



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica

Tesi di laurea Magistrale

L'esperienza di guarigione dai disturbi del comportamento alimentare: uno studio qualitativo sulla base della teoria della Crescita Post-Traumatica

Recovering from an eating disorder: a qualitative study based on the Post-Traumatic Growth framework

Relatrice

Prof.ssa Valentina Cardi

Correlatrice

Dott.ssa Ludovica Natali

Laureanda: Elisabeth Vezzosi

Matricola: 2082990

Anno Accademico 2023/24

*A Sherylin,
al coraggio che mostri ogni giorno,
alla forza con cui ti sei rialzata,
ai sogni che stai inseguendo con passione e determinazione,
alla vita che ti aspetta.
A Te sorellina mia,
che sei e sarai sempre la mia persona.*

INDICE

ABSTRACT	7
INTRODUZIONE	9
1 I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE.....	10
1.1 La percezione dei pazienti di soffrire di un disturbo del comportamento alimentare.....	10
1.1.1 Il disturbo alimentare come giubbotto di salvataggio	12
1.2 La guarigione da un disturbo del comportamento alimentare	13
1.2.1 La percezione dei pazienti di essere guariti da un disturbo alimentare	18
1.2.2 I fattori prognostici favorevoli e sfavorevoli dell'outcome dei disturbi del comportamento alimentare	23
1.2.3 L'importanza della self-disclosure e del modeling nella guarigione da un disturbo del comportamento alimentare	28
2 POST-TRAUMATIC GROWTH.....	30
2.1 Il modello Post-Traumatic Growth	30
2.2 Le cinque dimensioni del modello PTG	32
2.3 Il Post-Traumatic Growth Inventory.....	34
2.4 Il ruolo della narrazione nello sviluppo della Crescita Post-Traumatica	36
2.5 Il processo di crescita.....	39
2.5.1 La relazione tra Post-Traumatic Growth e ruminazione	44
2.5.1.1 Il questionario Event Related Rumination Inventory	48
2.6 Problemi metodologici nella misurazione della Crescita Post-Traumatica	49
2.7 Applicazione clinica del modello PTG: la Crescita Post-Traumatica nei disturbi mentali	51
2.7.1 La Crescita Post-Traumatica nei disturbi alimentari	54
3 LA RICERCA	56
3.1 Obiettivi e ipotesi dello studio	56
3.2 Metodi e materiali	56
3.2.1 Misurazioni qualitative e quantitative	56
3.2.2 Partecipanti	57
3.2.3 Procedura	58

3.3	Analisi dei dati	59
3.3.1	Analisi descrittive	59
3.3.2	Analisi tematica	59
4	RISULTATI.....	61
4.1	Caratteristiche demografiche del campione.....	61
4.2	Dati qualitativi	63
4.2.1	Temi e sotto-temi.....	63
5	DISCUSSIONE	93
5.1	Discussione delle interviste	93
5.2	Limiti e punti di forza dello studio	95
5.3	Implicazioni cliniche.....	96
5.4	Prospettive future	100
	CONCLUSIONI	101
	BIBLIOGRAFIA.....	103
	APPENDICE.....	107
	RINGRAZIAMENTI.....	108

ABSTRACT

Background teorico: I disturbi del comportamento alimentare rappresentano il disturbo psichiatrico con più alta mortalità ed ha tassi di guarigione sotto ottimali (Eaton, 2020). La letteratura scientifica, pur non basandosi su una definizione univoca di guarigione da un disturbo alimentare, ha raccolto sufficienti testimonianze da persone che ne sono uscite, dimostrando quindi che la guarigione è possibile (Eaton, 2020). La Crescita Post-Traumatica viene definita come una serie di cambiamenti psicologici positivi risultanti dalla lotta con circostanze di vita altamente difficili e può verificarsi anche come conseguenza di una malattia fisica (cancro, HIV, artrite ecc.) (Tedeschi & Calhoun, 2004). Ci sono pochissimi studi che analizzano la Crescita Post-Traumatica in seguito ad un disturbo mentale (quelli che ci sono fanno riferimento ad episodi di psicosi).

Obiettivi dello studio: Il presente studio indaga quali sono i fattori che influiscono maggiormente sulla guarigione da un disturbo alimentare, per contribuire allo sviluppo di metodi e modalità di trattamento che favoriscano la guarigione, e se vi è – ed in quali aree – un senso di crescita personale nella vita di una persona dopo aver lottato contro tale disturbo, secondo il modello di riferimento del Post-Traumatic Growth sviluppato da Tedeschi e Calhoun (1996).

Metodi: Ai partecipanti dello studio è stata somministrata una serie di questionari (Depression Anxiety Stress Scale – DASS-21, Difficulties in Emotion Regulation Scale – DERS, Post-Traumatic Growth Inventory – PTGI, Event Related Rumination Inventory – ERRI, Detail Flexibility Questionnaire – DFLEX) preceduta da 12 domande demografiche e relative al proprio disturbo alimentare. Al termine della compilazione dei questionari, è stata somministrata un'intervista strutturata a coloro che avevano firmato il consenso ad essere ricontattati.

Risultati: Dall'analisi qualitativa delle interviste emerge che gli elementi che contribuiscono maggiormente alla guarigione sono il percorso di psicoterapia e la competenza dei professionisti, il supporto familiare e sociale e l'apprendimento di strategie di regolazione delle emozioni, che permette di non dover utilizzare più il proprio corpo come mezzo per comunicare il proprio dolore. La necessità e la volontà di riacquistare la libertà di scelta sulla propria vita e la consapevolezza di non meritare di soffrire sono fattori che aiutano a sostenere il processo di guarigione nel tempo. Soffrire di un disturbo dell'alimentazione e lottare per uscirne, spesso fa sì che le persone vadano

incontro a grandi cambiamenti nella percezione di sé, degli altri, del mondo circostante e del futuro. In riferimento al modello di Crescita Post-Traumatica sono emersi cambiamenti nella dimensione dell'apprezzamento delle piccole cose, della visione di se stessi e del futuro, delle relazioni con gli altri e del senso di forza personale.

Conclusioni: Anche i disturbi del comportamento alimentare possono quindi essere vissuti e percepiti come traumi, provocando perciò sintomi di distress post-traumatico, ma allo stesso tempo fornendo l'opportunità di creare un terreno fertile per lo sviluppo di una crescita personale. Il trattamento dei DCA, dunque, potrebbe includere anche strategie e tecniche volte al riconoscimento dei potenziali ambiti di crescita dell'individuo e all'agevolazione della crescita stessa.

INTRODUZIONE

« *What are we supposed to do in the face of so much senseless pain?* »

« *What else can we do but take what seems meaningless
and try to make something meaningful from it?* »

- *House of Cards (2013)*

Che cosa significa soffrire di un disturbo alimentare? Che cosa rende le persone che ne soffrono così riluttanti al cambiamento? È possibile una piena guarigione da un disturbo alimentare? Se sì, come cambia la vita di una persona dopo aver sofferto di tale disturbo psichiatrico ed esserne guarito/a?

Queste sono alcune delle domande che hanno ispirato questo progetto di ricerca nell'esplorazione dell'esperienza di guarigione da un disturbo alimentare e delle conseguenze che questo ha nella vita delle persone che ne hanno sofferto.

In particolare questo progetto ha indagato il processo di "Crescita Post Traumatica" in persone con esperienza di disturbi alimentari, ovvero cambiamenti psicologici positivi risultante dalla lotta con circostanze di vita altamente difficili (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Nel primo capitolo illustrerò i dati attualmente disponibili in letteratura in merito all'esperienza di un disturbo alimentare da parte di chi ne ha sofferto ed alla definizione di guarigione da un disturbo alimentare, evidenziando come non esista un consenso univoco per definire la guarigione da questo disturbo psichiatrico.

Nel secondo capitolo introdurrò il modello della Crescita Post-Traumatica, così come elaborato da Calhoun e Tedeschi nel 1996 e la declinazione di questo modello nei disturbi mentali.

Nel terzo capitolo presenterò gli obiettivi e i metodi utilizzati per indagare l'esperienza di guarigione da un disturbo alimentare e la relativa potenziale Crescita Post-Traumatica.

Il quarto capitolo è dedicato ai risultati della suddetta ricerca ed il quinto alla discussione di tali risultati, con un focus su limiti, punti di forza e possibili implicazioni cliniche.

1 I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

1.1 La percezione dei pazienti di soffrire di un disturbo del comportamento alimentare

I disturbi del comportamento alimentare rappresentano un disturbo psichiatrico molto complesso, caratterizzato da una gestione disfunzionale del cibo, un'eccessiva preoccupazione per l'aumento del peso ed un'alterata percezione dell'immagine corporea (Treasure et al., 2020). Molto spesso si presentano in comorbilità con altri disturbi psichiatrici, quali disturbi d'ansia e dell'umore, disturbi del neurosviluppo, abuso di sostanze e alcol e disturbi di personalità (Treasure et al., 2020).

L'eziologia dei disturbi alimentari è multifattoriale e può essere spiegata da una complessa interazione di fattori biologici (genetica, vulnerabilità neurobiologica), psicologici (bassa autostima, perfezionismo, traumi infantili, distorsione e insoddisfazione corporea etc.), socioculturali (confronti con gli altri, social media, pressioni sociali, definizione culturale di bellezza, stile genitoriale, pressione verso la perdita di peso, commenti e giudizi sul corpo da parte di familiari e amici) e comportamentali (isolamento sociale, ossessione verso l'aspetto fisico, comportamenti disfunzionali verso il corpo ed il cibo) (Treasure et al., 2020).

I disturbi del comportamento alimentare sono caratterizzati anche da un'ipersensibilità al confronto sociale e alle critiche, da una svalutazione di sé e sentimenti di inferiorità, da comportamenti remissivi ed una profonda vergogna (Cardi et al., 2014). Esperienze infantili di svalutazione di sé, esposizione a critiche sul corpo, timidezza e isolamento sociale possono contribuire allo sviluppo di un disturbo alimentare; tali caratteristiche vengono poi rinforzate dai sintomi del disturbo stesso e, talvolta, rimangono anche dopo la remissione dei sintomi e la guarigione dal disturbo (Cardi et al., 2014).

Nello studio di Cardi et al. (2014) è stato trovato che le persone che soffrono di disturbi alimentari hanno un'ipervigilanza per tutti quegli stimoli che si riferiscono al rango sociale (la quale è correlata positivamente alla gravità dei sintomi dell'umore) e minori livelli di autovalutazione positiva implicita rispetto ai controlli sani (associati alla gravità dei sintomi alimentari) – le persone guarite dal disturbo hanno un profilo che si colloca tra i controlli sani e i pazienti (Cardi et al., 2014).

È fondamentale analizzare la percezione soggettiva e personale delle persone che

soffrono di disturbi alimentari, perché solo in questo modo possiamo capire quali sono le difficoltà che incontrano nella vita di tutti i giorni, cosa significa dal loro punto di vista soffrire di un disturbo alimentare e quali sono i principali ostacoli al cambiamento, quindi cos'è che le tiene aggrappate al disturbo talvolta anche per molti anni.

In uno studio qualitativo mirato a comprendere la percezione dei pazienti che soffrono di un disturbo alimentare, sono emersi alcuni elementi comuni tra chi soffre di Anoressia Nervosa (AN): la compulsione e l'ossessione verso la restrizione alimentare, il sentirsi costrette ad attuare un continuo controllo sul cibo, il sentire di avere due personalità – una razionale e sana, l'altra irrazionale e sotto il controllo delle regole imposte dalla malattia, che porta la persona a negare il proprio disturbo e a non riconoscere la gravità del problema –, la voce del disturbo che prende il sopravvento in tutte le decisioni quotidiane, trascurando i veri bisogni della persona, portando ad una separazione tra corpo e mente, dove la mente impone di non ascoltare il corpo e di sentirsi in colpa nel caso venisse fatto (Jenkins & Ogden, 2012). Un altro elemento molto importante riportato da chi ha sofferto di Anoressia Nervosa è l'uso del disturbo e del proprio corpo come mezzo di comunicazione di un malessere e di un disagio psicologico che non sapevano esprimere altrimenti, ad esempio attraverso la comunicazione verbale (Jenkins & Ogden, 2012).

Un altro aspetto interessante da indagare è l'esperienza della percezione della “voce” del disturbo alimentare che sembra prendere il controllo della situazione sovrastando l'individuo stesso. La voce del disturbo alimentare viene definita come una voce interna che commenta i comportamenti relativi al cibo e al corpo della persona e che ordina alla persona ciò che deve fare (Aya et al., 2019). In letteratura ci sono vari studi che cercano di correlare le caratteristiche della voce con le caratteristiche del disturbo alimentare stesso: sembra che una voce più forte, quindi più controllante, opprimente e giudicante, sia correlata positivamente con la gravità del disturbo, con la disfunzionalità dei comportamenti relativi al cibo e con la gravità dei comportamenti compensatori (Aya et al., 2019).

Il modo in cui la voce viene percepita dal paziente, tuttavia, cambia nel corso del tempo: inizialmente dà quasi un senso di conforto, di compagnia, di sicurezza, di guida ai pazienti che quindi sono spinti ad ascoltarla e a non separarsene; con il progredire della malattia, però, la voce spesso assume caratteristiche negative quali un estremo controllo sulla persona, un atteggiamento molto critico e dominante, viene percepita come

malevola, onnipotente, che mira a distruggere l'individuo e i pazienti si sentono bullizzati da essa (Aya et al., 2019).

Queste due facce della stessa medaglia costituiscono la base per lo sviluppo di un'ambivalenza che le persone provano di fronte alla motivazione al cambiamento: da un lato vorrebbero liberarsene, combattere la voce, diventare assertive nei suoi confronti, dall'altra si sentono intrappolate e talvolta hanno paura di lasciar andare la compagnia ed il conforto che la voce fornisce (Aya et al., 2019).

1.1.1 Il disturbo alimentare come giubbotto di salvataggio

Eaton (2020), nella sua meta-etnografia sulla guarigione da disturbi del comportamento alimentare (DCA), evidenzia come primo tema generale emerso dalla sintesi dei dati quello del disturbo alimentare come un giubbotto di salvataggio, usando la metafora del nuoto. I disturbi alimentari possono infatti rappresentare una strategia di coping per chi ne soffre, che porta sì ad isolamento, rinunce, limiti e restrizioni, ma allo stesso tempo fornisce un senso di controllo, sicurezza e identità (Eaton, 2020). Il disturbo alimentare diventa un potente strumento per regolare le emozioni negative altrimenti insopportabili e fronteggiare situazioni stressanti e traumatiche (Eaton, 2020). Chi soffre di disturbi alimentari spesso internalizza questo disturbo, che diventa quindi egosintonico; ciò porta a percepirlo come una parte di sé irrinunciabile, un posto sicuro senza il quale affrontare la vita diventerebbe troppo spaventoso (Eaton, 2020). Iniziare a realizzare le reali conseguenze – fisiche e psicologiche – che il disturbo provoca, influenza la contemplazione della guarigione da parte di chi ne soffre.

Continuando con la metafora del nuoto, Eaton (2020) denomina il secondo tema – il riconoscimento delle conseguenze – “l’annegamento”: il disturbo alimentare diventa una compulsione che, seppur nociva per l'individuo, rimane indispensabile per la sopravvivenza. La contemplazione della guarigione sembra giungere quando il disturbo prende il sopravvento sull'individuo stesso e le conseguenze diventano insopportabili (Eaton, 2020). Spesso chi soffre di disturbi alimentari tenta di iniziare un trattamento più volte durante il corso della malattia, in quanto ci sono dei momenti di contemplazione della guarigione, alternati a momenti di inibizione (Eaton, 2020) che riflettono l'ambivalenza verso la guarigione: se guarire significa riacquisire un benessere perduto, implica però anche la perdita di una parte della propria identità che, per quanto dolorosa,

è molto confortante. Anche la paura di lasciare il controllo che si ha (o meglio, che si ha la percezione di avere) grazie al disturbo alimentare ostacola la guarigione; questo può essere aggirato rendendo l'individuo il più possibile partecipe al suo percorso di guarigione e far sì che accetti veramente l'aiuto altrui (Lindgren et al., 2014).

I fattori chiave che sono stati individuati da Eaton (2020) essere un limite alla capacità delle persone di impegnarsi pienamente nel percorso di trattamento sono principalmente lo stigma, la vergogna e il senso di colpa; lavorare su questi elementi può colmare la distanza tra il desiderio di guarigione ed il vero impegno nel processo di trattamento (Eaton, 2020).

1.2 La guarigione da un disturbo del comportamento alimentare

I disturbi dell'alimentazione rappresentano il disturbo psichiatrico con il più alto tasso di mortalità; impattano su tutti gli aspetti della vita quotidiana di una persona – lavoro, relazioni interpersonali, funzionamento sociale; si presentano spesso in comorbidità con altri disturbi psichiatrici (disturbi dell'umore, disturbi d'ansia etc.) ed il processo di guarigione viene descritto come molto impegnativo, se non addirittura impossibile – effettivamente i disturbi alimentari sono spesso cronici e refrattari (De Vos et al., 2017; Eaton, 2020).

La letteratura scientifica è carente di un consenso univoco riguardo alla definizione di guarigione da un disturbo alimentare, la quale è necessaria sia in clinica che in ricerca (Bardone-Cone et al., 2009). La mancanza di una definizione uniforme fa sì che negli studi scientifici ci sia molta variabilità nelle statistiche sulla guarigione (dal 3 al 96%, a seconda dei criteri considerati) e sulle ricadute e crea confusione nei setting clinici, specialmente durante le varie fasi di trattamento che si basano sulla gravità e la cronicizzazione del disturbo (De Vos et al., 2017; Eaton, 2020).

Le questioni che generano dubbi in merito alla definizione di guarigione da un disturbo alimentare concernono sia *quali indici* debbano essere presi in considerazione, sia *per quanto tempo* i comportamenti legati al disturbo debbano essere assenti (Bardone-Cone et al., 2009). Gli indici che dovrebbero essere considerati sono:

- Indici fisiologici (peso corporeo e presenza o meno delle mestruazioni nei soggetti di sesso femminile);

- Indici comportamentali (ad esempio assenza di abbuffate, di comportamenti compensatori e dell'alimentazione restrittiva);
- Indici psicologici (quali preoccupazioni relative all'immagine corporea e paura di prendere peso), (Bardone-Cone et al., 2009).

Rispetto alla durata dell'assenza di determinati comportamenti e pensieri legati al disturbo alimentare, affinché si possa definire una guarigione, ci sono opinioni contrastanti. Bardone-Cone et al. (2009) riportano varie ipotesi che si inseriscono nel range temporale tra le 8 settimane e 1 anno. Kordy et al. (2002), ad esempio, sostengono che nell'Anoressia Nervosa 2 mesi siano una durata adeguata per una remissione stabile, mentre nella Bulimia Nervosa (BN) ne siano necessari 4 (Bardone-Cone et al., 2009), ma queste ipotesi non sono state provate empiricamente (Lock et al., 2013). Altri studi, tuttavia, evidenziano come nel primo anno post-trattamento o post-guarigione, ci sia il maggior rischio di ricadute (Bardone-Cone et al., 2009).

Un approccio comunemente utilizzato per definire la guarigione da un disturbo alimentare è quello basato sul modello medico di cura, quindi su dati quantitativi, che porta al centro dell'attenzione i criteri elencati dal *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5th edition* (DSM-5 – APA, 2013) per una piena guarigione: il ripristino del normopeso e la remissione dei sintomi del disturbo alimentare per un periodo consistente di tempo (APA, 2013; Eaton, 2020). In genere, le misure che vengono usate per stabilire la guarigione sono: frequenza/assenza di abbuffate e comportamenti compensatori, i cut-off a determinati questionari/interviste che valutano i sintomi alimentari, la remissione dai sintomi alimentari ed il *Body Mass Index* (BMI) (De Vos et al., 2017).

Questa definizione, tuttavia, esclude la componente psicologica che è fondamentale per la traiettoria di guarigione – e questo viene riportato anche dai pazienti stessi – e non è in linea con la definizione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità secondo cui la salute non è mera assenza di malattia, bensì include anche la presenza di benessere psicologico e sociale, la capacità di realizzare i propri obiettivi e di affrontare le sfide imposte dall'ambiente circostante (De Vos et al., 2017; Eaton, 2020; Organizzazione Mondiale della Sanità [OMS], 1948). Anche le linee guida *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) evidenziano l'importanza di valutare sia gli aspetti fisici che quelli psicologici nel definire la guarigione da un disturbo alimentare, in quanto la guarigione

dal punto di vista psicologico non segue automaticamente il recupero fisico, ma non c'è un consenso su come e quali fattori valutare a tal fine, anche perché guarire dal punto di vista psicologico può avere significati diversi per persone diverse (Jenkins & Ogden, 2012).

La remissione dai sintomi alimentari non è sufficiente per cogliere e misurare la guarigione da un DCA (De Vos et al., 2017) e l'assenza di un cambiamento psicologico e cognitivo riguardante la propria immagine corporea, il cibo ed il peso, porta ad una "pseudo-guarigione" predittiva di ricadute (Bardone-Cone et al., 2009). Steinhausen (2009), infatti, evidenzia come – negli studi riferiti all'arco temporale dal 1950 al 1999 – andando a guardare i sintomi chiave del disturbo alimentare, i risultati sembrano ottimisti: al follow up il ritorno al normopeso si aveva nel 60% dei partecipanti, la regolarizzazione delle mestruazioni nel 57% e la normalizzazione del comportamento alimentare nel 47%. Tuttavia, la percentuale di piena guarigione tra i partecipanti era meno della metà, mentre il 33% era migliorato ed il 20% aveva sviluppato una cronicizzazione del disturbo (Steinhausen, 2009) – si definisce cronico un disturbo alimentare i cui sintomi persistono per più di 7 anni (Dawson et al., 2014).

Questo dimostra come la definizione di guarigione non possa prescindere dal considerare anche gli aspetti psicologici e cognitivi del disturbo psichiatrico (Bardone-Cone et al., 2009) e l'importanza di aggiungere criteri relativi alla salute mentale – quali la qualità di vita, il benessere individuale, il funzionamento psicologico, sociale ed emozionale – nella definizione di guarigione da un disturbo alimentare (De Vos et al., 2017). La guarigione da un disturbo alimentare richiede di abbandonare vecchie abitudini ed imparare nuove abilità di coping (Eaton, 2020), di rivalutare la propria esistenza e rendersi conto che il disturbo non porta ad un vero controllo sulla propria vita o alla felicità, ma anzi oltre ad avere effetti dannosi sul proprio corpo, ha ripercussioni negative anche sulle persone care – realizzare questo porta all'introspezione necessaria al cambiamento ed alla ricerca della propria vera identità (Duncan et al., 2014).

Nei 12 studi esaminati da Eaton (2020) nella sua meta-etnografia, sono emersi alcuni fattori chiave che hanno favorito la guarigione:

- I pazienti avevano bisogno di dire un addio finale al loro disturbo, quindi imparare a lasciar andare;
- Imparando a lasciar andare, le persone scoprivano l'auto-accettazione, una

maggior auto-consapevolezza e forza personale;

- Fondamentale è stato anche il sentimento di speranza, il quale ha permesso loro di sfidare il disturbo ed emergere come individui;
- Ricongiungersi con se stessi (ad esempio facendo attività come yoga, rilassamento, meditazione, pet-therapy ed, alcuni, attraverso la spiritualità) e con gli altri (terapeuti, amici e familiari), (Eaton, 2020).

È emersa una differenza tra uomini e donne nell'esperienza di guarigione: le donne enfatizzano l'importanza di accettare il proprio peso, l'aspetto fisico e focalizzarsi sul problem solving; gli uomini si concentrano sulla loro abilità di moderare l'intensa attività fisica e sviluppare specifiche strategie per evitare ricadute (Eaton, 2020). Le donne, inoltre, sentono anche un senso di responsabilità della guarigione, in quanto si devono prendere cura degli altri, devono adempiere alle loro attività etc. (Eaton, 2020). Tutto ciò dimostra come la guarigione da un disturbo alimentare sia ben lontana dal semplice recupero della salute fisica, ma richieda una profonda scoperta di se stessi al di fuori del disturbo alimentare (Eaton, 2020). Gli studi che mostrano l'importanza di aggiungere altri criteri, oltre a quelli legati ai sintomi alimentari, per definire la guarigione, hanno tuttavia dei limiti ed è difficile comprendere quali sono i criteri fondamentali per la guarigione oltre alla remissione dei sintomi (De Vos et al., 2017).

Anche De Vos et al. (2017) hanno svolto una review sistematica e metanalisi qualitativa per identificare i criteri fondamentali per la guarigione da un disturbo alimentare. In particolare, sono emersi i seguenti temi come imprescindibili per la guarigione (evidenza forte, secondo le dimensioni dell'effetto) – secondo l'esperienza di chi ha sofferto di un disturbo alimentare:

- Auto-accettazione;
- Relazioni positive con gli altri;
- Crescita personale;
- Remissione dei sintomi del disturbo alimentare (miglioramento dei comportamenti e dei pensieri legati al disturbo);
- Auto-adattabilità/resilienza;
- Autonomia (De Vos et al., 2017).

Criteri quali una miglior valutazione del proprio corpo, l'ambiente sociale, lo scopo e il significato della vita, la spiritualità e una miglior funzionalità fisica hanno mostrato

un'evidenza moderata (De Vos et al., 2017). Felicità, soddisfazione di vita dichiarata, padronanza dell'ambiente, accettazione e integrazione sociale hanno invece mostrato un'evidenza insufficiente (De Vos et al., 2017). In sostanza, il benessere psicologico, la resilienza e l'accettazione di sé, oltre alla remissione dei sintomi, sono risultati fattori chiave affinché ci possa essere una vera guarigione dal disturbo (De Vos et al., 2017).

Il benessere psicologico (*Psychological Well-Being, PWB*), così come concettualizzato da Ryff (De Vos et al., 2017), include sei dimensioni: auto-accettazione, autonomia, padronanza dell'ambiente, scopo e significato della vita, crescita personale e relazioni positive con gli altri (De Vos et al., 2017). Il PWB sembra essere un marker per la guarigione molto più di quanto non lo sia la remissione sintomatologica, per cui dovrebbe essere anche un aspetto da tenere in considerazione durante il trattamento (De Vos et al., 2017). Ryff, infatti, ha constatato che il PWB è fortemente ancorato al modo in cui le persone affrontano le sfide della vita (De Vos et al., 2017). Solitamente questo costrutto non viene analizzato nell'ambito della guarigione da un disturbo alimentare, ma uno studio che lo ha esaminato ha concluso che effettivamente il benessere psicologico è compromesso nei pazienti con DCA rispetto ai controlli e non dipende dalla gravità sintomatologica – ancora una volta a dimostrare che il PWB non corrisponde semplicemente all'assenza di patologia (De Vos et al., 2017). Nella definizione di guarigione dovrebbero dunque essere inclusi criteri più generali relativi alla salute mentale (psicologici, emotivi e sociali) e criteri più specifici legati ai sintomi del disturbo alimentare (De Vos et al., 2017).

Dagli studi analizzati da De Vos et al., (2017) emerge come – nell'individuare i fattori che definiscono la guarigione – i clinici si focalizzano molto di più sul comportamento alimentare e sulla salute fisica, mentre i pazienti sulle componenti psicologiche, emotive e sociali – addirittura sembra che il peso corporeo non sia un criterio centrale nella definizione di guarigione (De Vos et al., 2017), ma anzi spesso i/le pazienti che soffrono di Anoressia Nervosa riportano come il periodo in cui iniziano a recuperare peso sia il momento peggiore dal punto di vista psicologico e quindi non lo vedono assolutamente come un indicatore di successo di trattamento (Jenkins & Ogden, 2012). Nonostante la mancanza di chiarezza sulla definizione di guarigione da un disturbo alimentare, i risultati degli studi sopra citati dimostrano che la guarigione è possibile (De Vos et al., 2017; Eaton, 2020).

Bardone-Cone et al. ritengono che la guarigione da disturbi alimentari potrebbe essere

definita in modo trans diagnostico nel momento in cui gli individui che hanno sofferto di un disturbo alimentare risultano indistinguibili da controlli sani negli aspetti comportamentali e psicologici tipici del disturbo, quindi nel momento in cui i criteri diagnostici per un disturbo alimentare non vengono più soddisfatti, non ci sono stati episodi di abbuffate e comportamenti compensatori per almeno 3 mesi, il BMI è di almeno 18.5 kg/m² e il punteggio al questionario *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q) rientra in una deviazione standard dalla media (Lock et al., 2013).

De Vos et al. (2017) propongono una definizione di guarigione da un disturbo alimentare: “è la capacità di adattarsi e di autogestirsi di fronte a di fronte a sfide sociali, fisiche ed emotive, con una tendenza generale alla crescita del benessere psicologico e un'adeguata remissione dei sintomi” (p. 11). Una definizione comprensiva di aspetti psicologici, fisici, cognitivi e comportamentali è stata applicata ad un campione di uomini e si è rivelata adeguata anche per questa categoria di pazienti, spesso trascurata dagli studi sui disturbi del comportamento alimentare (Bardone-Cone et al., 2019). Una guarigione piena tra gli uomini si manifesta non solo come assenza di comportamenti e cognizioni patologiche, bensì anche come presenza di atteggiamenti positivi verso il cibo e verso il proprio corpo, risultando indistinguibili dagli uomini senza disturbi alimentari (Bardone-Cone et al., 2019).

1.2.1 La percezione dei pazienti di essere guariti da un disturbo alimentare

Considerando la non soddisfazione dei criteri diagnostici come parametro per la definizione di guarigione da un disturbo alimentare, al follow-up di 5 anni il 50% dei pazienti con Anoressia Nervosa, il 75% dei pazienti con Bulimia Nervosa e quasi tutti i pazienti con Binge Eating Disorder (BED) si possono definire guariti (Bjork & Ahlstrom, 2008), ma come ho precedentemente evidenziato, la guarigione è ben lontana dall'essere semplicemente la remissione dei sintomi alimentari. Ciò che maggiormente interessa riguardo alla guarigione da un disturbo del comportamento alimentare, infatti, è la percezione di guarigione da parte di chi ne ha sofferto (Bjork & Ahlstrom, 2008) – dato che comunque la guarigione è sempre un'esperienza molto soggettiva e personale (Bardone-Cone et al., 2019) – in quanto questo ci può aiutare a comprendere meglio

quali sono i fattori ritenuti fondamentali nel percorso di guarigione e quindi ad implementarli nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione. Talvolta in letteratura vengono descritte persone che si definiscono guarite nonostante abbiano ancora dei sintomi legati al disturbo alimentare: alcuni autori propongono che l'assenza di sintomi non sia un obiettivo di per sé, ma possa fungere da mezzo per migliorare il proprio funzionamento personale e sociale (Jenkins & Ogden, 2012).

