulimia Nervosa, con follow-up ad almeno un anno (Berkman et al., 2007).

Anche nella revisione di Steinhausen (2009) si può inoltre riscontrare un'ampia variabilità nei tassi di recupero, che per l'Anoressia Nervosa risultano compresi tra lo 0 e il 92%, mentre per la Bulimia Nervosa tra il 5 e il 73% (Steinhausen, 2009).

Dunque, senza una definizione standard della guarigione e delle strategie di misurazione, non è possibile confrontare in modo significativo i risultati degli studi, verificare in maniera univoca l'efficacia dei trattamenti e identificare i predittori affidabili o i tassi di ricaduta significativi. (Bardone-Cone et al., 2018).

Un elemento di accordo nella letteratura clinica contemporanea suggerisce, tuttavia, che il *recovery* dai Disturbi Alimentari dovrebbe essere misurato in termini fisici, comportamentali e cognitivi (Bardone-Cone et al., 2010; Eaton, 2020).

Misurando la guarigione solo con indici fisici e comportamentali, ovvero basandosi sul modello medico di cura che esamina solamente misure quantitative e dati di esito relativi ai criteri del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM), vengono escluse complesse dinamiche psicologiche che influenzano le traiettorie di guarigione dei pazienti. Alcuni studi hanno sostenuto che queste modalità portino ad identificare uno stato di "pseudo-recupero" in cui, sebbene la persona possa sembrare guarita attraverso indicatori visibili (peso e comportamenti), in realtà continui ad avere gli stessi pensieri legati al disturbo alimentare (Eaton, 2020; Keski-Rahkonen & Tozzi, 2005; Bardone-Cone et al., 2010). Tuttavia, un esempio di ricerca che ha proposto l'integrazione dei tre indici di guarigione (fisici, comportamentali e psicologici) può esser riscontrato nella revisione di Bardone-Cone et al. (2018), in cui gli autori hanno esaminato le principali metodologie utilizzate per analizzare questi tre aspetti.

Come mostrato nello studio, per il criterio fisico, l'indice di massa corporea (IMC) è l'indicatore più comunemente utilizzato. Tuttavia, le soglie minime di quest'ultimo sono variate ampiamente nel tempo. Negli ultimi anni è stato stabilito un IMC minimo di 18,5 che, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità e i Centri per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie, rappresenta l'indice minimo per un range di peso normale/sano.

Per il criterio comportamentale della guarigione, nella maggior parte delle ricerche viene fatto riferimento all'astinenza da comportamenti legati al disturbo alimentare, ma vi è grande variabilità riguardo ai comportamenti da considerare e alle modalità di valutazione. Per esempio, molte ricerche ritengono necessaria l'astinenza da abbuffate e purghe, mentre altre includono concessioni per eventuali episodi residui limitati. In alcuni studi viene richiesta l'astinenza da schemi alimentari restrittivi, oppure vengono utilizzati criteri aggiuntivi come regimi di esercizio fisico "sani" (Bardone-Cone et al., 2018). Per quanto riguarda le modalità di valutazione dei comportamenti, in letteratura sono presenti riferimenti al questionario *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q; Fairburn et al., 1994), ad interviste semi-strutturate come l'*Eating Disorder Examination* (EDE; Cooper et al., 1987) o l'*Eating Disorders Longitudinal Interval Follow-up Evaluation Interview* (LIFE) (Keller et al., 1987) e ad interviste non strutturate.

Infine, un ampio dibattito si è aperto negli ultimi anni in riferimento al criterio psicologico. La maggior parte dei ricercatori che hanno esaminato questa componente si

è concentrata su cognizioni legate ai disturbi alimentari, tra cui preoccupazioni per l'alimentazione, per il peso, per la forma corporea o aspetti di restrizione alimentare (Bardone-Cone et al., 2018).

L'analisi dell'aspetto psicologico all'interno del percorso di guarigione è particolarmente presente nello studio di De Vos et al. (2017) in cui gli autori, attraverso una revisione sistematica e metanalisi qualitativa su 18 studi con persone guarite da Disturbi Alimentari, hanno evidenziato come, oltre alla remissione della patologia del disturbo alimentare, anche le dimensioni del benessere psicologico e dell'auto-adattabilità/resilienza risultino criteri fondamentali per il *recovery* (De Vos et al., 2017). I criteri più frequentemente citati dalle persone guarite, infatti, sono risultati essere: l'accettazione di sé, le relazioni positive, la crescita personale, la diminuzione dei comportamenti e delle cognizioni legati al disturbo alimentare, l'auto-adattabilità/resilienza e l'autonomia. Anche altri criteri hanno mostrato una frequenza moderata. Tra questi: una migliore valutazione del corpo, il contributo sociale, l'identificazione di uno scopo e di un significato per la propria vita, l'integrazione spirituale, il miglioramento del funzionamento fisico e lo sviluppo affetti positivi (De Vos et al., 2017).

Dunque, come si può evincere dai dati, sebbene la remissione della patologia sia considerata molto importante, molti criteri sono risultati esser legati alla dimensione del benessere psicologico (De Vos et al., 2017). Per definire tale costrutto, gli autori hanno fatto riferimento alla concettualizzazione di Ryff (1989), secondo cui il benessere è costituito da sei dimensioni chiave: accettazione di sé, autonomia, padronanza dell'ambiente, scopo e significato della vita, crescita personale e relazioni positive con gli altri. Tutte queste dimensioni sono risultate fondamentali nel processo di guarigione (De Vos et al., 2017).

In conclusione, gli autori della ricerca hanno proposto una nuova definizione di guarigione dai Disturbi Alimentari, descrivendola come la capacità di adattarsi e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive, con una tendenza generale alla crescita del benessere psicologico e a un'adeguata remissione dei sintomi (De Vos et al., 2017). Questo lavoro è stato poi ampliato da Wetzler et al. (2020), i quali hanno integrato sia i punti di vista di persone che si identificassero come “pienamente guarite” e di persone “ancora in fase di guarigione”, così da esplorare il concetto di “guarigione

personale” autodefinita e ampliare il modello del *recovery* clinico. L’obiettivo principale della ricerca era di passare da una definizione di “*recovery*” come risultato statico dei sintomi, alla concettualizzazione di un processo dinamico caratterizzato dallo sviluppo di comportamenti e atteggiamenti che consentano agli individui di raggiungere la massima qualità di vita (Resnick et al., 2005). Gli autori hanno confrontato i loro risultati con parametri di guarigione definiti in due modelli di riferimento: il quadro operativo CHIME (*Connectedness, Hope and optimism about the future, Identity, Meaning in life and Empowerment*) (Leamy et al., 2011) e la definizione operativa di “*recovery* incentrato sulla persona” fornita dalla SAMHSA (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*) (SAMHSA, 2005). Il primo consiste in quadro operativo basato su prove di efficacia per il *recovery* ed è stato concettualizzato attraverso una revisione sistematica delle prospettive degli utenti dei servizi. Esso delinea il percorso di guarigione come un processo attivo, non lineare, multidimensionale e continuo, che si sviluppa attraverso 5 processi: connessione con gli altri, speranza e ottimismo verso il futuro, identità, significato della vita ed empowerment (Leamy et al., 2011). Il modello proposto dalla SAMHSA (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*), invece, fornisce una definizione standard ed unificata del *recovery* come processo di cambiamento che si concentra sul miglioramento della salute e del benessere e sulle capacità di vivere una vita autogestita e raggiungere il proprio pieno potenziale (SAMHSA, 2005). Tuttavia, nessuno dei due quadri si è occupato in maniera specifica della guarigione dai Disturbi Alimentari.

Dalla revisione sistematica con approccio di meta-sintesi qualitativa, svolta dagli autori, sono statati identificati sei temi sovraordinati, frequentemente citati nei resoconti di persone guarite da DCA (Wetzler et al., 2020):

- Relazioni di supporto, ovvero il ricevere sostegno, consigli e incoraggiamenti da altri (familiari, persone care, amici, colleghi), far parte di una comunità, non vergognarsi e non esser stigmatizzati. In particolare, numerosi partecipanti hanno sottolineato l’importanza di ricevere sostegno e consigli da persone che abbiano vissuto esperienze simili, così da sentirsi compresi e meno soli.
- Speranza, cioè la fiducia nella guarigione. Essa comprende a sua volta la fiducia in se stessi, negli altri e in un futuro migliore. La speranza è apparsa un concetto

in continua evoluzione, infatti viene sperimentata in modo diverso in ogni fase del processo.

- Identità, ovvero il modo in cui gli individui vedono e comprendono se stessi. Ciò include: la scoperta di sé, ovvero la comprensione di sé, dei propri bisogni, desideri e desideri; la de-identificazione dal Disturbo Alimentare, in modo da ricostruire un'identità e un senso di sé separati dal disturbo; la crescita personale e la costruzione della forza, che derivano dal superamento delle difficoltà e dallo sviluppo della persona.
- Significato e scopo, che prevedono l'identificazione di un significato da attribuire all'esperienza del DCA e di uno scopo per la propria vita, che esuli dal disturbo.
- Empowerment, ovvero l'assunzione delle proprie responsabilità e del controllo sulla propria vita, che portano ad un senso di indipendenza, *agency*, fiducia e resilienza.
- Self-compassion, incentrata sul modo in cui la persona si relaziona con se stessa. Questa componente comprende elementi di gentilezza e cura verso se stessi, l'accettazione di sé e il riconoscimento delle proprie esperienze emotive.

Dall'analisi dei dati, il miglioramento dei comportamenti alimentari e degli atteggiamenti verso il peso è apparso rilevanti per il processo di guarigione, ma non una componente primaria. D'altra parte, le sei dimensioni sopracitate sono risultate strettamente correlate ai riferimenti CHIME e SAMHSA, sebbene sia stato evidenziato che per una definizione esaustiva di *recovery* da un Disturbo Alimentare sia necessaria la dimensione aggiuntiva della *self-compassion*. In conclusione, possono essere riscontrati numerosi punti in comune tra il presente studio e la revisione di De Vos et al. (2017) presentata prima, soprattutto per quanto riguarda i temi delle relazioni di supporto e dell'*empowerment*. Tuttavia, questa ricerca ha ampliato il primo lavoro, includendo temi più esperienziali come la speranza, il significato, lo scopo e l'identità. Inoltre, ha aggiunto anche i temi della *self-compassion*, delle percezioni sul peso e dei comportamenti alimentari nell'analisi dei resoconti di soggetti con esperienza di DCA (Wetzler et al., 2020).

Un altro studio focalizzato sul processo di guarigione da un Disturbo Alimentare, secondo il punto di vista di coloro che hanno superato la malattia, è stato sviluppato da Eaton (2020). In questa ricerca è stata condotta una meta-sintesi di 12 studi qualitativi, utilizzando la metodologia meta-etnografica di Noblit e Hare (1988). Quest'ultima

consiste in una forma induttiva e interpretativa di ricerca qualitativa, che confronta sistematicamente metafore e concetti chiave tra più studi, per identificare relazioni e significati condivisi su un fenomeno specifico. Gli autori hanno incluso nell'indagine tutte le diagnosi di Disturbi Alimentari, a sostegno dell'evidenza del *crossover* fra quest'ultime e della loro instabilità (Castellini et al., 2011; Eaton, 2020).

Dall'analisi dei dati sono stati identificati 5 temi principali nel percorso di guarigione, che sono stati descritti dagli autori attraverso le seguenti metafore natatorie:

- il disturbo alimentare come giubbotto di salvataggio;
- annegare: riconoscere le conseguenze;
- camminare sulla superficie: contemplare la guarigione;
- nuotare: il percorso verso la guarigione;
- raggiungere la riva: un senso di libero dominio.

Il primo punto deriva dall'identificazione, all'interno di quasi tutti gli studi, del Disturbo Alimentare come strategia di coping in grado di fornire controllo, sicurezza e senso identità. Molti individui, infatti, hanno riportato che i rituali legati al disturbo fossero divenuti parte integrante della loro identità e che servissero come potente strumento di regolazione degli stati emotivi, dello stress e delle frustrazioni della vita quotidiana. Dunque, il disturbo assume un ruolo di “salvagente” o “migliore amico”, in grado di assicurare un senso di controllo, sicurezza e realizzazione. Questa visione comporta forte riluttanza, da parte dei soggetti, nel riconoscere il disturbo come problema e intenso timore nell'idealizzare una vita senza di esso (Eaton, 2020).

Il secondo punto consiste nel riconoscimento, ad un certo punto, delle conseguenze negative, del deterioramento delle relazioni interpersonali e dei gravi pericoli per la salute che sono causati dal Disturbo Alimentare. Dunque, nonostante il senso di familiarità e rifugio dato dalla malattia, gli individui iniziano a sentirsi affogare in sentimenti opprimenti di mancanza di aiuto, disperazione, isolamento, solitudine e disgusto di sé. Questa consapevolezza permette, quindi, il passaggio dall'annegamento nella negazione al riconoscimento degli effetti devastanti e, infine, alla contemplazione della guarigione (Eaton, 2020).

Il terzo punto identifica la progressiva realizzazione, da parte della persona, di come il Disturbo Alimentare abbia creato una disconnessione tra la mente e il corpo. Tale consapevolezza è accompagnata da un impulso sempre più forte a contemplare la

guarigione. Tuttavia, il processo include conflitti, incertezze e paure riguardo al desiderio di abbandonare la sicurezza garantita dal disordine alimentare. Molti partecipanti riferiscono, infatti, di essersi impegnati nel trattamento, ma di aver camminato sulla superficie del recupero per anni, afflitti da sensi di vergogna, auto-colpevolizzazione, sconfitta, ambiguità, bassa autostima, riluttanza e colpa. Altri hanno riferito di essersi sentiti non supportati, incompresi, stigmatizzati. Tali fattori di stigma, vergogna e colpa sono risulti essere gli elementi alla base della riluttanza dei partecipanti nell'impegnarsi pienamente nel trattamento verso la guarigione. Infatti, in molti studi è apparso che, solo dopo aver dato un'etichetta alla vergogna e aver identificato le cause del disordine alimentare, i soggetti fossero riusciti a colmare il divario tra il desiderio di guarigione e il vero impegno nel processo (Eaton, 2020).

Il quarto punto, tramite la metafora del nuoto, indica che per guarire le persone debbano abbandonare le vecchie abitudini, il "salvagente", e apprendere nuove abilità di coping. Mentre "nuotano" verso la guarigione, gli individui devono imparare a lasciar andare il passato e a sviluppare l'accettazione di sé, attraverso una maggiore consapevolezza delle proprie caratteristiche. Dunque, elementi di riconnessione con sé e con gli altri risultano fondamentali per la guarigione (Eaton, 2020).

Infine, l'ultimo punto sottolinea il forte senso di libertà e autonomia, che accompagna lo sviluppo di un'identità al di fuori del Disturbo Alimentare (Eaton, 2020).

Dal riassunto delle ricerche proposte si può evincere in modo particolare la necessità di giungere, nella clinica, ad una concettualizzazione univoca di guarigione dai Disturbi Alimentari, che includa indici fisici, comportamentali e psicologici. Ciò permetterebbe di andare oltre la mera identificazione della remissione dei sintomi e di includere elementi come il benessere psicologico, la crescita personale e lo sviluppo della persona. Col raggiungimento di una definizione standard potrebbero essere quindi verificati i risultati delle varie ricerche presenti in letteratura e sviluppate nuove strategie di intervento.

CAPITOLO II

La Crescita Post Traumatica

La Crescita Post Traumatica (PTG – *Post Traumatic Growth*) è stata definita dagli autori come “cambiamento psicologico positivo, che si verifica a seguito della lotta con crisi di vita altamente impegnative e porta a livelli di funzionamento superiori a quelli precedenti”. Difatti, sebbene ampia parte della ricerca si sia concentrata principalmente sugli effetti negativi del trauma, esiste una vasta letteratura che evidenzia come soggetti esposti ad eventi avversi possano percepire cambiamenti positivi nella propria vita in seguito al superamento delle difficoltà. Tale concettualizzazione trasformativa della sofferenza si è sviluppata nel corso del tempo, difatti la si può riscontrare già negli scritti degli antichi greci, ma anche in alcuni principi dell’Induismo, del Buddismo e dell’Islam. Essa è stata poi tema centrale di ricerche filosofiche, componimenti poetici e drammaturgici (Tedeschi & Calhoun, 1995; Tedeschi & Calhoun, 2004).

Nel XX secolo numerosi clinici e scienziati si sono espressi sul tema, tra questi: Maslow (1970), che sottolineò l’importanza di concentrarsi, in psicologia, sui “soggetti effettivamente sani e sugli aspetti migliori e più brillanti del comportamento umano e della natura” e Caplan (1964) che descrisse ampiamente i processi attraverso cui soggetti sottoposti a gravi crisi di vita potessero esse aiutati nel raggiungere uno sviluppo psicologico e personale. Tuttavia, è a partire dagli anni ’80, e in modo particolare negli anni ’90, che la ricerca si è focalizzata in maniera sistematica sul concetto di Crescita conseguente alla lotta con il trauma (Tedeschi & Calhoun, 2004).

In letteratura sono stati considerati principalmente eventi traumatici quali: lutti, artrite reumatoide, infezione da HIV, cancro, trapianto di midollo osseo, attacchi di cuore, affrontare i problemi medici dei bambini, incidenti di trasporto, incendi domestici, violenza sessuale e abusi sessuali, esperienze di rifugiati e presa in ostaggio (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Solamente più recentemente, il concetto di PTG è stato indagato in relazione a Disturbi Mentali, ad esempio le psicosi (Mazor et al., 2018; Slade et al., 2019).

Per giungere alla definizione di “Crescita post Traumatica” è stata condotta un’attenta

analisi semantica. Difatti, prima dello sviluppo di tale concetto, gli autori facevano riferimento a: cambiamenti psicologici positivi (Yalom & Lieberman, 1991), crescita correlata allo stress (Park et al., 1996), illusioni positive (Taylor & Brown, 1988), coping trasformatzionale (Pargament, 1996), fioritura (Ryff & Singer, 1998) e prosperità (O'Leary & Ickovics, 1995).

Tuttavia, andando a confrontare queste terminologie con il costrutto preso in analisi, si può denotare come il riferimento alla “Crescita” permetta di sottolineare il raggiungimento di un funzionamento superiore ai livelli precedenti e, dunque, non un semplice cambiamento psicologico positivo. Dall’analisi dei resoconti dei soggetti si evidenziano poi vere e proprie modifiche trasformative della propria vita, che vanno oltre a mere illusioni positive. Tali cambiamenti vengono vissuti come risultato o processo in corso, piuttosto che come meccanismo di coping per far fronte all’evento.

Il riferimento al “trauma” permette poi di sottolineare come tale processo non si verifichi a seguito di stress minori, ma piuttosto a seguito di grandi crisi di vita, che impattano significativamente sull’esistenza della persona causandone un’interruzione.

Infine, l’utilizzo di termini come “prosperità” o “fioritura”, caratterizzati da una denotazione esclusivamente positiva, non permetterebbe di comprendere l’eventuale presenza di disagio psicologico. Quest’ultimo deriva dalla significativa minaccia o frattura delle credenze e degli schemi di base in seguito all’evento traumatico e può coesistere alla PTG (Tedeschi & Calhoun, 2004).

È bene, inoltre, distinguere il concetto di Crescita Post Traumatica da nozioni quali: “resilienza”, ovvero la capacità di superare difficoltà o avversità; “resistenza”, ovvero la tendenza a considerare le ostilità della vita come elementi di sfida, superabili tramite lo sviluppo personale; “ottimismo”, cioè una visione positiva circa i risultati degli eventi; “senso di coerenza”, ovvero l’abilità di comprendere e gestire le circostanze attribuendogli un significato. Tutte queste terminologie descrivono caratteristiche personali che permettono agli individui di far fronte con successo ad eventi altamente stressanti in maniera omeostatica, ovvero garantendo il ritorno ad un livello di funzionamento pari a quello pre-trauma. Contrariamente, il concetto di Crescita Post Traumatica fa riferimento a cambiamenti significativi nella vita delle persone, che vanno oltre alla capacità di resistere e superare le avversità e che portano, come già citato, a livelli di adattamento superiori ai precedenti. Dunque, tale processo comporta una

trasformazione, un profondo miglioramento qualitativo nel funzionamento della persona (Tedeschi & Calhoun, 2004).

