



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia

Corso di laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche

Elaborato finale

**Crescita post-traumatica nella guarigione
dai disturbi del comportamento alimentare**

**Post-traumatic growth after recovering from eating
disorders**

Relatrice

Prof.ssa Valentina Cardi

Laureanda

Anna Lunardi

Matricola

1092060

Anno Accademico 2023/2024

Indice

ABSTRACT.....	5
INTRODUZIONE.....	7
CAPITOLO 1. RELAZIONE TRA I DISTURBI ALIMENTARI E IL TRAUMA	8
1.1 I DISTURBI ALIMENTARI: CARATTERISTICHE CLINICHE GENERALI.....	8
1.2 PROCESSO DI GUARIGIONE DAI DCA	8
CAPITOLO 2. BREVE STORIA DEL COSTRUTTO DELLA CRESCITA POST-TRAUMATICA.....	12
2.1 DEFINIZIONE DI CRESCITA POST TRAUMATICA E STRUMENTI PER MISURARLA.....	12
2.2 PTG NELLA GUARIGIONE DA DCA.....	14
CAPITOLO 3. PROTOCOLLO DI RICERCA	18
3.1 OBIETTIVI DI RICERCA	18
3.2 METODO.....	18
3.2.1 PARTECIPANTI	18
3.2.2 ANALISI TEMATICA.....	19
3.2.3 CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE E CLINICHE.....	20
3.2.4 PROCEDURE ETICHE	21
CAPITOLO 4. RISULTATI.....	22
4.1 ANALISI TEMATICA: TEMI E SOTTOTEMI.....	22
CAPITOLO 5. DISCUSSIONE	44
5.1 DISCUSSIONE DEI RISULTATI	44
5.2 PUNTI DI FORZA E LIMITI	49
5.3 IMPLICAZIONI PER LA PRATICA CLINICA ED APPROCCI TERAPEUTICI.....	50
5.4 CONCLUSIONI.....	51

APPENDICE	52
BIBLIOGRAFIA	54

Lista delle abbreviazioni

APA - American Psychological Association

AN - Anoressia Nervosa

AT - Analisi Tematica

BED - Binge Eating Disorder

BN - Bulimia Nervosa

CBT - Cognitive Behavioral Therapy

DCA - DCA

DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

D.S. - Deviazione Standard

EDNOS - Eating Disorder Not Otherwise Specified

ER - Emotional Regulation

ICD - International Classification of Diseases

JASP - Software per analisi statistiche

NHS - National Health Service

PTG - Post-Traumatic Growth

PTGI - Posttraumatic Growth Inventory

PTS - Post-Traumatic Stress

PTSD - Post-Traumatic Stress Disorder

PTSD-Q - PTSD Questionnaire

PTCI - Posttraumatic Cognitions Inventory

WHO - World Health Organization

ABSTRACT

L'elaborato si propone di analizzare il processo di guarigione dai disturbi del comportamento alimentare (DCA) ed esaminare se questo sia collegato ad una crescita post-traumatica (PTG), concetto teorizzato da Calhoun e Tedeschi. La PTG si riferisce alla trasformazione positiva che può avvenire in seguito ad un trauma, portando a cambiamenti significativi nelle relazioni interpersonali, nella percezione di sé e nella visione della vita. Attraverso una revisione della letteratura, è emerso che i DCA e i sintomi egosintonici che ne derivano, siano utilizzati come meccanismo di coping per affrontare traumi emotivi. Tuttavia, è cruciale riconoscere che i DCA stessi possono diventare esperienze traumatiche, la cui guarigione ha effetti che possono andare oltre la semplice remissione dei sintomi, favorendo una crescita personale significativa. Recentemente la ricerca nel campo dei DCA si è sviluppata focalizzandosi sul recupero dagli stessi, iniziando con una definizione consensuale di guarigione. Tuttavia, essa rimane sfuggente e limitante, si preferisce infatti abbracciare un modello di *recovery* da DCA più flessibile e personale. L'analisi tematica condotta in questo studio su interviste qualitative ad individui guariti dai DCA ha rivelato che il percorso di guarigione è lungo, altalenante e profondamente personale. Piuttosto che ripristinare lo stato antecedente al disturbo, la guarigione spesso comporta una trasformazione dell'individuo, che può emergere più forte, più consapevole di sé stesso e degli altri, e con una visione della vita radicalmente diversa. Al fine di individuare i fattori che promuovono la PTG durante il processo di guarigione dai DCA, per favorirne l'integrazione nel trattamento dei pazienti, lo studio dimostra essere fondamentale che le persone affette da DCA riconoscano la natura del loro problema e siano disposte ad accettare un supporto compassionevole e competente. Questo approccio permette di affrontare le radici del disturbo, liberandosi dalla dipendenza dalla malattia e adottando strategie di coping più efficaci e salutari. Interrompere il circolo vizioso della malattia richiede una profonda elaborazione personale, necessaria per affrontare e trasformare i propri schemi di pensiero e comportamento. Questo processo di rielaborazione non solo è fondamentale per superare la dipendenza dal disturbo, ma, in accordo con il modello di PTG di Calhoun e Tedeschi, può portare ad un significativo miglioramento delle relazioni interpersonali e ad un profondo senso di realizzazione personale. Lo studio sottolinea l'importanza di un approccio terapeutico flessibile e centrato sul paziente, volto a promuovere non solo il recupero dai sintomi ma anche la crescita personale e la resilienza, proteggendo così l'individuo da potenziali ricadute.

ENGLISH ABSTRACT

The paper aims to analyse the recovery process from eating disorders (EDs) and examine whether this is linked to post-traumatic growth (PTG), a concept theorized by Calhoun and Tedeschi. PTG refers to the positive transformation that can occur following trauma, leading to significant changes in interpersonal relationships, self-perception, and worldview. The available literature suggests that EDs and the resulting ego-syntonic symptoms are used as a coping mechanism to deal with emotional trauma. However, it is crucial to recognize that EDs themselves can become traumatic experiences, whose recovery has consequences that may go beyond mere symptoms remission, fostering a significant personal growth.

Recently, there has been a push towards a recovery-focused research in the field of EDs, starting with a consensual definition of recovery. However, it remains elusive and limiting, therefore, a more flexible and personal model of EDs recovery is preferred. The thematic analysis conducted in this study on qualitative interviews with individuals recovered from EDs revealed that the recovery process is long, fluctuating, and deeply personal. Rather than restoring the state before the disorder, recovering from EDs often involves a transformation of the individual, who may emerge stronger, more self-aware, and with a radically different outlook on life.

To identify, during the recovery process from EDs, the factors that promote PTG in order to foster their integration into patient treatment, the study demonstrates the importance of individuals affected by EDs recognizing the nature of their problem and being willing to accept compassionate and competent support. This approach allows addressing the causes of the disorder, and get rid of the illness dependence, adopting more effective and healthy coping strategies. Breaking the vicious cycle of the disorder requires a deep personal processing, necessary to modify the patient's thinking and behavior patterns. This process of reworking is not only essential for overcoming the dependency on the disorder, but, in line with Calhoun and Tedeschi's PTG model, it can lead to significant improvement in interpersonal relationships and a profound sense of personal fulfillment.

The study emphasizes the importance of a flexible, patient-centered therapeutic approach, aimed at promoting not only symptoms recovery but also the personal growth and resilience, thereby protecting the individual from potential relapses.

INTRODUZIONE

L'elaborato mira a esaminare come la guarigione dai disturbi del comportamento alimentare (DCA) sia un processo possibile e come questo sia correlato ad una crescita post-traumatica (PTG). I DCA sono patologie complesse che coinvolgono una serie di fattori biologici, psicologici e socioculturali. Tema centrale da cui muove la ricerca è l'uso dei DCA come meccanismo di *coping* per affrontare traumi emotivi: spesso, le persone che sviluppano DCA li utilizzano come modo per gestire esperienze traumatiche o stressanti nella loro vita. Tuttavia, è importante riconoscere che il DCA può perpetuare ulteriori traumi emotivi e stress, instaurando un ciclo difficile da interrompere senza un adeguato supporto terapeutico. È fondamentale che le persone affette da DCA ricevano un'assistenza tempestiva e competente per affrontare le radici dei loro problemi ed imparare strategie di *coping* più efficaci e salutari. Nonostante non esista una letteratura esaustiva sulla guarigione dai DCA, molte persone hanno dimostrato nel corso degli anni che è possibile arrivare a condurre una vita sana e soddisfacente. Tuttavia, il processo di recupero è altamente soggettivo e può essere lungo e complicato, oltre che richiedere un trattamento multidisciplinare che coinvolge diversi professionisti. In questo contesto, il processo di rielaborazione personale diventa cruciale. Non solo è essenziale per superare la dipendenza dal disturbo, ma, come evidenziato dal modello di crescita post-traumatica di Calhoun e Tedeschi, può portare ad un significativo miglioramento delle relazioni interpersonali, ad una maggiore resilienza e ad adottare una visione più positiva e consapevole della propria vita; evidenziando come la guarigione possa andare oltre la semplice remissione dei sintomi, abbracciando una crescita personale più ampia. Il presente studio mira a esplorare i fattori che facilitano la PTG durante il processo di guarigione dai disturbi del DCA. Attraverso l'analisi tematica dei dati qualitativi raccolti mediante interviste ad individui che si sono autodefiniti guariti, si intende fornire un contributo significativo all'approccio terapeutico, offrendo al contempo una speranza concreta a coloro che ne soffrono. In definitiva, sebbene la guarigione da un DCA possa essere un processo difficile e non universalmente definibile, molte persone hanno dimostrato di poter superare queste sfide e che la PTG può accompagnare questo processo, portando ad una maggiore resilienza e apprezzamento per la vita. Fattori che favoriscono l'instaurarsi di un vero circolo virtuoso, salvaguardando l'individuo da potenziali ricadute.