L'esperienza che le/gli ex-pazienti spesso riportano del loro percorso di guarigione da un disturbo dell'alimentazione è quella di una profonda ambivalenza che si esplica in una continua fluttuazione tra l'essere completamente determinati e motivati al cambiamento e il perdere ogni speranza di miglioramento, in quanto liberarsi dalla malattia implica anche la paura di lasciare andare il controllo e di perdere la propria identità (Lindgren et al., 2014). La terapia viene considerata utile solo nel momento in cui il paziente decide liberamente ed è veramente motivato ad intraprenderla, in quanto intraprender un percorso di terapia sotto costrizione altrui può essere addirittura controproducente e portare a ricadute (Jenkins & Ogden, 2012). Questo è in linea con il Modello TransTeorico di Cambiamento proposto da Prochaska e DiClemente (1982) secondo cui ci sono 5 stadi che fanno parte del processo di cambiamento: pre-contemplazione, contemplazione, determinazione, azione e mantenimento.



Figura 1 – Il modello TransTeorico di Cambiamento di Prochaska e DiClemente (Tironi et al., 2022, p.16)

La pre-contemplazione implica quello stadio in cui l'individuo non riconosce il proprio problema e quindi non ha nessuna motivazione al cambiamento; la fase della contemplazione è quella in cui l'individuo riconosce di avere un problema ed è molto ambivalente rispetto ad esso, oscillando tra il voler ed il non voler cambiare; la fase della

preparazione o determinazione è quella in cui la motivazione al cambiamento diventa più forte e l'individuo si impegna per modificare la propria situazione; la fase dell'azione comprende prove ed errori, fallimenti e strategie diverse per provare a cambiare fino a che non viene trovata quella adatta per sé; infine il mantenimento è quello stadio in cui il paziente si impegna per prevenire eventuali ricadute (Prochaska & DiClemente, 1982). Le ricadute, secondo questo modello motivazionale, non rappresentano un'uscita dal cerchio, bensì un momento di difficoltà nel mantenere il cambiamento raggiunto, ma fanno sempre parte integrante del processo di cambiamento (Prochaska & DiClemente, 1982).

Spesso i pazienti si trovano nello stadio della pre-contemplazione o della contemplazione, mentre i terapeuti nella fase dell'azione: nelle prime fasi di trattamento sono i terapeuti a dover fare un passo indietro e colmare la distanza motivazionale tra le due persone nella relazione terapeutica affinché il paziente possa riconoscere l'importanza del cambiamento ed impegnarsi in tale direzione dopo aver raggiunto una motivazione intrinseca. Questo modello di cambiamento implica che il processo possa essere ciclico, tuttavia nei disturbi alimentari raramente si verifica un ritorno ad uno stadio molto precedente a quello raggiunto, per cui forse sarebbe utile crearne una versione adattata specificamente ai disturbi alimentari (Dawson et al., 2014).

Dopo esser guarite da un disturbo alimentare, spesso le persone riportano un tema comune nelle risposte alle interviste: il senso di libertà che si prova dopo la guarigione (libertà dal pensiero costante del cibo) e che tuttavia sono necessari anni per raggiungere, dato che il disturbo alimentare è un disturbo molto radicato nell'identità di una persona e guarire significa rinunciare ad un pezzo della propria identità, quindi implica una perdita importante (Bjork & Ahlstrom, 2008; Eaton, 2020).

La guarigione da un disturbo alimentare implica anche un conflitto tra la "voce del trattamento" e la "voce del disturbo alimentare" e può portare ad un'ansia da separazione una volta che si lascia andare il disturbo (Eaton, 2020). Il senso di libertà viene raggiunto quando le persone riescono a crearsi un'identità al di là del disturbo alimentare; è questa nuova identità che li aiuta a mettere a tacere la "voce del disturbo" (Eaton, 2020); controllare tale voce in modo da ridurne il potere rappresenta spesso lo stadio finale del processo di guarigione, quando finalmente si annulla la dicotomia tra la parte irrazionale e quella razionale dell'individuo (Jenkins & Ogden, 2012).

Nonostante una volta guariti ci possano essere delle ricadute, spesso le persone si sentono

sufficientemente fiduciose del fatto che hanno imparato a godere maggiormente della propria vita e a controllarla, e che quindi non si farebbero nuovamente sovrastare dal disturbo (Bjork & Ahlstrom, 2008), proprio perché la guarigione piena si ha quando la parte razionale riprende il controllo e la persona è in grado di esprimere il proprio disagio in altro modo che non sia attraverso il proprio corpo (Jenkins & Ogden, 2012). I temi che sono emersi dalle interviste a persone che si ritengono guarite nello studio di Bjork & Ahlstrom (2008) sono:

- Un'attitudine più rilassata e più libera verso il cibo, senza compulsioni, senza la conta delle calorie, permettendosi di mangiare anche cibo "non sano" e variare la propria alimentazione, senza condotte compensatorie dopo i pasti, mantenendo un'alimentazione regolare senza digiuni e senza dover per forza programmare ogni pasto, lasciando spazio alla spontaneità;
- Mangiare insieme ad altri diventa nuovamente possibile, le persone si sentono libere di mangiare cose che non sanno come sono state preparate e permettono al cibo di avere una funzione sociale;
- Una relazione sana con il proprio corpo, che include il non criticarlo più, ma piuttosto accettarlo ed esserne grati per il benessere che ci fornisce, valorizzare la salute e la funzionalità del nostro corpo, sentirsi bene esteticamente senza bisogno di cambiamenti, non essere più focalizzati sul peso ed anzi essere critici verso gli ideali di bellezza basati sulla forma e peso corporei proposti dalla società;
- Autostima, auto-accettazione anche delle proprie debolezze, rispetto di se stessi, permettendosi di scegliere ciò che più piace loro, di mettere dei confini con le identità altrui, di esprimere le proprie opinioni senza paura del dissenso, riuscire ad affrontare tutte le emozioni e permettersi di provarle senza giudicarsi;
- Interazioni sociali più piacevoli, essere attivi nel creare nuove amicizie, dare la giusta importanza alle persone intorno a noi senza darle per scontato, ascoltare gli altri ed essere presenti per loro senza sentire la necessità di renderli felici a tutti i costi (Bjork & Ahlstrom, 2008).

Un elemento particolarmente importante è la cura verso se stessi che le persone sembrano sviluppare dopo aver sofferto di un disturbo del comportamento alimentare, che include ascoltare i bisogni del proprio corpo, i propri desideri e le proprie esigenze, il che permette loro di raggiungere un maggior benessere psicologico che si riflette poi sul

comportamento alimentare e sulle interazioni sociali (Bjork & Ahlstrom, 2008). Avere autostima, rispetto di se stessi, maggior conoscenza di se stessi, sentirsi più forti e più soddisfatti della propria vita permette di non cercare costantemente l'approvazione altrui e di diminuire la componente ansiosa (Bjork & Ahlstrom, 2008; Jenkins & Ogden, 2012). Una volta accettata l'idea di perdere una parte della propria identità (il disturbo alimentare) a favore di una vita libera, gli individui vanno incontro ad una maggior conoscenza di se stessi, delle proprie strategie di coping di fronte situazioni stressanti, ad un maggior senso di libertà e di sicurezza in se stessi, ritenendosi degni di essere amati, capaci di accettare l'aiuto altrui e sviluppano l'abilità di vedere nuove possibilità di vita che il disturbo impediva (Lindgren et al., 2014). La guarigione implica anche l'accettazione di sé e il non giudicarsi più solo in base al proprio peso corporeo e all'aspetto esteriore e quindi la ricostruzione di una nuova visione di sé stessi (Lindgren et al., 2014), implica il riprendersi il controllo e il potere sulla propria vita, connettersi con le proprie emozioni ed esprimerle in modo funzionale (Duncan et al., 2014).

Leggermente diverso sembra apparire il caso dell'Anoressia Nervosa cronica (ovvero i cui sintomi persistono per più di 7 anni) per quanto concerne il processo e la percezione di guarigione (Dawson et al., 2014). Nello studio di Dawson et al. (2014) mirato ad esaminare il processo di guarigione dall'AN cronica secondo la prospettiva di chi si definiva guarito, gli autori evidenziano come la mancanza di speranza rappresenti il principale ostacolo alla guarigione, così come la bassa stima di sé e la sensazione di non essere capaci di cambiare; per questo lavorare sull'auto-efficacia e sulla speranza è fondamentale nel trattamento. È fondamentale anche aumentare l'autodeterminazione del paziente in modo che internalizzi il valore del cambiamento e che sviluppi una motivazione intrinseca al perseguimento della guarigione (Dawson et al., 2014). Quindi, grazie a fattori interni, quali l'autodeterminazione, la motivazione e la consapevolezza dei danni dell'AN ed a fattori esterni, quali il trattamento ed il supporto degli altri, anche le persone che soffrono di un disturbo cronico riescono comunque ad arrivare ad un punto in cui si definiscono guarite: per qualcuno si tratta di un punto definitivo, per qualcun altro di un processo continuo che richiede un costante sviluppo di consapevolezza, di attenzione ai trigger e di ricostruzione della propria identità (Dawson et al., 2014).

È stata esaminata la percezione della propria vita dopo esser guariti da un disturbo alimentare anche negli uomini e non sembrano esserci differenze sostanziali rispetto a

come viene percepita dalle donne, se non una precedente focalizzazione più sui muscoli che non sulla magrezza del corpo (Bjork et al., 2012). Tanti uomini riportano il senso di profonda vergogna che provavano quando soffrivano del disturbo e i tentativi di nascondere agli altri; dopo la guarigione si sentono molto più liberi anche di esprimersi nelle situazioni sociali (Bjork et al., 2012). I due temi principali emersi dalle interviste a questi uomini sono l'accettazione dell'apparenza corporea e il valore di sé: con la guarigione riescono a fare esercizio fisico senza compulsione (tema più forte negli uomini rispetto alle donne), avere un atteggiamento più rilassato e flessibile verso il cibo ed a trovare strategie per evitare le ricadute; allo stesso tempo sperimentano una maggior auto-accettazione, maggior autonomia (intesa come meno attenzione a giudizi e aspettative altrui) e riescono a godersi la vita sociale (Bjork et al., 2012).

1.2.2 I fattori prognostici favorevoli e sfavorevoli dell'outcome dei disturbi del comportamento alimentare

Vari autori negli anni hanno tentato di individuare quali fossero i fattori predittivi di ricadute, di guarigione parziale e piena e di una cronicizzazione dei disturbi alimentari, in particolare di Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa e Binge Eating Disorder.

Per quanto riguarda l'**Anoressia Nervosa**, alcuni autori hanno riscontrato che fattori quali un'ossessione per l'esercizio fisico eccessivo, relazioni sociali povere e superficiali anche prima del disturbo, ipocondria e paranoia sono risultati predittivi di una cronicizzazione del disturbo (Berkman et al., 2007). Fattori quali minori comportamenti purgativi, una minor durata di malattia, maggior BMI, mestruazioni regolari, esordio del disturbo in più giovane età ed una situazione sociale migliore sono risultati predittivi di una prima guarigione e di una minor incidenza di patologie in comorbilità quali ansia e depressione – a sua volta, l'assenza di depressione è associata ad una miglior risoluzione del disturbo del comportamento alimentare (Berkman et al., 2007). Fattori predittivi di una guarigione molto lenta includono ostilità verso la famiglia e compulsività nelle routine quotidiane, mentre una durata più lunga di malattia, ospedalizzazioni per disturbi affettivi, suicidalità, comorbilità con altri disturbi mentali, abuso di sostanze ed alcol rappresentano fattori predittivi di morte (Berkman et al., 2007).

Analizzando l'esperienza di donne che hanno sofferto di Anoressia Nervosa, alcuni autori hanno trovato 4 categorie di fattori che sono stati fondamentali nel loro percorso di

guarigione (Espindola & Blay, 2013):

- Motivazione alla remissione: volontà e determinazione al cambiamento, supporto da persone care, complicazioni fisiche quali la gravidanza e il pericolo di una morte imminente sono tutti elementi che varie donne hanno riportato essere stati una spinta verso la guarigione dal disturbo alimentare promuovendo il cambiamento;
- Empowerment e autonomia: la capacità di prendersi cura di se stessi, l'autonomia da sistemi familiari talvolta disfunzionali, l'accettazione di sé e, per qualcuno, la spiritualità;
- Fattori relativi ai media: la guarigione inizia a sembrare possibile anche grazie a pensieri scritti precedentemente riguardanti la propria storia e vari mezzi di informazione sul disturbo che forniscono speranza;
- Fattori legati al trattamento: varie modalità sono state giudicate utili dalle ex-pazienti, quali l'approccio multidisciplinare, il trattamento farmacologico, la psicoterapia (in cui le persone sentivano di non essere giudicate e di essere ascoltate in modo empatico), gli interventi psicoeducativi, la terapia familiare, le ospedalizzazioni e le terapie alternative, quali yoga e meditazione per ridurre la componente ansiosa – tenendo presente che la terapia deve sempre essere aggiustata a seconda del paziente (Espindola & Blay, 2013).

Per quanto riguarda i fattori predittivi degli outcome di malattia nella **Bulimia Nervosa**, ne sono stati analizzati molti (tra cui durata dell'episodio di malattia, età di esordio del disturbo, peso, frequenza di abbuffate, comportamenti compensatori e comorbidità psichiatriche), ma nessuno sembra essere significativo (Berkman et al., 2007). Tuttavia, in uno studio, fattori prognostici sia della guarigione che della cronicizzazione sono risultati essere i disturbi dell'umore, l'abuso di sostanze e disturbi del controllo degli impulsi (Berkman et al., 2007). La depressione è un elemento importante, in relazione diretta con l'insoddisfazione corporea, indipendentemente dai sintomi bulimici, ma che ovviamente costituisce un substrato fertile per lo sviluppo di tale disturbo psichiatrico (Berkman et al., 2007). Predittori di mortalità nella Bulimia Nervosa sono risultati essere una minor età di esordio del disturbo, abuso di sostanze, personalità paranoide e ampio uso di lassativi (Berkman et al., 2007).

Un elemento fondamentale nel percorso di guarigione dalla BN sembra essere la *self-*

efficacy (ovvero la fiducia di un individuo nella propria capacità di raggiungere un certo obiettivo, in questo caso il cambiamento e la guarigione): man mano che la persona vede i progressi verso la guarigione, comincia a realizzare che effettivamente c'è un'altra vita possibile al di là del disturbo; ciò dà molta speranza che, a sua volta, fa sì che l'individuo sia ancora più propenso verso il cambiamento (Lindgren et al., 2014). Affinché chi soffre di BN possa intraprendere un percorso di trattamento verso la guarigione, è necessario che comprenda le cause del proprio disturbo, che dia ad esso un significato personale, che comprenda il funzionamento del disturbo e le sue conseguenze dannose e che si renda conto di quanto il disturbo limiti la propria vita (Lindgren et al., 2014). Prendere coscienza dei limiti imposti dal disturbo aumenta la motivazione alla guarigione e rafforza il desiderio di vivere una vita senza di esso (Lindgren et al., 2014) e diventare consapevoli dei danni che i disturbi alimentari possono provocare al proprio corpo talvolta stimola quello shock necessario al riconoscimento della pericolosità della malattia (Jenkins & Ogden, 2012). Nel momento in cui la persona riesce a non negare più il disturbo ma a riconoscerlo, può iniziare a modificare le proprie cognizioni e quindi il proprio comportamento (Jenkins & Ogden, 2012).

Nello studio di Steinhausen et al. (2009) alcuni fattori prognostici favorevoli dei disturbi alimentari (Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa) sembrano essere: una breve durata di malattia non trattata, una buona relazione genitori-figli, l'esordio in adolescenza piuttosto che in età più adulta o nell'infanzia (prima della pubertà); mentre quelli sfavorevoli e predittivi di ricadute sembrano essere: la presenza di crisi bulimiche e/o condotte compensatorie, la cronicizzazione, la familiarità con la psicopatologia, eventuali comorbilità psichiatriche, l'esordio del disturbo alimentare nell'infanzia, una bassa autostima, un minor BMI alla prima dimissione, il rifiuto o interruzione prematura del trattamento (Steinhausen, 2009).

In riferimento al **Binge Eating Disorder** non ci sono sufficienti studi per poter trarre delle conclusioni significative relativamente agli outcome di malattia; ciò che è stato trovato sono maggiori interventi chirurgici a livello dello stomaco, maggior dilatazione dell'esofago ed una maggior incidenza di abbuffate in persone con disturbi di personalità del cluster B (Berkman et al., 2007).

Lock et al. (2013) hanno studiato se e quali fattori misurati alla fine del trattamento fossero predittivi dell'outcome di guarigione a lungo termine: nell'Anoressia Nervosa il predittore più efficace era il quasi raggiungimento del peso forma e un basso punteggio al

questionario EDE-Q; nella Bulimia Nervosa il predittore più efficace era la frequenza di condotte compensatorie ridotta a meno di due volte al mese; nel Binge Eating Disorder il miglior predittore di guarigione non era il numero di abbuffate di per sé, bensì i cambiamenti nella sintomatologia generale legata al disturbo alimentare, il che indica che i cambiamenti a livello cognitivo sono fondamentali per mantenere i cambiamenti a livello comportamentale.

Nella review sistematica e metanalisi di Vall e Wade (2015), gli autori mostrano vari fattori predittivi degli outcome di malattia alla fine del trattamento e al follow up. Ad esempio, frequenti abbuffate e comportamenti compensatori sono associati ad un peggior outcome a fine trattamento e maggiori tassi di drop-out; essere più motivati al cambiamento porta a migliori outcome e minor drop-out, così come la *self-efficacy* (Vall & Wade, 2015). Minori livelli di sintomatologia alimentare sono associati a migliori outcome alla fine del trattamento, così come un BMI più alto, minori livelli di depressione, maggiore autostima, minori preoccupazioni relative al proprio peso e alla propria forma corporea, miglior funzionamento interpersonale, minori patologie psichiatriche in comorbilità e una durata più breve di malattia (Vall & Wade, 2015). Fattori quali una situazione familiare conflittuale, minor auto-compassione, uno stile di attaccamento evitante, la perdita di peso nei primi stadi del trattamento e minor BMI alle dimissioni sono invece associati ad un peggior outcome di malattia alla fine del trattamento e al follow up (Vall & Wade, 2015).

Un altro elemento importante è risultato essere il cambiamento nella *self-efficacy* percepita dai genitori, soprattutto dei pazienti adolescenti: un aumento di *self-efficacy* nei genitori si riflette poi in un miglioramento dei sintomi alimentari, depressivi e ansiosi del/della figlio/a con disturbo del comportamento alimentare (Vall & Wade, 2015). Un fattore moderatore della relazione tra il tipo di trattamento ricevuto e l'outcome è la gravità del disturbo alimentare stesso; ciò dovrebbe spingere i clinici a tentare di identificare il prima possibile gli individui con una grave sintomatologia nei primi stadi del trattamento, in modo da intervenire ad esempio focalizzandosi sulla auto-compassione e sulla motivazione al cambiamento (Vall & Wade, 2015).

In un altro studio che analizza quali sono i fattori che favoriscono e quali quelli che ostacolano la guarigione da un disturbo del comportamento alimentare, è emerso che i fattori favorevoli rientrano in 5 categorie (Arthur-Cameselle et al., 2018):

- Fattori interni: il supporto psicologico, l'auto-determinazione e il controllo su di

sé, le preoccupazioni fisiche, il desiderio di ridurre le conseguenze psicologiche negative e i cambiamenti comportamentali, tra cui lo sviluppo di nuove strategie di coping;

- Fattori legati alle relazioni: il supporto e la preoccupazione altrui, l'impatto negativo del disturbo sulle relazioni e il *modelling* positivo derivante da chi ha già superato il disturbo;
- Fattori legati al trattamento e all'educazione: trattamento professionale efficace soprattutto da specialisti della salute mentale, ma anche da nutrizionisti, la psicoeducazione e, per qualcuno, anche il supporto da gruppi online;
- Fattori situazionali: cambiamenti nell'ambiente, distrazioni;
- Altri fattori: per qualcuno la spiritualità ha rappresentato un elemento di aiuto importante, per qualcuno lo è stato il passare del tempo e la propria maturazione (Arthur-Cameselle et al., 2018); ha un ruolo importante anche la partecipazione ad attività esterne e non relative al disturbo alimentare (Duncan et al., 2014).

Per quanto riguarda invece i fattori che ostacolano maggiormente il percorso di guarigione, anche qui sono emerse 5 categorie (Arthur-Cameselle et al., 2018):

- Fattori interni: i cambiamenti fisici (aumento di peso e sintomi fisici negativi), emozioni e pensieri negative/i (bassa autostima e insoddisfazione corporea), il confronto con gli altri, comorbilità psichiatriche, problemi a livello comportamentale quali il nascondere i propri sintomi e considerare il disturbo alimentare come un'abitudine;
- Fattori legati alle relazioni: le situazioni dolorose nelle relazioni più strette, la mancanza di supporto, talvolta il rinforzo positivo del peso o della forma corporea nella situazione di sottopeso da parte di amici e parenti, conflitti e abusi, il *modelling* negativo da chi soffre dello stesso disturbo o comunque dai propri coetanei che parlano di argomenti quali corpo e cibo;
- Fattori legati al trattamento: ciò che è stato riportato ostacolare maggiormente il percorso di guarigione è il trattamento con professionisti non competenti e la mancanza di senso di controllo sul proprio trattamento, che limitava il senso di autonomia del paziente stesso;
- Fattori situazionali: ritroviamo le pressioni verso lo sport (per le atlete), situazioni triggeranti quali avere accesso costante al cibo e mancanza di risorse, ad esempio

economiche, per un trattamento adeguato;

- Fattori culturali: le immagini sui social media e i gruppi online di persone che soffrono di disturbi alimentari e che promuovono comportamenti disfunzionali continuando ad alimentare il disturbo (Arthur-Cameselle et al., 2018).

I fattori principali individuati come favorevoli alla guarigione sono quindi il supporto e la preoccupazione altrui e il cambiamento delle proprie emozioni e cognizioni; i fattori principalmente ostacolanti sono invece le emozioni e cognizioni negative, che rappresentano una barriera per la guarigione, così come la mancanza di supporto da parte degli altri (Arthur-Cameselle et al., 2018).

1.2.3 L'importanza della self-disclosure e del modeling nella guarigione da un disturbo del comportamento alimentare

Durante il corso del disturbo ci sono periodi in cui la guarigione non sembra possibile, in quanto la persona si sente intrappolata dal disturbo stesso; per questo motivo nel percorso di trattamento è fondamentale che i professionisti della salute mentale lavorino per rafforzare la *self-efficacy* dell'individuo e la sua credenza nell'abilità di cambiare, fornendo speranza verso la guarigione (Lindgren et al., 2014). Ascoltare testimonianze provenienti da persone che hanno sofferto di un disturbo del comportamento alimentare e che sono guarite è un'esperienza molto significativa ed incoraggiante per chi attualmente ne soffre, in quanto può aumentare la *self-efficacy* e quindi la motivazione al cambiamento (Lindgren et al., 2014). Un fattore molto importante nell'aumentare la motivazione al cambiamento è la *self-disclosure* del proprio percorso di guarigione da un disturbo alimentare da parte di coloro che ne hanno sofferto e poi sono diventati terapeuti, ma anche da persone comuni – non terapeuti per DCA (Wasil et al., 2019).

Per quanto riguarda la *self-disclosure* da parte dei terapeuti, sebbene non sia supportata da tutti come tecnica da inserire all'interno di un percorso di trattamento a causa delle ripercussioni che potrebbe avere nella relazione, potrebbe essere uno strumento utile per rafforzare l'alleanza terapeutica trasmettendo genuinità e dimostrando che una piena guarigione è veramente possibile (Wasil et al., 2019). Analizzando la prospettiva del paziente di fronte alla *self-disclosure* del terapeuta, infatti, le impressioni sono perlopiù positive: i pazienti sentono di poter condividere più informazioni, percepiscono il terapeuta più positivamente e più umano e si sentono tenuti in grande considerazione

(Wasil et al., 2019). Ovviamente la *self-disclosure* deve essere pianificata con intenzione terapeutica affinché abbia un effetto positivo sul paziente; nonostante i suoi benefici, comunque, la *self-disclosure* da parte dei terapeuti si ritrova raramente nell'ambito dei disturbi alimentari (Wasil et al., 2019). Esaminando la prospettiva dei pazienti con disturbi alimentari riguardo alla *self-disclosure* da parte dei terapeuti è emerso che questa tecnica li ha aiutati ad avere maggior consapevolezza sul processo di guarigione, ha dimostrato loro che la guarigione è possibile, li ha aiutati a sfatare falsi miti sul disturbo e sulla guarigione e ha creato una miglior connessione relazionale, consentendo al paziente di sentirsi maggiormente compreso nella sua sofferenza (Wasil et al., 2019).

La *self-disclosure* da parte dei pari (ovvero da persone che non siano i propri terapeuti) viene percepita altrettanto, se non ancor più utile, dai pazienti che attualmente soffrono di un disturbo alimentare, in quanto fornisce speranza nel futuro, fiducia in se stessi, supporto sociale, strategie di coping, insight sul processo di guarigione e può aiutarli a chiedere aiuto, aumentare la motivazione al cambiamento ed impegnarsi pienamente nel trattamento (Wasil et al., 2019). Ascoltare esperienze di chi ha già superato il disturbo aiuta i pazienti anche a prendere consapevolezza di tutti i benefici che la guarigione comporta e di quanto la vita possa migliorare, anche se in quel momento sembra impossibile (Wasil et al., 2019). Data l'utilità della *self-disclosure*, i terapeuti potrebbero implementarla nel trattamento dei disturbi alimentari, ad esempio offrendo occasioni di incontro agli attuali pazienti con persone guarite ed incoraggiando i pazienti a interagire con persone guarite anche al di fuori delle sessioni di terapia (Wasil et al., 2019).

2 POST-TRAUMATIC GROWTH

2.1 Il modello Post-Traumatic Growth

Il concetto di Crescita Post-Traumatica (*Post-Traumatic Growth, PTG*) si riferisce “all’esperienza di cambiamenti psicologici positivi risultanti dalla lotta con circostanze di vita altamente gravose”, ovvero situazioni sfidanti rispetto alle risorse di cui l’individuo dispone (Tedeschi & Calhoun, 2004). La PTG può essere intesa sia come un processo (di ricostruzione e reinterpretazione positiva degli eventi), che come un risultato (del coping con l’evento traumatico): è un elemento in continua e reciproca interazione con molteplici fattori che può evolvere nel corso del tempo (Tedeschi & Calhoun, 1996; Tedeschi & Calhoun, 2004).

Prima dell’introduzione del concetto di Crescita Post-Traumatica, in letteratura venivano usati vari termini per indicare una serie di cambiamenti positivi verificatisi dopo eventi difficili, quali: crescita stress-relata, fioritura, prosperità, illusioni positive, coping trasformativo (Tedeschi & Calhoun, 2004). Il termine Crescita Post-Traumatica è tuttavia molto più appropriato per descrivere il fenomeno di cui stiamo parlando: evidenzia come sia una crescita che si verifica in seguito ad una grande crisi della vita piuttosto che in seguito a stress minori; enfatizza come non sia un’illusione, bensì una serie di cambiamenti trasformativi veritieri; intende la crescita come un outcome o un processo in corso, piuttosto che come un meccanismo di coping ed, infine, richiede che ci sia stata una minaccia e/o la rottura degli schemi fondamentali di una persona e che quindi, possa coesistere con un significativo distress psicologico – elemento che termini come “fioritura” o “prosperità” non comprendono (Tedeschi & Calhoun, 2004). Infatti, la Crescita Post-Traumatica non indica un ritorno al punto di partenza, bensì l’esperienza di un miglioramento che può essere anche molto profondo (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Dato che la Crescita Post-Traumatica richiede una rottura di schemi pre-esistenti e già ben stabiliti, sembra applicabile maggiormente ad adolescenti e adulti che non a bambini (Tedeschi & Calhoun, 2004). Una review sistematica ha comunque dimostrato come una Crescita Post-Traumatica si possa senza dubbio osservare anche in bambini e adolescenti, probabilmente con alcune caratteristiche diverse dalla crescita degli adulti: in bambini e adolescenti la crescita decade più velocemente rispetto agli adulti e le differenze di genere non emergono fino all’adolescenza (Meyerson et al., 2011). Inoltre, nella review di Meyerson et al. (2011) è emersa anche una relazione non lineare, bensì ad U

rovesciata, tra la PTG, l'età, la gravità del trauma e i sintomi da stress post-traumatici: l'esperienza di crescita è massima nella tarda adolescenza/prima età adulta e quando i sintomi di stress post-traumatico e la gravità del trauma sono moderati; un certo livello di stress è necessario per stimolare la crescita, favorirla e mantenerla nel tempo, ma un livello eccessivo la ostacolerebbe in quanto darebbe luogo ad un "effetto soffitto" (Meyerson et al., 2011).

Anche concetti quali resilienza, resistenza, ottimismo e senso di coerenza fanno riferimento ad alcune caratteristiche personali che permettono agli individui di affrontare le avversità in modo funzionale; tuttavia, la Crescita Post-Traumatica allude ad una crescita che va oltre i livelli di adattamento pre-trauma e dunque ad una trasformazione qualitativa del funzionamento dell'individuo, allineandosi con il concetto di *allostasi* piuttosto che di omeostasi: raggiungere una *nuova* stabilità inglobando gli effetti del cambiamento piuttosto che un ritorno allo stadio precedente all'evento e al cambiamento (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Non ci sono studi che mettono in luce una relazione diretta tra resistenza, senso di coerenza e PTG; tuttavia, Tedeschi e Calhoun (2004) ritengono che probabilmente gli individui che mostrano queste maggiori abilità di coping riporteranno una minor Crescita Post-Traumatica, in quanto meno minacciati dal trauma, poiché l'elemento cruciale per quest'ultima è proprio la lotta e la fatica nell'affrontare il trauma (Tedeschi & Calhoun, 2004). A questo proposito, Calhoun e Tedeschi (1996) hanno confrontato un gruppo che era stato esposto ad eventi traumatici ed un gruppo che non lo era, per analizzare il grado di sviluppo positivo nella propria vita, data la tendenza degli esseri umani alla riflessione verso un miglioramento (Tedeschi & Calhoun, 1996). I risultati mostrano che le persone che hanno dovuto affrontare un trauma riportano maggiori benefici e crescita rispetto a chi non lo ha dovuto affrontare, in quanto sono gli eventi estremi, che distruggono gli schemi di base della persona, che favoriscono maggiormente un cambiamento positivo rispetto a circostanze di vita meno sfidanti (Tedeschi & Calhoun, 1996). Il meccanismo sottostante sarebbe quello per cui più gli eventi sono avversi, più spingono l'individuo ad una revisione delle proprie credenze di base, processo positivamente correlato alla Crescita Post-Traumatica (Mazor et al., 2020).