2.1. I 5 domini

Nel modello di Crescita Post Traumatica, sviluppato da Tedeschi e Calhoun (1996), sono state individuate cinque aree in cui essa si può verificare: Apprezzamento della vita, Forza personale, Relazioni interpersonali, Nuove opportunità, Cambiamenti nel dominio spirituale-esistenziale.

2.1.1. Apprezzamento della vita

Da numerose ricerche è stato evidenziato che gli individui, in seguito alla lotta con gravi difficoltà, segnalano un maggior apprezzamento della propria esistenza, con un aumento dell'importanza attribuita ad elementi prima dati per scontati.

In particolare, viene registrato un importante cambiamento nelle modalità di approccio alla vita quotidiana e all'identificazione delle priorità. Queste divengono molto più focalizzate sul prendere la vita più facilmente e dar nota a ciò che la persona possiede, partendo dalle piccole cose (Tedeschi e Calhoun, 1996; Tedeschi e Calhoun, 2004).

2.1.2. Forza personale

La Crescita Post Traumatica, inoltre, prevede cambiamenti nella percezione di sé, che portano ad un senso di maggior forza personale. Tuttavia, tale presa di coscienza include, allo stesso tempo, il riconoscimento sia della propria vulnerabilità e che della propria resilienza. Le persone divengono consapevoli del fatto che eventi negativi possano accadere, ma anche della propria capacità di farvi fronte (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Questo ambito di crescita è stato declinato in diversi studi come: “crescita emotiva in

seguito alla gestione delle difficoltà” (Affleck et al., 1985), “senso di maggiore esperienza riguardo la vita” (Joseph et al., 1993), “percezione di maggiore forza e sicurezza in sé” (Thomas et al., 1991) (Tedeschi & Calhoun, 2004).

2.1.3. Relazioni interpersonali

Relazioni più strette, più intime e più significative con altre persone possono far parte dell'esperienza di Crescita Post Traumatica (Tedeschi & Calhoun, 1996; Tedeschi & Calhoun, 2004).

Molti soggetti, infatti, riferiscono di essersi resi conto, attraverso il trauma, di esprimere le emozioni in modo più aperto e di avere familiari e amici su cui poter contare. Dunque, può verificarsi un generale approfondimento delle relazioni dovuto al riconoscimento della loro importanza e di quanto velocemente possano esser perse (Tedeschi & Calhoun, 1996; Tedeschi & Calhoun, 2004).

La necessità di discutere le conseguenze degli eventi traumatici può portare a coinvolgere maggiormente gli altri e ad offrire, a propria volta, sostegno emotivo. Tale sviluppo positivo delle relazioni sociali può derivare da maggiore compassione e sensibilità ai bisogni e ai sentimenti degli altri (Tedeschi & Calhoun, 1996).

2.1.4. Nuove opportunità

La crescita post-traumatica si delinea anche nell'identificazione, da parte dell'individuo, di nuove opportunità per la propria vita e di nuovi percorsi da poter intraprendere (Tedeschi e Calhoun, 2004).

In particolare, alcuni soggetti vanno incontro alla scoperta di nuovi interessi, di nuove strade e priorità. Dunque, ad una propensione generale ad apportare modifiche nella propria esistenza (Tedeschi e Calhoun, 2004).

2.1.5. Cambiamento spirituale-esistenziale

Tedeschi e Calhoun (1996) suggeriscono che il processo di ricerca del significato da attribuire all'evento traumatico possa portare gli individui a impegnarsi maggiormente in questioni spirituali ed esistenziali (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Mentre per alcuni le credenze spirituali possono essere temporaneamente indebolite dalla tragedia (Schwartzberg & Janoff-Bulman, 1991), per altri la lotta al trauma può portare a rafforzare il proprio credo (Andrykowski, 1992).

2.2. Il processo di Crescita Post Traumatica

Secondo la teoria sviluppata da Tedeschi e Calhoun (2004), il processo di Crescita Post Traumatica viene messo in moto dall'esposizione ad un evento traumatico, che causa un conflitto con le nozioni preconconcette del soggetto sul mondo e sul proprio posto in esso (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Tale discordanza è accompagnata da livelli significativi di disagio psicologico, i quali mettono in moto un processo di ruminazione automatica e intrusiva, tramite cui il soggetto tenta di far fronte all'esperienza traumatica (Tedeschi & Calhoun, 2004).

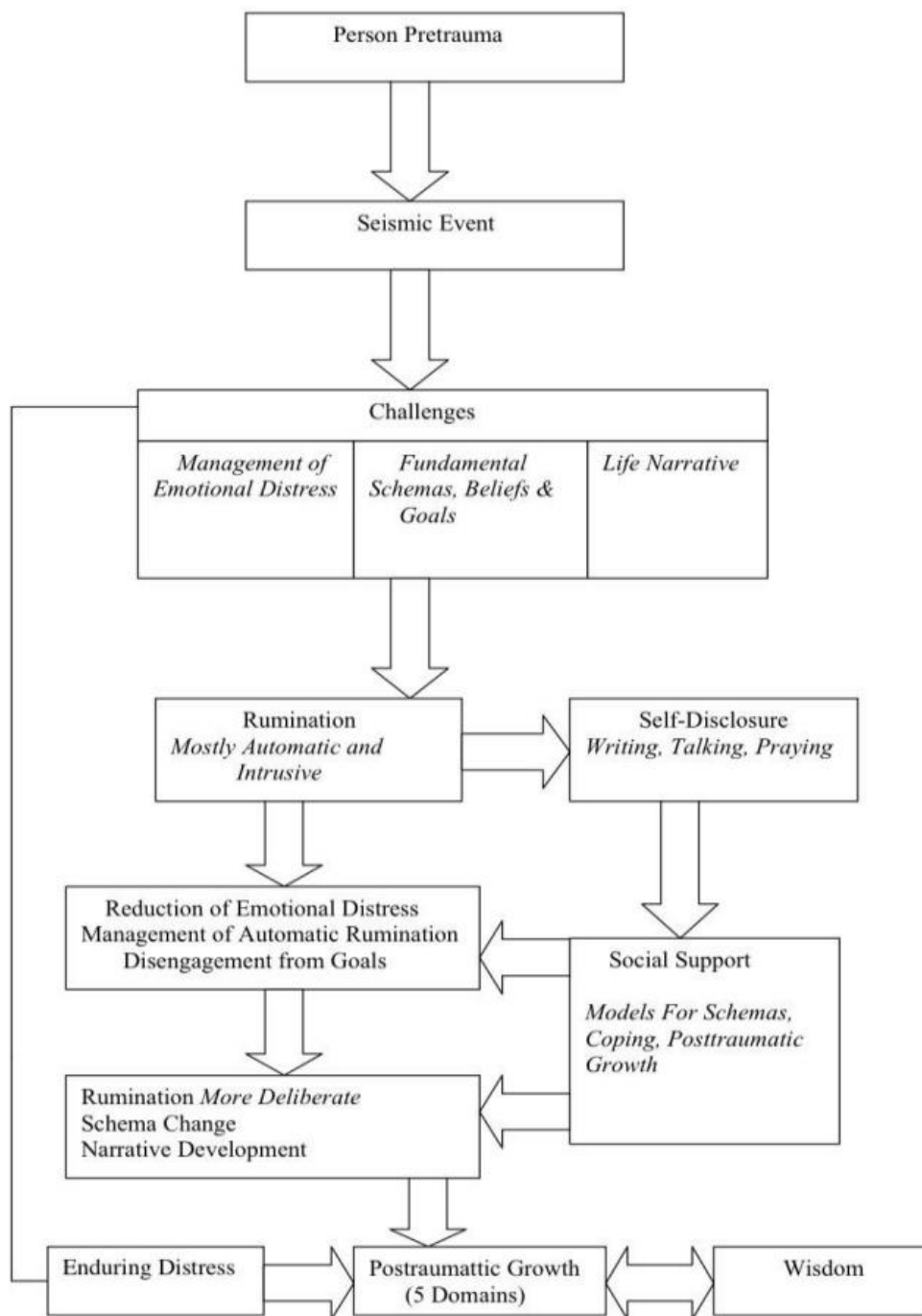


Figura 2.1

Rappresentazione grafica del Modello di Crescita Post Traumatica (Tedeschi & Calhoun, 2004, p.7)

Come mostrato nella figura il modello prevede che le abilità dell'individuo di reagire al trauma e gestire l'angoscia siano, in qualche misura, determinate dalle caratteristiche di personalità e dagli stili di coping (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Un altro elemento decisivo per la buona riuscita del processo risulta essere il grado in cui la persona si impegna in un processo di *self-disclosure* riguardo le proprie emozioni e la propria prospettiva circa crisi, parlandone con altri, scrivendo o affrontando il tema dell'evento in preghiera. (Tedeschi & Calhoun, 2004).

In relazione a ciò, anche il sistema sociale può svolgere un ruolo importante nel fornire nuovi schemi relativi alla Crescita e nell'accogliere empaticamente la condivisione dell'evento traumatico (Tedeschi & Calhoun, 2004).

In seguito ai primi successi nel processo di fronteggiamento del trauma, come la riduzione del disagio emotivo e il disimpegno da obiettivi irraggiungibili, l'individuo può essere in grado di passare da una forma di ruminazione intrusiva ad una forma più deliberata ed intenzionale. Tale attività cognitiva, che prevede profonda riflessione e ricerca di un significato da attribuire all'evento, può condurre ad una ristrutturazione cognitiva dei propri assunti sul sé, sul mondo e sugli altri (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Qualora questi cambiamenti siano caratterizzati da una connotazione positiva, l'intero processo va a costituire ciò che Tedeschi e Calhoun (2004) definiscono come Crescita Post Traumatica.

Sebbene quest'ultima sia solitamente correlata ad una riduzione del disagio, gli autori evidenziano che un certo grado di turbamento psicologico sia necessario non solo per mettere in moto il processo di Crescita, ma anche per accompagnarne il mantenimento (Tedeschi & Calhoun, 2004).

2.2.1. La sfida alle convinzioni di base

Come precedentemente accennato, la teoria della Crescita Post Traumatica si basa sul presupposto che tutti gli individui detengano un insieme di credenze su se stessi, sugli altri e sul mondo, che guidano le loro azioni e li aiutano a comprendere ciò che accade. Tale sistema di idee è stato definito da Parkes (1971) "mondo presunto" (Tedeschi e Calhoun, 2004).

Riprendendo le teorie di Janoff-Bulman (1992), secondo cui gli eventi traumatici rappresentano sfide significative al modo in cui gli individui comprendono il mondo e il loro posto in esso, Tedeschi e Calhoun (2004) hanno teorizzato che la Crescita derivi proprio dalla sfida imposta dall'esperienza traumatica al proprio sistema di credenze.

Questo implica che la PTG non si verifichi come conseguenza diretta del trauma, ma derivi dalla lotta dell'individuo con la realtà successiva all'evento e necessiti di una ristrutturazione cognitiva volta a sviluppare schemi in grado di includere il trauma e i possibili eventi futuri (Janoff-Bulman, 1992; Tedeschi & Calhoun, 2004).

Gli autori hanno infatti evidenziato in uno studio che soggetti esposti ad un trauma grave riportassero maggiori cambiamenti e benefici rispetto a coloro le cui convinzioni e percezioni non erano state messe in discussione da eventi straordinari. A determinare i risultati, dunque, sarebbe proprio l'impatto dell'evento traumatico che, frantumando il "mondo presunto" della persona, andrebbe ad innescare la ristrutturazione cognitiva (Tedeschi & Calhoun, 1996).

In relazione a ciò, Silverstein et al. (2017) hanno indagato se la Crescita Post Traumatica fosse un fenomeno specifico rispetto ai traumi o potesse verificarsi anche in seguito ad eventi stressanti.

Poiché nella teoria di Tedeschi e Calhoun (2004) non è stata inclusa inizialmente una definizione specifica degli eventi traumatici, la letteratura successiva è apparsa piuttosto discordante nell'approccio alla valutazione e all'etichettatura della gravità degli eventi.

Per superare tali limitazioni, Silverstein et al. (2017) hanno distinto gli eventi in ascrivibili o meno al Criterio A del PTSD (Disturbo da Stress Post Traumatico) nel DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Dall'analisi dei dati è risultato che gli individui sottoposti ad eventi ascrivibili al Criterio A del DSM-5 non sperimentassero, in media, una crescita significativamente maggiore rispetto a quella di individui esposti ad eventi non del criterio. Dunque, che il processo di crescita non si verificasse in modi qualitativamente o quantitativamente differenti in risposta ad eventi traumatici o ad eventi stressanti (Silverstein et al., 2017).

Sebbene tali considerazioni sembrino in contrasto con il modello di Tedeschi e Calhoun (2004), esse non collidono con la concettualizzazione degli autori secondo cui non sarebbe tanto l'evento in sé ad innescare il processo di Crescita, quanto la messa in discussione degli schemi di base della persona e la conseguente ristrutturazione cognitiva

(Tedeschi e Calhoun, 2004).

Elementi analoghi si possono riscontrare anche nello studio di Kramer et al. (2020), in cui è stato indagato il ruolo della centralità dell'evento nel processo di Crescita Post Traumatica.

I risultati della ricerca, infatti, hanno evidenziato che il grado in cui l'evento traumatico veniva valutato come centrale per la propria identità fosse fortemente correlato alla PTG, sia direttamente, che indirettamente, tramite i sintomi post traumatici e la ruminazione intenzionale. Dunque, è a partire dalla messa in discussione delle convinzioni identitarie, che può svilupparsi l'intero processo di Crescita (Kramer et al., 2020).

Infine, a causa dell'elevata capacità cognitiva e affettiva richiesta, la Crescita Post-Traumatica è parsa spesso attribuibile maggiormente ad adolescenti e adulti, piuttosto che ai bambini (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Tuttavia, nella review di Meyerson et al. (2011) è stata dimostrata la presenza di quest'ultima anche in soggetti più piccoli, sebbene con alcune caratteristiche diverse.

Ad esempio, pare che nei bambini la Crescita decada nel tempo più rapidamente.

In particolare, gli autori hanno sostenuto che le indagini sulla relazione tra età e PTG dovrebbero concentrarsi principalmente sull'età al momento dell'evento traumatico, piuttosto che sull'età al momento delle valutazioni, poiché i livelli di crescita e le esperienze possono cambiare nel tempo trascorso (Meyerson et al., 2011).

Dall'analisi della review è emersa inoltre una relazione curvilinea a "U" rovesciata tra PTG, età, gravità del trauma e sintomi da PTSD. Questo risultato suggerisce che l'esperienza di crescita si riscontri maggiormente in tarda adolescenza o prima età adulta, in concomitanza con gravità del trauma e sintomi da PTSD moderati (Meyerson et al., 2011).

Ulteriori elementi da considerare nella relazione tra la sfida alle credenze di base e la PTG sono le abilità di coping possedute dai soggetti. Difatti, Tedeschi e Calhoun (2004) hanno evidenziato che persone con livelli più alti di capacità di coping riportassero una Crescita Post Traumatica relativamente scarsa. Questo perché tali abilità permetterebbero agli individui di esser meno sfidati dal trauma e, dunque, non verrebbero innescati i processi necessari per la Crescita (Tedeschi & Calhoun, 2004).

2.2.2. La ruminazione

Nella letteratura sulla Crescita Post Traumatica è stato dimostrato che, tra la sfida iniziale alle convinzioni di base del soggetto e la successiva esperienza di Crescita, l'individuo debba mettere in atto un lavoro cognitivo appropriato.

Pertanto, si presume che un fattore significativo per la buona riuscita del processo sia l'impegno della persona nella riflessione ripetuta sull'evento. Tale forma di pensiero è apparsa costituita da varie componenti, che assumono diverse funzioni nell'arco del percorso di elaborazione e possono condurre all'adattamento del mondo presunto del soggetto alla nuova realtà (Janoff-Bulman, 1992; Calhoun et al., 2000; Smith & Alloy, 2009).

È importante compiere una distinzione tra due principali forme di pensiero ripetuto sull'evento: la ruminazione intrusiva e la ruminazione deliberata (Cann et al., 2011).

Sebbene il termine “ruminazione” sia stato spesso utilizzato per indicare esclusivamente pensieri negativi e invadenti (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993), esso può anche indicare un riesame riflessivo e intenzionale dell'evento e delle sue conseguenze (Calhoun et al., 2000).

Secondo numerosi autori, una prima fase caratterizzata da pensieri ed immagini intrusivi può costituire una reazione naturale al verificarsi di un evento importante nella propria vita (Cann et al., 2011).

Tuttavia, qualora tali pensieri persistano e diventino “ossessivi”, è probabile che essi celino problemi irrisolti o incapacità nell'affrontare le preoccupazioni e possano predire lo sviluppo di disagio psicologico (Affleck & Tennen, 1996; Cann et al., 2011; Taku et al., 2009).

Nel modello di Tedeschi e Calhoun (2004), precedentemente citato, la Crescita Post traumatica si sviluppa proprio a partire da pensieri automatici e intrusivi, successivi al trauma, che vengono poi sostituiti da un'elaborazione cognitiva deliberata. Quest'ultima è volta all'elaborazione delle emozioni, all'attribuzione di un senso all'evento traumatico e all'incorporazione di nuove informazioni nelle ipotesi su di sé, sugli altri e sul mondo. Pertanto, la ruminazione deliberata risulta essere più favorevole al processo di Crescita, rispetto a quella intrusiva (Janoff-Bulman, 1992; Tedeschi & Calhoun, 2004).

Nello studio di Triplett et al. (2012), gli autori si sono focalizzati su due esiti differenti, che possono essere ottenuti a partire dalla disgregazione iniziale delle credenze del soggetto, in base allo stile di pensiero ruminativo messo in atto.

I risultati dello studio hanno, infatti, evidenziato che sfide al mondo presuntivo seguite da sforzi cognitivi costruttivi abbiano maggiori probabilità di condurre ad uno sviluppo positivo della persona. Mentre, persistenti forme intrusive ed invadenti siano associate al mantenimento di disagio psicologico (Triplett et al., 2012).

I dati della ricerca hanno anche evidenziato una relazione positiva tra la Crescita Post Traumatica e la soddisfazione per la propria vita, sia in maniera diretta, che indirettamente tramite l'identificazione di un significato per la propria esistenza.

Al contrario, ruminazioni intrusive e disagio post-traumatico sono risultati correlati a livelli più bassi di soddisfazione per la vita e identificazione di significato (Triplett et al., 2012).

Anche nello studio di Kramer et al. (2020), citato nel precedente capitolo, gli autori hanno riscontrato un effetto diretto della ruminazione intenzionale sulla Crescita post Traumatica.

Infatti, le analisi hanno messo in evidenza il ruolo fondamentale dei processi ruminativi intenzionali nella relazione positiva tra la centralità dell'evento e la Crescita Post Traumatica. Dunque, il processo cognitivo di comprensione e risoluzione dei problemi, a seguito dell'evento traumatico centrale, risulta associato ad una maggiore trasformazione positiva del soggetto (Kramer et al., 2020).

Infine, nella ricerca di Platte et al. (2022), gli autori hanno indagato l'impatto congiunto di stili di coping individuali e strategie di ruminazione sulla Crescita Post Traumatica e sul Deprezzamento Post Traumatico.

Mentre la prima indica il processo di sviluppo positivo della persona, il secondo fa riferimento al cambiamento negativo del soggetto in seguito alla lotta con eventi traumatici (Platte et al., 2022).