CAPITOLO 1. Relazione tra i disturbi alimentari e il trauma

1.1 I disturbi alimentari: caratteristiche cliniche generali

"La psicopatologia dell'alimentazione e della nutrizione è caratterizzata da un persistente disturbo del comportamento alimentare (DCA), che comporta un'alterazione del consumo o dell'assorbimento di cibo e compromette in modo significativo la salute fisica o il funzionamento psicosociale" (APA, 2013, p. 379). Si tratta di disturbi psichiatrici gravi che alterano le funzioni cognitive, la capacità di giudizio e la stabilità emotiva, fino a limitare le attività di vita quotidiane di chi ne soffre (Backholm et al., 2013). È inoltre piuttosto allarmante notare che i DCA presentano i tassi di mortalità più alti di tutte le patologie psichiatriche (Arcelus et al., 2011). Nonostante per fini diagnostici sia necessario categorizzare i diversi comportamenti alimentari disfunzionali, è fondamentale comprendere che la maggior parte di essi condivide un nucleo psicopatologico comune: la tendenza a valutare il proprio valore principalmente o esclusivamente in base al peso e alla forma del corpo. Da notare che nella ricerca e nella pratica clinica è raro incontrare forme 'pure' di DCA, poiché "tali disturbi tendono a persistere nel tempo e a trasformarsi frequentemente da una forma all'altra all'interno della stessa categoria diagnostica" (Fairburn et al., 2003). I DCA sono malattie biopsicosociali, una manifestazione di una complessa interazione di fattori, tra cui la genetica (50-70% di rischio), temperamento, interazioni sociali, attaccamento precoce, cultura e, naturalmente, esperienze di vita, inclusi eventi traumatici o stressanti. La ricerca scientifica ha contribuito notevolmente a comprendere questa relazione complessa e multifattoriale, sottolineando l'importanza di un approccio olistico nella diagnosi e nel trattamento di tali disturbi.

1.2 Processo di guarigione dai DCA

Non esiste una definizione univoca di recupero dai DCA tra i ricercatori o i professionisti, poiché questo concetto non si limita solamente al recupero sintomatico, ma abbraccia un costrutto molto più soggettivo, che riguarda il benessere individuale e la sensazione di libertà rispetto alla sintomatologia che il paziente percepisce. Vi sono posizioni contrapposte tra definire la 'guarigione da' che pone l'accento sulla remissione completa dai sintomi caratteristici dei DCA e 'guarigione in', non come la totale eliminazione dei sintomi ma come la capacità di gestirli e di costruire una vita di qualità nonostante la cicatrice del disturbo.

L'accento è posto sull'accettazione di sé, sull'adattamento e sul funzionamento personale e sociale (Elwyn, et al., 2024). Da quest'ultima prospettiva si è diffuso l'orientamento ad interpretare *recovery* come il ritorno ad uno stato di normalità, anche se la definizione di

‘alimentazione normale’ o ‘immagine corporea normale’ rimane sfuggente, in un mondo che sostiene ideologie profondamente antigrasso e orientate alla cultura della dieta. I pazienti vogliono evidenziare che, nel processo di guarigione dai DCA, è impossibile tornare alla condizione esistente prima del disturbo perché l’esperienza traumatica del DCA segna la persona. Tuttavia, questo non deve scoraggiare, poiché la guarigione può trasformare gli individui in persone diverse, ma migliori. Ad esempio, possono diventare meno timide e più forti. Alla luce di questo per i clinici e molti ricercatori, la guarigione viene generalmente concepita come una combinazione di diversi aspetti: comportamentali, come la remissione dei sintomi; cognitivi, quale riduzione dei pensieri legati ai DCA; e psicosociali, come il miglioramento delle connessioni sociali. Vi è un ampio consenso sul fatto che la guarigione non si limiti solo al ripristino di un peso sano o dello stato nutrizionale, né alla remissione dei sintomi senza altri cambiamenti significativi e globali (Elwyn, et al., 2024).

Infatti, nonostante molti trattamenti per i DCA abbiano dimostrato successo, non tutti i pazienti rispondono allo stesso modo alle terapie né raggiungono una completa guarigione. Aspetti per cui è complicato, se non impossibile, definire una misurazione standardizzata del recupero da un DCA, come invece, può rappresentare un indice di massa corporea (BMI), esso infatti, si rivela un indicatore poco informativo della reale condizione psicologica del paziente (Bachner-Melman et al., 2022). Di conseguenza, per quanto riguarda i tassi di guarigione da un DCA, questi oscillano nelle ricerche tra il 24 e il 76%. (Katzman et al., 2000; Zipfil, et al., 2000). Queste differenze sono dovute parzialmente alle varie definizioni applicate al concetto di guarigione, così come ai criteri impiegati per definirne il raggiungimento (ad esempio, per quanto concerne l’anoressia nervosa: BMI, severità dei sintomi accusati, comportamenti riguardanti l’assunzione di cibo e ricomparsa e stabilità del ciclo mestruale) (Herzog et al., 1996). Tali fattori tuttavia, sono stati messi in discussione dal momento in cui è stato rilevato come alcuni pazienti con anoressia nervosa che siano riusciti a recuperare il loro peso precedente, mantengano degli atteggiamenti controversi nei riguardi del cibo e delle forme del proprio corpo (Fenning et al., 2002), nonostante abbiano sospeso la pratica di comportamenti alimentari disfunzionali, continuano infatti, ad esibire problemi psichiatrici e limitazioni nel funzionamento sociale e lavorativo. È stata dimostrata la validità del costrutto '*Eating Disorders Recovery Questionnaire*' (EDRQ), come strumento promettente per misurare il recupero dai DCA in modo più completo; esso definisce infatti, il recupero oltre i sintomi per includere l'accettazione di sé, la salute sociale, emotiva e fisica (Bachner-Melman et al., 2022). Quindi, mentre alcune definizioni si concentrano esclusivamente sul miglioramento sintomatico, coinvolgendo diversi standard per il BMI e i comportamenti legati ai DCA, altre

enfaticizzano l'esperienza di recupero personale; ne è un esempio il movimento che sottolinea il benessere emotivo, sociale e psicologico (Bardone-Cone et al., 2018; Dawson et al., 2014; de Vos et al., 2017; Wetzler et al., 2020). Nonostante quest'ultima rappresenti una visione più olistica di guarigione da DCA, la rigida applicazione di una definizione univoca di guarigione da DCA, come quella presentata dal modello di Bardone-Cone presenta dei limiti per la sua natura categorica (inclusione del BMI e il fatto che essendo un processo non lineare non può essere catturato da categorie), per i criteri proposti (comportamenti inclusi nella definizione, tempistiche di valutazione), per la fattibilità, il linguaggio e le applicazioni. Essa potrebbe addirittura avere delle implicazioni iatrogene, in quanto gli individui potrebbero vedersi come più stabili di quanto non siano realmente o mancare delle competenze per gestire le sfide che accompagnano il recupero. *'One size not fit all'* è quindi, un concetto che può essere applicato anche alla definizione di remissione dai DCA e criteri di recupero rigidi possono evocare schemi di pensiero tipici dei DCA. Ad esempio, "il perfezionismo, che gioca un ruolo significativo nello sviluppo e nel mantenimento dei DCA, può emergere anche quando si considerano le categorie per il recupero" (Kenny, et al., 2022). Il rischio è che i criteri di recupero tolgano speranza ai pazienti più in difficoltà, spingendoli a non perseverare nel loro percorso di guarigione e aumentando la possibilità che la loro condizione diventi cronica. Rispettare definizioni rigide e idealistiche di recupero può infatti essere improbabile per alcuni individui; tuttavia, un approccio più individualizzato e centrato sulla persona alla guarigione può ampliare il territorio concettuale in cui possono essere esplorate alternative alla 'terminalità' (Solmi et al. 2024). Da qui muove la critica con la recente proposta del *'Medical Aid in Dying'* (MAiD) per gli individui con anoressia nervosa che soddisfano i criteri per la 'terminalità' e che vivono una 'sofferenza intrattabile'. Esso infatti, offre un modo per evitare sofferenze prolungate, ma può minare la speranza e la motivazione per il recupero, rafforzando un orientamento psicologico verso la morte e limitando l'accesso a trattamenti potenzialmente efficaci. "Un maggiore focus su concettualizzazioni individualizzate di guarigione, [...] possono offrire potenzialità più rilevanti e speranzose agli individui per i quali le comuni comprensioni del completo recupero sono inaccessibili o che rischiano di essere dichiarati cronici, non trattabili o 'terminali'" (Elwyn et al., 2024). Infatti, le etichette negative possono aumentare ulteriormente la depressione già presente a causa del disturbo ed è fondamentale sottolineare come essa sia un predittore del recupero soggettivo e del miglioramento clinico; quindi basandosi sulla gravità della depressione all'ammissione, abbracciando un approccio personalizzato, i terapeuti potrebbero decidere di includerla nel trattamento (Franko et al., 2018; Vall & Wade, 2015) per aumentare le probabilità di

recupero. Considerando che solo metà dei pazienti con DCA si riprende completamente è essenziale conoscere i fattori predittivi, come può rappresentare uno stato depressivo invalidante, per aumentare questi tassi (Van Bree et al., 2023).

Quindi, l'enfasi dei partecipanti sul recupero come fenomeno complesso e multifaccettato suggerisce che un modello centrato sulla persona, che pone al centro le esperienze variabili e spesso uniche di ciascun individuo, potrebbe essere più adatto nei contesti clinici. È stata condotta un'analisi deduttiva dei racconti di recupero dai DCA in cui hanno applicato modelli esistenti di recupero centrati sulla persona alle narrazioni dei partecipanti e hanno riportato che i modelli centrati sulla persona potrebbero essere applicabili anche per gli individui con DCA (Wertlezer et al., 2020).

È necessario un modello intrinsecamente flessibile che permetta differenze nelle esperienze di recupero, che quindi includa aree di possibili crescita o cambiamento nel contesto dei DCA ma che potrebbero essere considerate di maggiore o minore importanza dagli individui con esperienza vissuta.

Da questa concezione individualizzata di guarigione, la psicoterapia ha un ruolo di primo ordine, poiché è un approccio terapeutico personalizzato che comporta conversazioni continue con i pazienti su cosa significhi 'recupero' al fine di facilitarlo e renderlo coinvolto e significativo. Attraverso questi confronti, i praticanti possono identificare aree di importanza per gli individui che vivono con un DCA, offrendo direzione in termini di pianificazione del trattamento (Lewis et al., 2020). Per queste ragioni *recovery* da DCA non è un costrutto attualmente operazionalizzato in modo assoluto ed è fondamentale che gli studi finalizzati ad esplorarne le caratteristiche si fondino sulla definizione che gli ex pazienti danno della propria guarigione. In questo studio, infatti, la ricerca qualitativa si è rivelata particolarmente adatta per esplorare sfaccettature che potrebbero sfuggire ad un'analisi quantitativa.