Anche Silverstein et al. (2016) hanno cercato di capire se la PTG fosse un fenomeno specifico per i traumi, o se potesse verificarsi anche dopo eventi stressanti non traumatici, in quanto Tedeschi e Calhoun sostengono che la PTG non si verifichi dopo

ogni evento stressante, ma che sia necessario la messa in discussione delle proprie credenze di base. La crescita che si verifica dopo un evento stressante sarebbe quindi qualitativamente diversa dalla Crescita Post-Traumatica; tuttavia, su questo argomento gli studi non sono concordi, infatti alcuni autori mostrano come eventi classificati come traumatici dal criterio A del *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) del DSM-5 ed eventi che non vi rientrano elicitino comparabili livelli di distress (Silverstein et al., 2016). Perciò, non è ancora chiarito quali siano gli eventi che possano essere definiti traumatici affinché si sviluppi una PTG; tra gli studi su questo fenomeno c'è molta variabilità anche nel modo in cui un evento viene definito traumatico e solo pochi di questi usano il criterio A del DSM-5 come marker di gravità (Silverstein et al., 2016). Analizzando la letteratura scientifica, emerge che la crescita che può far seguito ad un evento stressante non traumatico non sembra essere tanto trasformativa quanto la PTG che segue, appunto, eventi traumatici, anche se i costrutti latenti che sottostanno alla crescita dopo eventi stressanti non traumatici ed eventi traumatici sono risultati essere gli stessi (Silverstein et al., 2016). Dallo studio di Silverstein et al. (2016) emerge che gli individui che hanno esperito un evento definito traumatico secondo il criterio A del PTSD, in media non riportavano una crescita significativamente maggiore di chi aveva esperito un evento che non rientra nel criterio A, se non nella dimensione dell'apprezzamento della vita (Silverstein et al., 2016). La PTG quindi non è un fenomeno specificamente relativo ai traumi in senso stretto, piuttosto rappresenta una costellazione di cambiamenti in varie aree della vita in risposta sia ad eventi traumatici, che stressanti non traumatici; i cambiamenti non avvengono in modo qualitativamente o quantitativamente distinto dopo uno o l'altro tipo di evento (Silverstein et al., 2016).

2.2 Le cinque dimensioni del modello PTG

Il modello della Crescita Post-Traumatica elaborato da Calhoun e Tedeschi nel 1996 presuppone che la crescita si possa verificare in 5 aree:

1. Maggior apprezzamento della vita e cambiamento delle priorità;
2. Relazioni più significative con gli altri;
3. Maggior senso di forza personale;
4. Riconoscimento di nuove possibilità nella propria vita;
5. Sviluppo spirituale (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Taku et al. (2008) hanno confrontato tre diversi modelli del costrutto PTG: un modello in cui la Crescita Post-Traumatica sarebbe un costrutto unitario, un modello a 3 dimensioni ed un modello a 5 fattori. I risultati indicano che il modello a 5 fattori è quello che spiega maggiormente i dati emersi dal *Post-Traumatic Growth Inventory* (PTGI – questionario che misura la PTG), evidenziando come la Crescita Post-Traumatica sia un costrutto multidimensionale (Taku et al., 2008).

Dalle analisi statistiche emerge anche come i 5 fattori siano tra loro strettamente correlati; tuttavia, fanno riferimento a processi psicologici differenti, perciò vale la pena distinguerli (Taku et al., 2008). La distinzione tra i vari fattori trova fondamento anche perché non è detto che la crescita avvenga in tutte le aree e nello stesso momento; inoltre, diversi aspetti della crescita sono maggiormente influenzati da alcuni processi cognitivi piuttosto che da altri, ad esempio dalla ruminazione deliberativa (Taku et al., 2008).

Il maggior apprezzamento della vita deriva probabilmente dal fatto che spesso le persone, durante un'esperienza traumatica, si trovano di fronte alla minaccia di morte e questo li spinge in seguito a vivere la propria vita in maniera più piena e significativa (Mazor et al., 2018). Si ritrova quindi un cambiamento di prospettiva verso la vita stessa, in senso migliore: molte persone sopravvissute ad un trauma riportano come quelle che prima del trauma erano considerate “piccole cose”, adesso assumono un significato speciale e riescono a goderne maggiormente; così facendo, vivono la vita più serenamente (Tedeschi & Calhoun, 1996; Tedeschi & Calhoun, 2004).

Per quanto riguarda le relazioni con gli altri, in chi sperimenta una Crescita Post-Traumatica, diventano solitamente più profonde e più significative e si ritrova spesso anche un senso di compassione per coloro che hanno subito gli stessi eventi (Tedeschi & Calhoun, 2004). Un fenomeno interessante infatti è proprio quello “dell'altruismo nato dalla sofferenza”, per cui dopo aver vissuto circostanze di vita difficili, talvolta si verifica un aumento del comportamento prosociale verso gli altri e dell'empatia – soprattutto, come dicevo poco fa, per chi passa attraverso difficoltà simili (Jayawickreme et al., 2021; Tedeschi et al., 2015). Durante l'esperienza di un trauma, le persone realizzano su chi possono veramente contare, come fosse una sorta di test per le relazioni interpersonali, rimanendo a volta delusi da certe persone, ma al contempo scoprendo con piacere l'aiuto di altri (Tedeschi et al., 2015).

Il maggior senso di forza personale si esplica in ciò che può sembrare un paradosso, ovvero sia nella consapevolezza che eventi negativi possono accadere a tutti (e quindi

nella cognizione della propria vulnerabilità), sia nella consapevolezza di essere (stati) in grado di affrontare un evento di tale portata, che porta l'individuo a generalizzare questa forza e ritenersi capace di poter affrontare tutto, anche futuri traumi, in modo assertivo (Tedeschi & Calhoun, 1996; Tedeschi & Calhoun, 2004). I cambiamenti positivi post-traumatici includono infatti una maggior fiducia in se stessi ed un maggior senso di capacità di sopravvivere derivante dall'esperienza vissuta (Tedeschi & Calhoun, 1996; Tedeschi et al., 2015). La cognizione della propria vulnerabilità può portare l'individuo ad esprimere maggiormente le proprie emozioni ed accettare l'aiuto altrui, facendo tesoro del supporto sociale che, come spiegherò più avanti, è fondamentale nel processo di crescita (Tedeschi & Calhoun, 1996). Il riconoscimento di nuove possibilità implica realizzare che nel corso della vita sono sempre possibili numerosi e diversi outcome e quindi permette all'individuo di avere uno sguardo differente verso il futuro (Kramer et al., 2020).

Per quanto concerne lo sviluppo spirituale, di fronte ad un trauma può accadere di perdere la fede e diventare più cinici; la fatica nella comprensione del trauma, però, può anche rafforzare la spiritualità, che a sua volta può portare ad un maggior senso di controllo ed aiutare nel trovare un significato all'esperienza nel contesto di una vita esistenziale e spirituale più ricca (Tedeschi & Calhoun, 1996; Tedeschi & Calhoun, 2004).

2.3 Il Post-Traumatic Growth Inventory

Il *Post-Traumatic Growth Inventory* (PTGI) è uno strumento di 21 item ideato per misurare la Crescita Post-Traumatica, quindi il grado di cambiamenti positivi esperiti dopo un evento traumatico, nelle 5 aree della vita identificate dagli autori Calhoun e Tedeschi (Taku et al., 2008; Tedeschi & Calhoun, 1996):

- Apprezzamento della vita (3 item);
- Forza personale (4 item);
- Spiritualità (2 item);
- Nuove possibilità (5 item);
- Relazioni interpersonali (7 item), (Taku et al., 2008; Tedeschi & Calhoun, 1996).

Il questionario è in scala likert a 6 punti, da 0 (“*non ho esperito nessun cambiamento come risultato della mia crisi*”) a 5 (“*ho esperito un cambiamento molto importante*”).

come risultato della mia crisi”) ed il totale va da 0 a 105 punti, con punteggi più elevati indicativi di una maggiore crescita (Taku et al., 2008; Tedeschi et al., 2017).

Il PTGI ha mostrato una alta affidabilità e validità di costrutto, dimostrando che i 21 item rappresentano efficacemente le 5 dimensioni proposte (Taku et al., 2008).

Il PTGI rappresenta un costrutto separato dal benessere psicologico, infatti le conseguenze positive e negative del trauma possono coesistere (Taku et al., 2008); ciò non significa che la Crescita Post-Traumatica non sia correlata al benessere ed alla soddisfazione nella vita: Triplett et al. (2012) hanno dimostrato come tra la PTG e la soddisfazione ci sia una relazione indiretta, che passa attraverso la mediazione del conferimento di significato agli eventi traumatici e attraverso la narrazione che l'individuo fa della propria vita. A sua volta, la Crescita Post-Traumatica può fornire nuovi significati alla vita dell'individuo, i quali possono produrre maggior benessere e soddisfazione (Triplett et al., 2012).

Cann et al. (2010b) hanno cercato di capire se una forma breve del questionario PTGI potesse essere una valida alternativa alla versione originale con 21 item, per due motivi principali: un primo motivo consiste nel fatto che per alcune persone completare un questionario potrebbe richiedere uno sforzo fisico notevole, per cui più è breve, minore sarà la fatica; secondariamente, ci sono circostanze in cui il tempo per raccogliere dati è molto limitato, per cui si possono somministrare solo questionari brevi (Cann et al., 2010b). È stato perciò elaborato un questionario di 10 item, 2 per ogni dimensione del modello PTG, chiamato PTGI-SF (*short-form*); i risultati mostrano che la forma breve è statisticamente valida e riesce a catturare gran parte della varianza catturata dalla forma originale, senza troppa perdita di informazione (Cann et al., 2010b). Perciò, il questionario PTGI-SF si configura come una valida alternativa alla versione originale, risultando meno faticosa da compilare e dunque più efficiente (Cann et al., 2010b).

Silverstein et al. (2018) hanno esaminato se i 5 fattori indagati dal PTGI mostrassero correlazioni diverse con costrutti esterni (quali i sintomi del Post-Traumatic Stress Disorder) ed hanno trovato pochissima eterogeneità, ed anzi sovrapposizione, tra le dimensioni quando correlate a costrutti esterni, facendo propendere gli autori per una spiegazione unidimensionale del modello PTG.

Tedeschi et al. (2017) hanno anche sviluppato una versione estesa del PTGI, chiamata PTGI-X, che include 6 item relativi alla dimensione della spiritualità, invece che 2, come nella versione originale. Il presupposto da cui gli autori sono partiti per implementare

questa modifica al questionario originale è il fatto che i 2 item presenti nel PTGI relativi alla spiritualità fanno maggiormente riferimento all'aspetto spirituale-religioso, ma non catturano un possibile cambiamento esistenziale (Tedeschi et al., 2017). Per rendere il questionario PTGI applicabile anche a diverse culture, soprattutto non occidentali, hanno cercato di aggiungere item relativi alla crescita esistenziale (creando quindi la dimensione "cambiamento spirituale-esistenziale"); questi, effettivamente, riescono a cogliere la crescita spirituale-esistenziale anche in persone non religiose, le quali, rispondendo ai soli 2 item del PTGI non riporterebbero nessuna crescita in tale ambito, mentre rispondendo ai 6 item del PTGI-X sì (Tedeschi et al., 2017).

2.4 Il ruolo della narrazione nello sviluppo della Crescita Post-Traumatica

La Crescita Post-Traumatica, secondo alcuni autori, consisterebbe in un processo di costruzione narrativa della propria trasformazione in seguito all'esperienza traumatica, che permette poi di integrare il nuovo sé nella propria identità e storia di vita (Pals & McAdams, 2004). Per questo motivo, anche se la crescita viene solitamente valutata attraverso il questionario PTGI, questo fenomeno potrebbe essere compreso in modo più completo con l'analisi della narrazione che gli individui fanno dell'evento traumatico vissuto (Pals & McAdams, 2004). È utile tener conto delle narrazioni delle persone della propria esperienza traumatica, piuttosto che solamente dei punteggi a dei questionari (che impongono limiti e nozioni precostituite di quali dovrebbero essere gli outcome significativi), anche perché non per tutti la crescita si manifesta nello stesso modo; le narrazioni permettono quindi di cogliere i vari outcome di crescita personale del singolo individuo in modo idiografico (Pals & McAdams, 2004).

Il processo di crescita, secondo alcuni autori, si basa proprio sulla percezione delle trasformazioni positive del sé accadute in seguito al trauma a cui l'individuo può arrivare analizzando e riconoscendo l'impatto dell'evento sulla sua identità e riuscendo a dare un significato positivo all'esperienza – ovvero riconoscendo la trasformazione del sé (Pals & McAdams, 2004). Infatti, chi enfatizza l'impatto forte e stressante dell'evento traumatico e riesce ad accogliere le emozioni negative che questo porta con sé, pone le basi per i processi cognitivi che porteranno alla crescita; mentre chi minimizza l'impatto dell'evento, probabilmente come tentativo di allontanamento dalle emozioni negative,

frena lo sviluppo della Crescita Post-Traumatica (Pals & McAdams, 2004).

Per comprendere quali fattori influenzano la narrazione della propria trasformazione identitaria in seguito ad un trauma, possiamo far riferimento alla definizione di McAdams di “costruzione narrativa dell’identità”: “una costante interazione tra fattori personali e contestuali” (McAdams, 1996, citato in Pals & McAdams, 2004, p. 67), ad esempio fattori di personalità, la *self-disclosure*, il supporto sociale e la spiritualità (Pals & McAdams, 2004). La *self-disclosure* del trauma è fondamentale in quanto permette di rivelare aspetti emotivi ed intimi legati all’esperienza; le narrazioni di chi ha subito lo stesso evento traumatico sono altrettanto fondamentali, sia perché offrono delle prospettive che la persona può integrare nei suoi nuovi schemi, sia perché in questo modo i sopravvissuti possono cercare di ricostruire un significato dell’esperienza (Tedeschi & Calhoun, 2004). Raccontare il proprio trauma e la propria crescita possono quindi anche avere l’effetto di diffondere gli insegnamenti ad altri e di determinare il grado con cui i sopravvissuti saranno disposti ad includere nuove prospettive nei loro schemi (Tedeschi & Calhoun, 2004). Ci sono evidenze del fatto che la Crescita Post-Traumatica può essere favorita attraverso la *self-disclosure* (che agisce a lungo termine – Platte et al., 2022), in ambienti sociali supportivi in quanto questa stimola il processamento cognitivo degli individui (Tedeschi & Calhoun, 2004); anche per questo, una delle domande che abbiamo deciso di inserire nell’intervista strutturata nella nostra ricerca – che descrivo nel capitolo 3 – è proprio “*c’è qualcosa che vorrebbe dire a chi adesso sta soffrendo di un disturbo alimentare e che pensa di non potercela fare?*”. L’importanza del supporto sociale soprattutto in relazione alla propria narrazione dell’esperienza traumatica è dimostrata anche dal fatto che laddove l’individuo non si sente legittimato o ben accolto dagli altri nella *self-disclosure*, i processi cognitivi che portano alla crescita risultano inibiti e vengono favoriti pensieri intrusivi e depressivi, mentre un ambiente sociale che incoraggia e stimola la crescita è un importante fattore favorente la crescita (Tedeschi et al., 2015). La maggior disponibilità di supporto sociale stabile e consistente, infatti, aiuta le persone ad affrontare più efficacemente il trauma e perciò influenza la PTG (Platte et al., 2022). Meno supporto sociale la persona percepisce, meno processerà cognitivamente la situazione, minore sarà la Crescita Post-Traumatica (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Il modo attraverso cui le persone narrano la propria storia è cruciale per capire la concezione che le persone hanno di loro stesse; l’identità narrativa è probabilmente anche

un fondamentale meccanismo di sviluppo e crescita personale, per questo motivo il focus non è tanto sull'evento traumatico in sé, quanto piuttosto sull'interpretazione soggettiva che l'individuo fa nella sua narrazione (Jayawickreme et al., 2021). Il processo di narrazione risulta utile anche a lungo termine: re-interpretare gli eventi traumatici alla luce della propria vita successiva può aiutare l'individuo nell'attuare cambiamenti nel proprio sé e dare un senso a chi sono stati, a chi sono adesso e a chi desiderano diventare (Jayawickreme et al., 2021).

Nell'analizzare le narrazioni che le persone fanno della propria vita e della propria crescita dopo un evento traumatico, dobbiamo necessariamente tener conto anche del contesto sociale e culturale (Jayawickreme et al., 2021), in quanto è proprio il contesto che stabilisce quali sono le narrazioni accettabili e quali invece quelle tabù (Pals & McAdams, 2004). La cultura occidentale dà molta importanza al "*ciò che non uccide, ti fortifica*", perciò valorizza l'idea secondo cui dopo aver fronteggiato un evento difficile, si dovrebbe sperimentare una crescita personale; chi narra la propria storia secondo questa prospettiva viene percepito avere un maggior livello di benessere, mentre chi si ritrova in una narrazione diversa da quella dominante devia dalla nozione socialmente accettata di recupero post-trauma, il che può portare ad un peggiore adattamento – oppure dà risposte in linea con la visione dominante per una questione di desiderabilità sociale, il che non fa altro che alimentare la visione socialmente accettata di recupero da un trauma (Jayawickreme et al., 2021).

Le narrazioni dominanti possono variare sia a seconda della cultura di riferimento, sia con il passare del tempo (basti pensare che 70 anni fa i propri traumi venivano raccontati solo a psicoanalisti e durante la confessione a figure religiose), per cui dobbiamo stare attenti ad interpretare il processo di Crescita Post-Traumatica come un processo universale ed uguale per tutti, perché non è così (Jayawickreme et al., 2021; Pals & McAdams, 2004). Non solo le narrazioni dominanti cambiano a seconda della cultura, ma anche i tipi di crescita contemplati variano; le cinque dimensioni proposte da Tedeschi e Calhoun (1996) sono basate sul mondo occidentale contemporaneo e non è detto che si adattino bene anche ad altre culture e ad altri momenti storici (Pals & McAdams, 2004).

Per tutti questi motivi, nel nostro studio abbiamo scelto di sottoporre un'intervista strutturata ad alcuni partecipanti alla ricerca, in modo da ricostruire le loro idiografiche narrazioni della loro esperienza traumatica: l'aver sofferto di un disturbo alimentare.

2.5 Il processo di crescita

Gli eventi traumatici, ovviamente, prima di rappresentare un precursore della crescita, elicitano negli individui reazioni con un elevato carico di distress, quali tristezza, depressione, senso di colpa, ansia, paura, rabbia e irritabilità (e sintomi fisici, quali affaticamento, tensione e dolori muscolari, sintomi gastrici e discomfort fisico generale) e possono costituire un fattore di rischio per lo sviluppo di una patologia psichiatrica (Tedeschi & Calhoun, 2004). In seguito ad un evento traumatico – e quindi minaccioso per il benessere e la salute propria e/o di un proprio caro, secondo la definizione del DSM (APA, 2013) – spesso si verificano pensieri ed immagini intrusivi (ovvero involontari e indesiderati) relativi all'evento traumatico, che la persona vive con angoscia (Tedeschi & Calhoun, 2004). Tuttavia, i processi psicologici coinvolti nell'affrontare i turbamenti che un trauma comporta, sembrano essere gli stessi tipi di processi che favoriscono cambiamenti positivi e sembra che siano più frequenti le esperienze di crescita nell'affrontare le conseguenze di eventi traumatici rispetto ai disturbi psichiatrici riportati (Tedeschi & Calhoun, 2004). Ciò non significa che la crescita sia sempre presente ed inevitabile; piuttosto possiamo dire che spesso distress e crescita coesistono, anche se non sono ancora chiari i processi tramite cui questo avvenga (Tedeschi & Calhoun, 2004). I sintomi di distress presenti dopo un trauma, e che possono portare al PTSD, sembrano essere la molla che spinge l'individuo verso una Crescita Post-Traumatica, perciò gli autori ritengono che per lo sviluppo di una crescita sia necessario almeno un livello moderato di PTSD e che quest'ultimo potrebbe essere indagato come precursore della PTG, piuttosto che come un outcome indipendente (Kramer et al., 2020). Gli eventi – descritti in letteratura – in seguito ai quali è stata riportata una significativa Crescita Post-Traumatica sono: lutto, abusi sessuali, esperienza di combattimento, incendi in casa, incidenti stradali, essere rifugiati, presi in ostaggio, affrontare problemi medici dei figli ed una serie di malattie fisiche, quali arresto cardiaco, HIV, cancro, artrite reumatoide e trapianto di midollo osseo (Tedeschi & Calhoun, 2004). Kramer et al. (2020) hanno indagato il ruolo della centralità dell'evento nello sviluppo della PTG: dai risultati emerge che la centralità dell'evento – intesa come la percezione soggettiva di un individuo di un evento come altamente stressante, piuttosto che una misura oggettiva – è certamente correlata alla Crescita Post-Traumatica. La relazione tra la centralità dell'evento e la PTG è mediata in primo luogo dal PTSD ed in secondo luogo dalla

ruminazione deliberativa (di cui parlerò in seguito) (Kramer et al., 2020).

La crescita non si verifica come conseguenza diretta del trauma, bensì è determinata dalla fatica che l'individuo fa nell'affrontare le conseguenze del trauma (Tedeschi & Calhoun, 2004); il fatto che sia lo stress percepito, e quindi soggettivo, e non quello oggettivo, a predire la Crescita Post-Traumatica, supporta ancor di più questa idea (Meyerson et al., 2011). Il recupero di un individuo dopo un trauma a livello cognitivo implica l'inclusione della nuova realtà della propria vita negli schemi fondamentali – che comprenderanno quindi il trauma e possibili eventi futuri – che saranno poi più difficili da distruggere: questa è la Crescita Post-Traumatica (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Le esperienze traumatiche sono trasformatrici in quanto comprendono anche una componente affettiva e non solo meramente razionale; infatti la Crescita Post-Traumatica raramente avviene dopo una scelta conscia e sistematica dell'individuo di trarre un significato positivo dal trauma; si tratta piuttosto della conseguenza di un tentativo di sopravvivere psicologicamente a tale evento e alla distruzione dei propri schemi di base e, ovviamente, può coesistere con il distress lasciato dal trauma – per questo gli eventi traumatici vengono paragonati ad eventi sismici, in cui prima della ricostruzione, c'è spesso distruzione (Tedeschi & Calhoun, 2004). La Crescita Post-Traumatica si basa quindi su due elementi principali: il grado di sfida e minaccia che l'evento presenta verso la comprensione del mondo dell'individuo e il grado in cui questa sfida dà inizio a processi cognitivi focalizzati sul trauma e sulle sue implicazioni (Cann et al., 2010a).

Il processo di crescita dipende da alcune variabili interne ed esterne (che Calhoun e Tedeschi hanno cercato di riassumere in un grafico nel 1998 – vedi **Figura 1**): dalle caratteristiche individuali e dagli stili di risposta ad eventi stressanti; dalla *self-disclosure* sulle proprie emozioni e prospettive di vita e da come gli altri rispondono a questa auto-apertura; dalla ruminazione e dallo sviluppo di saggezza nel percorso dell'individuo (Tedeschi & Calhoun, 2004).

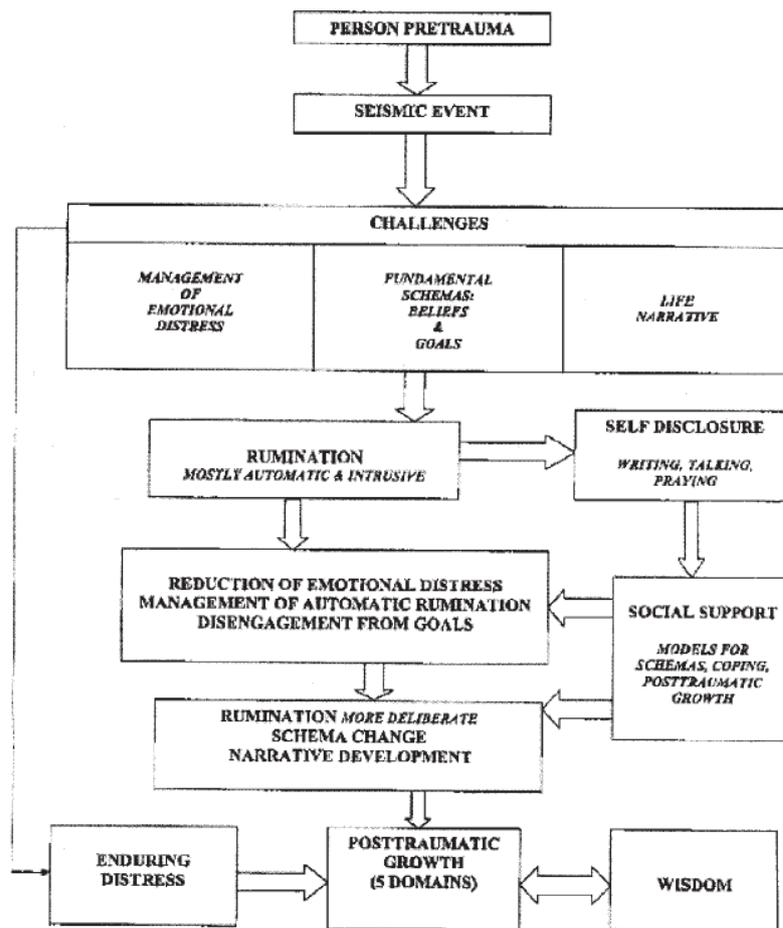


Figura 2 - A model of posttraumatic growth (Tedeschi & Calhoun, 2004, p.7)

In riferimento alle caratteristiche di personalità, due in particolare sembrano aumentare la probabilità che l'individuo sviluppi una Crescita Post-Traumatica: l'estroversione e l'apertura all'esperienza – correlazione modesta (Tedeschi & Calhoun, 2004). Anche le emozioni positive e l'apertura ai sentimenti correlano con la PTG: queste caratteristiche permettono alle persone di essere consapevoli delle emozioni positive anche in momenti difficili e di processare più efficacemente queste esperienze, favorendo il cambiamento dei propri schemi (Tedeschi & Calhoun, 2004). Il nevroticismo, invece, non è correlato alla PTG (Tedeschi & Calhoun, 2004). La Crescita Post-Traumatica, secondo alcuni autori, potrebbe essere meglio compresa se inquadrata proprio come una serie di cambiamenti positivi della propria personalità, ovvero delle tendenze a rispondere in determinati modi di fronte a certe situazioni, caratterizzate da sentimenti, comportamenti e pensieri relativamente stabili (Jayawickreme et al., 2021). I cambiamenti che avvengono in seguito ad un trauma, inizialmente rappresentano un tentativo di affrontare

l'evento; se diventeranno o meno a lungo termine dipende principalmente da quanto cambiano gli obiettivi che l'individuo sceglie di perseguire (Jayawickreme et al., 2021). Cambiare i propri obiettivi può riflettersi poi in una modifica di quei sentimenti, comportamenti e pensieri relativamente stabili che costituiscono la nostra personalità, portando ad una diversa narrazione della propria vita da parte dell'individuo, anche se non c'è evidenza del fatto che i tratti fondamentali della personalità possano cambiare in seguito ad eventi traumatici (Jayawickreme et al., 2021). La nuova narrazione derivante dalla percezione della Crescita Post-Traumatica può, a sua volta, portare ad un maggior benessere; quindi la percezione stessa della crescita è importante per lo sviluppo personale dopo un trauma (Jayawickreme et al., 2021). L'identità narrativa che include cambiamenti positivi della personalità, può quindi essere favorita dalla ricostruzione narrativa degli eventi (Jayawickreme et al., 2021).

Affinché si possa verificare un processo cognitivo ri-costruttivo, la persona che si trova ad affrontare un trauma deve trovare delle modalità di fronteggiamento del distress provocato dalla distruzione dei propri assunti fondamentali (Tedeschi & Calhoun, 2004). Gli assunti fondamentali di un individuo sono credenze di base che strutturano il mondo dell'individuo stesso e gli permettono di interpretare e comprendere gli eventi, parteciparvi e dare significato a ciò che succede intorno (Romeo et al., 2022). Solitamente all'inizio il processo cognitivo è più automatico, costituito da pensieri ed immagini intrusivi/e; se questo avviene efficacemente, dovrebbe poi portare la persona a sganciarsi dalla modalità di vita precedente, in quanto non più appropriata alle nuove circostanze (Tedeschi & Calhoun, 2004). Questo è un processo che può richiedere molto tempo, durante il quale gradualmente la persona deve accettare la perdita subita durante il trauma ed iniziare a rivedere i propri schemi (Tedeschi & Calhoun, 2004); richiede tempo anche perché le situazioni stressanti tendono a farci persistere nel fare affidamento alle vecchie abitudini già formate e che abbiamo sempre sfruttato nei contesti di vita stabili precedenti al trauma (Jayawickreme et al., 2021). Sviluppare nuove abitudini richiede poi che l'ambiente le rinforzi affinché diventino a lungo termine, altrimenti rischiano di essere solo cambiamenti temporanei (Jayawickreme et al., 2021).

Questo lungo periodo in cui il distress persiste è molto importante per lo sviluppo della Crescita Post-Traumatica, in quanto mantiene attivo il processamento cognitivo e indica che gli schemi fondamentali della persona sono stati gravemente compromessi e dunque si possono riadattare includendo gli eventi traumatici; una risoluzione rapida, invece,

porterebbe ad una minor crescita proprio perché indice di una minor frattura negli schemi della persona (Tedeschi & Calhoun, 2004). È necessario che l'individuo si discosti da precedenti obiettivi e credenze sul mondo e, allo stesso tempo, persista nel crearne di nuovi; questa persistenza sembra essere associata alla Crescita Post-Traumatica e il forte impatto del trauma sulle convinzioni di base dell'individuo su se stesso ed il mondo è necessario per piantare i semi dello sviluppo di una nuova prospettiva di vita (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Un meccanismo che sembra portare a cambiamenti positivi dopo aver vissuto eventi traumatici è l'apprendimento di nuove tracce di memoria e l'estinzione della paura associata a tali circostanze (Jayawickreme et al., 2021). Questo può essere raggiunto tramite la percezione di controllo e di *agency* sulla propria vita e aumentando l'esposizione dell'individuo a nuovi stimoli e contesti (su cui l'individuo possa esercitare il proprio controllo ed efficacia), così da favorire la plasticità neurale e, quindi, l'apprendimento (Jayawickreme et al., 2021). Altri meccanismi cognitivi che sono potenzialmente funzionali per lo sviluppo della Crescita Post-Traumatica sono: il locus of control interno (ovvero la percezione di controllabilità dell'evento), il *reappraisal* emotivo, l'accettazione di ciò che non può essere né controllato né modificato, il conferimento di significato all'esperienza traumatica e la ruminazione (Zoellner & Maercker, 2006).

La Crescita Post-Traumatica sembra inoltre essere in una mutua relazione con lo sviluppo di saggezza: dopo aver lottato con le conseguenze di un trauma, gli individui possono sviluppare una nuova cornice narrativa per la loro vita che comprende una visione saggia, quindi l'abilità di accettare paradossi, di esplorare apertamente le domande esistenziali, di affrontare a mente aperta diverse prospettive, di contemplare anche l'incertezza che il futuro riserva e di sviluppare maggiore empatia (Jayawickreme et al., 2021; Tedeschi & Calhoun, 2004). Non sono ben chiari i processi tramite cui da circostanze di vita avverse si possa sviluppare saggezza, ma si ipotizza che un meccanismo possa essere la capacità di prendere le distanze da se stessi e cercare di osservare la situazione da un punto di vista più ampio, per evitare di rimanere intrappolati nei vecchi meccanismi di pensiero che portano a ri-esperire emozioni negative (Jayawickreme et al., 2021). La saggezza può derivare inoltre dall'esperienza di star vivendo la vita con molta più consapevolezza, pur non riuscendo a dare risposte alle domande esistenziali emerse dall'esperienza traumatica (Tedeschi et al., 2015).