Per valutare le strategie di coping, gli autori hanno utilizzato il *Brief COPE (Coping Orientation to Problems Experienced) Inventory* (Carver, 1997), che ha permesso di individuare una struttura a tre fattori: coping socialmente supportato, autosufficiente ed evitante.

I risultati dello studio hanno identificato nella ruminazione intenzionale e nelle strategie

di coping autosufficiente e socialmente supportato elementi chiave per l'emergere della Crescita Post Traumatica. All'opposto, la ruminazione intrusiva e il coping evitante sono risultati negativamente associati al processo e predittori significativi del Deprezzamento Post Traumatico (Platte et al., 2022).

Da questi elementi, gli autori hanno dedotto che la persistenza di pensieri intrusivi e comportamenti di evitamento possa indicare uno stato di stress post-traumatico, in cui gli individui faticano a distanziarsi emotivamente dal trauma e a elaborare le informazioni legate all'evento. Al contrario, la ruminazione deliberata appare come una strategia che consente di integrare consapevolmente le esperienze traumatiche nella propria narrazione personale, favorendo così l'emergere di nuovi obiettivi e la possibilità di attribuire un significato all'esperienza vissuta (Platte et al., 2022).

Un aspetto centrale in questi studi, e ampiamente indagato nella ricerca sulla Crescita Post Traumatica, è il ruolo cruciale della self-disclosure e del supporto sociale nel processo di sviluppo personale.

Ad esempio, nella ricerca di Lindstrom et al. (2013), è emerso che i soggetti che avevano l'opportunità di discutere con altri le loro esperienze traumatiche e i risultati positivi della loro lotta riportavano livelli più elevati di ruminazione deliberata, minori livelli di stress legati all'accaduto e una maggiore Crescita.

Questi risultati suggeriscono una relazione reciproca tra la ruminazione intenzionale e la condivisione dell'esperienza, entrambe collegate al processo di Crescita Post Traumatica. La possibilità di confrontarsi e dialogare con gli altri non solo facilita l'elaborazione delle emozioni, ma contribuisce anche a integrare l'esperienza traumatica nella propria vita, promuovendo un senso di significato e di sviluppo personale (Lindstrom et al., 2013).

2.2.3. La regolazione delle emozioni

Dall'analisi del concetto di Crescita Post Traumatica si può evincere in modo particolare il paradosso che vi è alla base, ovvero che dalla perdita derivi il guadagno e che, dunque, un gran bene possa esser tratto dalla sofferenza (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Tuttavia, sebbene l'attenzione principale si sia focalizzata sulle possibilità di cambiamento positivo dopo la lotta con gravi crisi di vita, è bene evidenziare che ad eventi

fortemente traumatici non segua esclusivamente un processo di Crescita, ma anche reazioni psicologiche spiacevoli e, talvolta, disturbi psichiatrici (Rubonis & Bickman, 1991).

Infatti, le risposte comuni al verificarsi di circostanze traumatiche includono emozioni angoscienti, intrusioni ripetitive di pensieri e immagini relativi all'evento, ansia, tristezza e depressione (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Talvolta, possono esser sperimentati sensi di colpa, rabbia e irritabilità generale. Inoltre, a livelli di stress elevato possono conseguire reazioni fisiche quali: affaticamento, sintomi gastrici, tensione muscolare e disagio fisico generale (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Tuttavia, è stato dimostrato che i processi psicologici coinvolti nel far fronte al trauma siano anche in grado favorire cambiamenti positivi e che i resoconti di esperienze di Crescita superino di gran lunga i resoconti di disturbi psichiatrici (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Inoltre, in numerosi studi, è stato riscontrato che il disagio personale e la Crescita spesso coesistano e che, dunque, quest'ultima non indichi necessariamente la fine del dolore o dell'angoscia (Tedeschi & Calhoun, 1995; Yalom & Lieberman, 1991).

Secondo il modello di Tedeschi e Calhoun (2004) un certo grado di turbamento psicologico è necessario, non solo per mettere in moto il processo di PTG, ma anche per il miglioramento e il mantenimento di quest'ultima. Difatti, mentre il disagio causato dalla discrepanza tra le convinzioni precedenti e le nuove informazioni favorisce il processo cognitivo di elaborazione; una rapida risoluzione è indicativa di una scarsa messa alla prova del mondo presunto e, dunque, di un limitato processo di sviluppo personale.

È importante che le persone esposte a gravi crisi esistenziali riescano a gestire il disagio iniziale, spesso debilitante, così da favorire il pensiero costruttivo e la riflessione volontaria su ricordi ed emozioni (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Dunque, all'elaborazione psicologica degli eventi è collegata una componente fortemente emotiva che permette di rendere trasformativa le esperienze vissute e di differenziare le lezioni apprese da semplici riflessioni intellettuali (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Tedeschi e Calhoun (1996) hanno poi individuato due qualità fondamentali della personalità capaci di influenzare l'esito positivo della lotta con eventi traumatici: l'estroversione e l'apertura all'esperienza. In particolare, utilizzando il *NEO (Neuroticism*

Extroversion Openness) *Personality Inventory* (Costa & McCrae, 1985) l'attività (ovvero la vigoria della persona), le emozioni positive e l'apertura ai sentimenti sono risultati essere gli aspetti della personalità maggiormente legati alla PTG. Al contrario il nevroticismo non ha mostrato alcun legame con il processo di Crescita. (Tedeschi & Calhoun, 1996; Tedeschi & Calhoun, 2004).

Da ciò, gli autori hanno supposto che le persone maggiormente aperte all'esperienza tendano ad interpretare le vicende come meno minacciose ed anzi potenzialmente benefiche; le persone estroverse tollerino meglio la sfida facendo particolare riferimento al supporto sociale ed, infine, le persone capaci di individuare emozioni positive anche nelle difficoltà riescano ad elaborare meglio le nuove informazioni e modificare di conseguenza i propri schemi di base (Tedeschi & Calhoun, 1996; Tedeschi & Calhoun, 2004).

In conclusione, lo studio di Orejuela-Dávila et al. (2019) ha messo in luce il ruolo fondamentale della Regolazione delle Emozioni nel processo di Crescita Post Traumatica. Gli autori hanno delineato, prima di tutto, la distinzione tra le due strategie di regolazione emozionale più utilizzate nella gestione delle emozioni angoscianti: la distrazione e la rivalutazione. La prima prevede il disimpegno dell'attenzione dalle emozioni negative per facilitarne il controllo e raggiungere una sensazione di sollievo. Promuovendo stili di comportamento evitante, tuttavia, questa strategia può divenire molto costosa qualora mantenuta a lungo termine.

La strategia di rivalutazione, al contrario, implica il coinvolgimento proattivo dell'attenzione e la reinterpretazione del significato da attribuire al contenuto emotivo. Quest'ultima può persistere oltre il contesto dell'evento e protrarsi a lungo termine (Sheppes et al., 2014; Orejuela-Dávila et al., 2019).

Alcune ricerche hanno poi dimostrato che solitamente gli individui tendano a scegliere la rivalutazione in situazioni a bassa intensità emotiva e la distrazione in situazioni ad alta intensità (Sheppes et al., 2011). Tale risultato è stato confermato anche nello studio in esame in soggetti esposti ad un evento traumatico (Orejuela-Dávila et al., 2019).

Secondo i dati raccolti, infine, una maggiore tendenza a scegliere la strategia di rivalutazione all'aumentare dell'intensità negativa dello stimolo condurrebbe a maggiore Crescita, mentre una maggior tendenza a scegliere la distrazione sarebbe associata alla diminuzione dei sintomi post traumatici. Dunque, l'utilizzo congiunto delle due strategie

di regolazione emotiva, nelle diverse fasi del processo, porterebbe a ridurre al minimo i sintomi post traumatici e a massimizzare la Crescita Post Traumatica (Orejuela-Dávila et al., 2019)

2.3. La Crescita Post Traumatica nei Disturbi Mentali

Il processo di Crescita Post traumatica è stato recentemente indagato in relazione a gravi disturbi mentali e psicosi. Numerose ricerche hanno infatti evidenziato che le esperienze legate alla psicosi e alla malattia mentale possano risultare estremamente traumatiche (Berry et al., 2013; Gelkopf et al., 2013). Inoltre, persone con gravi disturbi mentali risultano spesso esposte ad elevati livelli di trauma (Mazor et al., 2016; Mueser et al., 2010), a causa di fattori come compromissioni del giudizio sociale, deficit cognitivi, comportamenti a rischio e difficoltà nel testare la realtà (Kilcommons & Morrison, 2005; Sherrer, 2011).

Le distorsioni cognitive e percettive associate alle psicosi, come deliri e allucinazioni, possono poi includere contenuti avversi e spaventosi, che possono esser percepiti come estremamente scioccanti (Freeman & Fowler, 2009; Lu et al., 2017; Lysaker & LaRocco, 2008).

È stato anche riscontrato che l'impatto stesso del trauma peggiori la sintomatologia legata ai gravi disturbi mentali e alla psicosi, causando possibili ricadute e ulteriori ri-traumatizzazioni (Mueser et al., 2010; Penn et al., 1997; Sherrer, 2011).

I sintomi negativi dei disturbi psicotici, come la mancanza di energia, di slancio e di interesse possono aumentare il rischio di ricaduta e la necessità di ricoveri psichiatrici, che a loro volta possono comportare esperienze traumatiche aggiuntive, come l'incarcerazione forzata o la contenzione fisica e chimica (Cusack et al., 2003; Lu et al., 2017).

Nello studio di Mazor et al. (2020) gli autori hanno evidenziato come sintomi psicotici positivi, negativi e generali fossero negativamente correlati, sia al riesame delle convinzioni di base, che alla Crescita Post Traumatica. Questa correlazione può essere spiegata dalla presenza di sintomi psicopatologici che spesso includono deficit cognitivi, a loro volta legati a processi disadattivi di errata attribuzione di significato e di inaccurata

interpretazione degli stimoli esterni e interni. Inoltre, livelli più elevati di sintomi psicopatologici, essendo associati a maggiore angoscia, potrebbero ostacolare le capacità di coping del soggetto, impedendo così il processo di PTG.

Al contrario, livelli più bassi di sintomi psicopatologici positivi, negativi e generali sono risultati associati a livelli più elevati di messa in discussione delle convinzioni di base e, dunque, correlati a maggiori livelli di Crescita Post Traumatica. Ciò suggerisce che, affinché gli individui con gravi disturbi mentali e psicosi possano sperimentare la Crescita, i livelli di sintomi psicopatologici debbano essere relativamente bassi, permettendo l'emergere delle abilità cognitive ed emotive necessarie per dar luogo al processo (Mazor et al., 2020).

In fine, dalle analisi dello studio è emerso che la storia traumatica dei soggetti fosse correlata positivamente con il riesame delle convinzioni di base e con la Crescita Post Traumatica. Dunque, un maggior numero di traumi sembrava portare ad un livello elevato di riesame dei propri costrutti fondamentali e a livelli maggiori di PTG. Tali esiti supportano l'ipotesi secondo cui le persone debbano sottoporsi ad un attento riesame del proprio mondo assunto per poter sperimentare la Crescita (Mazor et al., 2020).

In un altro studio, gli autori si sono focalizzati sulla relazione tra i sintomi post-traumatici e la Crescita Post Traumatica in persone con severi disturbi mentali ed esperienza di psicosi. Difatti, da numerose ricerche è risultato che, oltre ad una maggiore incidenza di traumi rispetto alla popolazione generale, nelle persone con psicosi spesso i sintomi di stress post traumatico non vengano adeguatamente rilevati. Questo non porta necessariamente allo sviluppo di un vero e proprio Disturbo da Stress Post Traumatico, ma può generare nei soggetti forte disagio e difficoltà nel funzionamento quotidiano e sociale (Mazor et al., 2018).

Dalle analisi della ricerca, i sintomi di stress post-traumatico sono risultati negativamente correlati con la creazione di significato, la *coping self-efficacy*, ovvero la capacità di gestire il proprio funzionamento in base alle richieste dell'ambiente, e la Crescita Post-traumatica (Mazor et al., 2018).

Una possibile spiegazione di tale relazione negativa tra i sintomi post-traumatici e la creazione di significato può risiedere nelle limitazioni che i primi impongono all'elaborazione dell'esperienza traumatica, sia a livello cognitivo che emotivo. Infatti, a causa della costante distrazione dovuta ad intrusioni cognitive, *hyperarousal* e tentativi di

evitamento del trauma gli individui possono non essere capaci di mettere in atto i processi trasformativi e metacognitivi necessari per l'attribuzione di senso e, di conseguenza, per la Crescita (Mazor et al., 2018).

Dall'altra parte, la correlazione negativa tra i sintomi post-traumatici e la *coping self-efficacy* può essere dovuta allo sviluppo di una convinzione negativa sul mondo e su di sé. Tale distorsione cognitiva può portare la persona a sentirsi impotente e incapace di sperimentare la Crescita Post Traumatica (Mazor et al., 2018).

Un minor grado di sintomi post-traumatici è risultato poi predittivo di maggior Crescita, qualora la creazione di significato e la *coping self-efficacy* ne siano mediatori (Mazor et al., 2018).

Infine, sebbene i risultati indicassero una correlazione positiva tra la storia traumatica e la Crescita, l'aver sperimentato un'angoscia post-traumatica persistente è risultato correlato negativamente a quest'ultima. Tale risultato può essere spiegato da un "effetto tetto" nella Crescita Post Traumatica, per cui un'angoscia eccessiva, dovuta a troppi eventi avversi, impedirebbe di impegnarsi nei processi cognitivi, ruminativi ed emotivi necessari per il processo di crescita (Mazor et al., 2018).

Nello studio di Slade et al. (2019) gli autori hanno poi evidenziato come componenti di Crescita Post Traumatica fossero presenti nell'83% delle narrazioni di *recovery* da psicosi o gravi problemi di salute mentale. In particolare, sono stati individuati 6 temi principali attraverso cui si svilupperebbe il processo di Crescita:

- Scoperta di sé: maggiore consapevolezza di sé e della propria vita emotiva interiore, seguita da maggiore accettazione di sé e assunzione delle proprie responsabilità;
- Senso di sé: sviluppo di un senso di sé positivo, che comprenda sia l'integrazione dell'esperienza di malattia e degli aspetti positivi riscontrati in essa, sia l'orgoglio per i propri punti di forza e risultati;
- Prospettive di vita: maggior apprezzamento della propria esistenza e del sostegno ricevuto dagli altri, seguiti da gratitudine per il significato attribuibile alla sofferenza e da impegno sociale verso gli altri;
- Benessere; impegno più attivo nella gestione del proprio benessere e del proprio stile di vita;
- Relazioni: scelta più consapevole delle proprie amicizie, maggior valorizzazione di quest'ultime e maggior capacità di empatia verso gli altri;

- Spiritualità: maggior impegno nelle pratiche e consapevolezza spirituale.

Dunque, la Crescita Post Traumatica, nel contesto del *recovery* da gravi problemi di salute mentale, si sviluppa principalmente attraverso la scoperta di se stessi. Quest'ultima porta ad un nuovo senso di sé e ad un maggior apprezzamento della propria esistenza. Tali risultati vengono raggiunti ponendo maggiore attenzione al proprio benessere e attribuendo maggiore importanza alle relazioni e all'impegno spirituale (Slade et al., 2019).

Anche in questo caso, il quadro concettuale è compatibile con il modello di Crescita Post Traumatica sviluppato da Tedeschi & Calhoun (1996), sebbene venga posta maggiore enfasi sulla scoperta di sé, sull'integrazione delle esperienze legate alla malattia e sull'autogestione attiva del benessere. (Slade et al., 2019).

Infine, una revisione sistematica sviluppata da Jordan et al. (2018) ha indagato, sia i cambiamenti positivi che le persone coinvolte e i familiari possono sperimentare in seguito ad un primo episodio di psicosi, sia i fattori in grado di facilitare tali processi.

Anche in questa analisi è apparso che i cambiamenti positivi si sviluppino principalmente a livello individuale, interpersonale e spirituale (Jordan et al., 2018).

Per quanto riguarda la prima tipologia di cambiamento, essa risulta associata allo sviluppo di nuove intuizioni e maggior chiarezza su se stessi e sugli altri. Vengono registrate anche modifiche alla personalità, alle prospettive future, allo stile di vita e agli interessi, con maggior attenzione alla salute.

Le trasformazioni a livello interindividuale, invece, riguardano da un lato le relazioni con la famiglia e gli amici, dall'altro il proprio ruolo nella società.

Infine, il livello spirituale prevede una maggior dedizione alla preghiera e un coinvolgimento più attivo nelle istituzioni religiose (Jordan et al., 2018).

In conclusione, tra i fattori in grado di facilitare tali cambiamenti positivi sono stati riscontrati nuovamente fattori individuali legati alle abilità e alle strategie di coping utilizzate dalla persona per favorire il recupero; fattori sociali, tra cui legami più forti con la comunità e la messa in discussione a livello sociale dello stigma sulla malattia mentale; fattori spirituali-religiosi, tra cui la preghiera, la partecipazione ai servizi religiosi e la lettura delle scritture ed, infine, fattori legati ai servizi di salute mentale, ovvero aspetti relativi all'erogazione dei servizi, al sostegno offerto dai professionisti e all'attenzione verso il coinvolgimento del paziente nelle terapie (Jordan et al., 2018).

2.3.1. La Crescita Post Traumatica nei Disturbi Alimentari

Nei capitoli precedenti è stato evidenziato il forte impatto che un Disturbo Alimentare può avere sulla vita di un individuo. Queste patologie, infatti, comportano significative ripercussioni sulla salute fisica e sul funzionamento psicosociale della persona coinvolta. Tuttavia, come mostrato nelle ricerche di De Vos et al. (2017) e Wetzler et al. (2020), durante il percorso di guarigione, gli individui possono acquisire una miglior valutazione di sé, delle proprie relazioni ed un maggior senso di autonomia, *agency* e auto-adattabilità/resilienza.

Inoltre, la guarigione porta all'identificazione di uno scopo e di un significato per la propria vita, nonché all'assunzione di responsabilità e controllo sulla propria esistenza. L'intero processo, dunque, comporta cambiamenti nel modo in cui la persona si relaziona con se stessa, promuovendo una maggiore *self-compassion*, ovvero maggior gentilezza e cura verso di sé (De Vos et al., 2017; Wetzler et al., 2020).

Anche lo studio di Eaton (2020), mediante metafore natatorie, identificare come elementi fondamentali per la buona riuscita del processo di guarigione: l'abbandono delle vecchie abitudini, l'apprendimento di nuove abilità di coping, una riconnessione con sé stessi e con gli altri e, in conclusione, lo sviluppo di una nuova identità al di fuori del Disturbo Alimentare (Eaton, 2020).

Questi aspetti caratteristici del *recovery* trovano grande corrispondenza con la Teoria della Crescita Post Traumatica di Tedeschi & Calhoun (2004), la quale afferma che sia possibile sperimentare “un cambiamento psicologico positivo come risultato della lotta con circostanze di vita altamente impegnative”. In particolare, si riscontra una corrispondenza con i 5 domini della crescita descritti dagli autori: apprezzamento della vita, relazioni interpersonali, nuove possibilità, forza personale e cambiamento spirituale (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Sebbene la letteratura sulla Crescita Post Traumatica si sia prevalentemente focalizzata sul processo in seguito a traumi e, solo più recentemente, in relazione ai Disturbi Mentali, nell'ultimo anno è stato condotto uno studio da Eaton & Phillips (2024) volto ad indagare la Crescita Post Traumatica in relazione ai Disturbi Alimentari. Tale ricerca, unendo

metodi di indagine qualitativi e quantitativi, ha dimostrato che persone con una storia di Disturbi Alimentari possano sperimentare una grande Crescita durante il percorso di guarigione (Eaton & Phillips., 2024).