CAPITOLO 2. Breve storia del costrutto della crescita post-traumatica

2.1 Definizione di crescita post traumatica e strumenti per misurarla

Secondo gli autori del costrutto della Crescita Post-Traumatica (PTG), esso si riferisce alla trasformazione che alcune persone sperimentano dopo aver affrontato un trauma, passando da uno stato di crisi a uno di cambiamento significativo. Queste persone sviluppano nuove risorse di adattamento e acquisiscono una prospettiva diversa sul mondo e sul loro ruolo in esso. (Tedeschi & Calhoun, 2004)

La letteratura sul trauma ha evidenziato ampiamente le conseguenze psicopatologiche sulla vittima. Tuttavia, fra le reazioni post-traumatiche vi è anche la possibilità di esperire una crescita in termini personali e interpersonali; gli autori dello strumento attualmente valido per valutare la PTG: il *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI), utilizzando i dati di tale misura, hanno identificato tre domini compresi nella PTG: cambiamento nella percezione di sé, cambiamento nelle relazioni interpersonali e cambiamento nella filosofia di vita. I risultati della loro ricerca hanno rivelato così, che il PTGI era di natura multidimensionale, tanto da proporre un modello a 5 fattori obliqui come struttura teorica per descrivere i diversi aspetti della crescita personale dopo un evento traumatico. Questi cinque fattori sono:

1. Relazioni con gli altri (*Relating to Others*): Questo fattore riguarda la percezione di miglioramento nelle relazioni interpersonali dopo il trauma. Le persone possono sviluppare una maggiore empatia, comprensione e connessione con gli altri.
2. Nuove possibilità (*New Possibilities*): Questo fattore si riferisce alla scoperta di nuove prospettive, obiettivi e opportunità che possono emergere dopo il trauma. Le persone potrebbero riconsiderare le proprie priorità e valori, cercando nuovi percorsi di crescita personale.
3. Forza personale (*Personal Strength*): Questo fattore rappresenta la percezione di crescita della forza personale e della resilienza. Le persone possono sviluppare una maggiore fiducia nelle proprie capacità di far fronte alle sfide e superare le avversità.
4. Cambiamenti spirituali (*Spiritual Change*): Questo fattore si riferisce alla ricerca di significato, scopo e spiritualità dopo il trauma. Le persone potrebbero sperimentare una maggiore connessione con aspetti spirituali della vita o riconsiderare le proprie credenze e pratiche spirituali.
5. Apprezzamento della vita (*Appreciation of Life*): Questo fattore riguarda l'aumento dell'apprezzamento per la vita e per le piccole gioie quotidiane dopo il trauma. Le

persone potrebbero sviluppare una maggiore gratitudine per le esperienze positive e una consapevolezza più profonda della propria esistenza.

Questi cinque elementi non sono indipendenti l'uno dall'altro, ma possono interagire e influenzarsi reciprocamente. È stata esaminata la regolazione emotiva (ER) nell'ambito della PTG ed è stato dimostrato che coinvolge tipicamente la riduzione dell'affetto negativo attraverso l'impiego (ad esempio, riorientamento cognitivo) o il disimpegno (ad esempio, distrazione) dal contenuto emotivo, ciò spiegherebbe come i 5 fattori individuati dagli autori, favoriscono la PTG (Dávila et al., 2021). I risultati suggeriscono che il riorientamento cognitivo di stimoli negativi dopo un evento traumatico possa essere un componente chiave della PTG. Rifacendoci a quanto discusso nel capitolo precedente riguardo l'importanza della rielaborazione personale del trauma per l'efficacia del trattamento, rispetto ad un approccio passivo rappresentato dai sintomi del disturbo del comportamento alimentare (DCA), il modello proposto da Tedeschi e Calhoun però, presenta alcuni limiti, indagati da ricerche successive. Sebbene si riconosca che il PTGI abbia fornito alcuni risultati promettenti, si ritiene che "l'approccio del questionario sarebbe ben integrato da uno che si concentri sulla presenza di temi di crescita all'interno dei racconti narrativi degli eventi traumatici stessi" (Palms et al., 2021).

In effetti, l'analisi dei racconti narrativi potrebbe costituire il modo più valido per valutare la crescita post-traumatica. Purtroppo, non esiste una ricca letteratura di narrazioni di persone con DCA e proprio per tale motivo il lavoro di ricerca riportato in questo elaborato, si propone d'indagare qualitativamente i fattori ritenuti salienti emersi durante le interviste di persone guarite da DCA.

È stata anche approfondita la relazione tra la (ri-)costruzione di significato di una narrazione di vita coerente da parte dei sopravvissuti al trauma e lo sviluppo della crescita post-traumatica, scoprendo che i sopravvissuti in grado di articolare una storia coerente sulla propria vita hanno sperimentato maggiore PTG (Jirek et al., 2011).

Dalla necessità di comprendere meglio come le strategie di *coping* cognitivo post-traumatico contribuiscano alla PTG, è stato dimostrato come la consapevolezza (*mindfulness*) possa sostenere esiti post-traumatici più positivi riducendo lo stress post-traumatico (PTS) e incoraggiando la PTG (Hanley et. al., 2017).

In uno studio di soggetti affetti da malattie mentali, oltre evidenziare quanto già detto poc'anzi (il potenziale ruolo della creazione di significato e dell'autoefficacia nel *coping* come mediatori della PTG in popolazioni cliniche altamente traumatizzate), è stato scoperto che i sintomi di

evitamento post-traumatico rappresentavano un ostacolo importante alla PTG. (Mazor, et al., 2018)

Nell'ambito di questa trattazione, circa la PTG in seguito a DCA, è riconosciuto che la crescita interagisca reciprocamente con la saggezza di vita e lo sviluppo della narrazione di vita, ma si è sottolineato che è un processo in corso, non un risultato statico. (Tedeschi, et al., 2004). Nel prossimo capitolo verrà approfondito come tale dinamicità sia un aspetto fondamentale per comprendere il concetto stesso del processo di guarigione dai DCA.

2.2 PTG nella guarigione da DCA

Ad oggi, la letteratura sull'argomento è molto limitata, due studi hanno esaminato la PTG nel recupero dalla salute mentale (Slade et al., 2019; Wang et al., 2019), e solo recentemente è stato condotto un unico studio sulla PTG dopo il recupero da DCA (Carrie Morgan Eaton et al., 2024). Come supportato da questa ricerca a disegno misto convergente parallelo, che ha raccolto e analizzato dati quantitativi e qualitativi, la crescita post-traumatica può essere sperimentata nel recupero dai DCA. Promuovere la PTG durante il trattamento può aiutare i pazienti a trovare un significato nel loro percorso di recupero, senza tuttavia eliminare la necessità di supporto terapeutico continuo. La crescita e il recupero devono essere visti come un processo integrato. Coinvolgendo una riesaminazione delle credenze fondamentali sul mondo, la PTG è un processo di trasformazione che supera i livelli pre-trauma. Questo processo di sviluppo è unico per ciascun individuo, con alcune aree di crescita che superano quelle presenti prima che si verificassero le esperienze difficili. La PTG non si verifica direttamente come risultato del trauma stesso, ma piuttosto come conseguenza dei tentativi dell'individuo di affrontare e sopravvivere al trauma (Eaton et al., 2022).

È stato dimostrato che i processi di *recovery* appaiono spesso complessi e difficili da misurare e possono essere compresi in maniera più approfondita focalizzandosi sulle prospettive dei pazienti mediante l'impiego di metodi di ricerca di stampo qualitativo (Jacobson et al., 2001). Il percorso e l'esperienza di guarigione da un DCA, come raccontato direttamente dai pazienti, rappresentano una preziosa risorsa di informazioni. Questi resoconti offrono una prospettiva unica e profonda, permettendo di acquisire nuove comprensioni e contribuendo significativamente alla formulazione di strategie terapeutiche più efficaci per i DCA.

In una revisione sistematica, il cui focus era sull'anoressia nervosa, i temi comuni riportati dai partecipanti descrivono il processo di recupero come il confronto con un senso frammentato di sé, un punto di svolta in cui si sviluppa l'illuminazione e l'impegno per il recupero, e, nel

recupero stesso, un riappropriarsi di sé attraverso relazioni significative, la ricostruzione dell'identità e l'accettazione di sé (Stockford et al., 2019).

È stato enfatizzato come questo punto di svolta e capacità di riavere un controllo funzionale su di sé corrisponde e avviene, spesso, durante la fase dell'età adulta emergente (20-29 anni) (Allison et al., 2014). In questa fase della vita, i gruppi di amicizia adolescenti si stanno dissolvendo mentre si passa dall'istruzione al lavoro, riducendo il pericolo di derisioni legate al peso da parte dei pari, che è un fattore di rischio ambientale per i DCA. Il recupero conferisce anche potere alle donne come critici culturali, che sfidano le assunzioni sull'ideale di bellezza della magrezza e sui ruoli di genere, che si connettono con le aspirazioni dei pari e dei mentori evitando di concentrarsi sul peso e sulla forma del corpo; invece si relazionano ai compiti di questa fase della vita come avviare carriere, iniziare nuove amicizie, scegliere partner di vita e formare famiglie, un ruolo quindi, più ampio nelle reti di relazioni più grandi. Il DCA, infatti, aumenta il ritiro sociale e il recupero porta ad una riconnessione con relazioni significative. Un altro tema che quindi è necessario approfondire nella guarigione da DCA e che parallelamente trova riscontro nel modello di Tedeschi e Calhoun è quello delle relazioni. È stata investigata l'utilità predittiva della personalità per l'esito nel trattamento dei DCA. Il risultato è stato definito come guarito *versus* ancora malato e anche come punteggio dei sintomi al termine con l'Inventario dei DCA- 2 (EDI-2). La personalità ha previsto significativamente sia il recupero (70% dei pazienti) che il miglioramento dei sintomi. I pazienti guariti hanno riportato livelli significativamente più alti di estroversione al basale rispetto a quelli ancora malati, e l'assertività è emersa come il tratto di personalità che meglio predice la varianza nell'esito. Questo studio indica che la personalità potrebbe essere promettente come predittore del recupero dopo il trattamento per i DCA. L'estroversione, quale apertura agli altri, favorisce le relazioni, considerate un antidepressivo naturale per la mente umana (Levallius et al., 2018). Al contrario, la depressione sembra essere un fattore importante durante il trattamento dei DCA, complicandolo e rallentando il miglioramento sintomatico e recupero soggettivo, un'esperienza più personale di esso (Bree et al., 2022). “Le donne che in passato hanno sofferto di DCA ma si considerano guarite hanno riportato, attraverso l'*Eating Disorders Recovery Questionnaire*, punteggi sulla depressione simili a quelli dei soggetti di controllo, indicando che la risoluzione della depressione è un sintomo cruciale per il recupero” (Bachner-Melman et al., 2022). Purtroppo l'evoluzione di un DCA è inversamente proporzionale allo sviluppo di una solida rete amicale e nell'isolamento del loro disagio i pazienti possono soprattutto accedere al solo sostegno della propria famiglia; Consapevoli del fondamentale ruolo dei genitori, viene supportata l'ipotesi che un maggiore aumento dell'autoefficacia dei genitori