2.5.1 La relazione tra Post-Traumatic Growth e ruminazione

Anche la ruminazione – non intesa come negativa, auto-punitiva ed involontaria, ma piuttosto come uno strumento tramite cui l'individuo può ripensare all'evento traumatico cercando di dargli un senso e lavorando sul problem solving (Cann et al., 2010a) (per questo gli autori preferiscono parlare di processamento cognitivo in riferimento a questo concetto) – è associata alla Crescita Post-Traumatica (Tedeschi & Calhoun, 2004). È importante distinguere tra la ruminazione intrusiva (con pensieri indesiderati ed invasivi) e la ruminazione deliberativa (controllata e volontaria), in quanto si è visto che queste due diverse componenti della ruminazione hanno ruoli diversi nel determinare gli outcome di un evento stressante e, dunque, nel modello della Crescita Post-Traumatica (Cann et al., 2010a).

La ruminazione relativa all'evento traumatico si basa sulla discrepanza tra i propri schemi e l'evento che si è verificato; la riflessione su questa discrepanza porta a considerare il trauma come un punto di svolta, per cui esiste una vita ed una persona pre-trauma, ed una vita ed una persona post-trauma, specialmente quando gli schemi distrutti sono quelli relativi alla propria identità e allo scopo della vita e quando gli obiettivi precedentemente fissati non sono più raggiungibili a causa del trauma (Tedeschi & Calhoun, 2004). È fondamentale che la persona inizi a sviluppare altri schemi e obiettivi e che senta di star muovendosi verso il loro raggiungimento; ciò è cruciale per la propria soddisfazione (Tedeschi & Calhoun, 2004).

In uno studio riportato da Tedeschi e Calhoun (2004), la crescita dopo eventi traumatici era associata alla frequenza della ruminazione; non è il semplice focalizzarsi su fatti o emozioni che produce la Crescita Post-Traumatica, bensì è necessario un processamento cognitivo deliberativo che si inserisce tra il pensiero automatico/intrusivo e la crescita stessa: il grado con cui le credenze fondamentali dell'individuo vengono distrutte (Romeo et al., 2022) e con cui l'individuo è impegnato cognitivamente dal trauma sono elementi centrali nel processo di crescita (Tedeschi & Calhoun, 2004). Una maggior Crescita Post-Traumatica sembra essere associata ad un maggior livello di processamento cognitivo immediatamente dopo l'evento, ma non con il processamento anni dopo il trauma (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Dallo studio di Romeo et al. (2022) è emerso che nelle settimane immediatamente successive all'evento traumatico, sia la ruminazione deliberativa che intrusiva sembrano

essere fattori importanti per la crescita, mentre nel corso del tempo, è la ruminazione deliberativa che favorisce la Crescita Post-Traumatica. Inoltre, i pensieri e la ruminazione intrusiva sembrano essere correlati a sintomi di distress post-traumatico (come quelli che ritroviamo nel PTSD), mentre la ruminazione deliberativa è correlata proprio alla Crescita Post-Traumatica, in quanto è tramite questi pensieri che l'individuo può riconoscere il proprio cambiamento e la propria crescita (Cann et al., 2010a; Tedeschi & Calhoun, 2004).

Come accennavo precedentemente, la centralità dell'evento è correlata alla Crescita Post-Traumatica tramite la mediazione del PTSD, che a sua volta è correlato alla PTG tramite la mediazione della ruminazione deliberativa: gli eventi che vengono percepiti come altamente stressanti dall'individuo portano a grande distress, il quale può portare alla ruminazione deliberativa e, dunque, alla PTG (Kramer et al., 2020). Gli eventi che vengono percepiti come altamente stressanti sono quelli legati agli aspetti dell'identità personale; nel momento in cui un evento diventa centrale per la propria identità, quindi, i processi cognitivi che seguono hanno un ruolo fondamentale nello sviluppo futuro della persona (Kramer et al., 2020). Il grado in cui un individuo percepisce l'evento traumatico come centrale per la propria identità ed il grado in cui questo evento dà luogo a processi cognitivi deliberativi sono due elementi su cui i clinici possono lavorare per favorire un progresso terapeutico e lo sviluppo personale dell'individuo traumatizzato (Kramer et al., 2020).

Analizzando il ruolo della distruzione delle credenze di base, della ruminazione e dei sintomi depressivi nella PTG e nella *Post-Traumatic Depreciation* (PTD: termine con cui si indicano i cambiamenti negativi che possono verificarsi dopo un trauma nelle stesse aree di vita in cui si può verificare una crescita), si nota come (Romeo et al., 2022):

- la PTG sia positivamente correlata al grado di distruzione delle credenze di base ed alla ruminazione deliberativa e negativamente correlata alla ruminazione intrusiva ed ai sintomi depressivi;
- mentre la PTD sia positivamente associata al grado di distruzione delle credenze di base, alla ruminazione intrusiva ed ai sintomi depressivi (Romeo et al., 2022).

La relazione tra la Crescita Post-Traumatica e la depressione costituisce tuttavia ancora un punto di domanda nella letteratura scientifica, in quanto troviamo risultati diversi da uno studio all'altro, andando da un'associazione negativa tra le due ad un'associazione

positiva (Slade et al., 2019). Sembra comunque esserci una relazione curvilinea per cui chi riporta livelli molto bassi o molto alti di PTG riporta anche più distress e depressione rispetto a chi riporta livelli intermedi di PTG (Slade et al., 2019). Inoltre, maggiori sono i sintomi depressivi post-trauma, minore è la Crescita Post-Traumatica; tra questi due fattori vi è una relazione non lineare: la depressione immediatamente dopo l'evento può fungere da stimolo per la crescita, mentre se persiste per molto tempo dopo, ne è un ostacolo (Romeo et al., 2022). La rottura degli schemi di base, nello studio di Romeo et al. (2022), risulta essere associata fortemente sia con la PTG che con la PTD e quindi ha un ruolo centrale in tutti gli outcome post-trauma: a fare la differenza tra i due processi sarebbe la presenza di sintomi depressivi e ruminazione intrusiva, che riflettono l'incapacità dell'individuo di far fronte alle nuove richieste di adattamento dell'ambiente dopo il trauma (Romeo et al., 2022).

Nell'affrontare le conseguenze di un trauma, se il processo di passaggio dalla ruminazione intrusiva/automatica a quella deliberativa e volontaria non si realizza, l'individuo potrebbe andare incontro a PTD piuttosto che a PTG (Romeo et al., 2022).

Tra la ruminazione intrusiva e quella deliberativa, si trovano i processi di coping (inteso come l'insieme di sforzi messi in atto da un individuo per prevenire o diminuire le situazioni minacciose, le perdite e per ridurre il distress associato), i quali possono costituire un fattore importante per lo sviluppo di una Crescita Post-Traumatica (Platte et al., 2022). Il coping e la ruminazione deliberativa sono due processi distinti: il primo ha l'obiettivo di ridurre il distress attraverso le risorse disponibili all'individuo, la seconda si focalizza sul dare un significato al trauma e si verifica dopo il coping iniziale (Platte et al., 2022). Gli stili di coping che favoriscono la Crescita Post-Traumatica sono quello orientato sulle emozioni e quello orientato sul problema, attraverso la reinterpretazione positiva dell'evento traumatico (Platte et al., 2022).

La reinterpretazione degli eventi (*reappraisal* emotivo) è una strategia di regolazione emotiva che modifica il significato di ciò che è successo a lungo termine in modo attivo e funzionale ed è un predittore della Crescita Post-Traumatica: a parità di intensità negativa dell'evento, maggiore è il *reappraisal*, maggiore è la PTG (Orejuela-Dávila et al., 2019). Le strategie di regolazione emotiva che coinvolgono stimoli emotivi – come il *reappraisal* – favoriscono la PTG aiutando l'individuo nel pensiero ricostruttivo che porta a trovare un significato alla propria esperienza traumatica (Orejuela-Dávila et al., 2019). Il conferimento di significato ad un'esperienza traumatica permette di rivalutarla

con lenti diverse ed aiuta l'individuo a riorganizzare le credenze di base che sono state distrutte, facilita la crescita e riduce la sintomatologia negativa (Mazor et al., 2018).

Quando l'intensità negativa dell'evento è media o bassa, la strategia di regolazione più scelta è il *reappraisal*, mentre quando l'intensità negativa è molto alta, gli individui preferiscono la strategia della distrazione – la quale può facilitare il coping iniziale con situazioni altamente stressanti, ma nel lungo termine promuove comportamenti evitanti e dunque cessa di essere funzionale (Orejuela-Dávila et al., 2019), in quanto alti livelli di stress post-traumatico ostacolano la capacità dell'individuo conferire un nuovo significato tramite processi cognitivi ed emotivi funzionali (Mazor et al., 2018). Potrebbe quindi essere utile usare diverse strategie di regolazione emotiva a seconda della fase in cui l'individuo si trova nell'affrontare un trauma, in modo da minimizzare il distress e promuovere la crescita (Orejuela-Dávila et al., 2019). Nonostante l'importanza degli aspetti cognitivi e comportamentali, infatti, il ruolo delle emozioni viene forse sottovalutato quando considerato in relazione allo sviluppo della Crescita Post-Traumatica, quando in realtà le emozioni sembrano avere un forte valore predittivo della qualità di vita post-trauma (Zoellner & Maercker, 2006).

Lo studio di Platte et al. (2022) mostra poi come il coping auto-sufficiente, il coping socialmente supportato e la ruminazione deliberativa siano predittivi della PTG, mentre la ruminazione intrusiva ed il coping evitante siano predittivi della PTD – sebbene l'evitamento possa essere utile e funzionale all'individuo nell'affrontare il trauma nei momenti immediatamente successivi. Esiste infatti una relazione negativa tra l'evitamento dovuto a sintomi post-traumatici e la PTG: l'individuo, per sviluppare una crescita, deve mettersi in gioco e provare ad affrontare le conseguenze dell'evento traumatico (Mazor et al., 2018). Sicuramente chi tenta di affrontare e dare un senso all'esperienza traumatica esperisce maggior distress, ma questo è una condizione necessaria per esperire anche una crescita; chi si arrende e non prova a dare un senso a ciò che è successo non può esperire una crescita (Triplett et al., 2012).

Non tutte le aree del modello PTG sono ugualmente influenzate dalla ruminazione intrusiva/deliberativa e da quando questa avvenga, perciò è importante capire quando questi processi cognitivi avvengono e di che tipo sono, in quanto questo ci potrebbe aiutare nel comprendere il percorso che porta ad una Crescita Post-Traumatica (Tedeschi & Calhoun, 2004) e quindi nell'implementare interventi che la possano favorire. Migliorare il processo di coping con eventi altamente sfidanti può infatti portare ad una

maggior crescita psicologica (Romeo et al., 2022), in quanto è stato dimostrato come la *coping self-efficacy*, ovvero la sensazione/consapevolezza di poter affrontare efficacemente gli stressor, correla positivamente con la PTG e che la riuscita nell'affrontare le situazioni traumatiche effettivamente dipende dalla valutazione che un individuo fa della propria abilità di controllo e gestione della situazione (Mazor et al., 2018). Un modo per favorire la ruminazione deliberativa è la pratica della *mindfulness*, dimostratasi anche un trattamento efficace per il PTSD, la quale infatti è associata a minor PTSD e maggiore PTG (Platte et al., 2022).

Hanley et al. (2016) hanno indagato la relazione tra la PTG, il meccanismo cognitivo di reinterpretazione positiva e la DM (*Dispositional Mindfulness*, ovvero la tendenza ad essere consapevoli del momento presente, in modo non giudicante e non reattivo), analizzando anche il ruolo della ruminazione intrusiva e deliberativa e della distruzione delle credenze di base nello sviluppo di Crescita Post-Traumatica oppure di Stress Post-Traumatico. I risultati mostrano che una maggiore DM è associata a minor Stress Post-Traumatico e maggiore PTG; gli individui più consapevoli (*mindful*) riportano più frequentemente outcome positivi dopo un evento traumatico; comunque il grado con cui si sviluppa una Crescita Post-Traumatica dipende in gran parte dall'intensità con cui vengono distrutte le credenze di base dell'individuo (Hanley et al., 2016). Affrontare la distruzione dei propri schemi di base attraverso la *mindfulness* favorisce l'attuazione di strategie di coping adattive, quali la reinterpretazione positiva dell'evento, e limita le strategie di coping non adattive, quali la ruminazione intrusiva, aiutando l'individuo a dirigere le proprie energie psichiche verso una crescita psicologica (Hanley et al., 2016). Ciò che favorisce in misura maggiore la Crescita Post-Traumatica sembra essere proprio la ruminazione deliberativa, la quale viene stimolata dalla ruminazione intrusiva, e la quale, a sua volta, stimola la reinterpretazione positiva degli eventi (Hanley et al., 2016).

2.5.1.1 Il questionario Event Related Rumination Inventory

A proposito della ruminazione e della sua relazione con la Crescita Post-Traumatica, tra i questionari che abbiamo scelto di inserire nella batteria da somministrare ai partecipanti alla nostra ricerca – e che sono elencati nel capitolo 3 – si trova il questionario *Event Related Rumination Inventory* (ERRI), elaborato da Cann et al. (2010a). Il questionario ERRI si compone di 10 item che riflettono la ruminazione deliberativa e di 10 item che

riflettono la ruminazione intrusiva; non sono item connotati positivamente o negativamente e vengono proposti con due diverse istruzioni: pensando alle settimane immediatamente successive all'evento traumatico e pensando alle ultime settimane trascorse (Cann et al., 2010a). La presenza di due fattori distinti all'interno del questionario (ruminazione intrusiva e deliberativa) è statisticamente supportata e, sebbene siano fattori separati, correlano tra loro: chi tende ad esperire maggiori pensieri intrusivi, tenderà poi anche ad avere una maggior ruminazione deliberativa, probabilmente perché la presenza di pensieri intrusivi dà avvio al processo deliberato di cercare di attribuire un significato all'esperienza vissuta (Cann et al., 2010a).

In associazione al modello PTG, gli item ERRI-intrusivi (sia nelle settimane immediatamente successive all'evento, che nelle settimane più recenti) sono risultati predittivi del distress riportato, così come gli item ERRI-deliberativi sono risultati predittivi della Crescita Post-Traumatica – analizzata con il *Post-Traumatic Growth Inventory* (PTGI), (Cann et al., 2010a). È importante utilizzare una misura degli stili cognitivi messi in atto dalle persone elicitati da specifici eventi stressanti, come fa il questionario ERRI, in quanto risulta più utile – nel predire la crescita e/o il distress che si possono verificare dopo un evento traumatico – di strumenti che misurano le tendenze stabili delle persone alla ruminazione nel corso della loro vita (Cann et al., 2010a).

2.6 Problemi metodologici nella misurazione della Crescita Post-Traumatica

Uno dei limiti probabilmente sempre presente quando parliamo del modello PTG è quello per cui la Crescita Post-Traumatica, valutata principalmente con il questionario PTGI, e quindi *self-reported*, sembra non corrispondere alla crescita effettiva (Frazier et al., 2009). Frazier et al. (2009) hanno infatti condotto uno studio per analizzare se la crescita *self-reported* dopo un evento traumatico (misurata con il PTGI) fosse associata alla crescita effettiva (valutata con misure che cogliessero le 5 dimensioni del modello PTG) ed al cambiamento che si verifica nella vita delle persone dal pre al post trauma: i risultati mostrano che la loro relazione è molto debole e, inoltre, la crescita percepita è associata con un aumento del distress da prima a dopo il trauma, mentre la crescita effettiva con una sua diminuzione (Frazier et al., 2009). Zoellner e Maercker (2006), riportano tuttavia che la percezione illusoria di un minor distress è correlata alla

percezione di PTG, ma anche alla PTG effettiva stessa, in quanto la valutazione soggettiva dell'esperienza traumatica e della crescita successiva è fondamentale nel processo di crescita stessa.

Il questionario PTGI misurerebbe quindi la crescita percepita e non quella effettiva, per cui alcuni autori sostengono che, oltre a processi cognitivi adattivi, alla formazione della PTG contribuirebbe anche una componente illusoria, che non necessariamente è disadattiva, in quanto aiuta le persone a controbilanciare le emozioni negative e stressanti derivanti dall'esperienza traumatica (Zoellner & Maercker, 2006). Sembra quindi che la crescita percepita e la crescita effettiva siano proprio due processi diversi (Frazier et al., 2009); probabilmente le persone non ricordano perfettamente il loro stato precedente, oppure riferiscono una crescita spinti dalla desiderabilità sociale, laddove magari questa non è realmente presente (Jayawickreme et al., 2021). Ciò non significa che non esiste una crescita dopo i traumi, bensì che le misure retrospettive della crescita probabilmente misurano qualcosa di diverso dal cambiamento che può verificarsi dopo un trauma e a causa del trauma (Frazier et al., 2009). Ci sono comunque anche alcuni modelli teorici, come quello del “*Janus-Face of PTG*”, secondo cui la componente cognitiva funzionale e quella più illusoria, percettiva, sarebbero entrambe importanti per la PTG, semplicemente in due momenti temporali diversi rispetto al trauma (Zoellner & Maercker, 2006).

In relazione alla Crescita Post-Traumatica, inoltre, ci sono una serie di problemi metodologici, come evidenziato da Jayawickreme et al. (2021): innanzitutto la crescita è necessariamente risultante da un'interazione tra gli eventi esterni e la personalità dell'individuo che li subisce, per cui è difficile indagare solo gli effetti del trauma senza tener conto della reazione personale ed idiografica dell'individuo – infatti, di fronte ad uno stesso evento, persone diverse possono avere reazioni molto diverse tra loro; un secondo limite è quello per cui la crescita potrebbe manifestarsi come piccoli cambiamenti di specifici tratti di personalità piuttosto che in ampi domini, come sono quelli descritti dal modello PTG. Un ultimo limite individuato da Jayawickreme et al. (2021) è relativo alle tempistiche: la Crescita Post-Traumatica è idiografica anche in riferimento al momento in cui si verifica nella vita delle persone che hanno subito un trauma, per cui per qualcuno si può verificare subito dopo il superamento del trauma, mentre per altri molti anni dopo – in questo secondo caso, sarebbe difficile anche individuare la correlazione tra eventi e crescita, dato il lasso temporale intercorso nel frattempo e dunque nuovi eventi accaduti che potrebbero influire sullo sviluppo della

persona.

Come abbiamo visto, inoltre, la crescita non sempre si verifica in tutte le aree proposte nel modello della PTG, e non sempre si verifica nelle diverse aree nello stesso momento; nell'analizzare la PTG quindi è fondamentale riconoscere in quali aree si è verificata una crescita e in quali no (Taku et al., 2008) o in quali specifici tratti della personalità, dato che non sempre si manifesta in domini ampi come quelli descritti nel modello PTG di Calhoun e Tedeschi (Jayawickreme et al., 2021).

2.7 Applicazione clinica del modello PTG: la Crescita Post-Traumatica nei disturbi mentali

La Crescita Post-Traumatica, come abbiamo visto, in letteratura è stata fino ad ora esplorata soprattutto dopo eventi quali disastri naturali, lutti importanti, malattie fisiche; nell'ambito dei disturbi mentali, invece, non c'è molta ricerca, così come non c'è ricerca su quanto il conferimento di significato e la *Coping Self-Efficacy* (CSE) contribuiscano alla PTG anche in chi ha esperito disturbi mentali gravi (Mazor et al., 2018).

Lo studio di Slade et al. (2019) si propone quindi di elaborare un quadro di riferimento per la PTG in seguito alla guarigione da gravi disturbi mentali, quali le psicosi, attraverso una ricerca qualitativa basata sulle narrazioni provenienti da interviste semi strutturate. Ci sono vari motivi per cui il fenomeno della Crescita Post-Traumatica è rilevante anche nell'ambito dei disturbi mentali, ad esempio la frequente depressione in comorbilità, la discriminazione e l'isolamento sociale che possono traumatizzare la persona che soffre di un disturbo psichiatrico (oltre al trauma del disturbo stesso), e l'elevata incidenza di esposizione a vari traumi, quali gli abusi infantili, in persone con – o che svilupperanno – un disturbo psichiatrico, ad esempio una psicosi (Mazor et al., 2018; Slade et al., 2019).

Dopo un primo episodio di psicosi, molte persone sviluppano sintomi post-traumatici (Mazor et al., 2018), quali perdita, negazione, evitamento e la distruzione delle credenze riguardo al sé ed al mondo fa sì che l'individuo senta la necessità di dare un nuovo significato all'esperienza (Dunkley & Bates, 2015); allo stesso tempo, spesso vengono riportati anche dei cambiamenti psicologici positivi, soprattutto in 3 dimensioni: individuale (personalità, stile di vita, insight sulla propria identità, ecc.), interpersonale (relazioni con amici, familiari e società) e spirituale-religioso (Slade et al., 2019). I sintomi psicopatologici, positivi e negativi, sono correlati negativamente sia con la

revisione delle credenze di base dell'individuo, sia con la Crescita Post-Traumatica, per cui meno la persona rivede le proprie assunzioni fondamentali, minore sarà la crescita e maggiori i sintomi psicopatologici e, quindi, il distress (Mazor et al., 2020).

È necessario puntualizzare cosa significhi guarigione nell'ambito dei disturbi psichiatrici, in quanto non si riferisce alla classica remissione dei sintomi come in medicina, bensì alla qualità di vita e al raggiungimento del benessere generale della persona, relativamente indipendentemente dalla presenza o meno dei sintomi (Slade et al., 2019).

La guarigione implica un processo molto personale di cambiamento dei propri valori, scopi nella vita e del modo di vivere stesso e si può riassumere – secondo una review sistematica – in 5 fattori: connessione con gli altri e con la comunità, speranza ed ottimismo verso il futuro (che induce la motivazione al cambiamento), ridefinizione della propria identità, dare un senso della vita e *empowerment*, senso di controllo sugli eventi (Leamy et al., 2011). La guarigione è come un viaggio, continuo e graduale, caratterizzato da alti e bassi, miglioramenti e difficoltà; percepire la guarigione come un processo in corso è una strategia di coping adattiva che permette all'individuo di accettare il momento presente e muoversi verso il futuro (Dunkley & Bates, 2015).

Dai risultati dello studio di Slade et al. (2019) sono emersi 6 temi di crescita dopo l'esperienza di un disturbo psichiatrico:

- la *self-discovery*, quindi una maggior comprensione ed accettazione di se stessi e più auto-compassione;
- un senso di sé più positivo, integrando anche l'esperienza di malattia nella propria identità;
- un maggior apprezzamento della vita;
- un maggior impegno in attività che promuovano il benessere;
- un diverso valore conferito alle relazioni con gli altri e maggior empatia;
- una maggior consapevolezza spirituale ed esistenziale (Slade et al., 2019).

In totale, la Crescita Post-Traumatica, declinata nelle dimensioni sopra elencate – che sono ben conciliabili con i 5 fattori del modello PTG di Tedeschi e Calhoun (1996) – è stata riscontrata nell'83% dei partecipanti alla ricerca (Slade et al., 2019). Favorire la PTG (ad esempio incoraggiando la *self-disclosure* e fornendo supporto sociale) quindi è importante non solo in seguito a singoli eventi traumatici, ma anche in seguito ad un episodio di un disturbo psichiatrico (Slade et al., 2019); la *self-disclosure* è infatti

associata a maggior PTG, miglior guarigione e minori livelli di sintomi post-traumatici (Dunkley & Bates, 2015).

Dallo studio di Dunkley e Bates (2015) emerge come l'area principale in cui si sviluppa una crescita dopo un primo episodio psicotico è quello delle relazioni interpersonali, a cui si può quindi fare riferimento per promuovere un ambiente sociale positivo e supportivo. La crescita comprende il ripristino di aspetti esistenti della propria identità, la costruzione di nuovi aspetti, e la creazione di significati personali dell'esperienza, ed è un processo che può contribuire alla guarigione dal disturbo (Slade et al., 2019). Il recupero da problemi di salute mentale implica certamente anche un processo attivo di ricerca di significato, di senso di sé e di un benessere generale, che va oltre il mero trattamento della sintomatologia; tuttavia, la relazione tra Crescita Post-Traumatica, quindi tra cambiamenti psicologici positivi e guarigione da un disturbo psichiatrico non è ancora chiarita (Slade et al., 2019); sicuramente non è una relazione unidirezionale, ma potrebbe costituire un circolo virtuoso (Jordan et al., 2018).

Nella review di Jordan et al. (2018), gli autori hanno cercato di delineare quali sono i cambiamenti positivi che le persone che hanno sofferto di un primo episodio psicotico ed i loro familiari esperiscono in seguito a tale evento e quali sono i fattori che favoriscono questi cambiamenti. I cambiamenti positivi, come sottolineato sopra, spesso si verificano a 3 livelli: individuale, interpersonale e spirituale-religioso; i fattori che favoriscono questi cambiamenti sono sia personali che sociali, ma anche spirituali-religiosi e relativi ai servizi di cura mentale (Jordan et al., 2018). Tra i fattori personali ritroviamo strategie di coping, processi psicologici, consapevolezza del mondo, senso di *agency* sulla propria vita, speranza verso il futuro ed anche il processo di guarigione stesso, mentre tra i fattori sociali ritroviamo forti connessioni con la comunità di appartenenza (Jordan et al., 2018). Relativamente ai servizi di cura mentale, sono stati descritti in molti studi come i principali facilitatori di cambiamenti positivi, soprattutto grazie all'enfasi sulla auto-efficacia ed auto-accettazione, sulla guarigione, sulla speranza e sulla gestione dello stress, per cui tutti quegli interventi che mirano a rafforzare la persona e forniscono cure appropriate (Jordan et al., 2018). Anche il supporto da familiari e dai propri pari è risultato fondamentale e, nonostante il carico emotivo e cognitivo che la cura di una persona comporta (o forse proprio grazie a questo), anche la famiglia spesso riporta cambiamenti positivi a vari livelli dopo l'episodio psicotico dell'individuo che ne soffre (Jordan et al., 2018).

In un altro studio è emerso che chi ha sperimentato sintomi mentali importanti, quali una psicosi, ha un elevato livello di sintomi post-traumatici; questi correlano negativamente con il conferimento di significato e con la CSE, mentre la PTG correla positivamente con questi due processi, che sembrano quindi favorire la crescita anche in chi ha sofferto di disturbi psichiatrici (e non solo in chi ha subito un trauma propriamente detto) e mediano la relazione tra i sintomi post-traumatici e la Crescita Post-Traumatica mettendo a disposizione dell'individuo le risorse emotive e cognitive necessarie per rivalutare positivamente l'esperienza ed attuare un coping funzionale (Mazor et al., 2018).

Durante il processo di guarigione dalle psicosi, l'individuo tenta di integrare nella rappresentazione del mondo e di se stesso l'esperienza traumatica dell'episodio psicotico, andando verso un migliore adattamento, che include una maggior consapevolezza di se stessi, una crescita personale e maggior forza personale (Dunkley & Bates, 2015).

2.7.1 La Crescita Post-Traumatica nei disturbi alimentari

Se la Crescita Post-Traumatica è stata solo recentemente studiata anche in seguito ad alcuni disturbi mentali, ovvero le psicosi, nell'ambito dei disturbi del comportamento alimentare non è stato riscontrato nessuno studio. I disturbi dell'alimentazione costituiscono tuttavia un grave disturbo psichiatrico e, come abbiamo visto nel primo capitolo, con un altissimo tasso di mortalità e rappresentano un periodo molto stressante per chi ne soffre. In seguito alla guarigione da tale disturbo, dunque, ci potrebbe essere una crescita personale in varie dimensioni della vita, anche dovuta alla fatica che le persone fanno nel superare il disturbo e nel mettere a tacere quella "voce" che molti riportano e che rimanda all'esperienza traumatica che vive chi soffre di episodi psicotici: l'esperienza di qualcuno nella propria testa che li comanda, che li controlla e che decide per loro cosa fare e quindi chi essere. Riuscire a rispondere in maniera assertiva alla voce dentro di loro implica riuscire a separarsi da una parte della propria identità e costruirne una nuova.

Da uno studio qualitativo di Bjork & Ahlstrom (2008), in più di un'intervista ad ex-pazienti emerge che il disturbo alimentare è stato vissuto come un trauma, che adesso hanno superato ma che ha condizionato inevitabilmente il corso della loro vita, anche perché, essendo il disturbo alimentare un disturbo molto radicato nella propria identità, guarire implica la perdita di una parte di sé e lo sviluppo di una nuova identità; in seguito

a questo trauma, molte persone che ne hanno sofferto riportano di essere grate al disturbo per lo sviluppo personale che ne è derivato e che, probabilmente, se non avessero sofferto del disturbo, non avrebbero avuto.

A partire da queste indicazioni, quindi, i disturbi alimentari potrebbero costituire una base per lo sviluppo della Crescita Post-Traumatica.

3 LA RICERCA

3.1 Obiettivi e ipotesi dello studio

La ricerca sulla quale verte questa tesi è uno studio mixed-method sull'esperienza di guarigione da un disturbo del comportamento alimentare, avendo come cornice di riferimento teorico il modello di Crescita Post-Traumatica sviluppato da Tedeschi e Calhoun (1996). L'obiettivo principale dello studio è quello di indagare cosa abbia contribuito alla guarigione da un disturbo alimentare secondo la prospettiva idiografica della persona che ad oggi si ritiene guarita e se ci sia stato un senso di crescita personale dopo la malattia, che altrimenti, forse, non ci sarebbe stato.

Capire quali sono i fattori che contribuiscono alla guarigione, così come alla Crescita Post-Traumatica, è utile per orientare nel miglior modo il trattamento, il processo di guarigione e per fornire ai/alle pazienti gli strumenti funzionali allo sviluppo di una crescita personale che inglobi positivamente nella “nuova” vita della persona anche l'esperienza di malattia. Non abbiamo ipotesi specifiche di partenza, ma partiamo dal presupposto secondo cui i disturbi del comportamento alimentare potrebbero essere considerati come un evento traumatico – seppur dilatato nel tempo – paragonabile a malattie fisiche, quali cancro e HIV, dopo le quali spesso si è visto esserci una Crescita Post-Traumatica, e quindi che possano costituire terreno fertile per una crescita personale derivante dalla lotta con circostanze di vita altamente difficili e sfidanti per l'individuo e tutto il suo sistema di valori e di persone care.

3.2 Metodi e materiali

3.2.1 Misurazioni qualitative e quantitative

I materiali utilizzati per lo studio includono una serie di questionari ed una intervista strutturata (facoltativa dopo la compilazione dei questionari) scritta dal nostro team di ricerca (riportata nell'**Appendice**). I questionari sono stati preceduti da una serie di domande anagrafiche (codice identificativo, sesso alla nascita, età) e di domande relative al disturbo alimentare:

- Se e quando è stata ricevuta la diagnosi;
- Qual è la diagnosi ricevuta (o quali sono, se più di una);
- Per quanto tempo la persona ha sofferto del disturbo alimentare;

- Se la persona si ritiene guarita dal disturbo alimentare oppure no – se sì, da quanto tempo si ritiene guarita;
- Se ha ricevuto un trattamento e di che tipo (ambulatoriale, regime diurno, trattamento intensivo, psicoterapia e supporto nutrizionale);
- Quanti cicli di trattamento ha ricevuto;
- Quali fattori ritiene che abbiano maggiormente contribuito alla sua guarigione.