In particolare, gli autori hanno riscontrato una maggiore PTG nelle aree delle relazioni interpersonali e della forza personale. La prima è parsa derivare dallo sviluppo di compassione verso di sé e gli altri, maggior vicinanza nei rapporti e senso di appartenenza ad una comunità. La seconda, invece, è il risultato della presa di coscienza delle proprie capacità di far fronte a difficoltà fisiche e mentali e, dunque, della propria forza (Eaton & Phillips, 2024).

CAPITOLO III

La ricerca

3.1. Obiettivi dello studio

L'obiettivo centrale dello studio è stato quello di indagare se fossero presenti elementi di Crescita Post Traumatica in soggetti guariti da un Disturbo del Comportamento Alimentare.

Per analizzare il concetto di PTG è stato fatto riferimento al modello sviluppato da Tedeschi e Calhoun (2004) secondo il quale, a seguito alla lotta con circostanze di vita altamente impegnative, è possibile che si verifichino cambiamenti positivi in cinque principali domini: apprezzamento per la vita, relazioni interpersonali, forza personale, nuove possibilità, cambiamento spirituale-esistenziale.

Successivamente è stata indagata la presenza di correlazioni con variabili relative alla ruminazione legata all'evento, alla disregolazione emotiva, all'inflessibilità cognitiva e al distress psicologico, che in letteratura sono spesso apparse legate ai processi di *recovery* e PTG.

In numerosi studi è stato, infatti, evidenziato che elementi di ruminazione intrusiva possano presentarsi nel periodo immediatamente successivo al trauma, per poi esser sostituiti da un'elaborazione deliberata dell'evento (Tedeschi & Calhoun, 2004; Triplett et al., 2012; Platte et al., 2022).

In aggiunta, mentre un certo grado di disagio psicologico è risultato esser necessario per la messa in moto e il mantenimento del processo di Crescita, strategie per la regolazione degli stati emotivi si sono dimostrate essenziali per lo sviluppo di tali cambiamenti (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Infine, elementi di rigidità cognitiva sono apparsi, da un lato particolarmente correlati ai Disturbi Alimentari (Fairburn et al., 2003), dall'altro associati negativamente alla PTG. Numerose ricerche hanno, infatti, evidenziato che alla base del processo di Crescita vi sia uno sviluppo di schemi cognitivi flessibili e di abilità di *coping self-efficacy* (Tedeschi & Calhoun, 2004; Mazor et al. 2018).

In conclusione, lo studio ha analizzato le correlazioni tra le variabili prese in analisi e le

rispettive influenze sul processo di Crescita Post Traumatica.

Per un'analisi accurata delle interazioni è stata sviluppata una *Network Analysis*, ovvero una rete di correlazioni parziali regolarizzate, che ha permesso di calcolare la centralità di ciascuna variabile e la forza delle connessioni.

3.2. Metodi

3.2.1. Partecipanti

I partecipanti del presente studio sono stati reclutati tra i mesi di febbraio e maggio 2024. Ai fini del reclutamento sono stati creati volantini cartacei da distribuire in luoghi fisici e contenuti social da divulgare su piattaforme digitali quali: Instagram, Facebook, Threads, Telegram e Whatsapp.

In entrambe le risorse sono stati inseriti un QR code ed un link al questionario Qualtrics sviluppato per la ricerca ed è stato specificato che la compilazione di quest'ultimo fosse anonima. Infatti, in accordo con il Regolamento Generale per la Protezione dei Dati (GDPR, UE, 2016/679), i soggetti sono stati contrassegnati tramite un codice identificativo originato dalla prima lettera del nome, la prima lettera del cognome, le prime due lettere del luogo di nascita e il giorno di nascita. I partecipanti hanno, dunque, fornito il consenso informato scritto per la partecipazione alla ricerca, in cui era specificato il loro diritto di abbandonare lo studio in qualsiasi momento.

Infine, per la partecipazione allo studio sono stati stabiliti i seguenti criteri di inclusione:

- Avere almeno 18 anni;
- Aver ricevuto una diagnosi di Disturbo Alimentare secondo la Classificazione Diagnostica del DSM;
- Aver ricevuto un trattamento per tale disturbo;
- Auto-definirsi guarito/a dal disturbo.

La compilazione dei questionari ha richiesto in media circa 30 minuti.

Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico per la Ricerca in Psicologia dell'Università di Padova (protocollo numero 298-b).

3.2.2. Strumenti

Ai partecipanti della ricerca è stato richiesto di completare un questionario *Qualtrics* costituito da: 12 domande relative a dati demografici, storia di malattia e percezione propria di guarigione (per la presa visione consultare l'**Appendice**) e 5 questionari *self-report*.

Post Traumatic Growth (PTGI)

Per indagare la Crescita Post-Traumatica è stato utilizzato l'adattamento italiano di Prati e Pietrantonì (2013) del *Post-Traumatic Growth Inventory* (PTGI) (Tedeschi e Calhoun, 1996).

Tale questionario *self-report* è costituito da 21 item su scala Likert a 6 punti, da 0 (“*nessun cambiamento*”) a 5 (“*cambiamento molto importante*”).

Il punteggio totale può variare da 0 a 105 e, più alti sono i punteggi, maggiore è la Crescita, ovvero i cambiamenti positivi esperiti (Taku et al., 2008; Tedeschi e Calhoun, 1996).

Lo strumento include 5 sottoscale corrispondenti alle 5 aree di vita in cui, secondo la teoria, si verificano i cambiamenti positivi in seguito alla crisi (Tedeschi e Calhoun, 1996):

1. Apprezzamento della vita (3 item);
2. Forza personale (4 item);
3. Relazioni interpersonali (7 item);
4. Nuove Possibilità (5 item);
5. Cambiamento spirituale (2 item).

Nel presente studio, è stato chiesto ai partecipanti di rispondere alle domande facendo riferimento alla propria esperienza del Disturbo Alimentare come evento altamente stressante.

Per la validazione italiana dello strumento l'affidabilità della consistenza interna è risultata buona, sia per i dati della scala totale, che per le sotto-scale (Prati & Pietrantonì,

2013).

Ai fini del presente progetto di ricerca sono state considerate le sottoscale: Apprezzamento della vita (il cui α di Cronbach era di 0.78), Forza personale (il cui α di Cronbach era di 0.87), Relazioni interpersonali (il cui α di Cronbach era di 0.86), Nuove possibilità (il cui α di Cronbach era di 0.84), che hanno mostrato buona consistenza interna. Non è stata invece inclusa nella *Network Analysis* la sottoscala Cambiamento spirituale (il cui α di Cronbach era di 0.60) a causa degli scarsi punteggi assegnati dai partecipanti agli item e della consistenza interna ai limiti dell'accettabilità.

Event Related Rumination Inventory (ERRI)

Per vagliare la presenza di ruminazione legata all'evento, è stato inserito l'adattamento italiano di Romeo et al. (2023) dell'*Event-Related Rumination Inventory* (ERRI) (Cann et al., 2011), la cui validazione è ancora in fase di analisi.

Tale questionario *self-report* si compone di 40 item, che riflettono due tipologie di Ruminazione: Intrusiva e Deliberata. La prima fa riferimento a pensieri indesiderati e invasivi, la seconda alla riflessione sull'evento in maniera volontaria e orientata a trovarne un significato. Quest'ultime vengono indagate in due momenti differenti: subito dopo l'evento o nelle ultime due settimane. Si ottengono così 4 sottoscale: Ruminazione Intrusiva immediatamente successiva all'evento traumatico; Ruminazione Intrusiva recente; Ruminazione Deliberata immediatamente successiva all'evento traumatico; Ruminazione Deliberata recente (Romeo et al., 2023).

Gli item su scala Likert a 5 punti, da 1 ("per niente") a 5 ("moltissimo"), fanno riferimento a quanto spesso il soggetto abbia sperimentato le esperienze descritte.

Lo strumento fornisce quindi 4 punteggi distinti, che variano tra 0 e 50. Più elevati risultano quest'ultimi, maggiore è il grado di ruminazione. L'adattamento italiano dello strumento ha mostrato buona coerenza interna (Romeo et al., 2023).

Nel presente studio, causa dell'impossibilità di identificare il Disturbo Alimentare come evento traumatico dotato di inizio e fine, sono stati somministrati solamente i 20 item relativi alla Ruminazione Intrusiva e Deliberata nelle 2 settimane precedenti alla compilazione.

Sono state quindi considerate le due sottoscale: Ruminazione Intrusiva (il cui α di Cronbach era di 0.92) e Ruminazione deliberata (il cui α di Cronbach era di 0.95), che hanno mostrato un'ottima consistenza interna.

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

Per analizzare eventuali difficoltà nella regolazione delle emozioni di natura negativa è stato inserito l'adattamento italiano a cura di Sighinolfi et al. (2010) della *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS) (Gratz e Roemer, 2004).

Lo strumento *self-report* è composto da 36 item raggruppabili in 6 fattori: Mancanza di accettazione (6 item), Difficoltà nella distrazione (5 item), Mancanza di fiducia (8 item), Mancanza di controllo (6 item), Difficoltà nel riconoscimento (5 item) e Ridotta Autoconsapevolezza (3 item).

Il primo fa riferimento alla non accettazione del proprio disagio e al conseguente esperire di emozioni negative secondarie; il secondo alle difficoltà nel distrarsi o rimanere concentrati su un obiettivo quando vengono provate emozioni negative; il terzo alla mancanza di fiducia rispetto alle proprie capacità di utilizzare strategie regolative funzionali e appropriate; il quarto all'incapacità di regolare gli impulsi in presenza di emozioni negative; il quinto alle difficoltà nel prestare attenzione alle emozioni e riconoscerle; infine, il sesto alla mancanza di chiarezza emotiva, ovvero la capacità di distinguere le varie emozioni (Sighinolfi et al., 2010).

Ad ogni item viene attribuito un punteggio su scala Likert a 6 punti, da 1 ("quasi mai") a 5 ("quasi sempre") in base a quanto spesso il soggetto possa applicare le affermazioni indicate alla propria esperienza.

La DERS fornisce quindi un punteggio complessivo, compreso tra 33 e 132, che rappresenta una misura delle difficoltà generali della persona nella regolazione emotiva. Il punteggio di ciascuna delle sei sottoscale fornisce, invece, una misura delle difficoltà presentate nelle specifiche dimensioni della regolazione emotiva.

La validazione italiana dello strumento ha mostrato buone proprietà psicometriche, con un'elevata consistenza interna totale e un'adeguata consistenza interna per le sei sottoscale. Il punteggio totale è inoltre risultato correlato positivamente con l'affettività

negativa e negativamente con quella positiva (Sighinolfi et al., 2010).

Anche nella presente ricerca le sottoscale di Mancanza di accettazione (il cui α di Cronbach era di 0.92), Mancanza di Controllo (il cui α di Cronbach era di 0.90) e Ridotta Autoconsapevolezza (il cui α di Cronbach era di 0.90) hanno mostrato un'ottima consistenza interna. Invece, le sottoscale di Difficoltà nella Distrazione (il cui α di Cronbach era di 0.81), Mancanza di Fiducia (il cui α di Cronbach era di 0.86) e Difficoltà di Riconoscimento (il cui α di Cronbach era di 0.87) hanno mostrato una buona consistenza interna.

Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21)

Per esaminare il livello di distress psicologico generale è stato utilizzato l'adattamento italiano di Bottesi et al. (2015) della *Depression Anxiety Stress Scales-21*, ovvero la forma breve del questionario che altrimenti è composto da 42 item (Lovibond & Lovibond, 1995).

Gli item dello strumento sono incentrati su tre costrutti, ognuno dei quali costituisce una sottoscala: Depressione (7 item), Ansia (7 item) e Stress (7 scale).

La prima dimensione indaga i sintomi depressivi e l'anedonia; la seconda valuta i sintomi legati all'ansia somatica e le risposte alla paura; infine, la terza esamina l'irritabilità, la tensione e l'*arousal* fisiologico.

Il valore di ciascun item viene espresso su scala Likert a 4 punti, da 0 ("non è mai accaduto") a 3 ("mi è capitato quasi sempre"), in base alla frequenza dei sintomi indicati nel corso della settimana precedente alla compilazione.

Il punteggio totale, che può variare da 0 a 63, indica il livello generale di distress psicologico.

La versione italiana dello strumento ha mostrato buone proprietà psicometriche in termini sia di coerenza interna, che di stabilità temporale (Bottesi et al., 2015).

Ai fini del presente progetto di ricerca sono state considerate le sottoscale: Depressione (il cui α di Cronbach era di 0.94), Ansia (il cui α di Cronbach era di 0.91) e Stress (il cui α di Cronbach era di 0.93), che hanno mostrato un'ottima consistenza interna.

Detail and Flexibility Questionnaire (Dflex)

Per misurare il livello di inflessibilità cognitiva e di eccessiva attenzione al dettaglio, è stata inserita la validazione italiana di Marchiol et al. (2020) del *Detail and Flexibility Questionnaire* (Dflex) (Roberts et al., 2011).

Il D-flex è un questionario *self-report* composto da 24 item suddivisibili in 2 sottoscale: Inflessibilità Cognitiva (12 item) e Attenzione ai dettagli (12 item). La prima indica l'incapacità di adattamento a nuove domande, compiti o cambiamenti delle situazioni; la seconda rappresenta la tendenza a focalizzarsi eccessivamente sui dettagli piuttosto che integrare le parti nel loro contesto globale (Roberts et al., 2011).

Gli item, presentati su scala Likert a 6 punti, da 1 ("Molto in disaccordo") a 6 ("Molto in accordo"), indicano il grado di accordo del soggetto con le affermazioni presentate.

Lo strumento fornisce sia un punteggio totale, che punteggi distinti per ciascuna sottoscala. Valori più alti indicano maggiori livelli di psicopatologia, ovvero maggior inflessibilità cognitiva e iper-attenzione ai dettagli.

Nello studio di validazione lo strumento ha mostrato buona affidabilità interna (Marchiol et al., 2020). Ai fini del presente progetto di ricerca sono state considerate le sottoscale: Inflessibilità cognitiva (il cui α di Cronbach era di 0.87) e Attenzione ai dettagli (il cui α di Cronbach era di 0.86), che hanno mostrato una buona consistenza interna.

3.2.3. Analisi dei dati

Analisi descrittive

Le analisi descrittive dei dati sono stata effettuata tramite l'applicazione Jasp 0.18.3.

In primo luogo, sono state analizzate le variabili descrittive e cliniche del campione, ottenute mediante le 12 domande iniziali. In particolare, per le variabili continue sono state calcolate la media e la deviazione standard, mentre per le variabili categoriali le frequenze e percentuali. In secondo luogo, sono stati analizzati i punteggi forniti dai partecipanti a ciascun questionario.

Network Analysis

Nella presente ricerca è stata stimata una rete di correlazioni parziali regolarizzata, per esplorare le dipendenze reciproche tra elementi di Crescita Post Traumatica, ruminazione legata all'evento, disregolazione emotiva, distress psicologico e inflessibilità cognitiva. Facendo riferimento al tutorial paper sviluppato da Epskam e colleghi (2018), è stata condotta una *Network Analysis* con il software R-Studio. Tale analisi prevede che ogni variabile sia rappresentata come un nodo e che il legame tra due nodi, cioè la correlazione parziale, sia rappresentato come un arco (o ponte).

Le correlazioni statistiche individuate possono essere sia positive che negative. Le prime vengono contrassegnate da archi blu, le seconde da archi rossi.

Inoltre, ponti più saturi e spessi indicano associazioni più forti tra due nodi.

Seguendo le linee guida disponibili (Burger et al., 2022; Epskamp et al., 2018), è stato stimato un modello grafico gaussiano (GGM), che è stato visualizzato utilizzando il pacchetto *qgraph* del software R-Studio (Epskamp et al., 2012).

È stato poi fissato il layout della rete mediante la funzione *Average Layout* (del pacchetto *qgraph*) (Epskamp et al., 2012), così da ottimizzarne la visualizzazione.

Data la violazione dell'ipotesi di normalità multivariata, è stata applicata una trasformazione non paranormale utilizzando il pacchetto *huge* (Zhao et al., 2012).

Dal momento che la stima di molti parametri aumenta il rischio di archi falsi positivi, è stato utilizzato il *Least Absolute Shrinkage and Selection Operator* (LASSO) per ridurre le correlazioni parziali meno significative allo zero esatto e conservare solo i ponti più robusti. Il relativo parametro di sintonizzazione è stato scelto tramite l'*Extended Bayesian Information Criterion* (EBIC, $\gamma=0,5$).

Proprietà della rete locale

Per identificare i nodi più influenti nella rete è stato calcolato l'indice di centralità "*Expected Influence*" (EI) (Robinaugh et al., 2016). Questo indice permette di ottenere una somma di tutte le correlazioni parziali di un nodo, tenendo conto sia delle connessioni

positive che di quelle negative, a differenza dell'indice di centralità *node strenght*, che, invece, si ottiene dalla somma assoluta di tutti gli archi (Robinaugh et al., 2016).

Stima dell'accuratezza e della stabilità della rete

In accordo con il tutorial di Epskamp et al. (2018), la robustezza della rete stimata è stata valutata utilizzando il pacchetto *bootnet* del software R-Studio (Epskamp et al., 2018). Un *bootstrap* non parametrico è stato utilizzato per creare 2500 campioni, che hanno permesso di stimare l'accuratezza delle correlazioni parziali tra i nodi della rete. Per stimare la stabilità delle misure di centralità sono stati utilizzati campioni *bootstrap* di sottoinsiemi di *case-dropping* ($nboots=2500$). È stato quindi calcolato il coefficiente di stabilità (*CS-coefficient*) della centralità. Quest'ultimo riflette la percentuale di partecipanti che possono essere eliminati per mantenere, con il 95% di probabilità, una correlazione di almeno 0,7 tra l'ordine di centralità nei *dataset bootstrapped* e nel *dataset* completo, ovvero il campione della ricerca.

Il valore del coefficiente di stabilità dovrebbe essere almeno di 0,25 e preferibilmente superiore a 0,5 (Epskamp et al., 2018).

3.3. Risultati

3.3.1. Caratteristiche demografiche e cliniche del campione

La **Tabella 3.1** riporta le caratteristiche demografiche e cliniche del campione preso in analisi.

Il campione selezionato è risultato costituito da 105 soggetti, per il 98.10 % di sesso biologico femminile ($n = 103$), con un'età media di 24.9 anni ($DS = 5.90$).

Delle iniziali 409 persone interessate a prender parte alla ricerca, 304 (74.33 %) sono state escluse in quanto non avevano fornito il consenso informato ($n = 8$), non soddisfacevano uno dei tre criteri di inclusione ($n = 261$) o non avevano concluso la compilazione del sondaggio ($n = 35$). Tale processo di reclutamento è rappresentato nella **Figura 3.1**.