durante il FBT (Trattamento Basato sulla Famiglia) predica un significativo aumento di peso negli individui, rispetto a coloro i cui genitori hanno avuto minori aumenti nell'autoefficacia genitoriale (Byrne et al., 2018). Questi risultati suggeriscono il mancato aumento dell'autoefficacia genitoriale potrebbe portare a un indebolimento dell'effetto dell'intervento. Per aumentarla la ricerca futura potrebbe trarre beneficio dall'analisi dei momenti critici, ad esempio, attraverso una sessione di 'pasto in famiglia' all'inizio del trattamento, durante la quale la famiglia è invitata a portare un pasto tipico per essere consumato nella seduta. Il pasto in famiglia potrebbe fornire un'opportunità precoce e unica per l'efficacia contro il DCA nel contesto della rieducazione alimentare. Tuttavia, la ricerca non ha ancora esaminato l'importanza del pasto in famiglia nel prevedere l'esito del trattamento, e certamente ci sono molte altre opportunità durante il trattamento per aumentare l'autoefficacia genitoriale.

Riconoscendo l'importanza del sostegno relazionale, attualmente molti trattamenti per i pazienti consapevoli di soffrire di DCA si concentrano su approcci cognitivo-comportamentali, che attraverso l'identificazione e modifica dei pensieri distorti e comportamenti maladattati, conduce allo sviluppo di altre aree di vita; ciò implica inevitabilmente il recupero e l'ampliamento delle reti relazionali dei pazienti. Ci sono crescenti evidenze che gli interventi artistici siano benefici per il recupero dai DCA. A tal proposito è stato ideato un *workshop* di *stand-up* commedia per un gruppo pilota di persone in recupero da DCA. Lo studio ha utilizzato un disegno qualitativo basato su interviste per valutare i benefici di recupero della partecipazione a *workshop* di *stand-up comedy* per un gruppo pilota di persone in recupero da un DCA (n = 25). Il progetto ha mostrato una riduzione significativa dei sintomi di DCA, un miglioramento nei livelli di PTS e un aumento della consapevolezza e della PTG, supportando l'efficacia del workshop come strumento complementare nei programmi di recupero da DCA. Gli aspetti unici del corso includono offrire ai partecipanti l'opportunità di distanziarsi dalle preoccupazioni quotidiane di vivere con un DCA, di riformulare cognitivamente situazioni rendendole oggetto di umorismo e fornire uno spazio sicuro per (ri-)costruire un senso positivo di sé (Declercq et al., 2020).

Un ulteriore aspetto di vita che, in accordo con quanto concettualizzato nel modello di Tedeschi circa la PTG, ha un ruolo fondamentale anche nella remissione da DCA, è la spiritualità. Le conclusioni qualitative di un famoso studio evidenziano che il supporto relazionale da parte di Dio è importante nel recupero e nella gestione dei DCA, anche se ciò può essere messo in discussione da lotte e tensioni spirituali. "Il sostegno relazionale delle persone è altrettanto rilevante in quanto offre un luogo dove condividere esperienze diverse, creando un senso di appartenenza comunitaria" (Mitra et al., 2023). Nonostante in un più recente studio sulla PTG

da DCA (Eaton et al., 2024), sia nei dati quantitativi che qualitativi, le domande riguardanti il cambiamento spirituale o religioso siano state le più basse, (in parte giustificabile con le caratteristiche demografiche del campione scelto), per gli altri quattro fattori i risultati di questa ricerca rispecchiano pienamente il modello di PTG di Tedeschi e Calhoun, dimostrando come la PTG sia possibile anche a seguito dei DCA: il cambiamento nella forza personale è stato uno dei due ambiti altamente valutati sia nei dati quantitativi che qualitativi così come la crescita nelle relazioni; gli individui con un DCA sperimentano una crescita profonda nelle loro relazioni e nella forza personale mentre sono in fase di recupero. C'è anche un cambiamento significativo nella 'scoperta' di nuove possibilità per la loro vita mentre si trasformano nel processo di guarigione. Inoltre, essi sperimentano una buona quantità di crescita nella gratitudine per gli aspetti più semplici della loro esistenza.

CAPITOLO 3. Protocollo di ricerca

Sulla base della letteratura scientifica esplorata e analizzata nei capitoli precedenti, le tecniche qualitative e descrittive risultano efficaci e rappresentative per l'esplorazione della crescita post-traumatica dai disturbi del comportamento alimentare (DCA). In questa ricerca, saranno oggetto di studio le testimonianze di crescita post-traumatica nei DCA.

3.1 Obiettivi di ricerca

Obiettivo della presente ricerca è: esplorare la definizione di guarigione dai DCA e se il processo presenta gli elementi della crescita post-traumatica (PTG). Essendo molto carente la letteratura a riguardo, in linea con tali obiettivi e sulla base di quanto approfondito sulla crescita post-traumatica nel capitolo precedente, ci si aspetta che la guarigione dai DCA sia possibile e che essa sia seguita dalla crescita post-traumatica.

La finalità ultima dell'intervento è definire il processo di guarigione e dimostrare che esso include il costrutto di crescita post-traumatica; individuare gli elementi che contribuiscono a tale miglioramento offre degli spunti per il trattamento di tali patologie, oltre essere un momento di riflessione e crescita per gli stessi intervistati. Pertanto, la nostra ricerca si avvale della tecnica d'intervista semistrutturata. Dalla ricerca ci si aspetta, dunque, una maggior consapevolezza del processo mediante il quale una persona non solo supera un evento traumatico come un DCA, ma ne emerge con una maggiore resilienza, una migliore comprensione di sé stessa e del mondo circostante, in un vero cambiamento esistenziale, relazionale e spirituale, seguito da un maggior apprezzamento della vita (Calhoun et al., 2000).

3.2 Metodo

3.2.1 Partecipanti

Il campionamento dei partecipanti è avvenuto con metodi non probabilistici, di comodo e a valanga, per selezionare partecipanti con la volontà di offrire informazioni rilevanti sull'argomento; gli intervistati sono stati quindi, reclutati attraverso: passa-parola, messaggi postati nei principali canali social (Instagram e Facebook), contattando *influencer* attive nell'ambito dei DCA affinché promuovessero la partecipazione alla ricerca, portali come "Dicci come aiutarti" e attraverso la presentazione del progetto al congresso per i DCA che si è tenuto a Firenze in Palazzo Vecchio, in data 15/03/24. I criteri di inclusione erano i seguenti: età superiore ai 18 anni, con una diagnosi anamnestica di un DCA e autodichiarati guariti da DCA, come indicato sempre in anamnesi.

3.2.2 *Analisi tematica*

Per l'analisi dei dati qualitativi derivati dalle interviste, è stata applicata l'Analisi Tematica (AT), un metodo di analisi qualitativa sviluppato da Braun e Clarke nel 2006. Questo approccio è estremamente flessibile e può essere eseguito in vari modi: in senso induttivo (*bottom-up*, guidato dai dati) o deduttivo (*top-down*, guidato da concetti e ipotesi preesistenti), con un orientamento esperienziale o critico verso i dati e con una prospettiva teorica essenzialista o costruttivista (Braun & Clarke, 2012). Sebbene spesso l'analisi comprenda entrambi gli approcci, uno tende a predominare: l'approccio induttivo è solitamente anche esperienziale ed essenzialista, mentre l'approccio deduttivo è critico e costruttivista (Braun & Clarke, 2012).

Lo scopo dell'AT è identificare temi comuni tra le varie esperienze riportate e attribuire significato a tali affinità (Braun & Clarke, 2012). I temi sviluppati devono andare oltre la semplice descrizione dei dati, fornendo una visione interpretativa alla luce della cornice teorica, spiegando cosa rivelano i dati rispetto alla domanda di ricerca iniziale (Braun & Clarke, 2006).

Il processo di AT si articola in sei fasi:

- 1) Familiarizzazione con i dati: Lettura approfondita e ripetuta delle risposte alle interviste.
 - 2) Generazione di codici iniziali: Identificazione di elementi di somiglianza e differenza ricorrenti nelle varie interviste.
 - 3) Ricerca di temi e sotto-temi: Costruzione attiva di pattern di risposte o significati ricorrenti a partire dalle esperienze riportate e dai codici precedentemente individuati.
 - 4) Revisione dei potenziali temi: Valutazione della qualità dei temi rispetto ai codici individuati e a tutti i dati disponibili, per ottenere temi che catturino gli elementi fondamentali emergenti dai dati e rilevanti per la domanda di ricerca iniziale.
 - 5) Definizione e denominazione dei temi: Ogni tema dovrebbe avere un focus specifico, evitando sovrapposizioni e denominazioni semplici come la domanda dell'intervista, considerando sempre il contributo di ciascun tema alla domanda di ricerca.
 - 6) Produzione della relazione finale: Fornire un quadro generale dei significati emersi dalle interviste e rispondere alla domanda di ricerca (Braun & Clarke, 2006; Braun & Clarke, 2012).
- Per applicare l'AT alle interviste, queste sono state registrate audio, trascritte letteralmente e numerate da 1 a 19 per proteggere l'anonimato. Successivamente, sono state lette più volte per identificare temi e sotto-temi sia a livello semantico che a un livello più latente e interpretativo. L'analisi tematica è stata svolta principalmente in modo induttivo, partendo dai dati e dalle esperienze riportate dai partecipanti, combinando anche un approccio deduttivo, poiché i dati

sono stati interpretati alla luce della cornice teorica della Crescita Post-Traumatica, sviluppata da Tedeschi e Calhoun nel 1996.