I questionari miravano ad esaminare alcune caratteristiche cliniche del campione, quali sintomi di ansia, stress e depressione, difficoltà di regolazione emotiva, crescita personale, ruminazione intrusiva e deliberativa e flessibilità/rigidità cognitiva.

Abbiamo poi deciso di condurre uno studio qualitativo delle interviste a persone che si ritengono guarite da un disturbo alimentare in quanto analizzare le narrazioni, oltre ai dati quantitativi derivanti dai questionari, permette di esplorare tutti i possibili significati che la persona attribuisce alla propria esperienza stressante e di non limitarsi alle aree di crescita personale esplorate dal questionario PTGI. L'intervista strutturata si compone di una serie di domande che indagano l'esperienza di aver sofferto di un disturbo alimentare, i fattori che hanno contribuito ed ostacolato la loro guarigione, il rapporto tra malattia e guarigione e che tipo di percorso di guarigione hanno affrontato. Vi è poi una serie di domande che hanno lo scopo di esplorare le aree di una potenziale Crescita Post-Traumatica, come la relazione con gli altri, la visione di se stessi e del futuro.

Nell'ultima domanda – prima di chiedere se ci sia qualcosa da aggiungere – si chiede ai partecipanti cosa direbbero ad una persona che sta attualmente soffrendo di un disturbo dell'alimentazione; questa domanda assume grande rilevanza in riferimento al fatto che, come ho spiegato nel capitolo dedicato ai disturbi del comportamento alimentare, la *self-disclosure* in relazione al proprio vissuto del disturbo alimentare costituisce un elemento molto importante su coloro che attualmente soffrono di tale disturbo, per cui diffondere i messaggi di speranza e relativi al proprio percorso può sicuramente fornire un contributo importante alla motivazione al cambiamento di chi non vede la luce in fondo al tunnel del disturbo alimentare.

3.2.2 Partecipanti

I partecipanti sono stati reclutati online dalla popolazione generale tramite post e storie pubblicati sui social media da febbraio 2024 ad oggi: Instagram, Facebook, WhatsApp,

Threads, X. La compilazione dei questionari era in forma anonima, veniva chiesto solo un codice identificativo. Tutti i partecipanti hanno fornito il consenso informato scritto prima di compilare i dati demografici e i questionari forniti, eccetto 8 partecipanti, di cui quindi non abbiamo i dati.

I criteri di inclusione per la partecipazione allo studio erano:

- Avere almeno 18 anni;
- Aver ricevuto una diagnosi di un disturbo alimentare secondo la classificazione diagnostica del DSM;
- Aver ricevuto un trattamento per tale disturbo;
- Ritenersi guarito/a dal disturbo – in quanto, come sostengono Bjork & Ahlstrom (2008), se la persona si ritiene guarita, affinché possiamo esplorare la sua percezione di guarigione, non è necessario che soddisfi tutti i criteri che potremmo elencare per una definizione univoca di guarigione.

La raccolta dei dati quantitativi è tuttora in corso; fino ad adesso i partecipanti reclutati sono 408, con 139 compilazioni valide (ovvero che rispettano tutti i criteri di inclusione sopracitati). Le persone che hanno lasciato la propria email per essere ricontattate per l'intervista sono state 34 ed in totale sono state svolte 19 interviste.

3.2.3 Procedura

Lo studio ha ricevuto l'approvazione etica dal Comitato Etico della Ricerca in Psicologia dell'Università di Padova (protocollo numero 298-b). La procedura ha rispettato la Dichiarazione di Helsinki adottata nel 1964, poi revisionata negli anni, per la tutela dell'essere umano nella ricerca scientifica e la riservatezza dei suoi dati. Tutti i partecipanti hanno fornito il consenso scritto a partecipare allo studio e sono stati avvisati che avrebbero potuto ritirarsi qualora lo ritenessero opportuno.

In conformità con il Regolamento Generale per la Protezione dei Dati (GDPR, UE, 2016/679) tutti i dati personali e sensibili riportati nella conversazione sono stati resi anonimi prima di iniziare l'analisi dei dati; per anonimizzare le informazioni personali, ai partecipanti è stato chiesto di riportare un codice identificativo su Qualtrics in sostituzione al proprio nominativo ed è stato utilizzato un codice numerico per denominare la registrazione vocale dell'intervista. Nel consenso informato i partecipanti sono stati informati della raccolta dei loro dati personali, trattati secondo le norme etiche,

della registrazione vocale dell'intervista e che dall'intervista non era possibile risalire al partecipante. Alla fine della compilazione dei questionari, i partecipanti avevano la possibilità di inserire la propria email per essere ricontattati per l'intervista strutturata con un membro del team di ricerca.

3.3 Analisi dei dati

3.3.1 Analisi descrittive

La raccolta dati dei questionari è tuttora in corso, pertanto in questa tesi non si discuterà dei dati quantitativi, ma di quelli qualitativi derivanti dalle interviste.

Le caratteristiche descrittive del campione di persone intervistate (totale: 19) sono state analizzate utilizzando JASP (versione 0.18.3): media e deviazione standard (D.S.) sono state calcolate per le variabili età, durata di malattia, tempo da cui le persone si ritengono guarite e cicli di trattamento, mentre la frequenza è stata calcolata per le variabili sesso biologico e tipo di trattamento.

3.3.2 Analisi tematica

Per l'analisi dei dati qualitativi, ovvero delle interviste, è stata applicata l'Analisi Tematica (AT), ovvero un metodo di analisi qualitativa sviluppata da Braun e Clarke nel 2006. Questo tipo di analisi è molto flessibile in quanto può essere svolta in vari modi: in senso induttivo (bottom-up, guidato dai dati) o deduttivo (top-down, guidato da concetti e ipotesi pre-esistenti ai dati), con orientamento esperienziale o critico verso i dati e con una prospettiva teorica essenzialista o costruttivista (Braun & Clarke, 2012). Anche se spesso l'analisi comprende l'uno e l'altro approccio, uno tende a predominare: quello induttivo solitamente è anche esperienziale ed essenzialista, quello deduttivo è anche critico e costruttivista (Braun & Clarke, 2012).

Lo scopo dell'AT è quello di trovare dei temi in comune tra le varie esperienze riportate ed attribuire un significato a tali affinità (Braun & Clarke, 2012). I temi elaborati devono andare oltre la semplice descrizione dei dati e fornire una visione interpretativa alla luce della propria cornice di riferimento teorica, in modo da spiegare cosa questi dati rivelino relativamente alla domanda di ricerca iniziale (Braun & Clarke, 2006). Il processo di AT è costituito da 6 fasi:

1. Familiarizzazione con i dati, ovvero lettura approfondita e ripetuta delle risposte

- alle interviste;
2. Generazione di codici iniziali, ovvero elementi di somiglianza ma anche differenza che ricorrono nelle varie interviste;
 3. Ricerca di temi e sotto-temi, quindi pattern di risposte o significati ricorrenti che devono essere attivamente costruiti a partire dalle esperienze riportate e dai codici precedentemente individuati;
 4. Revisione dei potenziali temi in termini di qualità, sia in relazione ai codici individuati, sia in relazione a tutti i dati disponibili, per arrivare ad ottenere dei temi che catturino gli elementi fondamentali che emergono dai dati e che siano rilevanti per la domanda di ricerca iniziale;
 5. Definizione e denominazione dei temi, che dovrebbero avere un focus ciascuno, facendo attenzione a non creare sovrapposizioni, a non denominare un tema semplicemente come la domanda dell'intervista e sempre tenendo come punto di riferimento il contributo che ognuno di questi temi può fornire alla domanda di ricerca;
 6. Produzione della relazione finale, che serve a fornire un quadro generale dei significati emersi dalle interviste e cercare di rispondere alla domanda di ricerca (Braun & Clarke, 2006; Braun & Clarke, 2012).

Per applicare l'analisi tematica alle interviste, queste sono state audio-registrate, trascritte letteralmente e numerate da 1 a 19 per proteggere l'anonimato. Sono state poi lette varie volte per identificare i temi ed i sotto-temi sia ad un livello semantico, sia ad un livello più latente ed interpretativo.

L'analisi tematica è stata svolta principalmente in modo induttivo, partendo dai dati e dalle esperienze riportate dai partecipanti, in combinazione con un approccio deduttivo, in quanto i dati sono stati interpretati alla luce della cornice di riferimento teorica della Crescita Post-Traumatica, sviluppata da Tedeschi e Calhoun nel 1996.

4 RISULTATI

4.1 Caratteristiche demografiche del campione

Il processo di partecipazione allo studio consta di un reclutamento online di persone che si ritengono guarite da un disturbo dell'alimentazione; all'inizio dei questionari venivano fatte 3 domande relative ai criteri di inclusione: aver avuto una diagnosi di DCA, aver ricevuto un trattamento e ritenersi guariti. Se la risposta era affermativa a tutte e tre le domande, la persona accedeva ai questionari che indagano alcune caratteristiche cliniche. Dopo aver compilato tutti i questionari, era possibile lasciare la propria email per essere ricontattati per l'intervista. La tabella seguente indica il suddetto processo di partecipazione con i relativi numeri.

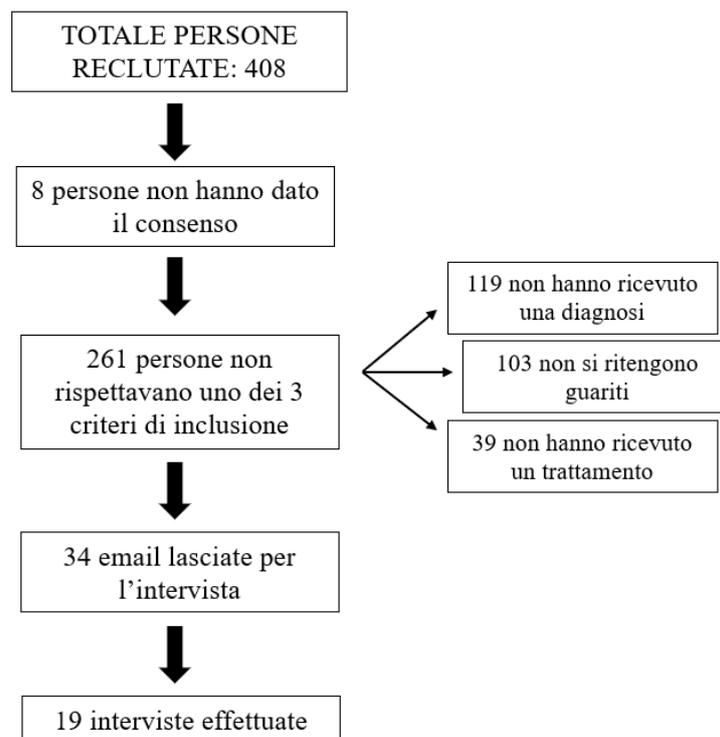


Figura 3 Processo di partecipazione allo studio e alle interviste

Nella **Tabella 1** (di seguito) sono descritte le caratteristiche demografiche del campione e le informazioni relative al loro disturbo dell'alimentazione.

Tabella 1 – Caratteristiche demografiche del campione intervistato

VARIABILE	MEDIA (D.S.) O FREQUENZA (%)	MINIMO E MASSIMO
Età	24.37 (7.15)	[18 – 50]
Sesso biologico	Femminile: 18 (94.74%) Maschile: 1 (5.26%)	
Durata di malattia (anni)	4.95 (3.05)	[2 – 13]
Durata di malattia (mesi) *	4.80 (2.68)	[0 – 6]
Tempo dalla guarigione (anni)	2.58 (2.6)	[0 – 10]
Tempo dalla guarigione (mesi) **	2.87 (3.78)	[0 – 12]
Numero di cicli di trattamento ***	5.07 (5.85)	[1 – 24]
Tipo di trattamento	Ambulatoriale: 10 (52.63%) Regime diurno: 5 (26.32%) Ricovero: 9 (47.37%) Psicoterapia: 16 (84.21%) Supporto nutrizionale: 10 (52.63%)	

Note:

*I partecipanti avevano la possibilità di inserire la durata di malattia specificando gli anni e i mesi (ad esempio una durata di 3 anni e mezzo corrisponde a 3 anni e 6 mesi); la durata di malattia totale media è quindi di quasi 5 anni e 5 mesi.

**I partecipanti avevano la possibilità di inserire il tempo trascorso da quando si ritengono guariti specificando gli anni e i mesi (ad esempio una durata di 2 anni e mezzo corrisponde a 2 anni e 6 mesi); il tempo di guarigione totale medio è quindi di quasi 3 anni e 3 mesi.

***Per ciclo di trattamento si intende un periodo continuativo durante il quale la persona ha ricevuto un trattamento di qualsiasi tipo.

4.2 Dati qualitativi

Come sostenuto da Pals & McAdams (2004) – e come ho spiegato nel capitolo 2 – la Crescita Post-Traumatica deriva anche dalla narrazione che gli individui fanno dell'evento traumatico, poiché questa li aiuta a percepire la trasformazione del sé e a conferire un significato positivo al trauma. Per analizzare la PTG, dunque, è utile esaminare quanto il trauma ha impattato sul sé e sull'identità e quanto squilibrio ha portato nella vita dell'individuo (Pals & McAdams, 2004). Di seguito elencherò e spiegherò i temi ed i relativi sotto-temi emersi dall'analisi delle interviste.

4.2.1 Temi e sotto-temi

Dall'Analisi Tematica dei dati qualitativi sono emersi 5 temi (e relativi sotto-temi) così denominati:

1. Montagne russe;
 - 1.1 Percorso di guarigione come montagne russe
 - 1.2 Ambivalenza al cambiamento
 - 1.3 Fattori che favoriscono o inibiscono il cambiamento
 - 1.4 Cosa significa guarigione
2. Togliere all'automatismo per dare alla scelta;
 - 2.1 DCA come dipendenza
 - 2.2 Zittire le voci e imparare a rispondere
 - 2.3 Lasciar andare il controllo e accogliere l'imprevisto
3. Voglia di vivere;
 - 3.1 Riprendersi ciò che la malattia ha tolto
 - 3.2 Consapevolezza che non ne vale la pena
4. Crescita Post-traumatica;
 - 4.1 Maggior forza personale/autoefficacia
 - 4.2 Migliori relazioni con gli altri
 - 4.3 Prospettive future e nuove possibilità di vita
 - 4.4 Maggior apprezzamento delle piccole cose

4.5 Sviluppo esistenziale e spirituale

4.6 Il DCA come un viaggio alla scoperta e all'accettazione di se stessi

5. Messaggi di speranza.

I vari sotto-temi illustrano in modo approfondito le questioni chiave emerse dalle interviste che costituiscono un *fil rouge* dell'esperienza traumatica di aver vissuto un disturbo alimentare e del percorso di guarigione.

1) MONTAGNE RUSSE

All'interno di questo tema sono compresi quattro sotto-temi: uno in relazione alla percezione che le persone hanno del proprio percorso di guarigione, uno relativo alla motivazione intrinseca che, secondo la maggior parte dei partecipanti, è ciò da cui deve e può partire il vero cambiamento e che, per vari motivi, non risulta essere costante nel corso della malattia; uno relativo ai fattori favorevoli e sfavorevoli nel percorso di guarigione ed infine un sotto-tema che illustra cosa significa essere guariti dal punto di vista dei partecipanti.

1.1 PERCORSO DI GUARIGIONE COME MONTAGNE RUSSE

Quando abbiamo chiesto ai/alle partecipanti di provare a descrivere come è stato il loro percorso di guarigione, la risposta spesso andava nella direzione di un percorso molto tortuoso, lungo, con ricadute, alti e bassi... insomma, come essere sulle montagne russe. In più di una intervista viene proprio usata la metafora delle montagne russe:

“Peggio delle montagne russe! Peggio delle montagne russe perché comunque nelle montagne russe dici «vabbè salgo in cima, poi ad una certa scendo», ma sai sempre fino a dove scendi. Invece è stato molto peggio, quando pensavo «oh, ora sto bene», andavo più giù di prima.” (n. 1)

“Difficile sicuramente, ho avuto un po' di alti e bassi, certo ci sono stati quei momenti in cui pensavo di essermi ripresa e invece altri momenti in cui dicevo «oddio, non è vero, non è cambiato niente» [...]” (n. 13)

“[...] quindi direi, se dovessi descrivere questi anni, delle montagne russe [...]” (n. 16)

In altre interviste si fa riferimento alla gradualità del percorso:

“A livello interiore secondo me non c'è un momento, è proprio quando gradualmente riprendi a fare la tua vita, poi comunque sono percorsi lunghi [...] nel percorso effettivo ci sono tanti

avanti-indietro [...]” (n. 2)

“[...] non ci si può aspettare che da un giorno all’altro guarisci, anzi [...]” (n. 12)

Riguardo alla linearità del percorso, la maggior parte dei/delle partecipanti riporta come la guarigione non sia un percorso lineare, come esplicitato in queste interviste:

“Ad oggi non posso descriverlo come un percorso lineare. Nel senso che, esattamente come la vita, anche il percorso di guarigione ha momenti alti e momenti bassi. La soluzione sta nel trovare la linearità dentro di noi. Ho trovato l’equilibrio, ho imparato a gestire quegli alti e quei bassi che si presentavano sia nella vita, sia nella malattia, cioè nel percorso di guarigione, in maniera diversa. Nel momento di gioia ho smesso di sentirmi Dio [...] e nel momento di down ho smesso di sentirmi sotto terra.” (n. 7)

“[...] comunque ci sono nella vita alti e bassi, nella guarigione ancora di più. E forse, anzi sicuramente, è molto più difficile il percorso di guarigione, che non la malattia in sé e per sé [...]” (n. 9)

Alcune persone hanno anche riportato l’importanza delle ricadute, in quanto è dai momenti di maggior difficoltà che si può iniziare a risalire:

“Il percorso di guarigione è altalenante. All’inizio hai la sensazione assoluta che è impossibile. Tu non dominerai mai quello che stai mangiando, avrai sempre l’ansia. Ricordo che pensavo «non è possibile farcela». Poi in realtà, seguendo sempre i consigli, il diario alimentare, facevo quello che mi diceva la terapeuta ed andava sempre un po’ meglio. Poi ci sono gli stop. [...] Però sicuramente il percorso per me non è lineare. Io non ho fatto solo dei miglioramenti, anche perché è sbagliando che ho capito dove potevo resistere un attimo.” (n. 10)

“Allora è stato un percorso con alti e bassi [...] se hai una ricaduta ogni tanto non significa che hai un disturbo alimentare ancora, per quello io mi sono definita guarita... comunque è una cosa con cui sei in contatto 24 ore su 24, 7 giorni su 7, non è abuso di alcolici che dici «okay lo taglio completamente e ciao», quindi comunque [...] diciamo che c’è stato un momento esatto in cui ho cambiato il bisogno di... proprio craving da abbuffata in «voglio semplicemente mangiare una cosa davanti a un film» e quello è stato il momento chiave per me, che mi ha permesso di capire che avevo agentività sui miei pensieri, però no la descriverei come una cosa fatta molto da alti e bassi in generale.” (n. 15)

Per qualcuno, invece, il percorso è stato piuttosto lineare, una volta riusciti ad iniziare il

percorso terapeutico giusto con dei professionisti competenti. In riferimento a cosa è stato più faticoso del percorso di guarigione, infatti, una persona ha risposto:

“L’inizio, quando ho cominciato perché, a parte che con i problemi che ci sono di struttura, non c’è disponibilità, non trovavo nessuno che fosse in grado di guardarmi adeguatamente [...], ma poi una volta in realtà che sono entrata nel giro ed ero in un posto in cui potevo fare solo quello è stato più facile. Secondo me è stato come guarigione abbastanza lineare, il problema ce l’ho avuto prima, a monte, la guarigione è andata come previsto.” (n. 17)

1.2 AMBIVALENZA AL CAMBIAMENTO

Una caratteristica che si ritrova spesso in chi soffre di disturbi del comportamento alimentare è la resistenza al cambiamento e, in un secondo momento, l’ambivalenza. A questo proposito, una persona spiega in modo esemplare la sensazione dell’ambivalenza al cambiamento:

“Come essere divisa in due. Hai una parte di te che vuole lottare per vivere, perché vuole farcela, perché non si vuole far mancare le esperienze con gli amici, con la famiglia; e l’altra parte però, che è prevalente nella malattia, che cerca di soffocare la parte “buona”. Perché continua a dirti: «non ti meriti di vivere, non ti meriti di mangiare, non ti meriti di essere felice». Quindi è come avere una doppia personalità e essere continuamente in lotta con te stesso: la parte buona vuole cercare di fuoriuscire, cerca di uscire, ma non ce la fa perché c’è la parte cattiva che riesce sempre a soffocarla [...]
[...] ci sono nella vita alti e bassi, nella guarigione ancora di più. E forse, anzi sicuramente, è molto più difficile il percorso di guarigione, che non la malattia in sé e per sé. Perché sei ancora più combattuta, non solo con la parte di te stessa che vuole guarire, che cerca ancora di prevalere; ma con la società che comunque giudica [...] oltre che lottare con te stessa, devi lottare anche con la società [...]” (n. 9)

Un altro problema è sicuramente la mancanza di motivazione intrinseca al cambiamento, o comunque l’alternanza di periodi in cui c’è più motivazione a periodi in cui ce n’è meno:

“[...] momenti di alti e bassi ovviamente, periodi in cui ero più propensa e più convinta di star procedendo nella direzione giusta e altri momenti in cui invece lo sconforto è prevalso o comunque la paura di procedere, di andare avanti e soprattutto anche un po’ di mancanza di motivazione [...]” (n. 3)

“[...] io sì facevo il percorso di guarigione, a parte che non ero io predisposta alla guarigione e io penso che ti puoi fare aiutare da tutti, ti possono aiutare i migliori medici del mondo, ma se tu dici «io non voglio guarire» tu non guarisci, mai, assolutamente. È quello che è successo a me, cioè a me mi portavano alle visite, io li guardavo e dicevo «lasciatemi stare, non mi interessa», cioè non li ascoltavo, non avevo paura di quello che mi potesse succedere [...] se tu non vuoi una cosa [...] non ce la fai” (n. 4)

“[...] se non parte da dentro di te non vai da nessuna parte [...]” (n. 13)

“[...] il fatto di conoscere che [...] si poteva soffrire in quel modo, quindi un po' forse il mio percorso di laurea in psicologia mi ha aiutato, soprattutto a riconoscere, ma soprattutto anche nella consapevolezza e nella motivazione al trattamento [...] spesso e volentieri ci si oppone a delle cose oppure [...] eravamo anche un po' forzati a stare [...] in situazioni che sono parecchio scomode...e io, seppur infastidito magari... la famosa resistenza al cambiamento no, però riuscivo ad accettare che era necessario toccare con mano la sofferenza e che magari poi dopo sarei stato meglio.” (n. 18)

Riguardo al rapporto tra guarigione e malattia la maggior parte dei partecipanti lo descrive come un rapporto ambiguo, senza un confine netto, come due processi che si intersecano, per cui all'inizio prevale la malattia e piano piano prevale la guarigione:

“In verità sono proprio in contrapposizione e non sono ben riuscita a distinguere anche perché magari il mio pensiero, quello a cui volevo veramente puntare era quello di perdere peso, però poi non volevo, oppure sì volevo ma non riuscivo e andavo in palestra, però poi mantenevo l'equilibrio, però poi la scuola, gli amici... insomma è molto ambiguo come rapporto, perché cioè te non vuoi guarire [...] quindi sì è un rapporto particolare tra guarigione e malattia perché la malattia comunque ti resta dentro, non vuoi guarire, ma il percorso è indispensabile.” (n. 12)

1.3 FATTORI CHE FAVORISCONO O INIBISCONO IL CAMBIAMENTO

In riferimento all'ambivalenza al cambiamento, sono emersi dalle interviste vari fattori che favoriscono il mantenimento dello status quo a scapito di un cambiamento, e quindi di una guarigione. Alcuni di questi fattori sono: il bisogno di essere amati, il disturbo come modo per comunicare le proprie emozioni e la propria sofferenza, il circolo vizioso dell'isolamento, le attenzioni e l'amore altrui nel momento in cui soffriamo di una malattia. Una persona riporta anche l'impatto della società sullo sviluppo del disturbo alimentare:

“Mi sono sempre sentita dire «eh ma sei grassocella, dovresti dimagrire, se tu dimagristi saresti molto più bella [...]» da quando sono una bambina. [...] Io penso proprio di poter dire che è stata tanto la società ad impormi questo cambiamento, ad impormi di pensarci [...]” (n. 1)

Per quanto riguarda il disturbo come modo per comunicare le proprie emozioni e sofferenze:

“[...] per me era quello il modo di tirare fuori alcune cose [...]” (n. 17)

“quando sto male o magari c'è un mio bisogno che non emerge [...] tendo a cercare conforto nel cibo [...]” (n. 18)

Un altro fattore che ostacola il cambiamento è il senso di controllo che il disturbo dà a chi ne soffre e la paura di lasciarlo andare:

“La cosa più faticosa è stata in primis il dover [...] lasciare un po' questo controllo che avevo ed è stato faticoso in particolare diciamo per la mia identificazione nella malattia, ormai avevo costruito tutta la mia immagine proprio facendo prevalere un ruolo quasi fondamentale, se non principe alla malattia in tutto il mio essere, quindi dover in qualche modo oscurare questa parte o comunque non dargli più i riflettori sul palcoscenico, ma solo una piccola controfigura o un ruolo secondario [...]” (n. 3)

In riferimento al bisogno di controllo ed alle attenzioni degli altri come rinforzo del disturbo alimentare:

“La cosa più faticosa per me nella guarigione è stato dover accettare il fatto che dovessi mollare quella parte lì, perché poi diventa praticamente una parte di te. Cioè io avevo quella parte di me che faceva sì che l'attenzione di tutti [...] è su di te, e questa è una cosa che a me ha aiutato tanto a far sì che io continuassi con questa strada [...] perché io ho i genitori separati e [...] nel periodo della malattia ci consigliarono di - a me e mia mamma - tornare nella casa di mio babbo, quindi cioè... mi avevano fatto un regalo ma allo stesso tempo mi avevano rovinata, perché io, una ragazza che sognava la famiglia del mulino bianco con i genitori separati [...] nella mia testa era «continua così, così stiamo tutti insieme». [...] Quando c'è stata la guarigione dovevo accettare il fatto che dovevo riuscire a trovare lo stesso amore che loro mi davano in quel momento nel momento in cui io stavo bene. Quindi nella mia testa dovevo dire «ok, riceverai amore lo stesso, anche stai bene». [...] E poi un'altra cosa che mi ha pesato tanto è accettare il fatto che non ci fosse più quella parte che controllava le cose. [...] il mio non mangiare mi faceva sentire piccola e io [...] avevo bisogno di sentirmi piccolina

[...] con tutto l'affetto che danno ai bambini piccolini [...]” (n. 4)

“Vividamente ricordo sicuramente il rapporto con i miei familiari, il rapporto con i miei nonni [...] e il fatto che potesse essere un capriccio per me, per avere le loro attenzioni. [...] mi rendo conto del fatto che potesse essere un capriccio il non mangiare, l'avevo presa come una sfida, [...] un tentativo di prevalere su di loro. Questo proprio perché volevo che i miei bisogni fossero soddisfatti da altri.

[...] Probabilmente uno dei motivi per cui ci sono entrata era il bisogno di sentirmi amata dall'esterno, una ricerca di attenzioni, e pensavo che “scomparendo” quel sentirmi amata fosse più evidente.” (n. 7)

. “In parte lo faccio anche adesso: io mi identifico con quello che faccio o con quello che sono. Per me in quel momento il peso era il mio valore; infatti, ricordo che quando sono dimagrita [...] non ti senti mai di valere, perché c'è sempre questa sorta di spirale che porta sempre a volere di più e di più [...] però se penso al periodo di anoressia, anche adesso, ho un pensiero un pochino patologico: penso ad un periodo in cui mi sentivo valida.” (n. 8)

“[...] quando sei ricoverata stai male, ma stai bene quando stai male, cioè ti fa star bene la sofferenza [...]” (n. 12)

Un altro fattore che porta le persone a spingersi sempre più in là con la gravità del disturbo alimentare è l'incompetenza di alcuni professionisti/equipe e la sensazione di non essere abbastanza malati da ricevere cure adeguate o da ricevere l'attenzione dei medici, quindi non sentirsi legittimati nella propria sofferenza:

“[...] mi è capitato tante volte di sentirmi dire «vabbè ma te non hai niente, basterebbe che tu dimagrissi, non hai niente» e invece se fosse stato così facile lo avrei fatto anni e anni e anni prima, ma non è così facile [...]” (n. 1)

“[...] è stato molto penalizzante [...] non avere un'equipe che parla o con gli stessi principi [...] sentirmi abbastanza malata nemmeno per i medici, non sentire il diritto alle cure [...]” (n. 5)

“[...] poi di binge eating [...] i profili che avevo trovato magari online eccetera erano persone magari degli Stati Uniti che avevano raggiunto livelli di obesità, e quindi mi sentivo anche delegittimata a dire che ce lo avevo... perché non è che ho raggiunto chissà che chili però l'attacco di fame è quello, la sofferenza è quella.” (n. 15)

I fattori identificati nelle interviste, invece, come favorevoli al cambiamento e quindi la

guarigione sono: la competenza dei professionisti e delle equipe sanitarie, i ricoveri intensivi quando necessari, riuscire a fidarsi ed affidarsi all'aiuto degli altri, il supporto da parte della famiglia e degli amici, la volontà di guarire per loro (e per riprendersi la propria vita) e la psicoterapia. Riguardo alla propria famiglia questo è ciò che è emerso:

“[...] l'ho fatto come sprono per la mia famiglia.” (n. 3)

“I miei genitori che mi sono stati vicinissimi [...] dovevo guarire non solo per me, ma anche per la mia famiglia [...]” (n. 13)

“Penso proprio la vicinanza di mio marito, cioè l'amore [...] il marito e la fede.” (n. 14)

Riguardo alla competenza professionale e la psicoterapia, viene dato molto valore soprattutto al lavoro su se stessi, sulle proprie ferite e sofferenze, come base per costruire un terreno fertile per la guarigione da un disturbo alimentare:

“[...] tu devi riuscire a combattere quello che ti dice la tua testa e l'unico modo per farlo è affidarsi.” (n. 2)

“[...] il percorso a livello ambulatoriale per me fu pessimo [...] perché mi ricordo che trovai una psicologa con cui non andavo assolutamente d'accordo, proprio per niente, c'era il nutrizionista che odiavo assolutamente [...] perché non ci sapeva fare per nulla e trovai il neuropsichiatra, che invece lui era una manna dal cielo, quindi ecco il suo aiuto e la mia voglia di dire basta [...]” (n. 4)

“La psicoterapia sicuramente, poi sicuramente il mio affidarmi completamente a chi mi curava perché comunque penso che se non sei tu la prima a volerci mettere impegno e guarire, il miglior specialista non ti può aiutare [...] Poi sicuramente anche la famiglia ha aiutato, gli amici che mi sono stati accanto.” (n. 6)

“Sicuramente la terapia. [...] Ricordo che quando soffrivo di Binge c'era questo libro che si chiamava “Brain over Binge” che dava una serie di idee su come fare coping. Però ricordo che non serviva molto perché è proprio andando a curare le ferite profonde, che creano sofferenza volontaria, autodistruzione, che veramente io sono tornata a rinascere. Adesso quello che mi permettere di mantenere la guarigione è proprio questo senso di aver curato alcune cose, di essere stata in grado di adattarmi e di cambiare il modo in cui vivo.” (n. 8)

“Allora secondo me per me per guarire è stato indispensabile anche il ricovero. [...] Ah e poi

anche la palestra mi ha fatto bene proprio a livello mentale quando ho ripreso peso per ritrovare un po' un equilibrio.” (n. 12)

“Per me il percorso di psicoterapia [...] perché alla fine era il modo di alfabetizzare... [...] di non trovare le parole per il tuo dolore quindi mangiavo.” (n. 15)

[...] il percorso di psicoterapia devo dire mi ha aiutato molto perché comunque mi ha aiutato a regolare le emozioni [...]” (n. 17)

“[...] incontrare delle persone competenti, delle persone che potessero aiutarmi, che mi ascoltassero, perché spesso questo per esempio mi è mancato, soprattutto dalla mia famiglia, non mi sentivo capito, non mi sentivo ascoltato, sentivo le mie problematiche forse sminuite... [...] ecco trovare qualcuno di cui potersi fidare secondo me ha influito molto sul processo di guarigione.” (n. 18)

Anche il fatto che i genitori abbiano intrapreso un percorso di psicoterapia è considerato un fattore molto importante; in risposta alla domanda su cosa abbia aiutato nel percorso di guarigione infatti, alcune risposte sono state:

“Sicuramente [...] il fatto che i miei genitori siano andati in terapia, perché essendo anche [...] adolescente, vivevo in famiglia [...], perché poi da quello che è venuto fuori ovviamente la mia problematica era diciamo un campanello d'allarme di certe situazioni anche familiari che si erano instaurate e poi credo anche il fatto che i miei mi abbiano permesso di poter mandare avanti il percorso anche dopo la chiusura della malattia fisica [...] non è scontato [...]” (n. 2)

Solo poche persone hanno menzionato come fattore che ha contribuito alla guarigione anche il supporto nutrizionale, oltre al percorso psicologico; quando è stato menzionato, veniva fatto riferimento alle equipe professionali. In accordo con quanto emerso dagli studi che ho citato nel capitolo 1, in riferimento alla definizione di guarigione da un disturbo alimentare, da queste interviste emerge una critica ai professionisti sanitari che si occupano di disturbi alimentari, secondo cui ci sarebbe troppa focalizzazione sul peso e sul ripristino dei normali parametri fisiologici come indice di guarigione, quando invece il lavoro più pesante è sulle sofferenze interiori, sulle dinamiche familiari e sulla regolazione delle emozioni e non è detto – anzi – che nel momento in cui i parametri fisiologici sono ripristinati la persona si senta guarita.