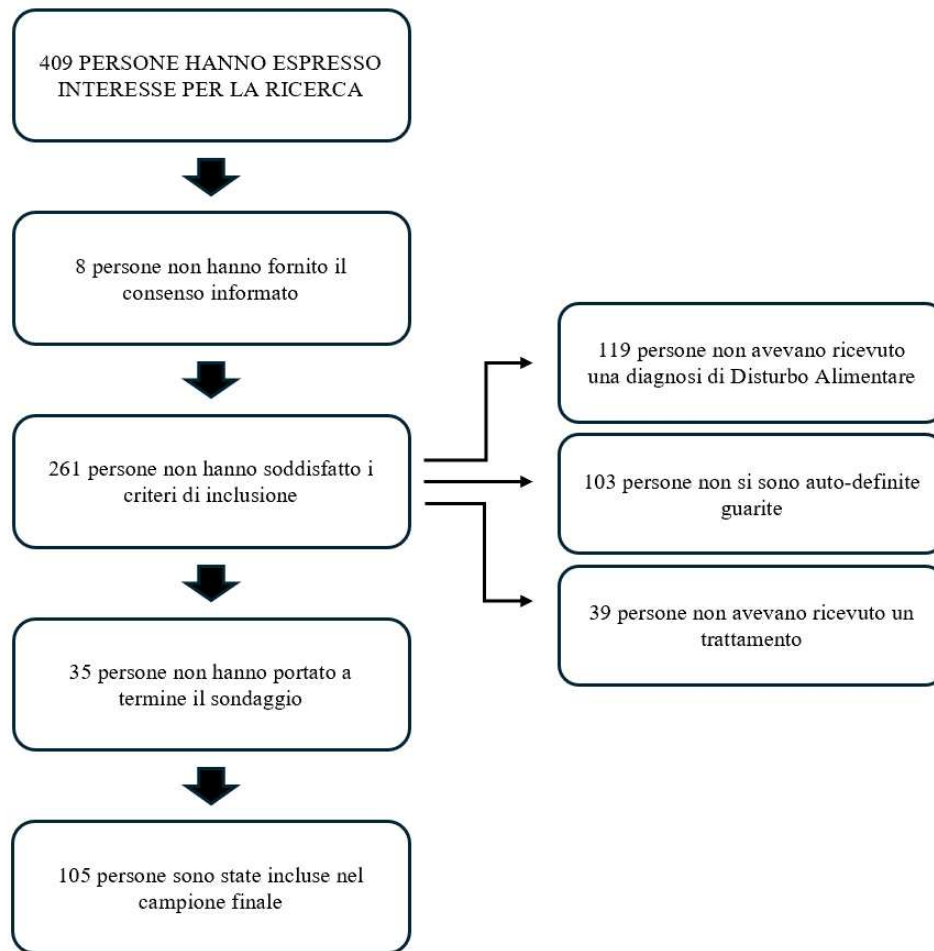


Figura 3.1

Flowchart del processo di reclutamento

Per quel che concerne le diagnosi, la più diffusa è risultata essere l’Anoressia Nervosa, riferita dal 71.43% del campione ($n = 75$). A questa hanno seguito la Bulimia Nervosa, riferita dal 26.66 % del campione ($n = 28$); il Disturbo da Alimentazione Incontrollata, riferito dal 17.14 % del campione ($n = 18$); il disturbo dell’Alimentazione Non Altrimenti Specificato (NAS), riferito dal 5.71 % del campione ($n = 6$); il Disturbo Evitante/Restrittivo dell’Assunzione di cibo (ARFID), riferito dal 4.76 % del campione ($n = 5$). Un ulteriore 5.71% del campione ($n = 6$) ha riferito di non conoscere la diagnosi. In merito alla storia di malattia, i partecipanti hanno riportato di aver ricevuto la prima diagnosi in media 83.65 mesi prima della misurazione ($DS = 62.98$), ovvero circa 7 anni

prima, e di aver sperimentato una durata media di malattia di 69.86 mesi (DS = 48.97), circa 6 anni.

In relazione al tempo intercorso dalla propria guarigione, i partecipanti hanno riferito di ritenersi guariti in media da 25.46 mesi (DS = 27.69), ovvero circa 2 anni.

Infine, in merito al trattamento, quello riportato più frequentemente è risultato essere la psicoterapia (88.57 %, n = 92), cui hanno seguito: il supporto nutrizionale (68.57 %, n = 72); il trattamento ambulatoriale (47.62 %, n = 50); il ricovero ospedaliero (33.33 %, n = 35) e il regime diurno (20 %, n = 21).

I partecipanti hanno inoltre riportato di aver intrapreso in media 3.59 cicli (DS = 6.01) di trattamento.

La psicoterapia è stata anche individuata dal campione come il fattore maggiormente in grado di contribuire alla guarigione (83.81 %, n = 88). A questa hanno seguito le relazioni interpersonali – supporto sociale (66.66 %, n = 70), la propria motivazione (61.90 %, n = 65), gli obiettivi futuri e la speranza per una migliore qualità di vita (52.29 %, n = 57), la terapia farmacologica (34.29 %, n = 36), le testimonianze di guarigione (33.33 %, n = 35), la carriera/formazione (23.81 %, n = 25), altri fattori (18.10 %, n = 19), le attività ricreative (11.43 %, n = 12) e i gruppi di supporto (9.52 %, n = 10).

Tabella 3.1

Caratteristiche demografiche e cliniche del campione

Variabili	n (%)	M (DS)	Ranges
Età		24.90 (5.90)	18-50
Sesso biologico			
- Femminile	103 (98.10%)		
- Maschile	2 (1.9%)		
Tipo di diagnosi			
- Anoressia nervosa	75 (71.43 %)		
- Bulimia nervosa	28 (26.66 %)		

Variabili	n (%)	<i>M (DS)</i>	<i>Ranges</i>
- Disturbo da alimentazione incontrollata	18 (17.14 %)		
- Disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato	6 (5.71 %)		
- Non a conoscenza di una diagnosi	6 (5.71 %)		
- Disturbo Evitante/Restrittivo dell'Assunzione di cibo	5 (4.76 %)		
Tempo dalla guarigione (in mesi)		25.46 (27.69)	0 - 144
Tempo dalla prima diagnosi (in mesi)		83.65 (62.98)	12 - 396
Durata di malattia (in mesi)		69.86 (48.97)	7 - 240
Cicli di trattamento		3.59 (6.01)	1 - 48
Tipologia di trattamento			
- Psicoterapia	92 (88.57 %)		
- Supporto nutrizionale	72 (68.57 %)		
- Trattamento ambulatoriale	50 (47.62 %)		
- Ricovero ospedaliero	35 (33.33 %)		
- Regime diurno	21 (20 %)		
Fattori che hanno favorito la guarigione			
- Psicoterapia	88 (83.81 %)		
- Relazioni interpersonali	70 (66.66 %)		
- Propria motivazione	65 (61.90 %)		
- Obiettivi futuri e speranza per una migliore qualità di vita	57 (52.29 %)		

Variabili	n (%)	<i>M (DS)</i>	<i>Ranges</i>
- Terapia farmacologica	36 (34.29 %)		
- Testimonianze di guarigione	35 (33.33 %)		
- Carriera/formazione	25 (23.81 %)		
- Altro	19 (18.10 %)		
- Attività ricreative	12 (11.43 %)		
- Gruppi di supporto	10 (9.52 %)		

Note:

n = frequenza; *M* = media; *DS* = deviazione standard; *ranges* = valore minimo e valore massimo della variabile

La **Tabella 3.2** rappresenta i risultati delle analisi descrittive riguardo ai questionari somministrati nella ricerca.

Il campione dello studio ha riportato un punteggio totale medio al *Post Traumatic Growth Inventory* (PTGI) di 65.98 (*DS* = 19.12). Tale punteggio è risultato leggermente inferiore rispetto a quello riscontrato nello studio di Eaton e Phillips (2024) (*M* = 71.26, *DS* = 16.58), in cui lo strumento è stato utilizzato per indagare la Crescita Post Traumatica in individui in fase di guarigione da un Disturbo Alimentare. Tuttavia, in altri studi sono state riportate medie complessive più basse (Mark et al., 2018; Rizkalla & Segal, 2018; Rosenthal et al., 2024; Schubert et al., 2016).

In accordo con lo studio di Eaton e Phillips (2024), la sottoscala delle Relazioni interpersonali ha mostrato il punteggio maggiore (*M* = 21.31, *DS* = 7.75). Ad essa hanno seguito le sottoscale Nuove Possibilità (*M* = 17.28, *DS* = 5.06) e Forza Personale (*M* = 13.39, *DS* = 4.77), che invece nell'altra ricerca risultavano invertite (Eaton & Phillips, 2024). Queste sono state seguite dalla sottoscala Apprezzamento della vita (*M* = 11.03, *DS* = 3.24) e dalla sottoscala Cambiamento spirituale (*M* = 2.98, *DS* = 2.86).

Nell'*Event Related Rumination Inventory* (ERRI) il campione ha riportato punteggi medi di 22.13 (*DS* = 8.35) per la Ruminazione Intrusiva nelle due settimane precedenti alla compilazione. Tali valori risultano inferiori a quelli registrati nello studio di Romeo et al. (2023) (*M* = 23.33, *DS* = 10.88) in cui è stato utilizzato l'adattamento italiano dello

strumento. Per la Ruminazione Deliberata nelle due settimane precedenti alla compilazione, sono stati poi registrati punteggi medi di 31.81 (DS = 11.30), che invece risultano superiori a quelli registrati nell'altro studio (M = 24.79; DS = 11.39) (Romeo et al., 2023). Nel complesso è stata, dunque, registrata una tendenza all'utilizzo di Ruminazione Deliberata, piuttosto che Intrusiva.

Per la *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS) è stato registrato un punteggio totale medio di 98.10 (DS = 16.41), che indica la presenza di moderate difficoltà nella regolazione emotiva. Tale valore è ampiamente superiore rispetto al punteggio registrato nello studio di validazione italiana dello strumento (M = 61.38, DS = 15.37).

La sottoscala Mancanza di Fiducia ha registrato il punteggio maggiore (M = 21.09, DS = 6.97). A questa sono seguite le sottoscale Difficoltà nella Distrazione (M = 15.10, DS = 4.75), Mancanza di Accettazione (M = 14.30, DS = 6.50), Mancanza di Controllo (M = 13.73, DS = 5.74), Difficoltà di Riconoscimento (M = 12.19, DS = 4.56) e Ridotta Autoconsapevolezza (M = 6.06, DS = 3.14).

Nella *Depression Anxiety Stress Scales-21* (DASS-21) i partecipanti hanno riportato un punteggio totale medio di 24.71 (DS = 16.45), che è risultato leggermente più elevato rispetto a quello ottenuto dal campione clinico nello studio di validazione di Bottesi et al. (2015) (M = 22.1, DS = 12.1), ed evidentemente più elevato rispetto a quello ottenuto dal campione indicativo della popolazione (M = 12.3, DS = 8.3). Tali risultati indicano la presenza di moderati livelli di distress psicologico nei partecipanti della ricerca. In particolare, la sottoscala Stress ha mostrato il punteggio più elevato (M = 10.16, DS = 5.72), seguita dalla sottoscala Depressione (M = 8.76, DS = 6.57) e dalla sottoscala Ansia (M = 5.78, DS = 5.32).

Infine, per il *Detail and Flexibility Questionnaire* (Dflex) è stato registrato un punteggio medio totale di 83.94 (DS = 20.65), lievemente inferiore al punteggio ottenuto dal campione clinico nello studio di validazione di Marchiol et al. (2020) (M = 89.16, DS = 19.31), ma evidentemente superiore a quello ottenuto dal campione di controllo (M = 73.63, DS = 15.41). La sottoscala di Inflexibilità cognitiva ha riportato il punteggio maggiore (M = 46.48, DS = 10.92) seguita dalla sottoscala di Attenzione ai Dettagli (M = 37.46, DS = 11.29). Tali risultati indicano particolare difficoltà da parte dei partecipanti nell'adattarsi ai cambiamenti.

Tabella 3.2*Risultati delle analisi descrittive dei questionari self-report*

Variabili	<i>M (DS)</i>	<i>Ranges</i>
PTGI		
- Relazioni interpersonali	21.31 (7.75)	2 - 35
- Nuove possibilità	17.28 (5.06)	0 - 25
- Forza personale	13.39 (4.77)	0 - 20
- Apprezzamento per la vita	11.03 (3.24)	0 - 15
- Cambiamenti spirituali	2.98 (2.86)	0 - 10
- Totale	65.98 (19.12)	6 - 99
ERRI		
- Ruminazione deliberata	31.81 (11.30)	10 - 50
- Ruminazione intrusiva	22.13 (8.35)	10 - 47
DERS		
- Mancanza di fiducia	21.09 (6.97)	9 - 39
- Difficoltà nella distrazione	15.10 (4.75)	5 - 25
- Mancanza di accettazione	14.30 (6.50)	6 - 30
- Mancanza di controllo	13.73 (5.74)	6 - 29
- Difficoltà di riconoscimento	12.19 (4.56)	5 - 25
- Ridotta autoconsapevolezza	6.06 (3.14)	3 - 15
- Totale	98.10 (16.41)	65 - 142
DASS-21		
- Stress	10.16 (5.72)	0 - 35
- Depressione	8.76 (6.57)	0 - 21

Variabili	<i>M (DS)</i>	<i>Ranges</i>
- Ansia	5.78 (5.32)	0 - 21
- Totale	24.71 (16.45)	2 - 63
Dflex		
- Rigidità cognitiva	46.48 (10.92)	18 - 71
- Attenzione ai dettagli	37.46 (11.29)	16 - 64
- Totale	83.94 (20.65)	37 - 130

Note:

M = media; *DS* = deviazione standard; *ranges* = valore minimo e valore massimo ottenuti con la somministrazione di un questionario

Abbreviazioni:

PTGI = Posttraumatic Growth Inventory; ERRI = Event-Related Rumination Inventory, DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale; DASS-21 = Depression Anxiety Stress Scales-21; Dflex = Detail and Flexibility Questionnaire

3.3.2. Network Analysis

Stima della rete

La rete di correlazioni parziali, stimata nella ricerca è presentata nella **Figura 3.2**.

In essa sono stati inclusi 15 nodi derivanti dai risultati più significativi ai questionari *self-report*. Del PTGI sono state considerate le variabili: apprezzamento per la vita, forza personale, relazioni interpersonali, nuove possibilità. Come precedentemente citato, è stato escluso il cambiamento spirituale a causa degli scarsi punteggi assegnati dai partecipanti agli item e della consistenza interna ai limiti dell'accettabilità.

Dell'ERRI sono state incluse le sottoscale di: ruminazione intrusiva recente e ruminazione deliberata recente; mentre della DERS le variabili: mancanza di accettazione, difficoltà nella distrazione, mancanza di fiducia, mancanza di controllo, difficoltà nel

riconoscimento e ridotta autoconsapevolezza. Infine, sono stati considerati il punteggio totale di distress psicologico generale della DASS-21 e le variabili di rigidità cognitiva ed eccessiva attenzione ai dettagli del Dflex.

Dall'analisi delle correlazioni parziali stimate, sono state individuate sia connessioni positive che negative. Tuttavia, le prime superano le seconde.

Le principali connessioni positive sono state riscontrate tra le variabili “nuove possibilità”, “apprezzamento per la vita”, “forza personale” del PTGI e la sottoscala “ruminazione deliberata” dell'ERRI, che a sua volta è risultata positivamente correlata alla sottoscala “ruminazione intrusiva”. Al contempo, relazioni positive sono state evidenziate tra le variabili della scala DERS, il distress psicologico della scala DASS-21 e le due sottoscale del Dflex.

Le principali connessioni negative sono state, invece, rilevate tra gli elementi “nuove possibilità”, “apprezzamento per la vita” e “forza personale” del PTGI e le variabili “mancanza di fiducia”, “ridotta autoconsapevolezza” e “difficoltà nel riconoscimento” della scala DERS. Un'ulteriore connessione negativa è stata riscontrata tra la sottoscala “relazioni con gli altri” (PTGI) e la variabile “difficoltà nella distrazione” (DERS). Infine, sono state osservate connessioni negative molto deboli tra la “rigidità cognitiva” della scala Dflex e le sottoscale “forza personale” e “apprezzamento della vita” del PTGI.

Nella rete, le cinque associazioni positive più forti sono emerse tra i nodi “eccessiva attenzione ai dettagli” (aec, Dflex) e la “rigidità cognitiva” (rco, Dflex: 0.45), tra “mancanza di fiducia” (mfi, DERS) e “mancanza di controllo” (mco, DERS: 0.42), tra “nuove possibilità” (pos, PTGI) e “apprezzamento per la vita” (apv, PTGI: 0.39), tra “forza personale” (fpe, PTGI) e “apprezzamento per la vita” (apv, PTGI: 0.319) e, infine, tra “nuove possibilità” (pos, PTGI) e “forza personale” (fpe, PTGI: 0.317).

Invece, le cinque connessioni più deboli sono emerse tra i nodi “nuove possibilità” (pos, PTGI) e “difficoltà di riconoscimento” (dri, DERS: 0.01), tra “mancanza di fiducia” e “rigidità cognitiva” (rco, Dflex: 0.01), tra “apprezzamento per la vita” (apv, PTGI) e “distress psicologico” (dis, DASS-21: 0.07), tra “forza personale” (fpe, PTGI) e “rigidità cognitiva” (rco, Dflex: 0.005) e, infine, tra “apprezzamento per la vita” (apv, PTGI) e “rigidità cognitiva” (rco, Dflex: 0.002).

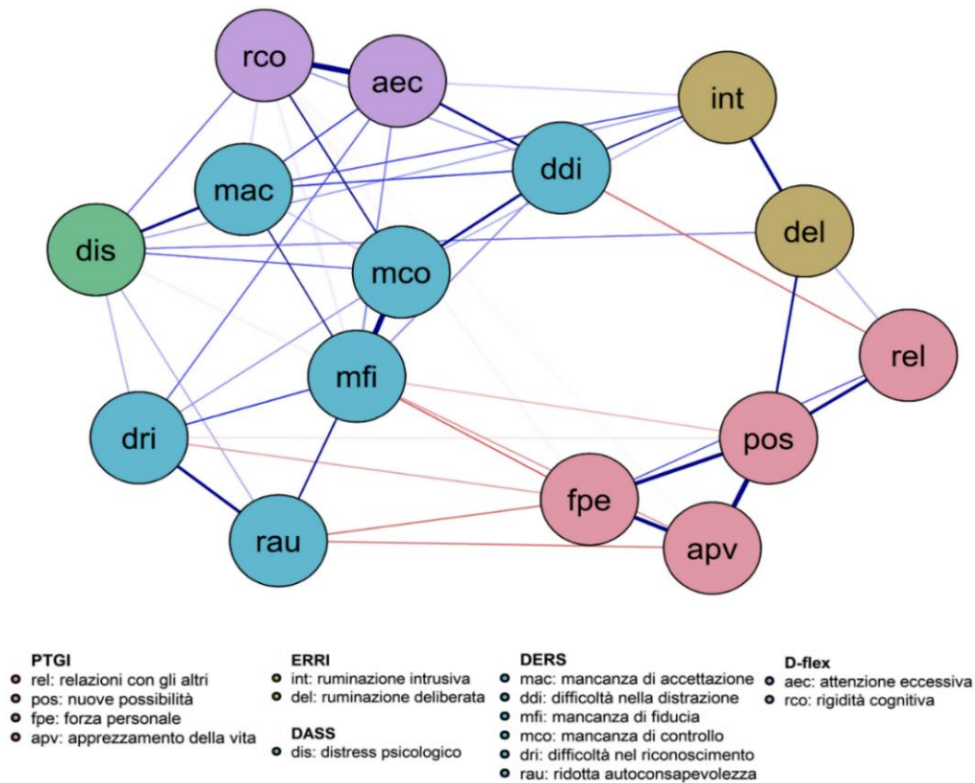


Figura 3.2

Rete di correlazioni parziali stimata

Note: I nodi rappresentano le variabili considerate nella ricerca, mentre le linee rappresentano le correlazioni parziali stimate. Le linee blu indicano correlazioni positive, mentre le linee rosse indicano correlazioni negative. Linee più spesse indicano correlazioni più forti, linee più sottili indicano correlazioni più deboli.

Stima della centralità dei nodi

La stima standardizzata dell'*Expected Influence* di ciascun nodo è presentata nella **Figura 3.3**.

I nodi "nuove possibilità" (pos, PTGI: EI = 1.12), "mancanza di controllo" (mco, DERS: EI = 1.06), "eccessiva attenzione ai dettagli" (aec, Dflex: EI = 0.99), "mancanza di fiducia" (mfi, DERS: EI = 0.83), "mancanza di accettazione" (mac, DERS: EI = 0.82) e "rigidità cognitiva" (rco, Dflex: EI = 0.81) sono risultati essere i più centrali, dunque le

caratteristiche principali della rete.

All'opposto i nodi "apprezzamento per la vita" (apv, PTGI: EI = 0.54), "difficoltà nel riconoscimento" (dri, DERS: EI = 0.53), "forza personale" (fpe, PTGI: EI = 0.49), "relazioni con gli altri" (rel, PTGI: EI = 0.31) e "ridotta autoconsapevolezza" (rau, DERS: EI = 0.30) sono risultati i meno centrali nella rete.