3.2.3 Caratteristiche demografiche e cliniche

Di seguito, nella Tabella 1, sono descritte le caratteristiche demografiche e cliniche analizzate sul campione. Le caratteristiche descrittive del campione 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.

Complessivamente da 100 persone reclutate, hanno partecipato 19 intervistati. Il campione presenta un'età media di 24 anni, (D.S. = 7.9), con la preponderante presenza di individui di genere femminile. Il campione presenta una durata media di malattia di 4.95 anni (D.S. = 3.05) e media del tempo di guarigione 4.80 anni (D.S. = 2.68), inferiore ai nove anni rilevati come durata media dei DCA (Fairburn et al., 2009). Come numero di cicli di trattamento dal campione di questo studio si rileva una media di cinque cicli (D.S. = 5.85) che si sviluppano in diverse tipologie: la maggior parte dei partecipanti, sedici, si è sottoposto a psicoterapia; dieci di loro ha intrapreso un percorso ambulatoriale e lo stesso numero di intervistati ha ricevuto il supporto nutrizionale; nove di loro sono stati ricoverati ed infine, cinque hanno seguito la terapia in regime diurno.

Tabella 1 – Caratteristiche demografiche del campione intervistato

VARIABILE	MEDIA (D.S.) O FREQUENZA (%)	RANGE [MINIMO–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 (2.60)	[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%)	

3.2.4 Procedure etiche

Ottenere il consenso informato, spiegando chiaramente gli obiettivi dello studio e i loro diritti. Garantire la riservatezza, assicurando che i dati dei partecipanti siano trattati in modo confidenziale e che eventuali informazioni personali siano anonimizzate. Infine, esprimere il diritto di ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento, assicurandosi che le interviste siano condotte con sensibilità e rispetto per le esperienze dei partecipanti.

Lo studio ha ricevuto l'approvazione etica dal Comitato Etico della Ricerca in Psicologia dell'Università di Padova (protocollo numero 298-b).

CAPITOLO 4. Risultati

4.1 Analisi tematica: Temi e sottotemi

Dall'analisi tematica del set di dati qualitativi, ai fini della trattazione, sono stati osservati quattro temi così nominati: “percorso di guarigione come montagne russe”, “importanza di chiedere aiuto”, “interrompere il circolo vizioso della malattia”, ed infine “le caratteristiche della crescita post-traumatica”.

1) GUARIGIONE COME MONTAGNE RUSSE

All'interno di questa tematica, sono inclusi due sottotemi: il primo, “evoluzione del disturbo alimentare”, descrive il carattere altalenante del viaggio verso la guarigione, in cui spesso si verifica il passaggio da una tipologia di disturbo del comportamento alimentare (DCA) ad un'altra; il sottotema: “non esiste il momento di svolta” si riferisce alla difficoltà di tracciare una linea netta tra malattia e guarigione lungo il proprio percorso, compromesso dalle ricadute.

1.1 Evoluzione del DCA

Dalle testimonianze dei partecipanti emerge un consenso nel descrivere il proprio percorso di guarigione come lento e tortuoso, caratterizzato da alti e bassi ed inevitabili ricadute.

Spesso i DCA evolvono nel tempo, con il passaggio da un tipo all'altro in risposta a vari fattori, psicologici, biologici e ambientali, rendendo il percorso di guarigione ancora più complesso e variegato.

“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, più giù dell'ultima volta. [...] Non è stato facile anche perché ho avuto tanti disturbi, non solo una tipologia, ho sofferto di tante tipologie e mi mancava solo l'anoressia ma per poco, quindi avendo passato tutti gli stadi - dalla bulimia al binge eating - mi sembrava impossibile” (01).

“ho iniziato a soffrire di DCA nel 2015: inizialmente di anoressia, poi la bulimia e poi il binge eating. [...] ricordo che, indubbiamente il binge eating è stato una conseguenza dell'aver privato il mio corpo per tanto tempo di determinati alimenti” (07).

“È sempre stato un circolo. A forza di fare diete sempre più rigide la mia mente aveva fatto tutti questi castelli” (10).

“sono entrata in un circolo tipo binge eating, anche bulimia, diciamo così, quindi ho preso tanti kg in pochi mesi, tipo avrò preso 10 kg in 4-5 mesi, chiaramente destabilizzante e lì è stato terribile” (12)

“[...] Il DCA ha cambiato un po' forma negli anni, inizialmente in modo fortemente restrittivo, per poi esercitare un controllo tramite l'esercizio fisico” (16).

1.2 Non esiste il momento di svolta

Sopprimendo molti ricordi del loro disturbo, i testimoni lasciano trasparire anche la difficoltà ad individuare un momento preciso in cui dallo stato di malati si sono sentiti legittimati a definirsi guariti; disturbo e guarigione si rivelano due processi intersecati, in cui le sfumature nel tracciare una linea definitiva tra i due rende il percorso complesso, caratterizzato da continue difficoltà compromesse dalle ricadute.

“prima il mio pensiero era “mi sveglio male, sto male, vabbè oggi ciao, assolutamente, solo un bicchier d'acqua”. E quando mi sono resa conto che il mio primo pensiero non era sul “levo il cibo, mi levo questo mi levo quest'altro” ho detto “ok forse piano piano si sta uscendo”(04).

“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. [...] Non c'è un confine. Io non l'ho vissuta come se: “oggi è finita la malattia, oggi inizia la guarigione”. Sicuramente ci sono momenti in cui, durante la guarigione ti sembrerà di fare più passi indietro che in avanti. [...] esattamente come una qualsiasi esperienza di difficoltà, ad esempio una persona che gioca d'azzardo, non abbia mai un confine delineato” (07).

“[...] Quello è stato un giorno in cui ho detto “cavolo”. Io ho iniziato ad andare in terapia quasi subito, ed ormai sono 7 anni che ci vado; quindi, dopo tutto quel lavoro che avevo fatto, quel giorno è stato WOW” (08).

“da una parte è bello perché è un processo che quasi non ti accorgi mentre lavori su te stessa che magari ti stai iniziando a distaccare, però allo stesso tempo questa cosa ti lega comunque sempre un po’” (15).

“Un momento no però [...] per cui è stata più una cosa continua per cui ho realizzato di essere guarita” (17).

“quando invece ho delle ricadute o va peggio mi sembra un tutt’uno, non li distinguo più così tanto, dipende... alti e bassi” (19).

2) L'IMPORTANZA DI CHIEDERE AIUTO

Ai fini della trattazione è fondamentale valutare i fattori che influiscono nel percorso di guarigione, potenziandolo e rendendolo possibile o al contrario, inibendolo e rendendolo più tumultuoso; essi comprendono quattro elementi, da cui derivano i corrispondenti sottotemi:

“consapevolezza ed inconsapevolezza”, testimonia l’importanza di saper riconoscere tali disturbi in un’ottica sia preventiva che di guarigione e di quanto la mancanza di essa impedisca di trattare tempestivamente il disturbo; quello della “famiglia complice o rivale” enfatizza il ruolo determinante che hanno soprattutto i genitori nel percorso terapeutico; il terzo legato ad esso è quello dell’ “età d’insorgenza”, spesso viene confessato che il fatto di essere stati minorenni all’esordio della malattia ha permesso ad essa di non governare le sorti del soggetto, la tutela dei genitori e la loro autorevolezza, infatti, ha consentito ai figli d’intraprendere la terapia. Infine, il sottotema dell’“apertura per contrastare la chiusura”, descrive la necessità di aprirsi al mondo e agli altri per ricevere l’aiuto necessario e risvegliare una volontà di vivere che era stata sopita dalla malattia. Il disturbo, infatti, comporta inevitabilmente ad isolarsi e ciò riduce l’accesso a risorse di aiuto e trattamento, perpetuando così il ciclo del disturbo.

2.1 Consapevolezza ed inconsapevolezza

Quasi tutti gli intervistati esordiscono manifestando il dispiacere per non aver riconosciuto sin da subito la natura del loro disagio o addirittura non essersi rivolti a professionisti in grado d’identificarlo; la mancata comprensione impedisce di intervenire tempestivamente per evitare il radicarsi dei meccanismi disfunzionali sopra citati. Educare la persona e il suo ambiente sociale sui DCA può ridurre lo stigma e aumentare il supporto. La consapevolezza del fatto che il DCA è una malattia e non una scelta può incoraggiare un atteggiamento più empatico e di

supporto da parte degli altri, la sua mancanza è quindi deleteria per il successo di un percorso di recupero.

“[...] comprendere che cosa fosse un DCA, diciamo la prima sensazione che mi viene in mente è l’incomprensione, sia da parte mia appunto, ma soprattutto da parte delle persone che mi circondavano [...] tanta confusione di quello che mi stava accadendo” (03).

*“quando ero veramente all’inizio, che andavo a fare queste visite e i dottori mi dicevano “guarda *nome* è pericoloso, hai la pressione bassissima, potresti avere un arresto cardiaco” [...] io che li guardavo quasi con il sorriso [...] come se proprio effettivamente non mi rendessi conto di quella che era la situazione (04).*

“Allora l’inizio, al contrario di quello che molti pensano, è stato il più duro, perché i miei genitori non se ne sono accorti subito e quindi, continuando nel tentativo di nascondere i segnali, diciamo questa cosa mi ha sovraccaricato tanto e quindi è stato più difficile, invece quando poi ho ricevuto la diagnosi, i miei mi hanno iniziato a capire, era comunque faticoso, ma iniziavo già a sentirmi meglio” (05).

“Quando io ho cominciato a soffrirne non sapevo dell’esistenza del Binge, è stata una cosa molto difficile all’inizio” (08).

“All’inizio non me ne ero resa conto perché all’epoca non è che se ne parlava di queste cose, era praticamente una cosa sconosciuta” (14).

“il mio percorso di laurea in psicologia mi ha aiutato, soprattutto a riconoscere” (18).

2.2 Famiglia complice o rivale

Dalle interviste traspare come l’atteggiamento assunto dai propri genitori nei confronti del problema, giochi un ruolo cruciale ai fini del trattamento di esso. Comprendere le dinamiche familiari disfunzionali e lavorare per modificare quelle negative può giocare un ruolo significativo nel supportare il recupero e migliorare la qualità della vita delle persone con DCA. Purtroppo, la non accettazione da parte dei genitori di aver contribuito alla genesi di un disturbo

nei propri figli, conduce ad un rifiuto anche a riconoscere il loro stato di malessere ed inevitabilmente compromette la risoluzione di esso.