“[...] anche quando vengono tolti diciamo i sintomi, quelli fisici propriamente, il lavoro non

finisce là, ma il lavoro va avanti [...] soprattutto con gli psichiatri c'è molto del focalizzarsi solo ed esclusivamente su un numero quando in realtà non si guarda tutto il percorso spesso che una persona fa nell'approccio proprio con il cibo e il significato che assume [...]" (n. 2)

"[...] (il peso) è l'ultimo proprio dei problemi, anzi credo che quando una persona raggiunge il normopeso, è là che comincia il lato bello pesante [...] è proprio quando raggiungi il peso che devi gestire i pensieri!" (n. 2)

"Sostanzialmente tantissima terapia, unica cosa che mi ha davvero davvero aiutato. [...] tutto il resto è emergenza, l'aiuto ai pasti è emergenza, la nutrizione meccanica è emergenza." (n. 11)

"Ho ricevuto anche un'assistenza nutrizionale ma lì ammetto che è stato molto più complicato perché... perché non ero pronta [...] avevo bisogno di questo aiuto ma poi quando mi trovavo di fronte al fatto che avrei dovuto diciamo rispettare delle regole che andavano contro me stessa, mentivo, [...] trovavo ogni modo possibile per sfuggire a quelle che erano le indicazioni che mi venivano date [...]" (n. 16)

Un altro fattore emerso da qualche intervista è l'importanza delle testimonianze di persone guarite da disturbi alimentari come elemento per aumentare la propria consapevolezza e la propria motivazione al cambiamento:

"[...] allora la prima cosa in assoluto è stata Instagram [...]. Poi anche partecipare per sensibilizzare mi ha aiutato tantissimo [...]." (n.5)

"Secondo me far vedere alle persone che soffrono di disturbi, che ci sono altre persone che hanno gli stessi meccanismi, è importante perché ti senti meno sola [...]" (n. 10)

1.4 COSA SIGNIFICA GUARIGIONE

Dalle interviste emerge che ci sono diversi elementi che vengono percepiti come indice di guarigione, ad esempio i pensieri che piano piano perdono il proprio potere sulla persona:

"piano piano certi pensieri diventavano [...] sempre meno forti [...] Quando avevo una giornata un po' di down, un po' di crisi, il primo pensiero non era "ok oggi non mangio mai", no, il primo pensiero era "va bene casomai prendo mamma e a mamma dico guarda mamma io sto male, aiutami" (n. 4)

Oppure il rendersi conto di star affrontando la propria vita senza l'ossessione del cibo:

. “Me ne sono accorta anche dalle azioni di tutti i giorni: andare a far la spesa o anche i miei pensieri. Mentre mangiavo non pensavo a cosa avrei mangiato dopo. Mangiavo, facevo la mia vita, facevo merenda... Piano piano mi sono accorta che il cibo da che era enorme, stava diventando ogni giorno più piccolo.” (n. 10)

“[...] sei guarito quando non ci fai più caso al fatto che sei guarito. Ti accorgi che [...] non ti fai più del male fisicamente [...]” (n. 11)

La guarigione può essere vista anche come un diverso rapporto con il proprio corpo e con il cibo:

“[...] il non essere soprattutto tanto legata alla porzione e alla qualità dell’alimento che vado a introdurre nel pasto [...] l’assaggiare con un dito il sugo da un tappo di barattolo [...]” (n. 3)

“[...] quando sei nella malattia ti guardi proprio con gli occhi dello schifo, ti senti sempre meno di tutti, ti senti sempre la persona più brutta, da dire che non ti guardi allo specchio [...] Ma poi anche a livello personale, non mi sentivo una bella persona [...]. La parte fisica ti dico la verità rimane sempre un po’ così, però piano piano ti accetti, dici “son così, che devo fare”. (n. 4)

“Sono tornata a casa, mia mamma mi aveva preparato tipo una vaschetta di pasticcini e mentre la mangiavo ad una certa il mio cervello è rimasto bloccato tipo «c’è qualcosa che manca, cos’è che manca?» non capivo cosa mancava. [...] alla fine mi son resa conto che la cosa che mancava era la sensazione di dolore e di fastidio. [...] un’altra volta davanti a un piatto di pasta mi fermo, la guardo e penso «ma io come le contavo le calorie di quello?»” (n. 5)

“C’è stato un momento bello e particolare [...] dove un giorno mi sono guardata allo specchio e non provavo niente, cioè non andavo più alla ricerca del difetto [...]” (n. 8)

“Quando ho iniziato a mangiare, non per sopravvivere, ma per il piacere di mangiare.” (n. 14)

“[...] non mi interessava così tanto rispetto a prima quello che mangiavo [...]” (n. 17)

Sottolineando l’importanza della cura psicologica e non solo fisica:

“Capisci che il disturbo alimentare non è una questione di cibo, almeno credo, ma una tua sofferenza, più sofferenze. Devi curare te stessa [...] se curi quello che hai dentro, poi il mangiare viene da solo.” (n. 8)

“[...] per i medici risultavo guarita [...] quando mi è tornato il ciclo mestruale. Però io non mi

sentivo assolutamente guarita [...] non mi sentivo guarita fino a che non ho buttato su carta i miei pensieri. Ed è come se da dentro di me fossero passati a qualcun altro [...] Viene piano piano quando cominci a riprenderti tutte le tue cose che prima non potevi fare.” (n. 9)

Un altro elemento indice di guarigione è l'accettare di lasciar andare il controllo tanto bramato nel periodo di malattia:

“[...] posso dire di avere ripreso appieno a vivere e posso dire – con grande gioia! – senza avere sempre il pieno controllo accogliendo l'imprevisto [...]” (n. 16)

Per alcune persone, tuttavia, una guarigione al 100% non sembra ancora possibile e credono che qualche residuo resterà per tutta la vita:

“[...] perché è un po' come un tallone d'Achille che rimane, magari nei momenti un po' più di stress, così, uno magari torna, anche magari inconsciamente ad avere certi pensieri o cose, secondo me quando uno impara a gestirli, là è il momento in cui capisci che sei guarito e poi arrivi poi anche a non usarli più.” (n. 2)

“[...] secondo me è una cosa che uno quando la vive non la abbandona mai, io mi rendo conto che tante volte [...] senti che c'è qualcosa qui dentro (la testa) che razzola sempre - però ecco secondo me la cosa importante è che uno trovi proprio nella sua vita le cose che ti fanno stare sereno.” (n. 4)

“[...] in parte sento anche gli strascichi della malattia.” (n. 8)

“[...] ad oggi mi direi guarita perché faccio la mia vita ecc., anche se penso che guarire al 100% sia proprio impossibile [...] magari c'è un mese dove i pensieri sono più forti perché i pensieri comunque ci sono, basta imparare – tra virgolette – a gestirli perché così poi magari quando succede qualcosa di particolarmente diciamo sconvolgente nella mia vita, il primo pensiero comunque va sempre su “sono grassa”, è così però devi imparare a conviverci [...]” (n. 12)

“[...] tutt'oggi quando ho qualcosa, c'è un evento particolare, la prima cosa è che io non mangio. [...] Invece quando sto bene [...] mangio, insomma sono tranquilla. Se sono molto nervosa o agitata mi blocca.” (n. 14)

2) TOGLIERE ALL'AUTOMATISMO PER DARE ALLA SCELTA

Il titolo di questo tema deriva da un'intervista che mi ha colpito molto, o meglio da una email che il/la partecipante ha inviato all'intervistatrice poche ore dopo l'intervista, in cui

commentava una frase detta da un suo professore in relazione alle dipendenze:

“L'unico approccio che dà dei veri risultati a lungo termine è la disciplina autoimposta. Togliere quanto più possibile all'automatismo per dare alla scelta. Scegliere ogni volta di procedere così, anche se doloroso. Ricordate che non siete i vostri circuiti nervosi, non siete il vostro corpo, voi siete liberi” (n. 8).

Questo tema viene esplicitato in 3 sotto-temi: uno fa riferimento al parallelismo tra DCA e dipendenza da sostanze, uno alle voci che per tanto tempo controllano la vita e le decisioni dell'individuo che soffre di DCA e l'ultimo relativo all'accettare di lasciar andare il controllo che la malattia solo apparentemente fornisce all'individuo.

2.1 DCA COME DIPENDENZA

In due interviste è stato fatto il parallelismo tra il disturbo alimentare e le dipendenze da sostanze. Un'intervista è la numero 8, in seguito alla quale il/la partecipante ha mandato l'email contenente il messaggio scritto sopra. Ciò che il/la partecipante dice in relazione a questo parallelismo è:

“Certo un DCA non è in senso stretto una dipendenza, ma i meccanismi che lo dominano secondo me in parte lo sono... si diventa dipendenti di quelle azioni e pensieri ripetuti e all'inizio ci piace e lo facciamo perché ci dà una parvenza di potere e controllo e mette una sorta di "pezza" su ciò che ci risulta difficile affrontare ma poi, così come nelle dipendenze, continuiamo non perché ci piaccia ma perché se smettessimo, gli effetti collaterali da sospensione sarebbero insostenibili.” (n. 8).

Nell'altra intervista questo è quello che emerge:

“Tante volte sei in mezzo alla gente e ti senti una pazza, perché, per quanto la persona che ti voglia più bene [...] non lo capiranno mai. Non perché sono cattivi, ma perché non hanno una dipendenza. Un tossico mi può capire, mia mamma no. [...]

Io reputo i DCA una dipendenza da cibo, sia che te ne privi, sia che lo mangi tutto. È comunque una dipendenza. Anche quando soffri la fame e non vuoi mangiare, è una dipendenza [...] non si cura in una settimana. [...] L'unica nostra sfortuna è che per vivere devi mangiare quindi noi siamo esposti 3-4 volte al giorno alla nostra dipendenza e dobbiamo domarla. Io se voglio vivere devo mangiare. Non è che posso dire «tolgo le sigarette, l'alcol, la cocaina», io devo mangiare. Questa è la cosa difficile. Ogni giorno ti siedi e hai la cosa che o ti spaventa di più o che vuoi di più in tutta la vita.” (n. 10)

L'origine di questa “dipendenza”, secondo questa/o partecipante, non è facilmente rintracciabile, si tratta piuttosto di risposte diventate ormai automatismi che si attuano in risposta a situazioni stressanti, ad esempio un commento inappropriato altrui, e che poi sono difficili da sradicare.

2.2 ZITTIRE LE VOCI E IMPARARE A RISPONDERE

Come ho scritto nel capitolo 1, una delle caratteristiche più pesanti dei disturbi del comportamento alimentare è la presenza di una voce che comanda la persona e le ordina di compiere determinate scelte ed attuare determinati comportamenti a scapito di altri, pena un senso di colpa insopportabile. La presenza delle voci costituisce anche uno dei motivi per cui è così difficile lasciar andare il disturbo: per quanto la voce possa essere cattiva e manipolatrice, tiene compagnia nei periodi di solitudine e dà un senso di conforto e sicurezza quando il mondo esterno sembra costellato di incertezze.

“[...] io non riesco più a fare a meno dei miei pensieri [...]” (n. 11)

Il percorso psicologico può aiutare a mettere a tacere queste voci:

“[...] è come se il mio percorso mi avesse aiutato ad ammutolire queste voci. [...] dopo un percorso di mindfulness molto importante siamo riuscite ad arrivare ad un punto in cui non erano le voci incastrate nella mia testa, ma io presente, il mio corpo in questo mondo, che decideva come, quando, cosa essere, coscientemente [...]” (n. 1)

“[...] c'era qualcosa che prende possesso della tua vita, a 360 gradi, quindi c'è sempre questa vocina che praticamente gestisce tutto quello che fai e quindi vivere un disturbo alimentare è, non lo so, è come vivere un qualcuno che ti annienta completamente. [...] piano piano certi pensieri diventavano [...] sempre meno forti.” (n. 4)

Una persona riporta anche come abbia interiorizzato le voci della sua psicoterapeuta e della sua dietista, e come queste siano un aiuto nell'affrontare situazioni stressanti senza ricadere negli automatismi del disturbo alimentare:

“Credo che mi aiuti molto il fatto che è come se avessi molto interiorizzato diciamo le voci: la voce della mia psicoterapeuta, anche a volte della mia dietista e quindi è come se avessi tipo una personcina interiore che soprattutto quando ci sono momenti di difficoltà, di stress, quelli un po' più difficili [...], è la il momento più grave in cui uno può tornare a usare determinate strategie

che ha imparato [...]” (n. 2)

Una tecnica utile per ridurre il potere della voce sulle proprie decisioni può essere quella di imparare a rispondere in maniera asseriva ai pensieri intrusivi che cercano di controllare le persone – tecnica usata ad esempio nel trattamento delle psicosi:

“Quello che mi ha aiutato all’inizio era – che poi ho scoperto che è una cosa si fa, nel senso che la gente in teoria fa, io pensavo di essere l’unica – io mi rispondevo da sola quando avevo dei pensieri intrusivi, anche perché non avevo nient’altro fare durante la mia giornata quando ero ricoverata, e quindi io rispondevo, ma 10 mila volte al giorno cioè... alla fine poi a forza di combattere ha smesso.” (n. 17)

2.3 LASCIAR ANDARE IL CONTROLLO E ACCOGLIERE L’IMPREVISTO

Una delle sfide maggiori che una persona con disturbo alimentare incontra nel percorso di guarigione è quella di lasciar andare il senso di controllo e di sicurezza che il disturbo stesso fornisce (seppur sia un controllo illusorio).

“[...] la cosa più faticosa è stata in primis il [...] dover lasciare un po’ questo controllo che avevo ed è stato faticoso in particolare diciamo per la mia identificazione nella malattia [...]” (n. 3)

“[...] tu essenzialmente vuoi il controllo su ciò che accade intorno. Quindi la cosa più difficile è stata curare le ferite piano piano; accettare le cose che non mi piacciono, imparare ad accoglierle e modificare come io mi relazio verso quelle cose [...]” (n. 8)

“[...] fatti un buon piano, fatti aiutare tanto all’inizio e secondo me quello ti porta già avvantaggiato rispetto a chi nega di avere un problema. Quello mi ha aiutato tanto, il dire «ok, purtroppo sì questa cosa mi controlla, mi fa pensare di controllare tutto ma il disturbo in sé è fuori totalmente dal mio controllo» devi ammettere questa cosa all’inizio.” (n. 17)

La guarigione implica quindi anche riuscire ad accettare che ci sono delle voci che comandano la propria vita, riuscire a liberarsene e prendere le redini delle proprie decisioni e condurre la propria vita in libertà. Questo è ciò che emerge in relazione al lasciar andare il controllo:

“Spesso siamo intrappolati in una serie di azioni "abitudinarie" [...] che costituiscono e alimentano in parte il malessere alla base del disturbo. Se invece ogni giorno ci alzassimo e ci

chiedessero «cosa scelgo per me oggi?»» (n. 8)

“Nei momenti in cui riescivo a mantenere il controllo erano i momenti in cui mi sentivo più soddisfatta di me stessa e mi sentivo potente, peccato che erano momenti che duravano molto poco perché andando avanti con gli anni sentivo sempre di più la stanchezza.” (n. 16)

[...] è come se improvvisamente, nel corso dei mesi, mi fossi resa conto che qualcosa stava cambiando in me, [...] sentivo che mi stavo riappropriando della capacità di scegliere [...] e questo mi ha dato tanta forza però al tempo stesso distaccarmi da quella che era la malattia non è stato semplice perché era come se mi fossi un po' affezionata a certi schemi e per quanto mi facessero soffrire, davano una struttura e una sicurezza alla mia vita [...], mi ritengo assolutamente guarita e sto molto bene e posso dire di avere ripreso appieno a vivere e posso dire – con grande gioia! – senza avere sempre il pieno controllo accogliendo l'imprevisto, accogliendo tutto ciò che c'è di inaspettato” (n. 16)

Una volta riusciti a “domare” le voci nella propria testa, la sensazione è quella di una bellissima libertà di scelta:

“[...] ad un certo punto anche involontariamente, e mi sono resa conto che il cibo non aveva più controllo su di me, ma io lo stavo “domando”.” (n. 10)

“[...] è come se improvvisamente, nel corso dei mesi, mi fossi resa conto che qualcosa stava cambiando in me, [...] sentivo che mi stavo riappropriando della capacità di scegliere [...] e questo mi ha dato tanta forza però al tempo stesso distaccarmi da quella che era la malattia non è stato semplice perché era come se mi fossi un po' affezionata a certi schemi e per quanto mi facessero soffrire, davano una struttura e una sicurezza alla mia vita [...], mi ritengo assolutamente guarita e sto molto bene e posso dire di avere ripreso appieno a vivere e posso dire – con grande gioia! – senza avere sempre il pieno controllo accogliendo l'imprevisto, accogliendo tutto ciò che c'è di inaspettato” (n. 16)

“Questo per me è la liberazione più grande e io mi sento proprio leggerissima, da quando riesco a fare questo che è un qualcosa che inizialmente non riuscivo ancora a capire come fosse possibile per me riuscire a fare questo, perché dopo tanti anni di controllo, cioè anche di pensare in anticipo al fatto che avrebbero potuto propormi qualcosa e avrei dovuto trovare subito sul momento una scusa valida senza farla sembrare troppo una bugia, è faticosissimo [...] e io ammetto che pensandoci adesso non riesco a capire, a realizzare come facessi a farlo e come abbia potuto sopportare tutta questa fatica per così tanti anni.” (n. 16)

3) VOGLIA DI VIVERE

Il titolo di questo tema fa riferimento ad un concetto emerso da molte interviste, ovvero quello secondo cui la motivazione principale che ha spinto i/le partecipanti a voler guarire e, a non voler tornare indietro, è proprio la voglia di vivere, di riprendersi tutto ciò che la malattia ha tolto loro, di vivere esperienze “*normali*” con gli altri significativi che fino ad allora si sono precluse/i e la voglia di non attraversare nuovamente tutta quella sofferenza. Questo tema comprende due sotto-temi, uno relativo a questa spinta motivazionale verso la vita e tutto ciò che essa ha da offrire e l’altro relativo alla consapevolezza che non vale la pena di rimanere dove si è o tornare indietro e riattraversare tutta quella sofferenza.

3.1 RIPRENDERSI CIÒ CHE LA MALATTIA HA TOLTO

Quando nelle interviste è stato chiesto ai/alle partecipanti che cos’è che quotidianamente li/le aiuta a mantenere un equilibrio ed uno stato che si può definire guarigione, è emerso un tema molto comune: la voglia di vivere e di riprendersi ciò che la malattia ha tolto loro, dopo esser diventati/e consapevoli di tutte le opportunità che si sono preclusi/e a causa del disturbo e soprattutto del fatto che il disturbo non porta solo sicurezza, conforto, compagnia, ma autodistruzione.

“[...] voglio stare bene, voglio vivere tranquilla e non voglio essere comandata dal cibo, non voglio essere comandata da pensieri che mi distruggono, perché non c’è mai qualcosa che ti faccia stare bene quando hai questo disturbo. Anche l’atto compensatorio non ti fa stare bene [...]” (n. 1)

“Sicuramente il fatto di voler/poter vivere un’esperienza come tutti gli altri miei coetanei [...] ricostruire una normalità [...] e non precludermi esperienze [...]” (n. 3)

“[...] secondo me la cosa importante è che uno trovi proprio nella sua vita le cose che ti fanno stare sereno. Nel momento in cui ti torna la voce però dici «cavolo, ma nella mia vita c’è tutto: faccio le cose che mi piacciono, ho persone che mi vogliono bene, sono serena, perché rovinarmi?»” (n. 4)

“Io mi chiedo sempre «Cos’è che mi ha salvato? Cos’è che differisce una persona che non ce l’ha fatta da me?» Non la trovo mai la risposta, però la risposta che ha più senso è che io volevo vivere. Io mi ero rotta. Faceva schifo stare tutto il giorno in stanza a sentirsi schifosa al punto tale da non riuscire ad uscire di casa.” (n. 8)

“La voglia di tornare a vivere [...] costruirmi qualcosa in futuro [...]” (n. 9)

“Secondo me è il bene che mi sto volendo. Perché alla fine quando mangi così tanto, quando vomiti, ti punisci, ed invece ora non voglio più punirmi.” (n. 10)

“Non mi merito di farmi del male [...] ogni volta cerco di ricordare quanto valgo e che io sono la persona che amo di più al mondo e che non lo farei mai a nessun altro, perché lo devo fare a me?” (n. 15)

“[...] se dovessi dire qual è stato il cambiamento più grande, io adesso ho proprio fame di vita, di esperienze, di riprendermi tutto quello che la malattia mi ha tolto, quindi l’entusiasmo.” (n. 16)

Una persona esplicita chiaramente come lavorare su se stessi e imparare a regolare le proprie emozioni ed esprimere i propri bisogni si rifletta automaticamente sul proprio rapporto con il cibo:

“Io sto bene, non ho più bisogno di... [...] sono consapevole del fatto che io devo esprimere le mie emozioni, devo esprimere i miei bisogni, non mi devo più rifugiare nell’abbuffata per regolare le mie emozioni [...] ecco...mi fa scegliere appunto la guarigione.” (n. 18)

Tante persone quando iniziano a soffrire di un disturbo alimentare si trovano di fronte anche alla necessità di interrompere lo sport che stavano praticando a causa delle condizioni fisiche; guarire implica anche poter riprendere con lo sport e questo sicuramente influisce sulla motivazione al cambiamento:

“Sicuramente l’ambizione per il futuro [...] poi dopo ho ripreso la pallacanestro che mi avevano obbligata a smettere e quindi insomma [...] il non voler più smettere quello sport.” (n. 12)

3.2 CONSAPEVOLEZZA CHE NON NE VALE LA PENA

Un altro elemento che funge da molla verso il cambiamento e la guarigione è la consapevolezza che attraversare la sofferenza intrinseca al disturbo alimentare, per quanti vantaggi temporanei possa avere, non ha benefici a lungo termine, anzi, preclude esperienze, fa isolare dagli altri e non permette di vivere una vita serena. Giungere a questa consapevolezza richiede un percorso lungo e ambivalente, ma una volta accettato che i contro superano i pro della malattia, la persona può proseguire il cammino verso la guarigione e non tornare più indietro, perché ha la consapevolezza che non ne vale la

pena e che invece è la vita, che vale la pena di essere vissuta.

“[...] voglio fare tante cose e in una condizione di malattia non si riescono a fare [...]” (n. 6)

“[...] ero consapevole che fosse una cosa che mi stava rovinando [...] la vita è tanto importante e che non importa quello che affronti, ce la puoi fare. La vita vale sempre la pena di essere vissuta, è un dono enorme.” (n. 8)

“Io mangiavo per qualsiasi cosa: che fossi triste o felice. Ho semplicemente capito che non mi rendeva felice.” (n. 10)

“[...] ho visto persone soffrirne e loro non lo meritavano, forse non lo merito nemmeno io [...] perché poi vedi [...] che stai bene, dici «ma chi [...] me lo fa fare?!» [...] perché devi portare il tuo corpo al limite se la tua mente alla fine sta bene così!” (n. 11)

“[...] era come se mi fossi un po' affezionata a certi schemi e per quanto mi facessero soffrire, davano una struttura e una sicurezza alla mia vita, mi hanno tolto tantissimo [...]” (n. 16)

Un/una partecipante spiega anche che un altro motivo per cui non ne vale la pena è che non si potrà mai arrivare alla felicità seguendo ciò che la malattia impone di fare, perché è un continuo spingersi sempre più oltre senza mai essere soddisfatto/a:

“[...] ti rendi conto che queste malattie non hanno un limite, cioè tu puoi dire “ok arrivo fino a X” ma non sarai mai contenta, ci sarà meno X e ancora di meno, l'obiettivo non è essere felice, è quello il problema [...]” (n. 11)

4) CRESCITA POST-TRAUMATICA

L'ultimo tema che è emerso dalle interviste è proprio quello della presenza di una Crescita Post-Traumatica in coloro che hanno sofferto di un disturbo dell'alimentazione e ne sono usciti. Nelle interviste si ritrovano quasi tutte le dimensioni del modello PTG di Calhoun e Tedeschi; fa eccezione lo sviluppo spirituale se lo intendiamo come religioso in senso stretto, a cui ha fatto riferimento una sola persona; allargando però l'area allo sviluppo esistenziale, un'altra persona ha citato la *mindfulness* come elemento importante nel proprio percorso di guarigione. I sotto-temi che elencherò di seguito, dunque, fanno riferimento alle 5 dimensioni del modello PTG; in più c'è una dimensione relativa alla spinta che il disturbo ha dato alla conoscenza di se stessi, che è stata citata da molte/i partecipanti.

4.1 MAGGIOR FORZA PERSONALE/AUTOEFFICACIA

La maggior parte delle persone intervistate ha riportato di sentirsi più forte dopo aver vissuto e superato il disturbo alimentare e di sentirsi più efficaci nell'affrontare le future sfide che la vita metterà loro di fronte.

“[...] quello che mi ha insegnato secondo me è il fatto che [...] uno deve imparare a contare assolutamente solo su se stesso, perché [...] tutti provano a darti una mano per salvarti in qualche modo, però [...] mi ha insegnato che se tu vuoi una cosa raggiungi una cosa, se tu non vuoi una cosa, metti in mezzo tutti gli ostacoli del mondo [...] e non ce la fai. Quindi sicuramente quello che mi ha insegnato è che se vuoi una cosa in qualche modo ce la fai [...]” (n. 4)

“Mi vedo comunque una persona abbastanza forte. Non ho mai avuto autostima e fiducia in me stessa, però a volte quando non riesco a fare qualcosa, dico «cavolo ho superato una malattia, quindi ce la posso fare anche a fare questo». Quindi mi vedo comunque forte, capace, soprattutto testarda nel raggiungere gli obiettivi, quello che mi prefisso di raggiungere.” (n. 9)

“Per me il fatto di essermene accorta da sola, di essere andata in terapia e di esserne uscita, mi dà una forza incredibile.” (n. 10)

“[...] però ad oggi sono contenta di ciò che ho passato perché a parte mi ha cambiato dal prima al dopo, ma poi anche perché una delle caratteristiche principali della malattia è che ti fa sentire forte [...]” (n. 12)

“Mi sento più forte. In quel periodo lì ero proprio senza forze.” (n. 14)

4.2 MIGLIORI RELAZIONI CON GLI ALTRI

In riferimento alle relazioni con gli altri, dalle interviste emerge che durante il disturbo solitamente chi ne soffre erge un muro con gli altri, si chiude, diventa irascibile, addirittura cattivo e sempre alla ricerca del conflitto. Durante il percorso di guarigione e dopo, invece, le relazioni che si è scelto di mantenere – perché i momenti di difficoltà aiutano anche a capire quali sono le persone che vogliamo veramente accanto nella nostra vita – diventano solitamente più profonde, più genuine, più autentiche. Chi ha sofferto di un disturbo alimentare spesso riporta di aver acquisito una maggior sensibilità ed empatia da questa esperienza, non solo verso persone che soffrono o hanno sofferto dello stesso disturbo, ma verso le sofferenze in generale, in quanto riescono a comprendere il dolore che una persona può attraversare e dunque ad assumere un atteggiamento non giudicante,

ma empatico.

“Sicuramente sono una persona molto più libera, nel senso che prima avevo paura ad andare ai compleanni, [...] e quindi magari se ci andavo non mangiavo niente, oppure aspettavo sempre che gli altri decidessero cosa mangiare per decidere anche io cosa volevo, invece adesso no, vivo il momento che c’è da viverci, indipendentemente da come, quanto e cosa mangerò.” (n. 1)

“(La malattia) mi ha restituito il rapporto con i miei genitori, quindi sì è stato proprio un clima familiare che si è riuscito a risistemare [...] da una parte [...] dico per fortuna.” (n. 2)

“[...] durante la malattia mi ricordo che era un conflitto continuo con tutti [...] Ad oggi invece un rapporto sereno [...]” (n. 4)

“[...] abbiamo ritrovato un rapporto sano. [...] In generale è migliorato un po’ con tutti [...]” (n. 6)

“[...] nel momento in cui ho lavorato sul giudizio che io stessa ponevo su di me, allora è cambiata anche la relazione con gli altri. Credo che la relazione con gli altri sia soltanto una conseguenza della relazione che noi abbiamo con noi stessi.” (n. 7)

Un’altra caratteristica parte integrante del disturbo è quella di portare chi ne soffre all’isolamento; dopo la guarigione, spesso, le persone riportano di sentire invece un grande bisogno di condivisione e quindi anche di apprezzare maggiormente la compagnia altrui.