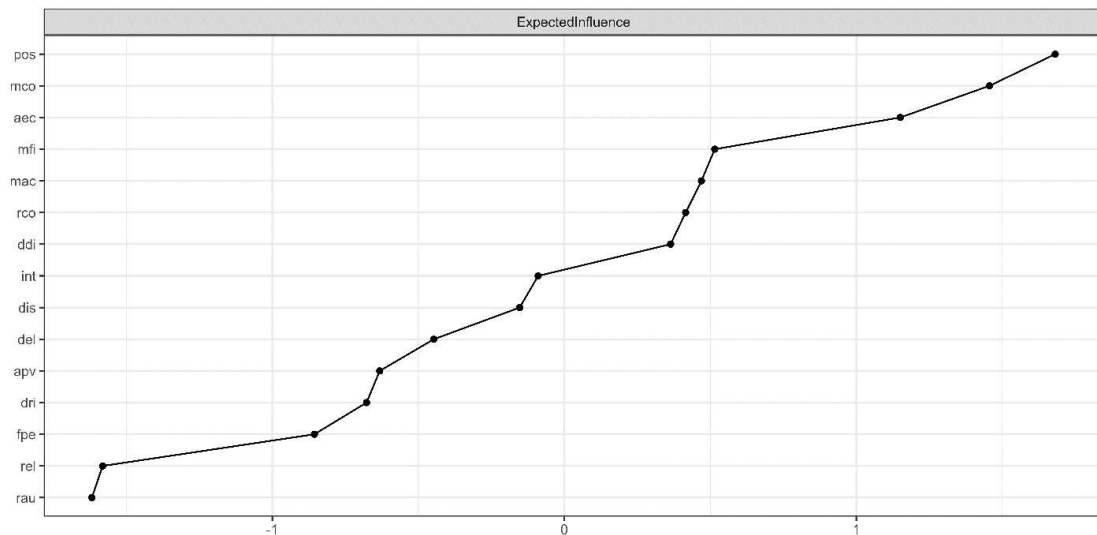


Figura 3.3

Indice di centralità Expected Influence (EI) per ciascun nodo della rete

Note: L'Expected Influence corrisponde alla somma algebrica di tutte le correlazioni parziali di un nodo, tenendo conto del loro segno positivo o negativo.

Accuratezza e stabilità della rete

L'analisi dei risultati relativi al bootstrap non-parametrico, utilizzato per la valutazione della stabilità delle correlazioni parziali tra i nodi, ha mostrato che la rete è stata stimata in modo abbastanza accurato (**Figura 3.4**). Inoltre, l'indice di centralità *Expected Influence* è apparso sufficientemente stabile (*CS-coefficient* = 0.28; **Figura 3.5**).

Stabilità delle correlazioni parziali tra i nodi della rete

La **Figura 3.4** mostra l'intervallo di confidenza al 95 % attorno ai valori degli archi stimati, ovvero ai coefficienti di correlazione parziale tra i nodi della rete.

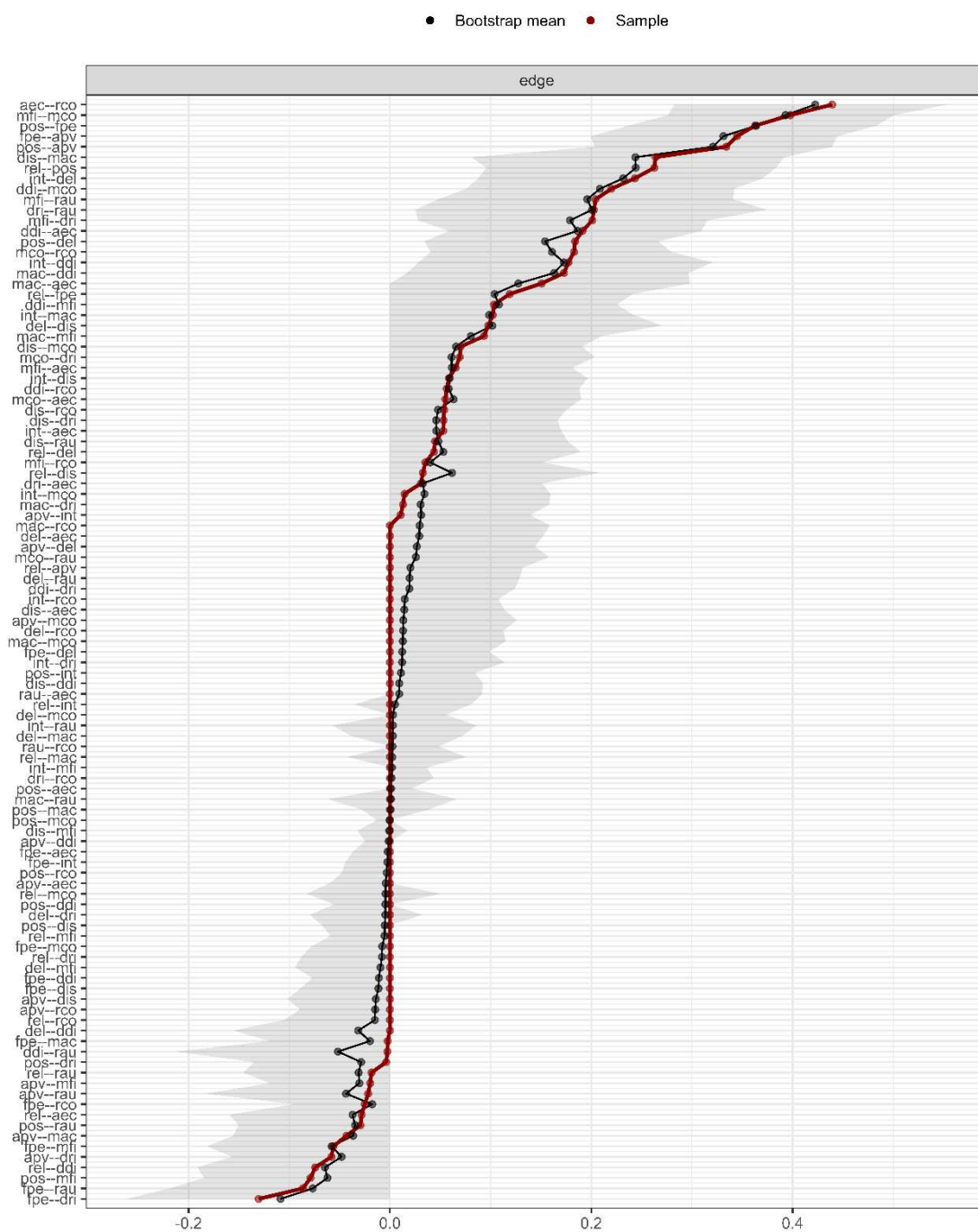


Figura 3.4:

Intervalli di confidenza attorno ai coefficienti di correlazione parziale stimati tra i nodi della rete

Note. La linea rossa indica i coefficienti di correlazione parziale tra i nodi della rete, mentre l'area grigia indica gli intervalli di confidenza bootstrapped al 95 %. Le linee orizzontali rappresentano ognuna una correlazione tra due variabili della rete e sono ordinate da quella con il coefficiente di correlazione parziale più elevato a quella con il coefficiente di correlazione parziale più basso. I nodi indicati rappresentano le variabili dei questionari Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), Event Related Rumination Inventory (ERRI), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21) e Detail and Flexibility Questionnaire (Dflex), che sono state prese in analisi nella ricerca.

Stabilità dell'indice di centralità

La **Figura 3.5** mostra l'accuratezza e la stabilità dell'indice di centralità *Expected Influence*.

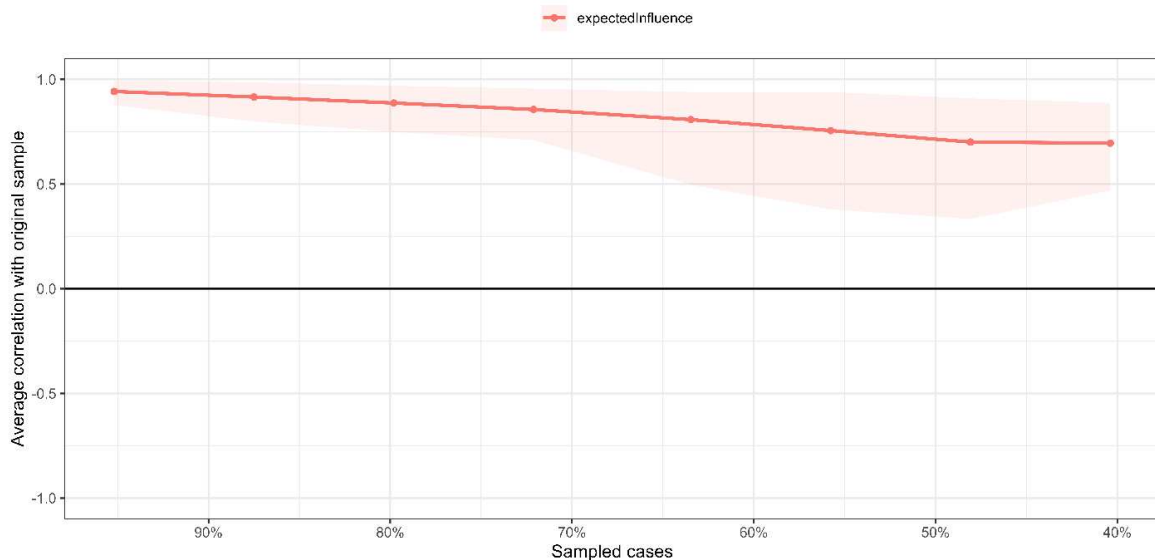


Figura 3.5

Stabilità dell'indice di centralità Expected Influence (EI)

Nota. La figura rappresenta le correlazioni medie tra gli indici di centralità della rete originale, costruita sui dati completi del campione, con reti stimate su campioni bootstrap ridotti.

CAPITOLO IV

Discussione

4.1. Discussione dei risultati

Lo scopo centrale del presente studio è stato quello di indagare la presenza di elementi di Crescita Post Traumatica in soggetti che si auto-definivano guariti da un Disturbo del Comportamento Alimentare.

Dall'analisi dei risultati della ricerca è stato possibile evidenziare un'effettiva Crescita a seguito della guarigione da un DCA. I partecipanti dello studio hanno infatti riportato elevati punteggi al questionario PTGI, in particolare nelle aree riguardanti le relazioni interpersonali, le nuove possibilità e la forza personale.

Questi valori si allineano con le risposte fornite nelle domande demografiche e cliniche iniziali, in cui fattori chiave per la guarigione, oltre alla terapia, sono stati identificati nel supporto sociale, nella motivazione personale, negli obiettivi futuri e nella speranza di una qualità di vita migliore.

I soggetti coinvolti nella ricerca hanno riferito generalmente di aver approfondito le loro relazioni e di aver instaurato legami più significativi. Inoltre, una volta superato il disturbo, hanno potuto riconoscere nuove opportunità per la loro vita e nuovi percorsi da poter intraprendere. Infine, la consapevolezza di aver affrontato con successo la patologia ha portato a un cambiamento positivo nella percezione di sé, accompagnato da un senso di maggior forza personale.

Questi esiti trovano conferma nello studio di Eaton e Phillips (2024) e nella letteratura focalizzata sulla PTG in relazione al *recovery* da Disturbi Mentali (Slade et al. 2019; Jordan et al., 2018), che documentano una Crescita significativa in seguito alla guarigione dalle patologie, con particolare riflesso sulle relazioni interpersonali.

Tuttavia, è importante considerare il criterio di inclusione relativo al ritenersi guariti dal Disturbo Alimentare, poiché questo potrebbe aver influito sulla stima di Crescita Post Traumatica registrata. Quest'ultima, infatti, riportava valori inferiori nello studio di Eaton e Phillips (2024) in cui venivano inclusi anche soggetti in fase di *recovery*.

Altre variabili che potrebbero aver influenzato i risultati della ricerca includono il requisito di aver ricevuto almeno un trattamento terapeutico per il disturbo e la predominanza di soggetti di sesso femminile nel campione. Studi precedenti hanno infatti dimostrato che le donne tendano a riportare livelli di PTG più elevati rispetto agli uomini (Cohen-Louck, 2022; Jin et al., 2014; Tedeschi & Calhoun, 1996) e che i punteggi relativi alla Crescita aumentino in seguito alla terapia (Pierce et al., 2023).

Allo stesso tempo, nello studio è stato possibile evidenziare la grande complessità insita nel percorso di guarigione da un Disturbo Alimentare (Treasure et al., 2020; Eaton et al. 2020). Gli individui coinvolti nella ricerca hanno riferito mediamente una durata di malattia di circa 6 anni, con in media più di 3 cicli di trattamento.

Andando ad analizzare i punteggi emersi dal questionario sulla ruminazione legata all'evento (ERRI) è stato possibile evidenziare una propensione generale da parte del campione all'utilizzo di ruminazione deliberata, piuttosto che intrusiva.

Inoltre, nella rete di correlazioni parziali stimata nella ricerca (*Network Analysis*) è stata riscontrata una forte correlazione positiva tra i nodi di Crescita Post Traumatica e la ruminazione deliberata, a sua volta correlata positivamente anche alla ruminazione intrusiva. Tali risultati si allineano con la teoria di Tedeschi e Calhoun (2004), secondo cui il processo di Crescita si sviluppa a partire da pensieri ed immagini intrusivi immediatamente successivi al trauma, seguiti da un'elaborazione cognitiva volontaria volta alla comprensione delle emozioni, all'attribuzione di un senso all'evento traumatico e all'incorporazione di nuove informazioni su di sé, sugli altri e sul mondo.

Tuttavia, nella rete di correlazioni parziali non è stata identificata alcuna connessione diretta tra la forma intrusiva di ruminazione e i domini di Crescita Post Traumatica. Al contrario, la prima è risultata parzialmente associata a difficoltà di regolazione emotiva, distress psicologico e rigidità cognitiva. Questo risultato è in linea con quanto dimostrato in studi precedenti che evidenziano come sforzi cognitivi intenzionali siano correlati allo sviluppo positivo della persona, mentre forme intrusive di ruminazione tendano ad essere associate a disagio psicologico e non riportino associazioni positive con la Crescita, se non mediante la ruminazione intenzionale (Triplett et al., 2012; Platte et al., 2022).

In conclusione, andando a considerare in maniera congiunta i risultati riguardanti il ruolo della ruminazione deliberata e l'influenza del supporto sociale, è possibile riscontrare grande accordo con la ricerca di Lindstrom et al. (2013), che ha dimostrato come la

possibilità di discutere con altri del trauma e dei suoi esiti positivi favorisca una maggior ruminazione deliberata e, di conseguenza, una maggior Crescita Post Traumatica.

Per quanto concerne la regolazione delle emozioni, i punteggi emersi al questionario DERS hanno evidenziato significative difficoltà da parte dei partecipanti nella gestione emotiva. Come dimostrato nello studio di Eaton et al. (2020), infatti, il Disturbo Alimentare può aver svolto la funzione di ausilio per la regolazione degli stati emotivi, rendendo necessario, una volta superata la patologia, lo sviluppo di nuove strategie di coping.

Elevati punteggi sono stati poi registrati al questionario Dflex per il livello di distress generale percepito. Dunque, è possibile che, nonostante i partecipanti riuscissero apprezzare i cambiamenti positivi successivi alla lotta con l'esperienza invalidante, dovessero ancora affrontare il disagio associato all'evento stesso (Triplett et al., 2012).

Tali elementi trovano supporto nella teoria di Tedeschi e Calhoun (2004), dove si sottolinea che livelli significativi di disagio psicologico siano essenziali non solo per la messa in moto del Processo di Crescita Post Traumatica, ma anche per il suo mantenimento. Anche altre ricerche hanno messo in luce come il processo di Crescita non comporti necessariamente la fine del dolore e dell'angoscia e che, anzi, spesso disagio personale e PTG coesistano (Tedeschi & Calhoun, 1995; Yalom & Lieberman, 1991).

Nella rete di correlazioni parziali sono inoltre emerse forti correlazioni negative tra le variabili della Crescita Post Traumatica e i nodi relativi alle difficoltà nella gestione delle emozioni, che sono invece risultati positivamente correlati al distress psicologico e alla rigidità cognitiva. È quindi possibile che componenti di disregolazione emotiva siano reciprocamente legate al disagio psicologico e che elementi di rigidità cognitiva possano ostacolare le abilità di distrarsi da emozioni negative e di controllarle.

Fattori a giustificazione di tali risultati possono essere individuati, sia nello studio di Keel e Forney (2013) dove emotività negativa, autovalutazioni negative e bassa autostima sono evidenziate tra i fattori che contribuiscono allo sviluppo di Disturbi Alimentari, sia nelle comorbidità con disturbi depressivi e disturbi d'ansia, spesso riscontrate nei DCA (Sansone & Sansone, 2011; Kaczkurkin et al., 2021; Udo & Grilo, 2019).

Pertanto, è probabile che individui con storia di Disturbi Alimentari sperimentino maggiori difficoltà nella gestione di stress, ansia ed emozioni negative.

Le correlazioni negative tra le variabili di regolazione delle emozioni e distress

psicologico e i nodi della Crescita Post Traumatica indicano inoltre che, affinché possa svilupparsi la PTG, è necessario che le persone esposte a gravi crisi imparino a gestire il disagio personale, così da favorire il pensiero costruttivo e l'elaborazione volontaria dell'evento (Tedeschi & Calhoun, 2004).

In conclusione, nella ricerca sono emersi elevati livelli di inflessibilità cognitiva ed eccessiva attenzione al dettaglio. Tali risultati possono esser spiegati facendo riferimento al Modello Cognitivo-comportamentale dei Disturbi dell'Alimentazione sviluppato da Fairburn (2003), nel quale, alla base dei Disturbi Alimentari, vengono evidenziati rigidi schemi cognitivi caratterizzati da un restringimento dell'attenzione verso pensieri legati al peso, alla forma corporea e al cibo. Inoltre, nella rete di correlazioni parziali, i nodi relativi alla rigidità cognitiva e all'eccessiva attenzione al dettaglio sono risultati, sebbene in maniera debole, correlati negativamente alle variabili di Crescita Post Traumatica. In particolare, connessioni negative sono state riscontrate tra la rigidità cognitiva e i nodi di forza personale e apprezzamento per la vita, suggerendo che le difficoltà nell'adattarsi ai cambiamenti possano limitare la capacità di andare oltre l'esperienza di patologia per poter apprezzare la propria esistenza e le proprie abilità nel far fronte alle difficoltà. Tali risultati concordano con il modello di Crescita Post Traumatica sviluppato da Tedeschi e Calhoun (2004) nel quale, affinché possano essere raggiunte trasformazioni positive per la persona, è necessario che quest'ultima sviluppi schemi cognitivi flessibili in grado di includere l'esperienza del trauma e i possibili eventi futuri nella propria storia di vita.

Anche nello studio di Mazor et al. (2018), è emerso che livelli elevati di *coping self-efficacy* fossero correlati a maggiore PTG, evidenziando come la capacità di gestire il proprio funzionamento in base alle richieste dell'ambiente sia fondamentale per il raggiungimento della Crescita Post Traumatica.

4.2. Limiti e punti di forza

Il presente studio riporta alcune limitazioni. In primo luogo, l'uso di una metodologia quantitativa per indagare il processo di Crescita Post Traumatica potrebbe risultare restrittivo. Difatti, sebbene le cinque aree indicate da Tedeschi e Calhoun (2004) possano coprire un'ampia gamma di risultati tipicamente associati alla Crescita, è plausibile che

alcune persone possano sperimentare miglioramenti in ambiti non inclusi in queste categorie, oppure che esprimano i cambiamenti in modi unici, influenzati dalle circostanze in cui si trovano, dal particolare tipo di evento traumatico vissuto o dalle caratteristiche di personalità. Un'analisi dei resoconti narrativi potrebbe costituire una strategia più valida per valutare la Crescita Post Traumatica, poiché consentirebbe di esplorare il processo senza limitazioni imposte da nozioni preconcepite e di osservare come emergano naturalmente nuovi schemi nel contesto della comprensione narrativa dell'evento. Questa ricerca fa parte di un progetto più ampio, in cui le esperienze di Crescita Post Traumatica in seguito alla guarigione da un Disturbo Alimentare sono state indagate anche attraverso interviste strutturate.