“anche i miei genitori sono andati in psicoterapia tra di loro, e credo che quella sia stata la cosa fondamentale per la guarigione, perché mentre stavo cercando di guarire io si sono messi in discussione anche loro, [...] se i miei genitori non avessero appunto fatto un percorso sarebbe stato estremamente più complicato. [...] i miei mi abbiano permesso di poter mandare avanti il percorso anche dopo la chiusura della malattia fisica, perché anche quello non è scontato” (02).

“[...] magari i miei genitori, siccome ora sapevano, stavano lì e mi sentivo diciamo obbligata a mangiare e mi faceva sentire più sicura” (05).

“i miei hanno imparato un po’ a conoscermi meglio, a trattarmi meglio, a trattare la malattia un po’ meglio, quindi durante gli attacchi di panico quando ero in casa c’era sempre la mamma, o insomma erano sempre disposti ad ascoltarmi [...] prima mamma era molto protettiva, molto assillante, proprio non mi lasciava un attimo, invece poi ha capito di allentare un po’ la presa, il babbo invece che era assente, era in Sardegna, si è spostato più vicino a me per lavoro apposta” (12).

“io credo appunto l’insistenza dei miei, nel senso che non me l’hanno resa per niente facile la cosa di stare male, non mi hanno permesso di fare le mie cose da ragazza anoressica, era molto difficile fare qualunque cosa di restrittivo con loro e, a posteriori, mi hanno aiutata” (17).

“furono i miei genitori a rifiutare il mio ricovero, i medici avevano chiamato per farmi entrare in struttura, ma siccome io frequentavo, ero in seconda/terza liceo, i miei genitori non volevano penalizzarmi perché ero troppo brava a scuola e quindi hanno rifiutato al posto mio il ricovero senza neanche dirmelo, chiedermelo [...] siccome la terapia familiare la abbiamo fatta per pochissimo, è mancato un po’ questo aspetto di ricostruire alcuni rapporti con la mia famiglia. (05).

“Io sono figlia di due genitori che si sono separati in un modo un po’ burrascoso, sorella maggiore di due fratelli. Sono stata molto la migliore amica di mia mamma e la mamma dei miei fratelli. Quindi una serie di iper-responsabilizzazioni e una richiesta di crescita prematura che, secondo me, mi hanno un po’ predisposta al problema” (08).

“io ricordo per esempio i miei genitori che si sono sentiti abbastanza colpevolizzati [...] i miei genitori andavano aiutati a gestire il senso di colpa...che poi alla fine secondo me era l’origine un po’ della loro aggressività, del dire no, noi non c’entriamo, sei tu che ti abbuffi [...] dato che loro non sapevano dell’esistenza di questo tipo di problematiche...perché per esempio io ho un amico che soffre di anoressia e mia mamma mi dice sempre io mi accorgo, cioè io lo noto in lui perché lui è molto molto magro e però è difficile accorgersene poi quando una persona è sovrappeso” (18).

2.3 Età d’insorgenza

Rispetto la decisione d’intraprendere una terapia o meno, i minori possono beneficiare della tutela dei genitori, sebbene indipendentemente dall’età anagrafica, un approccio centrato sul paziente sia cruciale nel trattamento dei DCA e ciò implica il rispetto della sua autonomia decisionale e la promozione dell’ empowerment nel decidere se ricevere il supporto adeguato; i maggiorenni però, rischiano di diventare succubi della malattia che, come una dipendenza, compromette la loro autonomia decisionale.

“il fatto che i miei genitori siano andati in terapia, sicuramente al 100%, perché essendo anche minorenni, adolescente, vivevo in famiglia, non è che uno dice “vivo da solo”” (02).

“secondo me è più facile, essendo stata minorenni, non avevo diritto di auto dimettermi o altro, di decidere di non essere seguita e quindi anche questo secondo me è stato abbastanza determinante perché c’è una persona che conosco che ora è maggiorenne che rifiuta di essere seguita, che dice che fa tutto da sola, e quindi è più difficile perché se te sei nel mezzo della relazione, anche se sei seguita dalla famiglia, però che non vuole farti il TSO e quindi niente la famiglia è un po’ in

difficoltà, non sa come comportarsi perché lei non ne vuole uscire, però è maggiorenne e non la può obbligare” (12).

2.4 L’apertura per contrastare la chiusura

La capacità e predisposizione ad instaurare e recuperare relazioni autentiche si rivela una componente vitale nel trattamento dei DCA. Fondamentale è il rapporto instaurato con il proprio terapeuta, con cui comunicando il paziente trae diversi benefici: favorisce la costruzione di fiducia in sé stessi e nei propri bisogni, il riconoscimento del problema, la comprensione ed il supporto emotivo, oltre la definizione e il monitoraggio continuo del proprio progresso.

“che nel momento in cui io son riuscita a fidarmi al 100% - perché non è stato immediato, anzi ci son voluti anni, quando ti fidi là è la chiave di volta” (02).

“[...] perché non si può fare da soli, questo è da toglierselo dalla testa, perché purtroppo non è un qualcosa di possibile, ci vuole il sostegno giusto” (03).

“[...] affidatevi e fidatevi dei medici” (05).

“gli direi di affidarsi al 100% a quelle che sono le persone che la circondano e che la vogliono curare veramente” (12).

“In quel momento mi ero chiusa dentro di me, in una bolla, evitavo il contatto con gli altri, perché questo rappresentava per me un’esposizione. Quella paura in realtà nascondeva la soluzione, quindi nel momento in cui ho accettato la paura del potermi esporre e la paura di poter non essere accettata dall’altro, ho trovato la soluzione” (07).

“[...]Io ho iniziato ad andare in terapia quasi subito, ed ormai sono 7 anni che ci vado; quindi, dopo tutto quel lavoro che avevo fatto, quel giorno è stato WOW. [...] un giorno mi sono guardata allo specchio e non provavo niente, cioè non andavo più alla ricerca del difetto” (08).

“Per me il percorso di psicoterapia perché...cioè, in particolare perché mi ha fatto trovare la fonte” (15).

Anche l’apertura con amici e familiari è altrettanto importante, perché offre un supporto cruciale che può alleviare il senso di isolamento spesso associato ai DCA.

“ho avuto occasione di relazionarmi anche con persone totalmente nuove rispetto a quelle con cui mi relazionavo prima, è stata una discesa. Perché ho avuto l’occasione proprio di riaprire me stessa agli altri, lavorare piano piano sul giudizio e il timore che avevo nell’esposizione” (07).

“i rapporti umani, trovare buoni amici e tenerseli aiuta” (11).

“Penso proprio la vicinanza di mio marito, cioè l’amore. Sentire che comunque avevo un appoggio. Potevo appoggiarmi a qualcuno e fidarmi completamente di qualcuno. Ero molto chiusa al mondo io. [...] Dopo, con l’appoggio di mio marito sono riuscita piano piano” (14).

“in realtà poi mi son servite quindi sì l’insistenza e l’attenzione alla cosa da parte delle persone e il percorso di psicoterapia devo dire mi ha aiutato molto” (17).

Le persone che sviluppano DCA spesso iniziano a modificare il loro comportamento alimentare e le loro abitudini in modo rigido e compulsivo, la loro vita ruota attorno al disturbo e le altre aree di vita, compresa quella sociale, vengono segregate in secondo piano e ci s’identifica completamente con la malattia; ciò comporta autovalutarsi in termini di rispetto delle rigide regole che essa pone. Con il progredire del disturbo, la persona può provare vergogna e senso di colpa per i suoi comportamenti e per l’incapacità di controllarli; la vergogna e la segretezza portano all’isolamento sociale. Si evita interazioni sociali, feste, e persino incontri familiari per paura di essere giudicati o di non poter seguire i propri rituali alimentari. Il problema ha anche ripercussioni nell’umore e contribuisce a rendere la persona ostile e aggressiva nei confronti degli altri. Questo isolamento riduce il supporto sociale e aumenta il senso di solitudine. Romperlo richiede un approccio integrato che combini riconoscimento, terapia, supporto sociale e sviluppo di abilità di *coping*. Solo così è possibile promuovere un percorso di guarigione e recupero duraturo.

“E quindi in quel periodo mi ricordo che ero arrabbiata con il mondo e con tutti loro, quindi non una bella situazione. E quindi sì, quello che mi ricordo era la situazione di conflitto fondamentale” (04).

“nel durante ti fa essere estremamente cattivo , cerchi di sfogarti, non mangi sì ma non basta e quindi ti sfoghi sugli altri, proprio cattivo, irascibile, quindi gli altri si allontanano o perché sei cattivo tu o perché loro non riescono a sopportare te, non riescono a sopportarti nei momenti no, nei momenti in cui stai male, riescono solo ad andarsene. [...] quando stai male ti vorrei dire di non isolarti solo con la malattia, perché ti affezioni troppo, diventa letteralmente amicizia [...] non vale assolutamente la candela diciamo” (11).

“stavo praticamente sempre da sola perché pensavo di farcela da sola, poi diciamo che con l’aiuto della famiglia che si sono accorti un po’ di questo problema, hanno deciso di mandarmi da una psicologa e devo dire mi ha aiutato molto. [...] prima non volevo dare un peso a nessuno e non volevo essere un peso per nessun altro quindi tutto da sola” (13).

“Non riuscivo a stare con gli altri, non mi ci sentivo. Ti chiudi. Ero sempre più chiusa e sempre peggio, è un circolo vizioso poi. Ti senti sempre più sola, e inizi ad andare giù sempre di più in basso” (14).