“[...] durante la malattia io non uscivo quasi mai, mi ero isolata completamente con me stessa. [...] Ora invece vedo proprio che non riesco a fare a meno della società, del rapporto con gli altri. Sento proprio il bisogno di condividere, sia con la famiglia, che con gli amici quello che mi succede sia di brutto, ma soprattutto anche di bello. [...] Tutte le cose sono belle, se condivise [...] per me, ha un valore aggiunto lo stare insieme. Questo è cambiato totalmente da quando ero malata e non volevo avere nessuno [...]” (n. 9)

4.3 PROSPETTIVE FUTURE E NUOVE POSSIBILITÀ DI VITA

Una dimensione fondamentale della Crescita Post-Traumatica che ritroviamo anche nelle nostre interviste è l’apertura di prospettive future, nuove possibilità e percorsi di vita. Quasi tutti i partecipanti alla nostra ricerca riportano un radicale cambiamento nella visione del futuro dal periodo della malattia ad oggi: durante la malattia il futuro non

sembra avere un posto riservato nella loro mente, al massimo si pensa al futuro nei termini di cosa si mangerà e come ci comporteremo di conseguenza. Con la guarigione, invece, è possibile pensare ai propri obiettivi, intraprendere percorsi per raggiungerli e fare dei piani futuri.

“[...] durante il periodo di malattia non avevo alcuna prospettiva futura, era tutto molto focalizzato sul presente o su piccole azioni future [...] ed era soprattutto relativa [...] a cosa avrei dovuto mangiare, e se avessi mangiato come avrei dovuto poi comportarmi di conseguenza. Mentre adesso le prospettive future sotto tanti aspetti si aprono [...]” (n. 3)

“[...] avevo assolutamente paura di crescere, [...] non sapevo cosa fare della mia vita [...] Ad oggi, invece, penso al mio futuro, ho voglia di pensarci, me lo immagino, è una cosa completamente diversa.” (n. 4)

“[...] dopo alcuni anni ho iniziato a stare meglio, nel senso che proprio vedevo il futuro come qualcosa di fattibile, anche se spaventoso [...] però mi vedevo in futuro e mi vedevo in un futuro senza un disturbo alimentare, quindi quello proprio un grande cambiamento.” (n. 5)

“[...] sono contenta per quello che è stato e sicuramente, beh sicuramente le persone giuste e anche, non so, scoprire che c'è una vita oltre il disturbo [...] Mi aiuta il pensare al mio futuro, nel senso che questa è stata sempre una cosa che mi ha aiutato tantissimo, pensare che comunque voglio fare tante cose e in una condizione comunque di malattia non si riescono a fare, ma proprio non ti viene neanche l'idea che può esserci qualcosa [...] quando sei dentro la malattia cioè non pensi [...] neanche ci sia un futuro, pensi solo a quel momento [...] (ora) si è aperta una prospettiva, si è aperto un mondo [...]” (n. 6)

“Ho capito che sono guarita anche quando ho ricominciato a fare piani per il futuro [...]” (n. 11)

“[...] durante il periodo del disturbo alimentare non vedevo un futuro, quindi cioè per me sarei morta la, non vedevo proprio un futuro, invece adesso ho proprio in mente un obiettivo, so cosa voglio fare e quindi vedo un futuro davanti a me [...]” (n. 13)

“[...] prima praticamente non sapevo neanche se ci sarei stata – quando ero malata – [...] c'era solo il presente e basta, invece adesso ci sono questi obiettivi che mi danno una prospettiva per il futuro.” (n. 19)

4.4 MAGGIOR APPREZZAMENTO DELLE PICCOLE COSE

Un'altra dimensione del modello PTG che ritroviamo nelle interviste è una rinnovata capacità di apprezzare le “piccole cose”, la quotidianità, di godersi i momenti che la vita ci offre e di rendersi conto che non sono scontati.

“[...] mi sento più leggera, più capace di godermi il momento [...]” (n.1)

“Come se avessi cambiato proprio occhi, se avessi messo degli altri occhi e non cercassi più un motivo per pugnarmi, ma semplicemente esisteva ed era valido il fatto che ero viva.” (n. 8)

“[...] anche perché chi è guarito ha appunto una sensibilità, una percezione della vita, totalmente diversa: dà valore anche alle piccole cose, cerca sempre di trovare il lato positivo in tutto, di sorridere, di strappare un sorriso. Tutto questo, secondo me, senza la malattia non ci sarebbe oggi.” (n. 9)

“[...] magari non avrei saputo ora godere delle cose che ho.” (n. 14)

“Allora sicuramente riesco ad apprezzare tantissime piccole cose, anche quando mi succede qualcosa di negativo cerco sempre di essere ottimista e proiettata a prendere il meglio da ogni esperienza, a volte mi capita di buttarmi giù, ma diciamo che la cosa che più mi rende felice, mi fa sentire veramente leggera è non aver più bisogno di mentire. [...] Mi ha dato l'opportunità di apprezzare maggiormente quello che mi circonda e di aprirmi molto di più all'altro [...]” (n. 16)

4.5 SVILUPPO ESISTENZIALE-SPIRITUALE

Come ho menzionato prima, riguardo alla dimensione esistenziale-spirituale non ci sono stati molti riferimenti da parte delle persone intervistate – probabilmente anche derivate dal fatto che nell'intervista non c'era una domanda specifica su tale dimensione. Due persone, però, ne hanno fatto riferimento. Una persona ha parlato dell'importanza della *mindfulness* nel percorso psicologico al fine di prendere più consapevolezza del proprio corpo, della propria posizione nel mondo, dei propri pensieri e delle proprie decisioni, riuscendo a non farsi sovrastare dalla voce del disturbo alimentare:

“[...] c'è stato anche un periodo di mindfulness molto importante, perché quello che le dicevo sempre io era che non era solo il fatto del mangiare ma era proprio il fatto di come mi vedevo, io non riuscivo a capire lo spazio che occupavo sul mondo, non riuscivo a capire com'ero, la mia forma, il mio essere. Quindi dopo un percorso di mindfulness [...] siamo riuscite ad arrivare ad un punto in cui non erano le voci incastrate nella mia testa, ma io presente, il mio corpo in

questo mondo, che decideva come, quando, cosa essere, coscientemente, io e basta.” (n. 1)

Un'altra persona ha fatto espressamente riferimento alla fede come guida, insieme all'amore, e come motivazione per andare avanti, per guardare oltre il disturbo e per conferirgli un significato:

“Poi ho conosciuto quello che è diventato mio marito e di lì ho iniziato un cambiamento e poi anche a livello spirituale. Perciò le mie forze sono state queste: l'amore e la fede [...] perché ti spiegava il motivo per cui noi siamo qui e il motivo per cui accadono certe cose nella vita. Certi episodi anche molto brutti e dolorosi. Ecco quello per me è stato importante. La chiave di lettura della vita [...]” (n. 14)

4.6 IL DCA COME UN VIAGGIO ALLA SCOPERTA E ALL'ACCETTAZIONE DI SE STESSI

Un altro elemento degno di nota che più persone hanno citato durante le interviste è il fatto che il disturbo alimentare sia stato un'occasione per approfondire – od iniziare ad avere – una conoscenza di se stessi che altrimenti forse non avrebbero mai intrapreso. Il percorso di conoscenza di se stessi permette non solo di andare in profondità e cercare di capire le cause del proprio disturbo, ma anche di entrare in contatto con i propri bisogni, imparare ad esprimerli, riconoscere e regolare le proprie emozioni ed accettare le proprie vulnerabilità.

Riguardo alla visione di se stessi, più persone hanno riportato di sentirsi meno timide, di avere più sicurezza in se stesse e di sentirsi più efficaci nella propria vita. Un'altra caratteristica delle persone che soffrono di un disturbo alimentare, infatti, è proprio la vergogna che sentono nel dire o mostrare il disturbo, forse anche a causa dello stigma sociale; dopo la guarigione capiscono l'importanza di non tenersi tutto dentro, della condivisione delle proprie gioie ma soprattutto delle proprie sofferenze e dunque l'importanza di non nascondersi ed anzi il grande valore che possono avere le testimonianze del proprio percorso: liberatorie per se stessi da un lato, promotori del cambiamento per chi soffre dello stesso disturbo dall'altro.

“[La malattia] mi ha insegnato a parlare, nel senso a far valere la mia opinione e a [...] buttarmi appunto e mi ha dato la possibilità di scoprire me stessa [...]” (n. 2)

“[...] grazie alla malattia posso dire che c'è stato uno sprono per conoscermi, cosa che fino ad

allora avrei tranquillamente evitato e forse avrei continuato a evitare, non sono una persona particolarmente estroversa e quindi non raccontando di me non me la sarei neanche raccontata, sarei rimasta un po' nella chiusura. quindi sicuramente mi ha dato un'opportunità per conoscermi fino in fondo e soprattutto mi ha fatto un po' riscoprire la volontà, la forza di volontà che è sempre stato il mio tratto distintivo [...]" (n. 3)

"[...] mi sento una persona che può capire alcune difficoltà e [...] più attenta a quello che riguarda la salute mentale." (n. 6)

"Durante questo percorso ho iniziato anche un percorso di crescita interiore. Questo mi ha permesso di scendere ancora di più in profondità; quindi, diciamo che sto lavorando tantissimo sull'amore e la comprensione dell'essere umano [...] Ho sempre pensato che la sensibilità che una persona, dopo aver sofferto di un DCA, è ancora più accentuata [...] L'esperienza dell'anoressia mi ha portata prima ad osservarmi dentro [...]" (n. 7)

"Io sono grata a questa esperienza, senno non sarei la persona che sono oggi [...] Mi sento una persona molto empatica e ricca. La malattia mi ha tolto tanto ma mi ha anche dato tanto [...] Sicuramente apprezzo di più alcune mie caratteristiche [...] sono più sicura di me stessa." (n. 8)

"[...] a volte ringrazio anche di essere stata malata, perché senno non sarei la persona di ora." (n. 9)

È cambiata nel senso che [...] se io dico "sì sto bene" non è perché sto bene solo fisicamente ma perché sto bene mentalmente. [...] Proprio la concezione di me, cioè io non sono un corpo da far vedere ma una persona, possibilmente da amare." (n. 11)

"[...] io mi vergognavo a morte della mia malattia, non volevo che si sapesse [...] durante il ricovero [...] feci questo post in cui esponevo la mia malattia [...] è stato molto liberatorio [...] Ora mi sento anche molto più indipendente [...]" (n. 12)

"[...] a me piace pensare che nonostante la sofferenza [...] sia stato un catalizzatore per iniziare a guardare in me stessa e anche a trovare proprio un terreno fertilissimo nella terapia, e quindi io ho raggiunto ora che ho 23 anni dei livelli di consapevolezza e di conoscenza di me [...] che non avrei mai raggiunto se non avessi avuto questo grande picco di disperazione [...]" (n. 15)

"[...] sono una persona che fa molta fatica ad aprirsi e condividere le proprie emozioni e soprattutto le proprie difficoltà [...] Forse l'ho visto come il primo momento in cui mi sono sentita libera di buttare fuori tutto quello che avevo dentro senza paura [...] Avevo paura

proprio a mostrarmi vulnerabile [...] (oggi) ho bisogno di essere [...] autentica nelle mie debolezze [...]" (n. 16)

"Penso che la malattia mi abbia dato tanta consapevolezza e... una cosa che mi piace molto di me stessa è il fatto che io abbia sviluppato una forte empatia e voglia di fare del bene a chi mi circonda e mi abbia aiutato a sviluppare un atteggiamento non giudicante nei confronti della sofferenza altrui [...]" (n. 16)

"[...] mi è servita, comunque mi sono messa nell'ottica che non è per forza che devo riuscire a fare tutto, a cavarmela, a rattoppare, può succedere che stia male, può succedere che mi serva dell'aiuto." (n. 17)

"[...] io penso di essere cresciuto tanto, penso di essere cresciuto tanto e quindi la vedo [...] in modo positivo ecco...la malattia [...] in un certo momento della mia vita mi è servito comportarmi così [...] però adesso poi imparando un nuovo modo per gestire le emozioni, per comportarmi non ho più bisogno dell'abbuffata, non ho più bisogno di farmi del male in quel modo.[...] esprimere un bisogno non è fare un torto all'altro ma affermare il fatto che si esiste [...] la malattia è un qualcosa di traumatico e un qualcosa di traumatico ti cambia, inevitabilmente, ehm sicuramente mi ha portato a delle difficoltà, mi ha portato dei problemi, io [...] mi sento più maturo, [...] ho avuto la fortuna di poter imparare delle cose che per esempio i miei coetanei che non hanno avuto la mia stessa esperienza non hanno imparato." (n. 18).

Dal punto di vista dell'aspetto fisico non c'è sicuramente una rivoluzione in cui si passa dall'odiare il proprio corpo all'amarlo incondizionatamente, ma una rivoluzione comunque avviene: dal guardarsi *"con gli occhi dello schifo"* (n. 4) si arriva all'accettazione del proprio corpo, a lasciar andare l'ossessione e la perfezione che, ci si rende conto, è irraggiungibile.

"[...] ha rivoluzionato tutto direi. Io ero una persona molto molto insicura ed estremamente ansiosa, [...] questo è stato totalmente rivoluzionato, credo che sia stato molto un lavoro fatto anche sull'accettare un po' l'incertezza [...] il non voler controllare tutto e poi ovviamente mi ha permesso di poter ascoltarmi, cosa che non penso di averlo mai fatto prima [...]"

"[...] quando sei nella malattia ti guardi proprio con gli occhi dello schifo, ti senti sempre meno di tutti [...] Ma poi anche a livello personale, non mi sentivo una bella persona [...] e invece oggi sì è cambiato tutto in senso positivo ecco. La parte fisica ti dico la verità rimane sempre un po' così, però piano piano ti accetti [...]" (n. 4)

“Percezione completamente diversa, percezione spero normale, comunque abbastanza più coerente.” (n. 5)

“[...] sono più sicura di me, [...] sto imparando a riconoscere i piccoli traguardi che raggiungo e quindi ho un po' messo da parte quell'incertezza, quel “non valgo nulla” [...]. Mentre fisicamente, allora diciamo che non ci penso tanto, non ci dò più quell'importanza, sicuramente non penso di aver ripreso al 100% il rapporto positivo che avevo con il mio corpo, [...] però cerco sempre di non pensarci e di andare avanti così.” (n. 6)

5) MESSAGGI DI SPERANZA

Un tema specifico è dedicato ai bellissimi messaggi di speranza lasciati dai/dalle partecipanti all'intervista (anche per dare voce a tutte quelle testimonianze di persone che ci hanno ringraziato per l'opportunità di poter raccontare la propria storia nella speranza di poter aiutare qualcuno), in risposta all'ultima domanda, ovvero quella in cui veniva chiesto loro se c'era qualcosa che avrebbero voluto dire ad una persona che stava attualmente soffrendo di un disturbo alimentare e che non reputava possibile la guarigione, sopraffatta dalla paura che i pensieri e le paure non andranno mai via.

“[...] valiamo molto di più di quello che gli altri ci dicono [...] bisogna concentrarsi su ciò che siamo noi, il resto verrà dopo, guardare noi stessi. lo specchio può essere il tuo peggior nemico e lo sarà, ma può essere anche il tuo migliore amico, perché vedi esattamente quello che sei, senza pensare troppo, andare avanti troppo nei pensieri. concentrati su te stesso perché vali. una persona con DCA vale e vale tanto quanto vale una persona con qualsiasi altra patologia [...]”
(n. 1)

“Fidatevi, fidatevi dei professionisti che poi io so che bisogna un po' buttarsi, ci sono anche professionisti che non sono bravi, purtroppo [...] però bisogna fidarsi e affidarsi a quello che dicono. Non è facile, ci saranno tante cadute, però mantenere un perno sulla fiducia di chi si prende cura di voi [...] perché è l'unico modo secondo me per uscirne, perché su se stessi in quel momento non si può fare affidamento [...]” (n. 2)

“[...] talvolta ci si dimentica che c'è tanto altro da scoprire, che ci sta attendendo [...] e col giusto sostegno - perché non si può fare da soli, questo è da toglierselo dalla testa [...] - però assolutamente ciò che ci stiamo perdendo, che non è irreversibile, per fortuna ha una ricchezza così tale che è proprio un peccato non viverla, quindi insomma di riscoprire com'è vivere!” (n. 3)

Si arriva ad un momento in cui il cervello ricorda sì, le sensazioni, quei meccanismi [...] ma non lo fa più istintivamente, deve cercare nella memoria come si faceva [...] Insomma, il cervello si rinnova, diciamo, si creano tipo nuovi percorsi neuronali [...]

Io mi sono basata molto sul: se è vero che il mio cervello trattiene solo le informazioni utili, allora magari se inizio a pensare a cosa magari è veramente utile, il mio cervello inizia finalmente a buttare le cose inutili.

E poi un'altra cosa che mi verrebbe da dire, mentre molti dicono «affidatevi e fidatevi dei medici», io direi «se il medico è un bigotto che basa la sua esistenza sugli stereotipi allora cambiate medico, cambiate medico finché non ne trovate uno degno di essere chiamato medico, ok?» quindi, piuttosto cambiate 100 città ma trovatene uno per il quale vale la pena andare lì [...]" (n. 5)

"[...] se hai ancora questa mentalità di non voler uscirne, non ce la puoi fare [...] affidarsi al 100% e crederci, che ce la si può fare sicuramente." (n. 6)

"[...] direi, intanto di non sentirsi solo, perché le persone che soffrono di DCA sono tante, anche quelle che non lo espongono. [...] Poi gli direi che esattamente nella stessa stanza dove ci sono le nostre paure, ci sono anche i nostri più grandi talenti [...] questo viaggio mi ha portato proprio all'accettazione, all'osservazione di quella paura che si è poi trasformata in amore. Perché poi dietro una paura, c'è tantissimo amore. Quindi di cercare di avere, di trovare quel coraggio lì, che non è facile." (n. 7)

"Sarebbe banale dire che passerà. Io mi ricordo che guardavo i video della gente guarita che diceva "passerà, vi dimenticherete di tutto quello che avete pensato o fatto" e non ci credevo. Un giorno poi magicamente è successo. Quindi quello che mi sentirei di dire è di essere un po' egoisti e di fare quello che ci fa stare bene. Di accogliere i momenti schifosi e di accogliere i momenti molto belli. Di prendere le distanze da chi ci forza a fare quello che non vogliamo fare. Di darsi il proprio tempo. Io mi chiedo sempre «cos'è che mi ha salvato? Cos'è che differisce una persona che non ce l'ha fatta da me?» Non la trovo mai la risposta, però la risposta che ha più senso è che io volevo vivere. Io mi ero rotta. Faceva schifo stare tutto il giorno in stanza a sentirsi schifosa al punto tale da non riuscire ad uscire di casa. Faceva schifo. Ad un certo punto mi sono rotta le scatole e ho detto "Basta!". La cosa che consiglieri è di non mollare mai." (n. 8)

"[...] che anche i loro occhi torneranno a brillare. Perché se sono tornati a brillare per me, loro non sono niente di meno. Possono tornare ad essere sane e ad amare la vita come ho fatto io. Quello che consiglio è di fare passo dopo passo. Un piccolo passo ogni giorno. Sembrano cose

impossibili, però ecco, la luce non è poi così lontana. Ci devono credere e devono combattere fino in fondo senza abbattersi, perché sicuramente possono riuscire. Io mi ripeto sempre «se ci credi, ce la puoi fare».” (n. 9)

“Direi che non è facile. Però davvero un passo alla volta. Nessuno vi chiede di fare i chilometri al giorno. [...] Quando lo fate rendetevi conto di quello che avete fatto. Perché tante volte magari sembra sempre poco, ma è con poco che si arriva alla meta finale.” (n. 10)

“Buttati! [...] Hai preso un brutto voto? Ok, non vuol dire che devi essere perfetta in qualcos'altro [...] non devi compensare [...]” (n. 11)

“[...] cercare anche quando stai male di non isolarti solo con la malattia, perché ti affezioni troppo, diventa letteralmente amicizia [...] e questo non vale assolutamente la candela [...] Non è mai troppo tardi per nessuno e non dipende da quanto pesi, da quanto hai toccato il fondo il fatto che tu possa risalire [...]” (n. 11)

“Sicuramente di fare tutto a piccoli passi perché e lì che si trova poi un po' una via di uscita, affrontando non solo giorno per giorno ma proprio pasto per pasto [...] io dicevo sempre [...] di fare un po' come i cavalli, con le visiere agli occhi, e quindi proprio di guardare solo il proprio percorso perché [...] ogni percorso è diverso dall'altro, te devi concentrarti sul tuo [...] ed è normale comunque avere le crisi, piangere, avere momenti no, però [...] finito il momento di crisi, bisogna razionalizzare, ridimensionare tutto, fare un respirone e riprendere tutto giorno per giorno senza mollare [...]” (n. 12)

“[...] la luce in fondo al tunnel c'è per tutti, però ovviamente parte tutto da qua dentro, dalla testa, perché se non parte da te poi per quanto le persone intorno a te possono aiutarti, se non parte da dentro di te non vai da nessuna parte [...]” (n. 13)

“Darei un abbraccio molto forte, gli direi che sarà molto difficile, che ci saranno tanti tantissimi momenti di sconforto e se adesso va male potrebbe andare anche più male, ma è una strada in salita e come tutte le strade in salita prima o poi arriva il momento in cui c'è la discesa e... e quindi è possibile guarire [...] potrà volerci del tempo, potrà essere molto complicato [...], ma io direi alla persona che ho davanti che anche se lei/lui non lo crede di meritarsi di poter vivere una vita felice [...] in realtà se lo merita eccome e quel momento arriverà e quando arriverà ripenserà a tutto quello che c'è stato, al passato e penserà che ne è valsa la pena, [...] che sarà bellissimo e la vita è meravigliosa, nelle sue difficoltà e piano piano ce la si fa. Direi a questa persona che l'importante è parlare e condividere [...] e anche se non hai voglia e avresti voglia di chiuderti in una stanza e non parlare con nessuno, supera quello scoglio, fai uno sforzo,

prova, magari non andrà bene, magari ti pentirai di averlo fatto, però sforzati di andare oltre quello scoglio, perché potresti trovare delle persone pronte a darti tanto e questo ti aiuterà, ti aiuterà molto e ne avrai bisogno nel percorso.” (n. 16)

“[...] secondo me devi proprio uscire con un piano dal ricovero [...], devi avere tutto chiaro e devi qualcuno a cui andare a chiedere aiuto appena va male perché senno ricadere è facile [...] fatti aiutare tanto all’inizio e secondo me quello ti porta già avvantaggiato rispetto a chi nega di avere un problema. Quello mi ha aiutato tanto, il dire «ok, purtroppo sì questa cosa mi controlla, mi fa pensare di controllare tutto ma il disturbo in sé è fuori totalmente dal mio controllo» devi ammettere questa cosa all’inizio.” (n. 17)

5 DISCUSSIONE

5.1 Discussione delle interviste

In riferimento al tema della guarigione da un disturbo del comportamento alimentare, tra i/le partecipanti alle interviste, la maggior parte riporta che si può guarire al 100%, qualcuno, invece, sostiene che qualcosa rimarrà per sempre – facendo spesso riferimento ai pensieri relativi al cibo e al bisogno di controllo che sembrano emergere soprattutto in periodi molto stressanti della propria vita; in quel caso, dicono, è necessario imparare a gestirli, a non ascoltarli ed a non applicarli nella realtà.

Riguardo alla definizione di guarigione, quasi tutti/e i/le partecipanti hanno riportato che il sentirsi guariti non è dipeso quasi per niente dal recupero del normopeso e/o dal ritorno delle mestruazioni (nelle donne), anzi riportano come spesso ci sia una iperfocalizzazione da parte delle equipe sanitarie sul peso e sui parametri biologici, che sicuramente sono importanti, ma il percorso di guarigione non finisce lì. Varie persone hanno infatti riportato come la parte più pesante e difficoltosa del percorso sia proprio iniziata nel periodo in cui avevano cominciato a riprendere peso (nel caso delle persone che soffrivano di Anoressia Nervosa), perché è in quel momento che i pensieri si fanno più pesanti, le voci più cattive, i sensi di colpa più forti.

Riguardo al rapporto tra malattia e guarigione, la maggior parte delle persone intervistate ha riportato come non riuscissero a distinguere un confine netto e ad individuare un momento preciso in cui è finita l'una ed iniziata l'altra; si tratta piuttosto di percorsi (spesso lunghi e tortuosi) continui, in cui giorno per giorno ti rendi conto che riesci a fare qualcosa che fino a poco tempo prima reputavi impensabile e ad un certo punto ti chiedi come facessi ad attuare tutti quei meccanismi ormai diventati automatici (es. contare le calorie) che ad oggi costerebbero solo fatica.

Nelle interviste abbiamo poi notato che le persone hanno riportato molte differenze nella propria vita tra il periodo in cui soffrivano di un disturbo alimentare ad oggi, momento in cui si definiscono guarite, andando ad evidenziare che effettivamente dopo la guarigione da un disturbo alimentare si può sviluppare una crescita personale in varie aree della propria vita.

Una differenza importante riguarda le **relazioni con gli altri**: più di una persona riporta come nel periodo in cui soffrivano di un DCA erano spesso arrabbiate, cattive con gli altri, irascibili, avevano bisogno di incolpare qualcuno per il proprio dolore e non

permettevano a nessuno di avvicinarsi erigendo un muro di conflitti, isolamento e chiusura; mentre dopo il percorso di guarigione riescono ad aprirsi maggiormente con gli altri, a fidarsi, a condividere i propri bisogni e le proprie emozioni e a coltivare le relazioni che, durante il disturbo, avevano tagliato fuori, riprendendo la vita sociale. Inoltre, essendo i pasti un momento di potenziale condivisione sociale, le persone con DCA solitamente organizzano la propria vita in base agli orari dei pasti in modo da essere da soli o comunque da non condividere quel momento in situazioni sociali. Dopo la guarigione invece, questa ossessione viene meno, lasciando spazio a maggior flessibilità, serenità nel mangiare insieme agli altri e molta meno ansia.

Anche nell'ambito delle **emozioni** ci sono grandi cambiamenti: si passa da una fase della propria vita in cui, non riuscendo ad esprimere il dolore e la sofferenza in altro modo e non sapendo che nome dare alle sensazioni che si provano, il corpo viene utilizzato come mezzo di comunicazione ad una fase in cui, invece, se c'è qualcosa che non va ci possiamo fermare, chiedersi quale sia il problema, individuare le emozioni ed attuare strategie funzionali per gestirle e regolarle. Dall'odio e dalla violenza verso se stessi e verso il proprio corpo, con la guarigione le persone sembrano passare a volersi bene, ad **accettarsi**, se non addirittura a piacersi, e ad essere più buoni con se stesse e dal nascondere le proprie insicurezze e il proprio dolore per vergogna sembrano passare alla voglia di **condivisione e autenticità**, accettando di non essere perfetti, di poter star male e di essere vulnerabili. Dalla necessità estrema di controllo, con la guarigione si acquisisce maggior serenità, **flessibilità** e capacità di accogliere gli imprevisti e di non pianificare ogni attimo della propria vita, cercando di viverla con maggior leggerezza ed entusiasmo. Un altro cambiamento a mio avviso molto importante è il passaggio dal non sentire di essere abbastanza – per cui non sentire di essere abbastanza malati da ricevere un determinato tipo di trattamento/cure e non sentire di essere abbastanza per essere amati – alla **consapevolezza di non meritare di soffrire** – consapevolezza che spesso passa dall'osservazione della sofferenza altrui che sappiamo non essere meritata.

Riguardo al **futuro**, durante le sofferenze dovute al disturbo alimentare, tutti i partecipanti riportano l'assenza di prospettiva futura e la concentrazione delle proprie energie mentali solo sul presente o, al massimo, sul pasto successivo; dopo la guarigione riportano invece una proiezione di se stessi nel futuro, la voglia di pensarci, una speranza, uno scopo, un progetto per raggiungere degli obiettivi. Oltre alla visione di nuove possibilità di vita e speranza nel futuro, emergono anche altri aspetti chiaramente

associati alla Crescita Post-Traumatica: l'**apprezzamento di "piccole cose"** che prima della malattia venivano date per scontato, la maggior **apertura e fiducia negli altri**, una maggior socialità, una maggior empatia verso coloro che hanno vissuto lo stesso disturbo, ma non solo, e quindi la voglia di contribuire ad aiutare chi sta attraversando un periodo difficile, anche solo offrendo la propria testimonianza. Emerge un maggior senso di **forza personale**, di autoefficacia nel superare determinate situazioni stressanti/traumatiche ed una gran voglia di riprendersi tutto ciò che la malattia ha tolto loro, soprattutto la libertà di scelta.

5.2 Limiti e punti di forza dello studio

Uno dei limiti di questo studio, come di tutti gli studi che trattano della guarigione da un disturbo alimentare, è proprio la mancanza di una definizione di tale processo/outcome, per cui nei vari studi che ho citato vengono di volta in volta scelti criteri leggermente diversi per l'inclusione dei partecipanti. Nel nostro studio abbiamo deciso di inserire come criterio di inclusione il definirsi guariti, poiché siamo interessati alla percezione soggettiva dell'individuo di come ha vissuto e superato il proprio disturbo alimentare.

Inoltre, per sviluppare questa ricerca siamo partiti dall'analisi della letteratura scientifica in merito alla Crescita Post-Traumatica e alla guarigione da disturbi alimentari; non abbiamo però riscontrato nessuno studio che abbia già indagato questo modello nei disturbi alimentari. Questo può essere visto sia come un limite del nostro studio, in quanto non è costruito su una letteratura già ben definita, ma anche come un punto di forza, in quanto speriamo che possa attirare l'attenzione sul concetto di Crescita Post-Traumatica dopo la guarigione da disturbi psichiatrici (e non solo malattie fisiche), inclusi i disturbi dell'alimentazione.

Per quanto riguarda i punti di forza del nostro studio, in particolare in riferimento ai dati che ho analizzato, ovvero quelli qualitativi, ritengo che le interviste abbiano rappresentato un'ottima modalità per indagare la percezione della crescita personale nelle persone che hanno sofferto di un disturbo del comportamento alimentare e che ne sono uscite. Come ho spiegato nel capitolo 2, la Crescita Post-Traumatica, secondo alcuni autori, consisterebbe in un processo di costruzione narrativa della propria trasformazione in seguito all'esperienza traumatica, che permette poi di integrare il nuovo sé nella propria identità e storia di vita (Pals & McAdams, 2004). Per questo motivo, anche se la

crescita viene solitamente valutata attraverso il questionario PTGI, questo fenomeno potrebbe essere compreso in modo più completo con l'analisi della narrazione che gli individui fanno dell'evento traumatico vissuto, anche perché non per tutti la crescita si manifesta nello stesso modo; le narrazioni permettono quindi di cogliere i vari outcome di crescita personale del singolo individuo in modo idiografico (Pals & McAdams, 2004). Inoltre, il processo di crescita, secondo alcuni autori, si basa proprio sulla percezione delle trasformazioni positive del sé accadute in seguito al trauma a cui l'individuo può arrivare analizzando e riconoscendo l'impatto dell'evento sulla sua identità e riuscendo a dare un significato positivo all'esperienza – ovvero riconoscendo la trasformazione del sé (Pals & McAdams, 2004).