Un ulteriore limite risiede nell'aver utilizzato un disegno trasversale per la misurazione. Questo ha fornito solo un'istantanea del processo dinamico di Crescita Post Traumatica, senza permettere di comprendere come questo si sviluppi durante il percorso di guarigione o di esaminare in modo continuativo le varie influenze delle variabili analizzate. Inoltre, avendo basato la ricerca su misure *self-report*, è possibile che si siano verificati bias metodologici dovuti alla desiderabilità sociale o all'ottimismo dei soggetti coinvolti. In molti studi, infatti, gli autori hanno discusso riguardo l'effettiva corrispondenza, nella Crescita Post Traumatica, tra il cambiamento auto-riferito e il cambiamento effettivo (Gunty et al. 2011). Ad esempio, la teoria del "Volto di Giano" (Maercker & Zoellner, 2004) suggerisce che la Crescita Post Traumatica presenti sia un lato funzionale, auto-trascedente e costruttivo, sia un lato illusorio e auto-incompatibile. Un'altra teoria propone, invece, che il processo di PTG sia caratterizzato da una "crescita illusoria" iniziale, seguita poi da una "crescita costruttiva" (Maercker e Zeollner, 2004). Tuttavia, facendo riferimento alla teoria di Tedeschi e Clahoun (2004), questa ricerca si è concentrata principalmente sulle conseguenze positive del processo sul funzionamento psicologico dell'individuo.

Altri fattori che potrebbero aver influenzato i risultati dello studio riguardano i criteri di inclusione utilizzati per il reclutamento dei partecipanti. In particolare, il criterio relativo all'auto-percezione di guarigione da un Disturbo Alimentare potrebbe aver introdotto bias di metodo e portato a valutazioni più elevate di Crescita. Tuttavia, l'assenza di una definizione universale di *recovery* da un DCA limita la possibilità di riferirsi a criteri oggettivi prestabiliti. Spesso, per tentare di ottenere misure più obiettive, ricerche

precedenti hanno fatto riferimento ad indici fisici e comportamentali basati sul modello medico di cura. Tuttavia, come discusso nei primi capitoli, tali metodologie presentano gravi limitazioni nel catturare appieno le esperienze di *recovery* personale (Eaton et al., 2020; Keski-Rahkonen & Tozzi, 2005; Bardone-Cone et al., 2010). Pertanto, l'analisi della componente psicologica alla base dell'esperienza di guarigione rappresenta un punto di forza significativo dello studio. Inoltre, il criterio relativo all'aver ricevuto un trattamento terapeutico potrebbe aver contribuito a misurazioni più elevate dei livelli di Crescita Post Traumatica, come dimostrato da Pierce et al. (2023).

Infine, il fatto che il campione della ricerca fosse composto quasi per la totalità da soggetti di sesso femminile limita la generalizzabilità dei risultati. Tuttavia, l'ampia numerosità di partecipanti e la buona dispersione intorno alla media riscontrata nelle variabili quali la durata di malattia, il tempo trascorso dalla prima diagnosi e il tempo trascorso dalla guarigione aumentano la rappresentatività del campione, costituendo un vantaggio per la ricerca.

Il principale punto di forza dello studio consiste, tuttavia, nell'aver indagato costrutti recenti ed ancora poco analizzati in letteratura. I risultati di questa ricerca possono quindi contribuire in modo significativo allo sviluppo di nuovi percorsi di trattamento.

4.3. Implicazioni cliniche

La presente ricerca ha permesso di mettere in luce come il concetto di Crescita Post Traumatica possa esser applicato al processo di guarigione da un Disturbo Alimentare. Infatti, dall'analisi della letteratura sintetizzata nei primi capitoli, emergono numerosi punti in comune tra le dimensioni di benessere psicologico e auto-adattabilità/resilienza caratteristiche del *recovery* da un DCA (accettazione di sé, relazioni positive, crescita personale, diminuzione dei comportamenti e delle cognizioni legati al disturbo alimentare, auto-adattabilità/resilienza, identificazione di uno scopo e di un significato per la vita, integrazione spirituale, miglioramento del funzionamento fisico, speranza, identità e *self-compassion*) (De Vos et al., 2017; Wetzler et al., 2020) e le cinque aree di Crescita Post Traumatica (apprezzamento per la vita, forza personale, relazioni interpersonali, nuove opportunità, cambiamento spirituale-esistenziale) (Tedeschi &

Calhoun, 2004).

Questa osservazione consente di spostare l'attenzione da un approccio focalizzato principalmente sugli effetti dannosi e sulla riduzione dei sintomi, ad un approccio che esplori i potenziali esiti favorevoli derivanti dal superamento della patologia.

Pertanto, i professionisti della salute mentale sono invitati a sostenere i loro pazienti nel riconoscere i cambiamenti positivi e ad utilizzarli come base per il lavoro terapeutico. L'individuazione di alcuni aspetti di Crescita Post Traumatica può inoltre accrescere la speranza che sia possibile trarre benefici anche da esperienze difficili, facilitando così il superamento di gravi crisi.

Un modo in cui i servizi di salute mentale possono supportare le persone nel processo di guarigione è aiutarle a trovare un significato nelle loro esperienze, incoraggiandole a sfruttare i propri punti di forza e a riconoscere le abilità che possiedono per affrontare le difficoltà. Questi processi possono facilitare cambiamenti positivi nella percezione di sé e condurre i clienti a sviluppare un senso di maggior forza personale; entrambe elementi chiave del PTG (Morland et al., 2008).

In particolare, Calhoun e Tedeschi (1998) hanno fornito indicazioni ai terapeuti su come facilitare il processo di PTG. Secondo gli autori, i clinici possono incoraggiare la Crescita Post Traumatica sostenendo i cambiamenti descritti dai pazienti e riconoscendo, contemporaneamente, sia l'angoscia che i benefici sperimentati. È fondamentale, tuttavia, che essi evitino affermazioni che costringano i clienti ad individuare aspetti positivi, poiché ciò potrebbe generare evitamento cognitivo.

L'applicazione di queste strategie favorirebbe quindi la creazione di una narrazione significativa dell'evento, consentendo così di attribuirvi un significato.

Altri elementi chiave per lo sviluppo della PTG comprendono l'empatia, la considerazione positiva e il lavoro al ritmo del cliente (Joseph et al., 2005).

È cruciale che i terapeuti non considerino l'assenza di crescita come un fallimento e prestino particolare attenzione a non suggerire ai pazienti di dover per forza crescere dalle loro esperienze. Tali indicazioni potrebbero risultare offensive e minimizzare l'esperienza del paziente (Zoellner & Maercker, 2006).

Un'area di Crescita apparsa particolarmente importante nella ricerca è quella delle relazioni interpersonali. È lecito supporre che l'elaborazione di un cambiamento costruttivo nelle relazioni favorisca lo sviluppo di un ambiente interpersonale positivo

(Dunkley & Bates, 2015). Allo stesso modo, le persone significative per il paziente possono beneficiare di discussioni sul cambiamento costruttivo, dato che l'esperienza di crisi può aver avuto impatto anche su di loro (Sin et al., 2005).

I sistemi di cura possono quindi facilitare opportunità di *helpful self-disclosure* (David et al., 2022), promuovendo la condivisione delle proprie esperienze e offrendo supporto emotivo e psicoeducazione anche agli altri significativi (Dunkley & Bates, 2015).

Un altro elemento risultato fondamentale per il raggiungimento della Crescita Post traumatica è la creazione, da parte del terapeuta, di un ambiente empatico e supportivo, in cui i pazienti possano sentirsi liberi di esprimere le proprie emozioni. Ciò facilita l'elaborazione emotiva, riduce il distress percepito e consente un'elaborazione cognitiva che permetta di individuare un significato nell'esperienza vissuta (Joseph et al., 2005).

La ruminazione deliberata si è dimostrata un fattore altrettanto importante per la Crescita dopo il trauma. Numerosi studi hanno evidenziato che il pensiero attivo sugli eventi traumatici possa alterare gli stili di pensiero negativi e ridurre la paura legata al trauma (Ehlers & Steil, 1995; Paunovic & Öst, 2001). I clinici potrebbero quindi incoraggiare i pazienti che affrontano traumi a discutere delle loro strategie di pensiero, aiutandoli a identificare processi cognitivi di ruminazione deliberata che consentano loro di attribuire un significato all'evento vissuto. Questi risultati sottolineano l'importanza, da parte del sistema di cura, di esplorare la valutazione soggettiva del trauma per poter accompagnare gli individui nel loro processo di Crescita individuale (Kramer et al., 2020).

4.4. Ricerche future

La presente ricerca ha contribuito in modo significativo alla comprensione di come gli individui possano sperimentare cambiamenti psicologici positivi in seguito alla guarigione da un Disturbo Alimentare. Tuttavia, questo ambito di indagine risulta ancora poco indagato. Ciò apre la possibilità di sviluppare numerose ricerche e traiettorie di intervento.

Questo studio ha indagato in maniera congiunta il processo di *recovery* dai DCA, mentre ricerche future potrebbero esaminare le diverse traiettorie di Crescita Post Traumatica in seguito alla guarigione dai differenti Disturbi del Comportamento Alimentare.

Inoltre, variabili relative al sesso biologico, all'età, al tipo di diagnosi, al tempo di malattia e alle tipologie di trattamento potrebbero essere inserite all'interno della *Network Analysis* così da favorire una miglior comprensione della loro influenza.

Un ulteriore elemento di sviluppo per la ricerca potrebbe consistere nell'inclusione di disegni longitudinali. Quest'ultimi consentirebbero sia di comprendere appieno le interazioni tra i processi di Crescita Post Traumatica e le varie fasi del *recovery*, sia di indagare le influenze di differenti variabili durante gli stadi del processo.

Ricerche future dovrebbero poi replicare i risultati di questa ricerca in popolazioni maggiormente diversificate rispetto al campione preso in analisi. Tale accorgimento permetterebbe di ottenere una maggior generalizzabilità dei dati e la valutazione dell'influenza di variabili socioculturali sui processi.

In conclusione, come precedentemente accennato, l'utilizzo di misure qualitative permetterebbe una miglior comprensione dell'esperienza di Crescita personale sperimentata dai partecipanti.

Conclusioni

Il presente studio ha inizialmente messo in luce come l'esperienza di un Disturbo del Comportamento Alimentare possa avere grande impatto sulla vita degli individui e possa costituire un'esperienza traumatica associata a significativo disagio emotivo. Tuttavia, una letteratura sempre in crescita dimostra che le persone con storia di Disturbo Alimentare possano riconoscere alcuni cambiamenti psicologici positivi in seguito al superamento della patologia e che, dunque, i concetti di Crescita Post Traumatica e di guarigione siano strettamente correlati.

In particolare, la ricerca ha messo in luce come un'evidente Crescita personale possa verificarsi negli ambiti delle relazioni interpersonali, della forza personale e delle nuove possibilità. Soggetti che hanno affrontato il disturbo possono raggiungere livelli di funzionamento superiori a quelli precedenti, sviluppare relazioni più strette e significative, riconoscere la propria forza nell'aver fatto fronte alle difficoltà e tracciare nuove strade per la propria esistenza.

La presente ricerca invita i clinici della salute mentale ad adottare un approccio incentrato sugli esiti positivi e di maturazione della persona in seguito ad esperienze invalidanti, piuttosto che sulle conseguenze negative e sulla riduzione dei sintomi. Solo in questo modo essi potranno incoraggiare i clienti ed aiutarli a trovare un senso, uno scopo e una coerenza nella loro vita. Riconoscendo il potenziale di crescita, i terapeuti potranno sviluppare interventi individualizzati volti all'aumento del senso di speranza, all'identificazione dei punti di forza e alla convalida delle capacità di resilienza dei pazienti, promuovendo così la guarigione.

Lo studio ha inoltre evidenziato correlazioni negative tra il processo di Crescita Post Traumatica e aspetti di disregolazione emotiva, distress psicologico e inflessibilità cognitiva. Dunque, ricerche future potranno essere incentrate sull'implementazione di interventi volti al superamento di tali problematiche tramite lo sviluppo strategie adattive più efficaci. Dal momento che le forme di ruminazione intrusiva non hanno mostrato alcun legame con la Crescita, ma l'elaborazione cognitiva deliberata è risultata fondamentale per il processo, i nuovi trattamenti potranno includere analisi delle strategie di pensiero utilizzate dai clienti, così da condurli ad impegnarsi in processi cognitivi che abbiano maggiori probabilità di esiti positivi.

In conclusione, questa ricerca ha sottolineato l'importanza di esplorare la valutazione soggettiva dell'esperienza di crisi per poterne comprendere a pieno la valenza e poter sviluppare interventi personalizzati che abbiano come primo obiettivo il benessere e lo sviluppo positivo della persona.

Bibliografia

- Affleck, G., Allen, D. A., Tennen, H., McGrade, B. J., & Ratzan, S. (1985). Causal and control cognitions in parents' coping with chronically ill children. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 3(3), 367–377. <https://doi.org/10.1521/jscp.1985.3.3.367>
- Affleck, G., & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinning. *Journal of Personality*, 64, 899–922.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Andrykowski, M. A. (1992, August). Positive psychosocial adjustment among cancer survivors. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychological Association, Washington, D. C.
- Bang, L., Bahrami, S., Hindley, G., Smeland, O. B., Rødevand, L., Jaholkowski, P. P., Shadrin, A., Connell, K. S. O., Frei, O., Lin, A., Rahman, Z., Cheng, W., Parker, N., Fan, C. C., Dale, A. M., Djurovic, S., Bulik, C. M., & Andreassen, O. A. (2023). Genome-wide analysis of anorexia nervosa and major psychiatric disorders and related traits reveals genetic overlap and identifies novel risk loci for anorexia nervosa. *Translational psychiatry*, 13(1), 291. <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02585-1>
- Bardone-Cone, A. M., Harney, M. B., Maldonado, C. R., Lawson, M. A., Robinson, D. P., Smith, R., & Tosh, A. (2010). Defining recovery from an eating disorder: Conceptualization, validation, and examination of psychosocial functioning and psychiatric comorbidity. *Behaviour research and therapy*, 48(3), 194–202. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.11.001>
- Bardone-Cone, A. M., Hunt, R. A., & Watson, H. J. (2018). An Overview of Conceptualizations of Eating Disorder Recovery, Recent Findings, and Future

Directions. *Current psychiatry reports*, 20(9), 79.
<https://doi.org/10.1007/s11920-018-0932-9>

- Berkman, N. D., Lohr, K. N., & Bulik, C. M. (2007). Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. *The International journal of eating disorders*, 40(4), 293–309. <https://doi.org/10.1002/eat.20369>
- Berry, K., Ford, S., Jellicoe-Jones, L., & Haddock, G. (2013). PTSD symptoms associated with the experiences of psychosis and hospitalisation: a review of the literature. *Clinical psychology review*, 33(4), 526–538. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.01.011>
- Bottesi, G., Ghisi, M., Altoè, G., Conforti, E., Melli, G., & Sica, C. (2015). The Italian version of the Depression Anxiety Stress Scales-21: Factor structure and psychometric properties on community and clinical samples. *Comprehensive psychiatry*, 60, 170–181. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.04.005>
- Bulik, C. M., Carroll, I. M., & Mehler, P. (2021). Reframing anorexia nervosa as a metabo-psychiatric disorder. *Trends in endocrinology and metabolism: TEM*, 32(10), 752–761. <https://doi.org/10.1016/j.tem.2021.07.010>
- Burger, J., Isvoranu, A. M., Lunansky, G., Haslbeck, J. M. B., Epskamp, S., Hoekstra, R. H. A., Fried, E. I., Borsboom, D., & Blanken, T. F. (2022). Reporting standards for psychological network analyses in cross-sectional data. *Psychological methods*, 28(4), 806–824. <https://doi.org/10.1037/met0000471>
- Caglar-Nazali, H. P., Corfield, F., Cardi, V., Ambwani, S., Leppanen, J., Olabintan, O., Deriziotis, S., Hadjimichalis, A., Scognamiglio, P., Eshkevari, E., Micali, N., & Treasure, J. (2014). A systematic review and meta-analysis of 'Systems for Social Processes' in eating disorders. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 42, 55–92. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.12.002>
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and

cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, 13(3), 521–527. <https://doi.org/10.1023/A:1007745627077>

- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Triplett, K. N., Vishnevsky, T., & Lindstrom, C. M. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: the Event Related Rumination Inventory. *Anxiety, stress, and coping*, 24(2), 137–156. <https://doi.org/10.1080/10615806.2010.529901>
- Caplan, G. (1964). Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books
- Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *Int J Behav Med*. 1997;4(1):92-100. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6. PMID: 16250744
- Castellini G., Lo Sauro C., Mannucci E., Ravaldi C., Rotella C. M., Faravelli C., Ricca V. (2011). Diagnostic crossover and outcome predictors in eating disorders according to DSM-IV and DSM-V proposed criteria: A 6-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 73, 270-279.
- Cohen-Louck, K. (2022). Differences in post-traumatic growth: Individual quarantine, COVID-19 duration and gender. *Frontiers in Psychology*, 13, Article 920386. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.920386>
- Costa, P. X., Sr., & McCrae, R. R. (1985). NEO Personality Inventory (NEO-PI). APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t07564-000>
- Cusack, K. J., Frueh, B. C., Hiers, T., Suffoletta-Maierle, S., & Bennett, S. (2003). Trauma within the psychiatric setting: A preliminary empirical report. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 30, 453–460. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1024697715409>
- De Vos, J. A., LaMarre, A., Radstaak, M., Bijkerk, C. A., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2017). Identifying fundamental criteria for eating disorder recovery: a systematic review and qualitative meta-analysis. *Journal of eating disorders*, 5,34. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0164-0>

- Dunkley, J. E., & Bates, G. W. (2014). Recovery and adaptation after first-episode psychosis: The relevance of posttraumatic growth. *Psychosis*, 7(2), 130–140. <https://doi.org/10.1080/17522439.2014.936027>
- Eaton C. M. (2020). Eating Disorder Recovery: A Metaethnography. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 26 (4), 373–388. <https://doi.org/10.1177/1078390319849106>
- Eaton, C. M., & Phillips, K. E. (2024). Posttraumatic growth in eating disorder recovery. *Archives of psychiatric nursing*, 49, 38–46. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2024.01.002>
- Ehlers, A., & Steil, R. (1995). Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: a cognitive approach. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 23(3), 217–249. <https://doi.org/10.1017/S135246580001585X>
- Epskamp, S., Borsboom, D., & Fried, E. I. (2018). Estimating psychological networks and their accuracy: A tutorial paper. *Behavior research methods*, 50(1), 195–212. <https://doi.org/10.3758/s13428-017-0862-1>
- Epskamp, S., Cramer, A.O., Waldorp, L.J., Schmittmann, V.D., & Borsboom, D. (2012). Qgraph: Network visualizations of relationships in psychometric data. *Journal of Statistical Software*, 48, 1-18.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8)
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). *Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)*. APA PsycTests.
- <https://doi.org/10.1037/t03974-000>
- Favaro, A., Caregaro, L., Tenconi, E., Bosello, R., & Santonastaso, P. (2009). Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *The Journal*

of clinical psychiatry, 70(12), 1715–1721.
<https://doi.org/10.4088/JCP.09m05176blu>