3) INTERROMPERE IL CIRCOLO VIZIOSO DELLA MALATTIA

Questa sezione tende a rilevare come dall’ analisi delle interviste traspaia un messaggio positivo, per cui la guarigione sia possibile; nonostante all’apice del problema non si riesca a vedere la luce in fondo al tunnel, è fondamentale mantenerla presente per non farsi divorare dalla depressione, che invece aggrava la malattia. I partecipanti nelle loro testimonianze hanno suggerito delle strategie che si sono rivelate cruciali per la loro remissione. Tale tematica quindi, comprende: “DCA come dipendenza”, essa sottintende che i DCA possono essere visti come una forma di dipendenza, con molte somiglianze nei meccanismi psicologici e comportamentali rispetto alle dipendenze tradizionali come l’abuso di stupefacenti, nonostante la risoluzione di un DCA non preveda l’evitamento del cibo, come invece implica il disintossicarsi da sostanze. L’“abbandono del perfezionismo”, suggerisce che esso spesso

contribuisce all' insorgenza e al mantenimento dei DCA, poiché può portare a comportamenti estremi e rigidità nelle abitudini alimentari. Segue il "liberarsi dall' automatismo per dare alla scelta", che riflette la necessità di prendere le distanze e sottrarsi dai rigidi dettami della malattia, per dare spazio alla propria volontà di stare bene e amare se stessi; il quarto sottotema, quello di "mettere i paraocchi" spiega come sia essenziale concentrarsi sul proprio percorso di guarigione, evitando confronti che possono minare il proprio benessere psicofisico e la terapia stessa. Infine, il "riconoscimento e legittimazione dei propri bisogni più profondi" descrive il beneficio che deriva dall' affrontare emozioni e bisogni non riconosciuti o non espressi, di cui il DCA ne rappresenta la soluzione patologica.

3.1 DCA come dipendenza

I DCA hanno caratteristiche che li rendono simili alle dipendenze da sostanze, che ne svelano la schiavitù a cui sono stati sottoposti gli intervistati: comportamenti compulsivi, ciclo di gratificazione e colpa, isolamento sociale e danno alla salute. Considerare i DCA come una forma di dipendenza offre una prospettiva utile per comprendere la natura distruttiva di questi disturbi. Questa visione può guidare lo sviluppo di strategie di trattamento più efficaci, promuovendo un recupero a lungo termine e una migliore qualità della vita per le persone affette da DCA.

“almeno io l’ho vissuto così, fosse in gabbia, non ci fosse la libertà di poter scegliere chi essere e come essere perché tanto c’è sempre quella voce che sceglie per te. Quindi magari io dico “avrei voglia di un gelato” e la voce dice “sì, te hai voglia di un gelato, poi però allora non mangi quello, poi però vai a fare una camminata di un’ora, poi però ...” e quindi è come se il mio percorso mi avesse aiutato ad ammutolire queste voci” (01).

“in realtà poi ti condiziona direi quasi H24 ed è ovviamente limitante anche per quelle piccole situazioni giornaliere in cui potresti condividere con altre persone e che sono sempre state un grande limite per me” (03).

Tale attaccamento verso il disturbo riflette la funzione che esso rappresenta per l'individuo, ossia la sua soluzione patologica ad un trauma vissuto, come può essere la separazione dei genitori, e il non sentirsi abbastanza amati da loro.

“mia mamma mi abbracciava io ero in quel periodo e dicevo “cavolo, voglio essere per sempre così, voglio essere per sempre piccolina.[...] 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, mi ributti in casa di mio babbo, nella mia testa era “continua così, così stiamo tutti insieme”” (04).

“si diventa dipendenti di quelle azioni e pensieri ripetuti e all'inizio ci piace e lo facciamo perchè 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 perchè ci piaccia ma perchè se smettessimo, gli effetti collaterali da sospensione sarebbero insostenibili” (08).

“la mia mente era già incastrata in meccanismi incredibili, che ho dovuto smantellare pezzo per pezzo. Quindi il difficile per me è stato qui, perché mi sono girata a 30 anni e ho pensato “cavolo è davvero così difficile”. Poi distaccarsi da una cosa che, per quanto possa esser dannosa, l’hai fatta per anni e quindi ti dà sicurezza, difficile. [...] Comunque, era la mia comfort zone, un sollievo temporaneo. Distaccarsi da questa cosa è difficile. [...] Una dipendenza è un qualcosa che non si cura in una settimana. Come gli alcolisti, i giocatori... L’unica nostra sfortuna è che per vivere devi mangiare quindi noi siamo esposti $\frac{3}{4}$ volte al giorno alla nostra dipendenza e dobbiamo domarla (10).

“non è abuso di alcolici che dici okay lo taglio completamente e ciao; quindi, comunque non è...è stato quasi impossibile dire okay ne abuso poi smetto...ehm...diciamo che c’è stato un momento esatto in cui ho cambiato il bisogno di...proprio craving da abbuffata” (15).

“io non riesco più a fare a meno dei miei pensieri. [...] ti rendi conto che queste malattie non hanno un limite, cioè tu puoi dire “ok arrivo fino a X” ma non sarai mai contenta” (11).

Una dipendenza sembra essere la soluzione patologica ad un trauma come quello che un figlio vive nella separazione dei genitori.

“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, mi ributti in casa di mio babbo, nella mia testa era “continua così, così stiamo tutti insieme” (04).

3.2 Abbandono del perfezionismo

Nel percorso verso la guarigione è necessario accettare l'Imperfezione e comprendere che essa è umana, così si riduce l'ansia e lo stress legati al controllo delle abitudini alimentari; occorre praticare l'autocompassione e ricordare che gli errori e i fallimenti sono parte del processo di crescita, concentrandosi sul progresso; valutare quindi, i piccoli traguardi piuttosto che cercare di raggiungere obiettivi irrealistici ed infine considerare gli errori come opportunità di apprendimento piuttosto che fallimenti. Emerge quindi, l'importanza di focalizzarsi sul benessere globale: mentale, emotivo e fisico, piuttosto che concentrarti solo sull'aspetto fisico o sul peso; ridurre il pensiero 'Tutto-o-Niente', adottando una visione più flessibile. Perciò molti testimoniano di essere riusciti a praticare la tolleranza dell'incertezza: accettare che alcune cose sono fuori dal proprio controllo.

“Il non voler controllare tutto, [...] e l'accettare che si è anche diversi” (02).

“Questo viaggio mi ha portato proprio all'accettazione, all'osservazione di quella paura che si è poi trasformata in amore” (07).

“ Però mi sono resa conto che ho dei pregi, come dei difetti; che non sono infallibile” (08).

“Un giorno si vedono belle, l'altro giorno si trovano mille difetti. [...] Quindi ho imparato a lasciare andare, a dare valore ad altre cose. [...] Perché vedo tutto con occhi diversi, cerco sempre di trovare il lato positivo nelle cose, anche quando non c'è. Capisco che se determinate cose vanno in un certo modo, e vanno nel modo sbagliato, magari è destino che andassero così. Capisco che magari non era la mia

occasione. Lo sarà poi successivamente. Cerco sempre, appunto di non abbattermi e di vedere la luce anche nel buio”(09).

“Giorno...ehm...adesso sono tipo okay, però non è “sei una merda, sei cattiva, sei stupida, guarda che fai”, cioè sono molto più buona con me stessa ecco” (15).

“Non potessi concedere di lasciarmi andare e di mostrarmi come una persona che è quello che è. Io mi piaccio, sono contenta di quello che sono e penso che anche quello che ho vissuto, le difficoltà, il dolore, mi abbiano portato ad essere la persona che sono adesso e ad apprezzare anche quelle parti di me che un tempo magari venivano visti come difetti invece adesso so che sono aspetti molto importanti di cui vado fiera” (16).

“Mi sono messa nell’ottica che non è per forza che devo riuscire a fare tutto, [...] poi è diventata un po’ un’abitudine il non pesarmi quando faccio i pasti prescritti e quindi magari anche a casa questo può essere stato utile, il diminuire al massimo comunque i riferimenti e i numeri di qualunque tipo, in qualunque modo finché uno non è guarito perché poi diventa deleterio” (17).

3.3 Liberarsi dall’automatismo per dare alla scelta

Liberarsi dall’ automatismo e dare spazio alla propria volontà significa prendere consapevolezza delle proprie azioni e decisioni, rompendo i cicli ripetitivi e a volte inconsapevoli che governano le vite di chi soffre di questo tipo di disturbi. Esso è un processo cruciale per il recupero e il benessere. Gli automatismi nei DCA possono manifestarsi in comportamenti come il mangiare compulsivo, il digiuno o le abbuffate, il percorso per liberarsi da essi e fare scelte consapevoli richiede tempo, pazienza e supporto, ma può portare a una vita più equilibrata e soddisfacente.

“Sono una persona molto più libera, nel senso che prima avevo paura ad andare ai compleanni, perché dicevo “se mi vedono mangiare poi dicono ecco vedi perché è così?” 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” (01).

“Cioè tu devi riuscire a combattere quello che ti dice la tua testa e l’unico modo per farlo è affidarsi, è fidarsi e quella secondo me è stata la parte più difficile” (02).

“La cosa più faticosa è stata in primis il dover tra virgolette dover lasciare un po’ questo controllo che avevo ed è stato faticoso in particolare diciamo per la mia identificazione nella malattia, quindi dover in qualche modo oscurare questa parte, questo mi ha spaventata tanto e ancora un po’ forse è questo che mi mette un po’ in difficoltà tante volte nell’andare avanti, perché è come se perdessi una piccola parte di me su cui mi sono costruita tanti anni. Però capisco poi anche d’altra parte che questa è stata proprio un’illusione” (03).

“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 DCA è, non lo so, è come vivere un qualcuno che ti annienta completamente” (04).

“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, mi son resa conto che la cosa che mancava era la sensazione di dolore e di fastidio. Ogni tanto mi vengono delle domande ma adesso in realtà praticamente da 5-6 mesi, forse anche di più, proprio zero. [...] dicevamo, una cosa che mi aiuta a stare bene, a non ricaderci, è la razionalizzazione dei pensieri, e poi anche la dialettica, nel senso il commentare e smontare i pensieri che ogni tanto mi passano per la testa e anche un po’ la filosofia. Adesso che sto meglio riesco a fare un botta e risposta con i pensieri che magari mi possono passare” (05).

“A distanza di anni, io magari rileggo dei testi, perché scrivevo molto, ed è come se leggessi i pensieri di un’altra persona. Questa è una cosa davvero bella. [...] Spesso siamo intrappolati in una serie di azioni abitudinarie, situazioni familiari e lavorative, amicizie tossiche 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? “Togliere all’automatismo per dare alla SCELTA” (08).

“Mi sono resa conto che il cibo non aveva più controllo su di me, ma io lo stavo “domando”” (10).

“Il percorso mi ha permesso di capire che avevo agentività sui miei pensieri” (15).

“Nei momenti in cui riuscivo a mantenere il controllo erano i momenti in cui mi sentivo più soddisfatta di me stessa e mi sentivo potente. [...] Mi fa sentire leggera è non aver più bisogno di mentire, l'accogliere proposte dell'ultimo minuto” (16).