Spesso le persone non parlano del proprio trauma (in questo caso del loro disturbo alimentare) e, nel corso delle interviste, più di un partecipante ci ha ringraziato per l'opportunità di raccontare la propria esperienza, nella speranza di poter essere di aiuto a chi non vede la luce in fondo al tunnel del DCA. Come ho spiegato nel capitolo 1, infatti, la *self-disclosure* è sia liberatoria per chi ha l'opportunità di raccontare la propria esperienza, sia funzionale per chi attualmente soffre di un disturbo alimentare, in quanto aiuta ad aumentare la consapevolezza di ciò che il disturbo sta togliendo loro, di ciò che la vita potrebbe essere senza il disturbo e, dunque, aiuta ad aumentare la motivazione al cambiamento. La *self-disclosure* in relazione ad un trauma, inoltre, può avere un impatto proprio sull'entità di crescita esperita, soprattutto se avviene in un contesto sociale supportivo, incoraggiante ed accettante (Tedeschi et al., 2015).

Ritengo che la narrazione della propria esperienza e della propria fatica nell'affrontare il disturbo alimentare possa costituire un mezzo attraverso cui la persona si impegna in processi cognitivi che le permettono di acquisire ancor di più la percezione della propria trasformazione in seguito al disturbo, di conferire un significato nuovo e, tutto sommato positivo, all'esperienza traumatica, di adattare i propri schemi cognitivi a ciò che ormai sono eventi innegabili e di realizzare che, senza il disturbo, probabilmente adesso non sarebbero le persone che sono (concetto riportato in molte delle interviste che abbiamo svolto).

5.3 Implicazioni cliniche

L'analisi delle interviste evidenzia come il disturbo dell'alimentazione venga spesso vissuto come un trauma e, dopo la guarigione, si possa sviluppare una crescita personale,

post-traumatica, in diverse aree della propria vita. Questo risultato ci dà la possibilità di introdurre un ragionamento sull'applicazione di strategie cliniche volte a favorire lo sviluppo di una Crescita Post-Traumatica in persone che sono in fase di guarigione da un disturbo del comportamento alimentare, seguendo l'indicazione di implementare interventi per favorire la crescita laddove ne esiste l'opportunità (Taku et al., 2008). Gli istituti psichiatrici, ad esempio, dovrebbero porre maggior enfasi sull'aspetto traumatico dei disturbi mentali in modo da favorire strategie e processi cognitivi adattivi per lo sviluppo di una crescita personale (Mazor et al., 2020).

L'ambito della psicologia che si occupa e si è occupata negli anni di trauma, ha sempre seguito un modello orientato al deficit, focalizzandosi quasi esclusivamente sugli effetti distruttivi del trauma (Zoellner & Maercker, 2006). Nel trattamento di persone con sintomi da stress post-traumatico, invece, i clinici dovrebbero aiutare l'individuo anche a ricostruire le credenze relative a sé ed al mondo in modo adattivo, includendo perciò l'esperienza del trauma (Groleau et al., 2013). È necessario dunque aumentare la consapevolezza dei clinici riguardo alla Crescita Post-Traumatica, in modo che il loro intervento non sia solo mirato alla riduzione dei sintomi negativi, ma alla costruzione di una nuova narrazione di sé e del mondo che inglobi l'esperienza vissuta e diventi adattiva per il futuro (Zoellner & Maercker, 2006). Gli interventi dovrebbero focalizzarsi sui punti di forza che il paziente ha, cercando di ripristinarli o di portare l'attenzione del paziente su di essi (Dunkley & Bates, 2015).

Due terapie che potrebbero essere funzionali con persone che hanno vissuto un'esperienza traumatica sono l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) e la Terapia Metacognitiva: la prima aiuta le persone a vivere la vita secondo una serie di propri valori, che permette loro di avere una vita significativa al di là delle difficoltà; la seconda ha l'obiettivo di integrare diverse rappresentazioni del sé e degli altri (Dunkley & Bates, 2015) e sembra essere efficace anche nel trattamento dei disturbi alimentari stessi.

Abbiamo visto come alcune caratteristiche di personalità, quali l'estroversione e l'apertura all'esperienza, possano favorire la predisposizione allo sviluppo di una Crescita Post-Traumatica; ciò non significa che chi si discosta da questi tratti non possa sviluppare una crescita: studi dimostrano che se guidati in modo appropriato, tutti possono riuscire a percepire le trasformazioni positive che si sono verificate nella propria identità come conseguenza della lotta con il trauma subito e quindi creare una narrazione

che ponga le basi per una Crescita Post-Traumatica (Pals & McAdams, 2004).

Concentrarsi sulle emozioni negative fornendo il supporto necessario alla loro gestione, favorire il processamento cognitivo deliberativo anche attraverso la ricostruzione narrativa dell'esperienza, ascoltare attentamente le risposte psicologiche dell'individuo al trauma (senza necessariamente volerle risolvere), rispettare e lavorare con la cornice esistenziale sviluppata dal soggetto ed il rispetto di ciò che il clinico potrebbe considerare illusioni/distorsioni cognitive, sono buoni esempi di strategie implementabili al fine di favorire lo sviluppo della PTG (Tedeschi et al., 2015). Tedeschi et al. (2015) danno delle indicazioni relative alla terapia per il trauma orientata alla crescita individuando 5 elementi che possono essere usati dai clinici:

1. Psicoeducazione, in modo da normalizzare le risposte di stress al trauma – che possono fungere da precursori della crescita;
2. Strategie di regolazione emotiva – ad esempio la distrazione e il *reappraisal*, in diverse fasi del periodo post-traumatico (Orejuela-Dávila et al., 2019) – per permettere la ruminazione deliberativa, ovvero quel tipo di processamento cognitivo che massimizza le probabilità di portare ad un outcome positivo;
3. *Self-disclosure* in contesti supportivi;
4. Creazione di nuove narrazioni, rinforzando positivamente i cambiamenti positivi avvenuti nell'individuo;
5. Sviluppo di nuove credenze di base che promuovano la resilienza di fronte a possibili traumi futuri (Tedeschi et al., 2015).

Altri consigli che forniscono Tedeschi et al. (2015) riguardano interventi di gruppo con persone che hanno vissuto e superato lo stesso trauma, attraverso il mutuo aiuto, e la scrittura di narrazioni relative alla propria esperienza.

Spesso i clinici si trovano di fronte a persone che reputano inconcepibile l'idea di una crescita dopo il trauma, data la sua natura terribile; per questo il consiglio è quello di invitare le persone a focalizzarsi sulla fatica e sulla lotta piuttosto che sull'evento stesso (Tedeschi et al., 2015), cercando di non rispondere alla domanda “perché è successo?” (dato che il trauma di per sé potrebbe non avere un senso), ma piuttosto alla domanda “a cosa è servito?": la psicoterapia è il contesto migliore per esplorare i cambiamenti positivi avvenuti in seguito al trauma (Zoellner & Maercker, 2006). Data comunque l'importanza della centralità dell'evento nella vita di un individuo, i clinici dovrebbero focalizzarsi sull'identificare gli eventi altamente significativi – per guidare nel modo

migliore l'intervento e massimizzare i progressi terapeutici (Kramer et al., 2020), – su quanto l'evento rappresenti per l'individuo un punto di svolta e su come la persona si percepisca in relazione ad esso: vittima o vincitore (Groleau et al., 2013). È molto importante infatti esplorare la valutazione soggettiva che l'individuo fa del trauma e il tipo di ruminazione che mette in atto, per cercare di guidarlo verso la Crescita Post-Traumatica (Kramer et al., 2020).

Un aspetto fondamentale da non sottovalutare è quello per cui i clinici non dovrebbero avere nessuna aspettativa di crescita verso coloro che hanno subito un trauma in quanto, pur essendo un outcome comune, la Crescita Post-Traumatica non sempre e non per tutti si verifica, per cui è necessario prestare attenzione alle nostre aspettative in quanto clinici e a non considerare la crescita come un outcome necessario ed inevitabile; un tentativo pesante di muovere i sopravvissuti verso una crescita, infatti, non fa altro che inibirla (Tedeschi et al., 2015). Dunque, i clinici si devono sempre porre come facilitatori della crescita e non come suoi creatori, in quanto l'individuo potrebbe non aver ancora raggiunto la fase di comprensione del significato dell'esperienza ed è il clinico a doversi sintonizzare con la fase in cui si trova l'individuo (Tedeschi et al., 2015).

Sulla relazione tra la Crescita Post-Traumatica e il benessere psicologico non sembra esserci un risultato univoco nella letteratura scientifica, per cui si potrebbe pensare che siano dimensioni separate, il che implica tenere a mente (soprattutto nella clinica) che se una persona riporta una crescita, questo indica una vita più “completa”, profonda, con più significato, ma non significa che non provi più distress, così come non significa che sia più felice di prima (Tedeschi et al., 2015) – anche per questo è importante normalizzare i sintomi da stress post-traumatico e non avere aspettative sul tipo di crescita potenziale che la persona potrà sviluppare.

Un altro aspetto molto importante da considerare è anche la tempistica: intervenire subito dopo l'esperienza di un evento traumatico per cercare di favorire la Crescita Post-Traumatica sembra essere controproducente (Tedeschi et al., 2015). Nel periodo immediatamente successivo al trauma, infatti, è necessario ascoltare i bisogni psicologici della persona e non fare psicoeducazione o introdurre discorsi relativi alla crescita (Tedeschi et al., 2015). Consigli da parte di familiari ed amici quali “cerca di vedere il lato positivo” oppure “concentrati sulle cose belle” potrebbero non essere utili, ma anzi controproducenti in quanto rischiano di negare e patologizzare una sofferenza che invece in quel momento è fisiologica e funge potenzialmente da precursore per la crescita

personale (Zoellner & Maercker, 2006). I clinici dovrebbero quindi astenersi da queste ingenuità consolatorie e guidare il paziente nel trovare i propri significati, interpretazioni e strategie per affrontare il trauma e la guarigione (Zoellner & Maercker, 2006). Un'altra indicazione per i clinici, dato che l'ambito delle relazioni interpersonali è forse quello più impattato dai disturbi mentali (e, come emerso dalle nostre interviste, anche dai disturbi alimentari) è quella di guidare il paziente verso cambiamenti costruttivi nelle relazioni con gli altri, in quanto questo promuoverebbe lo sviluppo di un ambiente interpersonale positivo in cui le persone care al paziente forniscono supporto emotivo e riescono ad identificare i cambiamenti positivi avvenuti dopo il trauma (Dunkley & Bates, 2015).

Analizzando le interviste ai partecipanti del nostro studio, un elemento reputato essenziale ai fini della guarigione da un disturbo del comportamento alimentare sembra essere la regolazione emotiva, imparare ad esprimere i propri bisogni (che, come ha detto un partecipante, significa affermare che esisti – n. 18) e le proprie emozioni per non dover utilizzare il proprio corpo come mezzo per comunicare una sofferenza. Nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare, quindi, una parte fondamentale dovrebbe essere rivolta alla regolazione emotiva, all'aiutare le persone ad affermare la propria esistenza e le proprie necessità affinché non sentano il bisogno di autodistruggersi.

5.4 Prospettive future

Dato che l'esperienza di un disturbo alimentare (della sofferenza in sé ma anche del ricovero, ad esempio) viene percepita – e da qualcuno anche definita – come traumatizzante, sarebbe utile applicare strategie di terapie orientate al trauma anche con chi soffre di questo disturbo, per poter favorire la Crescita Post-Traumatica.

Studi futuri potrebbero applicare il modello PTG ad un campione più ampio di persone che si ritengono guarite per confermare la presenza di una crescita personale dopo aver superato il disturbo e per implementare strategie per favorirla. Inoltre, potrebbero essere utili studi longitudinali per analizzare la crescita effettiva (e non solo quella *self-reported* e quindi percepita dall'individuo) e per testare alcune strategie di terapia orientata al trauma valutando la loro efficacia nel favorire la Crescita Post-Traumatica.

CONCLUSIONI

“I DCA affliggono oltre 55 milioni di persone nel mondo e oltre 3 milioni in Italia, pari a circa il 5% della popolazione [...] L'incidenza recentemente è aumentata del 30% [...]. [...] il 59% dei casi ha tra i 13 e 25 anni di età, il 6% ha meno di 12 anni.” (Il sole 24ore, 13 marzo 2023).

I disturbi dell'alimentazione sono un disturbo psichiatrico serio sempre più diffuso e sempre più tra i giovanissimi. Costituisce un vero e proprio problema di salute pubblica che, seppur non potrà mai essere del tutto eliminato, sicuramente può essere contenuto con strategie sia sociali che familiari. L'impatto della società su tutti noi, ma ancor di più su adolescenti e pre-adolescenti, è enorme; l'impatto delle dinamiche familiari è altrettanto – se non più – grande, per cui è necessaria l'implementazione di un'educazione emotiva sia ai genitori/familiari che a livello sociale, affinché tutti possiamo divenire capaci di esprimere le nostre emozioni, regolarle, esprimere i nostri bisogni, non avendo paura di affermare la nostra esistenza e non dovendo ricorrere all'autodistruzione per comunicare una sofferenza.

Ascoltare le voci di chi ha attraversato una grave malattia psichiatrica raccontare la propria esperienza di dolore e di rinascita è stata un'opportunità immensa.

Il concetto della Crescita Post-Traumatica dà a tutti noi l'occasione di riflettere sulle nostre vite e su quanto diamo per scontato nella nostra quotidianità. Non dovremmo fermarci a provare pena, compassione o ammirazione per le persone che hanno superato un'esperienza traumatica e ne sono uscite più forti di prima (non per modo di dire, ma con una crescita personale effettiva); dovremmo piuttosto interrogarci sul perché noi esseri umani abbiamo bisogno di un'esperienza catastrofica per riuscire ad apprezzare ciò che abbiamo. Credo che ascoltare le testimonianze di traumi e di crescita debba diventare un'occasione formativa per tutti noi, e non solo per chi sta attraversando lo stesso problema/disturbo, affinché riusciamo a non sprecare il dono meraviglioso della vita, ma ad assaporarlo giorno dopo giorno, imparando a non vergognarsi delle proprie vulnerabilità, delle proprie malattie, delle proprie fragilità, imparando piuttosto a farne un punto di forza, a diffondere il messaggio che non dobbiamo essere perfetti, che la perfezione non esiste, che siamo qui per essere felici e che la felicità non si raggiunge con un numero sulla bilancia.

Concludo con una frase riportata da una partecipante nell'intervista, riprendendo le

parole di un suo professore:

*“Ricordate che non siete i vostri circuiti nervosi,
non siete il vostro corpo, voi siete liberi!”*

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5^a ed.). Raffaello Cortina Editore.
- Aya, V., Ulusoy, K., & Cardi, V., (2019). A systematic review of the “eating disorder voice” experience. *International Review of Psychiatry*; 31 (4), 347-366. <https://doi.org/10.1080/09540261.2019.1593112>
- Arthur-Cameselle, J. N., Burgos, J., Burke, J., Cairo, J., Colon, M., & Pina, M. E., (2018). Factors that assist and hinder efforts towards recovery from eating disorders: a comparison of collegiate female athletes and non-athletes. *Eating disorders*. <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1477673>
- Bardone-Cone, A. M., Harney, M. B., Maldonado, C. R., Lawson M. A., Robinson, D. P., Smith, R., & Tosh A., (2009). Defining recovery from an eating disorder: conceptualization, validation, and examination of psychosocial functioning and psychiatric comorbidity. *Behaviour Research and Therapy*; Volume 48, No. 3, 194-202. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.11.001>
- Bardone-Cone, A. M., Johnson, S., Raney, T. J., Zucker, N., Watson, H. J., & Bulik, C. M., (2019). Eating disorder recovery in men: a pilot study. *International Journal of Eating Disorders*; 1-10. <https://doi.org/10.1002/eat.23153>
- Berkman, N. D., Lohr, K. N., & Bulik, C. M., (2007). Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*; 40 (4), 293-309. <https://doi.org/10.1102/eat>
- Bjork, T., & Ahlstrom, G., (2008). The patient’s perception of having recovered from an eating disorder. *Health Care for Women International*; 29:8-9, 926-944. <http://dx.doi.org/10.1080/07399330802269543>
- Bjork, T., Wallin, K., & Pettersen, G., (2012). Male experiences of life after recovery from an eating disorder. *Eating Disorders*; 20, 460-468. <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.715529>
- Braun, V., & Clarke, V., (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*; 3, 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V., (2012). Thematic analysis in psychology. *APA Handbook of Research Methods in Psychology*; Volume 2, Chapter 4. <https://doi.org/10.1037/13620-004>

- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Triplett, K. N., Vishnevsky, T., & Lindstrom, C. M (2010a). Assessing posttraumatic cognitive processes: the Event Related Rumination Inventory. *Anxiety, Stress & Coping*; Volume 24, No. 2, 137-156. <https://doi.org/10.1080/10615806.2010.529901>
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Taku, K., Vishnevsky, T., Triplett, K. N., & Danhauer, S. C., (2010b). A short form of the Posttraumatic Growth Inventory. *Anxiety, Stress & Coping*; Volume 23, No. 2, 127-136. <https://doi.org/10.1080/10615800903094273>
- Cardi, V., Di Matteo, R., Gilbert, P., & Treasure, J., (2014). Rank perception and self-evaluation in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*; 47 (5), 543-552. <https://doi.org/10.1002/eat.22261>
- Dawson, L., Rhodes, P., & Touyz, S., (2014). “Doing the impossible”: the process of recovery from chronic anorexia nervosa. *Qualitative Health Research*; 24 (4), 494-505. <https://doi.org/10.1177/1049732314524029>
- 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 a qualitative meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*; 5 (34). <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0164-0>
- Duncan, T. K., Sebar, B., & Lee, J., (2014). Reclamation of power and self: a meta-synthesis exploring the process of recovery from anorexia nervosa. *Advances in Eating Disorders*; 3:2, 177-190. <http://dx.doi.org/10.1080/21662630.2014.978804>
- Dunkley, J. E., & Bates, G. W., (2015). Recovery and adaptation after first-episode psychosis: the relevance of posttraumatic growth. *Psychosis*; Volume 7, No. 2, 130-140. <https://dx.doi.org/10.1080/17522439.2014.936027>
- Eaton, C. M., (2020). Eating disorder recovery: a metaethnography. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*; Volume 26, No. 4, 373-388. <https://doi.org/10.1177/1078390319849106>
- Espindola C. R., & Blay, S. L., (2013). Long term remission of anorexia nervosa: factors involved in the outcome of female patients. *PLoS ONE*; 8 (2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0056275>
- Frazier, P., Tennen, H., Gavian, M., Park, C., Tomich, P., & Tashiro, T., (2009). Does self-reported Posttraumatic Growth reflect genuine positive change? *Association*

for *Psychological Science*; Volume 20, No. 7. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02381.x>

Groleau, J. M., Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G., (2013). The role of centrality of events in Posttraumatic Distress and Posttraumatic Growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*; 5 (5), 477-483. <https://dx.doi.org/10.1037/a0028809>

Hanley, A. W., Garland, E. L., & Tedeschi, R. G., (2016). Relating Dispositional Mindfulness, Contemplative Practice and Positive Reappraisal with Posttraumatic cognitive Coping, Stress and Growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*; 9 (5), 526-536. <https://dx.doi.org/10.1037/tra0000208>

Il sole 24ore, 23 marzo 2013.

Jayawickreme, E., Infurna, F. J., Alajak, K., Blackie, L. E.R., Chopik, W. J., Chung, J. M., Dorfman, A., Fleeson, W., Forgeard, M. J.C., Frazier, P., Furr, R. M., Grossmann, I., Heller, A., Laceulle, O. M., Lucas, R. E., Luhmann, M., Luong, G., Meijer, L., McLean, K. C., Park, C. L., Roepke, A. M., Al Sawaf, Z., Tennen, H., White, R. M. B., & Zonneveld, R., (2021). Post-Traumatic Growth as positive personality change: challenges, opportunities and recommendations. *Journal of Personality*; 89 (1) 145-165. <https://doi.org/10.1111/jopy.12591>

Jenkins, J., & Ogden, J., (2012). Becoming “whole” again: a qualitative study of women’s view of recovering from Anorexia Nervosa. *European Eating Disorder Review*; 20. <https://doi.org/10.1002/erv.1085>

Jordan, G., MacDonald, K., Pope, M. A., Schorr, E., Malla, A. K., & Iyer, S. N., (2018). Positive changes experiences after a first episode of psychosis: a systematic review. *Psychiatric Services*; 69 (1), 84-99. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600586>

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>

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M., (2011). Conceptual framework for personal recovery: systematic review and narrative synthesis. *The*

- British Journal of Psychiatry*; 199, 445-452.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Lindgren, B-M., Enmark, A., Bohman, A., & Lundstrom, M., (2014). A qualitative study of young women's experiences of recovery from Bulimia Nervosa. *Journal of Advances Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.12554>
- Lock, J., Agras, W. S., Le Grange, D., Couturier, J., Safer, D., & Bryson, S. W., (2013). Do end of treatment assessments predict outcome at follow-up in eating disorders? *International Journal of Eating Disorders*; 46 (8), 771-778.
<https://doi.org/10.1002/eat22175>
- 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*; Volume 12, No. 1, 3-10.
<https://dx.doi.org/10.1037/tra0000443>
- 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>
- 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 and Emotion*. <https://doi.org/10.1080/02699931.2019.1592117>
- Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS (1948), *World Health Organization*.
- Pals, J. L., & McAdams, D. P., (2004). The transformed self: a narrative understanding of Posttraumatic Growth. *Psychological Inquiry*; Volume 15, No. 1, 65-69.
<https://www.jstor.org/stable/20447204>
- Platte, S., Wiesmann, U., Tedeschi, R. G., & Kehl, D., (2022). Coping and rumination as predictors of posttraumatic growth and depreciation. *Chinese Journal of Traumatology*; 25, 264-271. <https://doi.org/10.1016/j.cjtee.2022.02.001>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C., (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 20, 276–288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>

- Romeo, A., Castelli, L., Zara, G., & Di Tella, M., (2022). Posttraumatic Growth and Posttraumatic Depreciation: associations with core beliefs and rumination. *International Journal of Environmental Research and Public Health*; 19, 15938. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315938>
- 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*; Volume 15, No. 1, 1-9. <https://doi.org/10.1037/tra0001203>
- Silverstein, M. W., Lee, D. J., Witte, T. K., & Weathers, F. W., (2016). Is Posttraumatic Growth trauma-specific? Invariance across trauma- and stressor-exposed groups. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*; 9 (5), 553-560. <https://dx.doi.org/10.1037/tra0000236.supp>
- Silverstein, M. W., Witte, T. K., Lee, D. J., Kramer, L. B., & Weathers, F. W., (2018). Dimensions of growth? Examining the distinctiveness of the five factors of the Posttraumatic Growth Inventory. *Journal of Traumatic Stress*; Volume 31, 448-453. <https://doi.org/10.1002/jts22298>
- Slade, M., Rennick-Egglestone, S., Blackie, L., Llewellyn-Beardsley, J., Franklin, D., Hui, A., Thornicroft, G., McGranahan, R., Pollock, K., Priebe, S., Ramsay, A., Roe, D., & Deakin, E., (2019). Post-traumatic growth in mental health recovery: qualitative study of narratives. *BMJ Open*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029342>
- Steinhausen, H. C., (2009). Outcome of eating disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*; Volume 18, No. 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*; Volume 21, No. 2, 158-164. <https://doi.org/10.1002/jts.20305>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G., (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*; Volume 9, No. 3. <https://doi.org/10.1007/BF02103658>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G., (2004). Posttraumatic Growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry: An International*

- Journal for the Advancement of Psychological Theory*; Volume 15, No. 1, 1-18.
http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G., & Groleau, J. M., (2015). Clinical applications of Posttraumatic Growth. *Positive Psychology in Practice: Promoting Human Flourishing in Work, Health, Education, and Everyday Life*; 30.
<https://doi.org/10.1002/9781118996874.ch30>
- Tedeschi, R. G., Cann, A., Taku, K., Durak, E. S., & Calhoun, L. G., (2017). The Posttraumatic Growth Inventory: a revision integrating existential and spiritual change. *Journal of Traumatic Stress*; 1-8. <https://doi.org/10.1002/jts.22155>
- Tironi, G., Valenta, M. L., & Mariani, M., (2022). Il progetto “Autoscatto”: un intervento educativo nei disturbi del comportamento alimentare mediante l’utilizzo del Modello Transteorico del Cambiamento di Prochaska e Diclemente. *Italian Journal of Eating Disorders and Obesity*; 4, 14-19.
<https://doi.org/10.32044/ijedo.2022.04>
- Treasure, J., Duarte, T. A., Schmidt, U., (2020). Eating disorders. *The Lancet*; 395, 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*; Volume 4, No. 4, 400-410. <https://doi.org/10.1037/a0024204>
- Vall, E., & Wade, T. D., (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*; 48 (7), 946-971. <https://doi.org/10.1002/eat22411>
- Wasil, A., Venturo-Conerly, K., Shingleton, R., & Weisz, J., (2019). The motivating role of recovery self-disclosures from therapists and peers in eating disorder recovery: perspectives of recovered women. *American Psychological Association*; Volume 56, No. 2, 170-180. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000214>
- Zoellner, T., & Maercker, A., (2006). Posttraumatic Growth in clinical psychology – a critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*; 26, 626-653. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.008>

APPENDICE

Di seguito le domande dell'intervista strutturata utilizzata nel nostro studio:

«Buongiorno, grazie per aver accettato di partecipare a questa intervista. Si tratta di un'intervista strutturata nel senso che le porrò una serie di domande predefinite, con l'obiettivo di comprendere la sua esperienza di guarigione e come la sua vita sia cambiata dopo il disturbo alimentare. Come indicato nel testo del consenso informato, se ci fossero domande alle quali non vuole rispondere o momenti di disagio, potrà interrompere la sua partecipazione in qualunque momento.»

«Vorrei iniziare con il chiederle come è stato per lei soffrire di un disturbo alimentare (es. cosa ricorda più vividamente di quell'esperienza?)»

«Grazie molte per aver condiviso queste memorie/questi pensieri. Ora procederei chiedendole invece di pensare alla sua guarigione.»

«Quando ha capito di essere guarito/a dal disturbo alimentare? (es. cosa gliel'ha fatto pensare/sentire? Ricorda un momento in particolare in cui ha realizzato di essere guarito/a?)»

«Come è avvenuta la sua guarigione? Che tipo di percorso è stato (es. un percorso rapido oppure lento, lineare oppure tortuoso)?»

«Che tipo di relazione c'è secondo lei tra la malattia e la guarigione? Ad esempio, descriverebbe la malattia e la guarigione come due processi nettamente distinti oppure come due che si intersecano? Nella sua esperienza, è riuscita a distinguere nettamente i confini dell'uno e dell'altro?»

«Cosa è stato più faticoso nel processo di guarigione?»

«Cosa pensa che abbia contribuito maggiormente alla sua guarigione?»

«Cosa la aiuta a mantenere lo stato di guarigione giorno dopo giorno?»

«In che modo è cambiata la sua vita dopo la malattia? Per esempio, come è cambiata la relazione con gli altri significativi, come i suoi cari?»

«Com'è cambiata la sua visione della vita e del futuro dopo la malattia?»

«Com'è cambiata la sua visione di sé, dopo la malattia?»

«Pensa che la malattia le abbia insegnato qualcosa/lasciato qualcosa di buono?»

«C'è qualcosa in particolare che vorrebbe dire a chi in questo momento sta lottando contro un disturbo alimentare e ha paura di non riuscire a farcela (per esempio, di non riuscire ad affrontare la paura che il disturbo lasci un vuoto incolmabile o che non andrà mai davvero via?)»

«C'è qualcos'altro che vorrebbe aggiungere prima di salutarci?»

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio i miei genitori, Simonetta e Raffaele, che mi hanno supportata moralmente ed economicamente in questi anni di università, che mi hanno spinto a puntare sempre più in alto, che mi hanno dimostrato la loro soddisfazione per ogni mio traguardo: vedervi felici non ha prezzo.

Ringrazio mia sorella Sherylin, per avermi ascoltato e confortato durante i pianti per gli esami, per avermi dato fiducia, per avermi fatto compagnia ogni giorno della mia vita, per avermi fatto passare giornate indimenticabili insieme, per ricordarmi che nessuno mi sta rincorrendo e che tutto può essere fatto con il proprio tempo, ma soprattutto per essere la sorella migliore che avrei mai potuto desiderare al mio fianco.

Ringrazio il mio compagno di vita Louis, nei cui occhi leggo costantemente l'amore, la fierezza e la voglia di costruire un futuro insieme: grazie per essere la mia spalla su cui piangere, il mio migliore amico, il mio contenitore di ansie e paranoie e grazie per ricordarmi costantemente di vivere di più e stressarmi di meno.

Ringrazio le mie nonne, Osanna e Maria Teresa, per i costanti complimenti e per l'orgoglio che hanno nei miei confronti, per i pranzi insieme passati a chiacchierare e per tutte quelle volte in cui mi hanno chiesto *“ma quindi che cos'è che studi?”*.

Ringrazio la mia compagna di università preferita, Miriam, per aver condiviso con me le ansie e i timori per i nostri esami, per aver studiato insieme, per avermi tirato su nei momenti giù, ma soprattutto per essere diventata un'Amica con la A maiuscola, per aver reso meno stressante questo percorso, per essere un punto di riferimento su cui posso sempre contare e per ricordarmi quotidianamente di rallentare il passo, di fare un bel respiro e di darmi una pacca sulla spalla per i traguardi raggiunti.

Ringrazio le mie amiche più care, Cristina, Roberta, Veronica e Alice, per aver creduto in me, per esserci state sempre, per non aver mai avuto dubbi, per avermi sempre considerato un punto di riferimento per sfogarsi, per essere ascoltate e mai giudicate, per aver condiviso e permettermi di condividere le gioie ma soprattutto i dolori.

Ringrazio la dottoressa Ludovica Natali, per il preziosissimo aiuto che mi ha dato nella costruzione del progetto di ricerca e nella struttura della tesi.

Ringrazio la mia relatrice e tutor Valentina Cardi, per essere una costante ispirazione professionale, per avermi seguito con passione, per avermi mostrato da vicino il suo lavoro nella teoria e nella pratica, per avermi trasmesso l'amore nel proprio lavoro, per

avermi spronato a dare il sempre il 110% in quello che faccio e non accontentarmi della prima bozza di lavoro che viene fuori.

Infine, ma non per importanza, ringrazio l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova, in particolare la clinica psichiatrica e l'equipe professionale del Centro Regionale Disturbi Alimentari, per avermi offerto un'enorme opportunità formativa ed avermi fatto toccare con mano una realtà che per tanti anni ho letto solo sui libri; è stata la mia prima esperienza pratica nella psicologia clinica e mi ha confermato che sto andando nella direzione giusta: il mio sogno si sta pian piano avverando.