- Frank, G. K., Reynolds, J. R., Shott, M. E., Jappe, L., Yang, T. T., Tregellas, J. R., & O'Reilly, R. C. (2012). Anorexia nervosa and obesity are associated with opposite brain reward response. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 37(9), 2031–2046.
<https://doi.org/10.1038/npp.2012.51>
- Freeman, D., & Fowler, D. (2009). Routes to psychotic symptoms: Trauma, anxiety and psychosis-like experiences. *Psychiatry Research*, 169, 107–112.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2008.07.009>
- Gelkopf, M., Roe, D., Werbloff, N., Ohayon Hasson, I., Mueser, K., Caspi, A., & Weiser, M. (2013). The prevalence of full and partial PTSD among people with severe mental illness in Israel. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, 244 –250.
<http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182848d1e>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26 (1), 41–54.
<https://doi.org/10.1023/B:JOBA.00000007455.08539.94>
- Grilo CM, Pagano ME, Skodol AE, Sanislow CA, McGlashan TH, Gunderson JG, Stout RL. Natural course of bulimia nervosa and of eating disorder not otherwise specified: 5-year prospective study of remissions, relapses, and the effects of personality disorder psychopathology. *J Clin Psychiatry*. 2007 May;68(5):738-46. doi: 10.4088/jcp.v68n0511. PMID: 17503983; PMCID: PMC2527481.
- Gunty, A. L., Frazier, P. A., Tennen, H., Tomich, P., Tashiro, T., & Park, C. (2011). Moderators of the relation between perceived and actual posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(1), 61–66. <https://doi.org/10.1037/a0020485>

- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., Sanislow, C., & Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748–751. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379>
- Janoff-Bulman, R. (1992). Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. Free Press.
- Jin, Y., Xu, J., & Liu, D. (2014). The relationship between post traumatic stress disorder and post traumatic growth: Gender differences in PTG and PTSD subgroups. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(12), 1903–1910. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0865-5>
- Jordan, G., MacDonald, K., Pope, M. A., Schorr, E., Malla, A. K., & Iyer, S. N. (2018). Positive changes experienced after a first episode of psychosis: A systematic review. *Psychiatric Services*, 69(1), 84–99. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600586>
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1993). Changes in outlook following disaster: The preliminary development of a measure to assess positive and negative responses. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 271–279.
- Kaczurkin AN, Mu W, Gallagher T, Lieblich S, Tyler J, Foa EB. The Association of Obsessive-Compulsive Disorder, Anxiety Disorders, and Posttraumatic Stress Disorder with Impairment Related to Eating Pathology. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2021 Oct;31:100685. doi: 10.1016/j.jocrd.2021.100685. Epub 2021 Sep 20. PMID: 34660185; PMCID: PMC8513719.
- Keel, P. K., & Forney, K. J. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 46(5), 433–439. <https://doi.org/10.1002/eat.22094>
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Friedman, B., Nielsen, E., Endicott, J., McDonald-Scott, P., & Andreasen, N. C. (1987). The Longitudinal Interval Follow-up Evaluation. A comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal

- studies. *Archives of general psychiatry*, 44(6), 540–548.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800180050009>
- Keski-Rahkonen A. (2021). Epidemiology of binge eating disorder: prevalence, course, comorbidity, and risk factors. *Current opinion in psychiatry*, 34(6), 525–531.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000750>
 - Keski-Rahkonen, A., & Tozzi, F. (2005). The process of recovery in eating disorder sufferers' own words: an Internet-based study. *The International journal of eating disorders*, 37 Suppl, S80–S89. <https://doi.org/10.1002/eat.20123>
 - Kilcommons, A. M., & Morrison, A. P. (2005). Relationships between trauma and psychosis: An exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 351–359. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00623.x>
 - Kramer, L. B., Whiteman, S. E., Witte, T. K., Silverstein, M. W., & Weathers, F. W. (2020). From trauma to growth: The roles of event centrality, posttraumatic stress symptoms, and deliberate rumination. *Traumatology*, 26(2), 152–159.
<https://doi.org/10.1037/trm0000214>
 - Kuehnel, R. H., & Wadden, T. A. (1994). Binge eating disorder, weight cycling, and psychopathology. *The International journal of eating disorders*, 15(4), 321–329.
<https://doi.org/10.1002/eat.2260150403>
 - Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
 - Lindstrom, C. M., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2013). The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 50–55. <https://doi.org/10.1037/a0022030>
 - Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck

Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)

- Lu, W., Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Yanos, P. T., & Mahmoud, N. (2017). Posttraumatic reactions to psychosis: A qualitative analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 129. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00129>
- Lysaker, P. H., & LaRocco, V. A. (2008). The prevalence and correlates of trauma-related symptoms in schizophrenia spectrum disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 330–334. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.12.003>
- Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(1), 176–190. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.1.176>
- Maercker, A., & Zoellner, T. (2004). The Janus Face of Self-Perceived Growth: Toward a Two-Component Model of Posttraumatic Growth. *Psychological Inquiry*, 15, 41-48.
- Marchiol, F., Lionetti, F., Luxardi, G. L., Cavallero, C., Roberts, M., & Penolazzi, B. (2020). Cognitive inflexibility and over-attention to detail: The Italian validation of the DFlex Questionnaire in patients with eating disorders. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 28(6), 671–686. <https://doi.org/10.1002/erv.2781>
- Mark, K. M., Stevelink, S. A. M., Choi, J., & Fear, N. T. (2018). Post-traumatic growth in the military: A systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 75(12), 904–915. <https://doi.org/10.1136/oemed-2018-105166>
- Mazor, Y., Gelkopf, M., & Roe, D. (2018). Posttraumatic growth among people with serious mental illness, psychosis and posttraumatic stress symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 81, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.10.009>
- Mazor, Y., Gelkopf, M., & Roe, D. (2020). Posttraumatic growth in psychosis: Challenges to the assumptive world. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(1), 3–10. <https://doi.org/10.1037/tra0000443>

- Mazor, Y., Gelkopf, M., Mueser, K. T., & Roe, D. (2016). Posttraumatic Growth in psychosis. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 202. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2016.00202>
- Meyerson, D. A., Grant, K. E., Carter, J. S., & Kilmer, R. P., (2011). Posttraumatic growth among children and adolescents: a systematic review. *Clinical Psychology Review*; 31, 949-964. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.06.003>
- Ministero della Salute (2013). Appropriatazza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione. Quaderni del Ministero della Salute,17(22), 1-89
- Morland, L. A., Butler, L. D., & Leskin, G. A. (2008). Resilience and thriving in a time of terrorism. In S. Joseph & P. A. Linley (Eds.), *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress* (pp. 39–61). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118269718.ch3>
- Mueser, K. T., Lu, W., Rosenberg, S. D., & Wolfe, R. (2010). The trauma of psychosis: Posttraumatic stress disorder and recent onset psychosis. *Schizophrenia Research*, 116, 217–227. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2009.10.025>
- Noblit G. W., Hare R. D. (1988). *Meta-ethnography: Synthesizing qualitative studies*. Newbury Park, CA: Sage.
- Nolen-hoeksema, S., & Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion*, 7(6), 561–570. <https://doi.org/10.1080/02699939308409206>
- O'Leary, V. E., & Ickovics, J. R. (1995). Resilience and thriving in response to challenge: an opportunity for a paradigm shift in women's health. *Women's health (Hillsdale, N.J.)*, 1(2), 121–142.
- Orejuela-Dávila, A. I., Levens, S. M., Sagui-Henson, S. J., Tedeschi, R. G., & Sheppes, G. (2019). The relation between emotion regulation choice and posttraumatic growth. *Cognition & emotion*, 33(8), 1709–1717. <https://doi.org/10.1080/02699931.2019.1592117>

- Pargament, K. I. (1996). Religious methods of coping: Resources for the conservation and transformation of significance. In E. P. Shafranske (Ed.), *Religion and the clinical practice of psychology* (pp. 215–239). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10199-008>
- Park, C. L., Cohen, L. H., & Murch, R. L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of personality*, 64(1), 71–105. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00815.x>
- Parkes C. M. (1971). Psycho-social transitions: a field for study. *Social science & medicine*, 5(2), 101–115. [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(71\)90091-6](https://doi.org/10.1016/0037-7856(71)90091-6)
- Paunovic, N., & Ost, L. G. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour research and therapy*, 39(10), 1183–1197. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(00\)00093-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(00)00093-0)
- Penn, D. L., Corrigan, P. W., Bentall, R. P., Racenstein, J. M., & Newman, L. (1997). Social cognition in schizophrenia. *Psychological Bulletin*, 121, 114 –132. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.114>
- Pierce, Z. P., Johnson, E. R., Kim, I. A., Lear, B. E., Mast, A. M., & Black, J. M. (2023). Therapeutic interventions impact brain function and promote post-traumatic growth in adults living with post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies. *Frontiers in Psychology*, 14, 1074972. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1074972>
- Platte, S., Wiesmann, U., Tedeschi, R. G., & Kehl, D. (2022). Coping and rumination as predictors of posttraumatic growth and depreciation. *Chinese journal of traumatology = Zhonghua chuang shang za zhi*, 25(5), 264–271. <https://doi.org/10.1016/j.cjtee.2022.02.001>
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2014). Italian adaptation and confirmatory factor analysis of the full and the short form of the Posttraumatic Growth Inventory. *Journal of Loss and Trauma*, 19(1), 12–22. doi:10.1080/15325024.2012.734203
- Resnick, S. G., Fontana, A., Lehman, A. F., & Rosenheck, R. A. (2005). An empirical

- conceptualization of the recovery orientation. *Schizophrenia research*, 75(1), 119–128. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.05.009>
- Rizkalla, N., & Segal, S. P. (2018). Well-being and posttraumatic growth among Syrian refugees in Jordan. *Journal of Traumatic Stress*, 31(2), 213–222. <https://doi.org/10.1002/jts.22281>
 - Roberts, M. E., Barthel, F. M., Lopez, C., Tchanturia, K., & Treasure, J. L. (2011). Development and validation of the Detail and Flexibility Questionnaire (DFlex) in eating disorders. *Eating behaviors*, 12(3), 168–174. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.04.001>
 - Robinaugh, D. J., Millner, A. J., & McNally, R. J. (2016). Identifying highly influential nodes in the complicated grief network. *Journal of abnormal psychology*, 125(6), 747–757. <https://doi.org/10.1037/abn0000181>
 - Romeo, A., Di Tella, M., Rutto, F., Castelli, L., Taku, K., & Loera, B. L. (2023). Expanded version of the Posttraumatic Growth and Depreciation Inventory: Scale validation and refinement among Italian adults. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 15 (1), 1–9. <https://doi.org/10.1037/tra0001203>
 - Rosenthal, A., Srinivas, T., Gagnon, K., Dmitrieva, J., & DePrince, A. (2023). Trauma appraisals and posttraumatic growth among survivors of sexual assault. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0001443>
 - Rubonis, A. V., & Bickman, L. (1991). Psychological impairment in the wake of disaster: the disaster-psychopathology relationship. *Psychological bulletin*, 109(3), 384–399. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.109.3.384>
 - Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
 - Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The role of purpose in life and personal growth in positive human health. In P. T. P. Wong & P. S. Fry (Eds.), *The human quest for*

meaning: A handbook of psychological research and clinical applications (pp. 213–235). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

- SAMHSA. (2005). *National consensus statement on behavioral health recovery*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2011). Personality pathology and its influence on eating disorders. *Innovations in clinical neuroscience*, 8(3), 14–18.
- Schubert, C. F., Schmidt, U., & Rosner, R. (2016). Posttraumatic growth in populations with posttraumatic stress disorder - a systematic review on growth-related psychological constructs and biological variables. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23(6), 469–486. <https://doi.org/10.1002/cpp.1985>
- Schwartzberg, S. S., & Janoff-Bulman, R. (1991). Grief and the search for meaning: Exploring the assumptive worlds of bereaved college students. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 10, 270–288. <https://doi.org/10.1521/jscp.1991.10.3.270>
- Sheppes, G., Scheibe, S., Suri, G., & Gross, J. J. (2011). Emotion-regulation choice. *Psychological science*, 22(11), 1391–1396. <https://doi.org/10.1177/095-6797611418350>
- Sheppes, G., Scheibe, S., Suri, G., Radu, P., Blechert, J., & Gross, J. J. (2014). Emotion regulation choice: a conceptual framework and supporting evidence. *Journal of experimental psychology. General*, 143(1), 163–181. <https://doi.org/10.1037/a0030831>
- Sherrer, M. V. (2011). The role of cognitive appraisal in adaptation to traumatic stress in adults with serious mental illness: A critical review. *Trauma, Violence & Abuse*, 12, 151–167. <http://dx.doi.org/10.1177/1524838011404254>
- Sighinolfi, C., Pala, A. N., Chiri, L. R., Marchetti, I., & Sica, C. (2010). Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): Traduzione e adattamento Italiano [Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): The Italian translation and adaptation]. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 16 (2), 141–170.

- Silverstein, M. W., Lee, D. J., Witte, T. K., & Weathers, F. W. (2017). Is post-traumatic growth trauma-specific? Invariance across trauma- and stressor-exposed groups. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(5), 553–560. <https://doi.org/10.1037/tra0000236>
- Slade, M., Rennick-Egglestone, S., Blackie, L., et al. (2019). Post-traumatic growth in mental health recovery: qualitative study of narratives. *BMJ Open*. doi: 10.1136/bmjopen-2019-029342
- Smith, J. M., & Alloy, L. B. (2009). A roadmap to rumination: a review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical psychology review*, 29(2), 116–128. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.10.003>
- Steinhausen H. C. (2009). Outcome of eating disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18(1), 225–242. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.013>
- Taku, K., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2008). The factor structure of the posttraumatic growth inventory: a comparison of five models using confirmatory factor analysis. *Journal of traumatic stress*, 21(2), 158–164. <https://doi.org/10.1002/jts.20305>
- Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2009). Intrusive versus deliberate rumination in posttraumatic growth across US and Japanese samples. *Anxiety, Stress, & Coping*, 22, 129–136.
- Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103(2), 193–210. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.103.2.193>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and Transformation: Growing in the Aftermath of Suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage. <http://dx.doi.org/10.4135/9781483326931>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress*, 9(3), 455–471.

<https://doi.org/10.1007/BF02103658>

- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). TARGET ARTICLE: “Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence.” *Psychological Inquiry*, 15 (1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Thomas, L. E., DiGiulio, R. C., & Sheehan, N. W. (1991). Identifying loss and psychological crisis in widowhood. *International Journal of Aging and Human Development*, 26, 279–295.
- Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *Lancet (London, England)*, 395(10227), 899–911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
- Triplett, K. N., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., & Reeve, C. L. (2012). Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(4), 400–410. <https://doi.org/10.1037/a0024204>
- Udo, T., & Grilo, C. M. (2019). Psychiatric and medical correlates of DSM-5 eating disorders in a nationally representative sample of adults in the United States. *The International journal of eating disorders*, 52(1), 42–50. <https://doi.org/10.1002/eat.23004>
- Van Eeden, A. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current opinion in psychiatry*, 34(6), 515–524. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>
- Watson, H. J., Yilmaz, Z., Thornton, L. M., Hübel, C., Coleman, J. R. I., Gaspar, H. A., Bryois, J., Hinney, A., Leppä, V. M., Mattheisen, M., Medland, S. E., Ripke, S., Yao, S., Giusti-Rodríguez, P., Anorexia Nervosa Genetics Initiative, Hanscombe, K. B., Purves, K. L., Eating Disorders Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, Adan, R. A. H., Alfredsson, L., ... Bulik, C. M. (2019). Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa. *Nature genetics*, 51(8), 1207–1214. <https://doi.org/10.1038/s41588-019-0439-2>

- Wetzler, S., Hackmann, C., Peryer, G., Clayman, K., Friedman, D., Saffran, K., Silver, J., Swarbrick, M., Magill, E., van Furth, E. F., & Pike, K. M. (2020). A framework to conceptualize personal recovery from eating disorders: A systematic review and qualitative meta-synthesis of perspectives from individuals with lived experience. *The International journal of eating disorders*, 53(8), 1188–1203. <https://doi.org/10.1002/eat.23260>

- Yalom, I. D., & Lieberman, M. A. (1991). Bereavement and heightened existential awareness. *Psychiatry*, 54(4), 334–345. <https://doi.org/10.1080/00332747.1991.11024563>

- Zhao, T., Liu, H., Roeder, K., Lafferty, J., & Wasserman, L. (2012). The huge Package for High-dimensional Undirected Graph Estimation in R. *Journal of machine learning research: JMLR*, 13, 1059–1062.

- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology - a critical review and introduction of a two-component model. *Clinical psychology review*, 26(5), 626–653. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.008>

Appendice

Vengono di seguito riportate le domande demografiche e cliniche inserite nella prima parte del questionario *Qualtrics* che è stato sottoposto ai partecipanti.

eta ★

Età

18 26 34 43 51 59 67 75 84 92 100

sposti il cursore sul
numero
corrispondente alla
sua età



sex ★

Sesso biologico

☐ Maschio

☐ Femmina

☐ Intersex

diagnosi ★ x→

Salta a

Fine sondaggio se ☐ Sì ☐ non è selezionato

In passato ha ricevuto una diagnosi di disturbo dell'alimentazione?

☐ Sì

☐ No

diagnosi_tipo ★ x→

Di che diagnosi si trattava?

☐ Anoressia Nervosa (AN)

☐ Bulimia Nervosa (BN)

☐ Disturbo dell'alimentazione incontrollata (BED)

☐ Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID)

☐ Disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato (NAS)

☐ Non sono a conoscenza della diagnosi

guarigione ★ x→

▼  Salta a

Fine sondaggio se No è selezionato

In questo momento, si ritiene guarito/a dal disturbo alimentare?

☐ Sì

☐ No

guarigione_tempo ★

Da quanto tempo ritiene di essere guarito/a dal disturbo alimentare?

	0	1	2	4	5	6	7	8	10	11	12	
Anni												
Mesi												

anno_diagnosi ★

In che anno ha ricevuto per la prima volta la diagnosi di disturbo alimentare?

durata_malattia ★

Per quanto tempo ha sofferto del disturbo dell'alimentazione? (qualora la durata di malattia fosse ad esempio 1 anno e mezzo selezioni entrambi le risposte e specifichi 1 anno e 6 mesi).

☐ ★ Mesi (specifichi il numero)

☐ ★ Anni (specifichi il numero)

trattamento ★ x→

▼  Salta a

Fine sondaggio se No è selezionato

Ha ricevuto un trattamento per il disturbo dell'alimentazione?

☐ Sì

☐ No

trattamento_tipo



Ha ricevuto un trattamento specifico per superare il suo disturbo alimentare? (Può selezionare più di una risposta)

- ☐ Trattamento ambulatoriale (specifichi per quanto tempo in mesi)
- ☐ Trattamento in regime diurno (Day-Hospital) (specifichi per quanto tempo in mesi)
- ☐ Trattamento intensivo (ricovero) (specifichi per quanto tempo in mesi)
- ☐ Trattamento di psicoterapia (specifichi per quanto tempo in mesi)
- ☐ Supporto nutrizionale (specifichi per quanto tempo in mesi)

n_cicli



Quanti cicli di trattamento ha effettuato dall'inizio alla fine della malattia? (in numero). Per ciclo si intende un periodo continuativo durante il quale si è sottoposto/a ad un trattamento di qualsiasi tipo.

fattori_guarigione



Quali fattori ritiene che abbiano contribuito alla sua guarigione? (può selezionare più risposte)

- ☐ Psicoterapia
- ☐ La mia motivazione
- ☐ Relazioni interpersonali - supporto sociale (famiglia, amici, partner, etc.)
- ☐ Carriera/formazione
- ☐ Attività ricreative
- ☐ Gruppo/i di supporto
- ☐ Testimonianze di guarigione da un disturbo alimentare
- ☐ Obiettivi futuri e speranza per una migliore qualità di vita
- ☐ Terapia farmacologica
- ☐ Altro (specifichi di seguito cosa)