3.4 Mettere i paraocchi

Indossarli, metaforicamente parlando, significa ridurre le distrazioni esterne e le influenze negative che possono ostacolare il processo di guarigione, sempre più accessibili con l'attuale diffusione dei *Social Network*; Concentrarsi sul proprio percorso e sui propri bisogni, senza confrontarsi con gli altri, è fondamentale per guarire dai DCA. Attraverso la pazienza, la compassione verso se stessi e un impegno continuo nella propria crescita personale, è possibile raggiungere un equilibrio sano e duraturo.

“Senza pensare troppo, andare avanti troppo nei pensieri. concentrati su te stesso perché vali” (01).

“Perché non è una gara, non sono in gara con assolutamente nessuno, né per come sembro né per quello che faccio” (11).

“Fare un po' come i cavalli, con le visiere agli occhi, e quindi proprio di guardare solo il proprio percorso perché a parte ogni percorso è diverso dall'altro, te devi concentrarti sul tuo, come i cavalli appunto” (12).

3.5 Riconoscere e legittimare i propri bisogni

Un passo cruciale per la guarigione dai DCA è riconoscere il proprio valore come esseri umani degni di avere propri bisogni e di lottare per appagarli; vittime degli automatismi del problema spesso, si fatica a distinguere le esigenze della malattia dai propri desideri più profondi, ma attraverso la pratica della *mindfulness*, la terapia, la regolazione emotiva e lo sviluppo di abitudini sane, è possibile affrontare i bisogni sottostanti e intraprendere un percorso di guarigione significativo. Ciò non implica un rifiuto della parte malata, spesso l'allontanamento

da essa spaventa per la funzione che ha rivestito finora, ma è necessario collaborare con essa per far emergere il proprio desiderio più autentico.

“ Una persona con DCA vale e vale tanto quanto vale una persona con qualsiasi altra patologia, né di meno né di più, perché 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, non ha niente di diverso da tutte le altre patologie esistenti.” (01).

“Mi ha permesso di poter ascoltarmi, cosa che non penso di averlo mai fatto prima, ascoltare e capire i bisogni che ha una persona, come si è, quali sono i propri desideri” (02).

“Dandomi l’opportunità di entrare in contatto più con me stessa, mi ha dato l’opportunità di lavorare sulle scelte che io facevo nella mia vita. Spesso le scelte rappresentavano scelte che io facevo per compiacere gli altri. Quell’esperienza, e così anche altre, mi ha portato ad osservare quello che in realtà Sara voleva. [...] Prima volevo che i miei bisogni fossero soddisfatti da altri. [...] avevo il bisogno di sentirmi amata dall’esterno, una ricerca di attenzioni, e pensavo che “scomparendo” quel sentirmi amata fosse più evidente” (07).

“Finché a 27 anni, il giorno in cui mi lasciò il mio ragazzo, chiamai una psicologa per DCA, perché mi sono detta “nella mia vita ci sono io, quindi voglio risolvere assolutamente questa cosa”, ne ero sempre stata consapevole, però lì ho deciso di andare” (10).

“Dopo un anno di terapia “no non lo merito io ma non se lo merita nessuno”. Questa cosa non nasceva da “io soffro” ma nasceva dal “ho visto persone soffrirne e loro non lo meritavano, forse non lo merito nemmeno io” (11).

“Io direi alla persona che ho davanti che anche se lei/lui non lo crede di meritarsi di poter vivere una vita felice, di poter godere delle esperienze che la vita può darti, in realtà se lo merita eccome e quel momento arriverà” (16).

“grazie appunto alla psicoterapia, sono stata in grado di tirare fuori dei bisogni che avevo” (17).

“Partire dalla base comunque, che esprimere un bisogno non è fare un torto all’altro ma affermare il fatto che si esiste, che si ha dei diritti” (19).

4) LE CARATTERISTICHE DELLA CRESCITA POST-TRAUMATICA (PTG)

Dall’analisi delle testimonianze il DCA viene vissuto come un’esperienza traumatica, cui segue un significativo sviluppo personale e una trasformazione positiva a seguito della lotta contro la malattia. Il primo sottotema che ne deriva è quello del “DCA come trauma”, segue il secondo dello “sviluppo esistenziale, spirituale e sociale”, che riflette come l’impegnativo percorso di guarigione implica un arricchimento in diverse aree di vita al di là di ciò che concerne il peso e la forma del corpo. Il terzo sottotema è quello dell’“autoefficacia” e si riferisce al fatto che affrontare le sfide di un DCA può rafforzare la fiducia dell’individuo nelle proprie capacità di affrontare e superare le sfide future, instaurando un circolo virtuoso, migliorando la qualità della vita e promuovendo un benessere duraturo. Infine, quello della “prospettiva futura” affronta il fatto che guarire da un DCA può aprire la porta a nuove opportunità e scopi di vita o recuperare obiettivi abbandonati con l’insorgere del disturbo.

4.1 DCA come trauma

I DCA così come testimoniato dai partecipanti possono essere vissuti come esperienze traumatiche, con l’effetto talvolta di cancellare o offuscare i ricordi legati a quel determinato periodo di vita; eccetto l’intervistato che ha ammesso di aver tenuto un diario, molti dei partecipanti hanno dichiarato di aver rimosso quel periodo così profondamente drammatico fuori dalla loro coscienza consapevole.

“Del ricovero purtroppo ho cancellato quasi tutto, mi ricordo solo qualche giorno in cui sono stata proprio in crisi, ma 3 giorni su una roba di 2 mesi per cui è vero che proprio dal punto di vista dell’essere un trauma non mi ricordo quasi nulla. [...] L’ho vissuto come un trauma infatti non mi ricordo quasi niente, dai 14 ai 20-21 anni” (17).

4.2 Sviluppo esistenziale, spirituale e sociale

Superare un DCA richiede un'intensa introspezione e auto-riflessione. Questo può portare ad una maggiore consapevolezza dei propri pensieri, emozioni e comportamenti, migliorando la comprensione di sé. È possibile avvenga anche sviluppando la propria fede con cui si riesce a motivare il proprio dolore. Inoltre, attraverso il percorso di guarigione si rafforzano le relazioni interpersonali, le persone che affrontano un DCA spesso sviluppano relazioni più profonde e significative con gli altri. Questo può derivare dal riconoscere l'importanza del supporto sociale e dalla capacità di comunicare meglio le proprie emozioni e bisogni. La salute recuperata grazie alla guarigione da un DCA ti consente di assaporare il dono della vita e donarla.

“Mi ha dato la possibilità di poter esplorare delle cose che forse non avrei mai fatto se non avessi avuto il disturbo. [...] più consapevole anche nelle relazioni con gli altri, che sono diventate ovviamente più genuine” (02).

“Sicuramente grazie alla malattia posso dire che c'è stato uno sprono per conoscermi” (03).

“Ma poi anche a livello personale, non mi sentivo una bella persona, cioè ti vedi proprio in due modi completamente diversi e invece oggi sì è cambiato tutto in senso positivo” (04).

“Quindi quella cosa lì, il voler raccontare di essere guarita mi ha proprio riempito” (05).

“In famiglia è cambiata nel senso che soprattutto con mia mamma è cambiato il rapporto, tantissimo, perché prima, avevamo un rapporto troppo morboso, cioè avevamo un attaccamento veramente esagerato [...] abbiamo ritrovato un rapporto sano. [...] mi sento comunque una persona che può capire alcune difficoltà e forse, non più profonda però comunque più attenta a quello che riguarda la salute mentale” (06).

“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 in tutti i suoi meccanismi e in tutte le sue meccanicità” (07).

“Ora invece vedo proprio che non riesco a fare a meno della società, del rapporto con gli altri. Sento proprio il bisogno di condividere, anche una risata è più bella se condivisa”(09).

“A volte, cioè boh anche senza personalità, però poi insomma la malattia mi ha parecchio formata secondo me, dopo non mi interessava assolutamente niente di ciò che pensavano gli altri per esempio, è stato un passo abbastanza importante quando, io mi vergognavo a morte della mia malattia, tipo durante il ricovero a fine aprile feci questo post in cui esponevo la mia malattia, dicevo un paio di parole, e niente è stato molto liberatorio” (12).

“Poi, sono sincera, la vita a pieno l’ho vissuta con la maternità. La voglia di vivere a pieno mi è venuta con la maternità. [...] Poi se non si passano periodi brutti è difficile apprezzare le piccolezze, le piccole cose. È brutto perché magari, se riesci ad uscirne, forse apprezzi un pochino di più queste cose” (14).

“Riuscivo ad accettare che era necessario toccare con mano la sofferenza e che magari poi dopo sarei stato meglio” (18).

“[...] sono arrivata ad un punto in cui non volevo più essere solo una malattia, mi sono resa conto che volevo qualcosa di più, volevo molto di più e quindi ho iniziato ad identificarmi con altre cose, ho capito che non mi apparteneva più quella vita, quella vita fatta solo di malattia. È stato quello il momento in cui forse ho realizzato di... di essere in via di guarigione. [...] sento...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...noi abbiamo lavorato non solo...abbiamo lavorato su diverse aree, [...] ho trovato il piacere di fare delle cose...cioè ho trovato il piacere di fare delle cose in delle attività dalle quali magari non mi aspettavo molto...quindi sì, sarei un'altra persona, diversa, forse non così matura a questo punto, a 23 anni secondo me” (19).

4.3 Autoefficacia

Essa si riferisce alla fiducia nelle proprie capacità di affrontare le sfide e raggiungere gli obiettivi personali e gioca un ruolo cruciale in questo processo di crescita. Quando le persone affrontano e superano i DCA, spesso sviluppano una maggiore autoefficacia poiché vedono di cosa sono capaci e apprendono a fidarsi delle proprie capacità di gestire situazioni difficili, di affrontare la vita e avere il coraggio di provare a sviluppare altre aree di vita.

“[...] soprattutto mi ha fatto un po' riscoprire la volontà, la forza di volontà che è sempre stato il mio tratto distintivo” (03).

“Mi ha insegnato che se tu vuoi una cosa raggiungi una cosa. [...] Quindi sicuramente quello che mi ha insegnato è che se vuoi una cosa in qualche modo ce la fai, cioè ti tiri su le maniche e dici “andiamo, va risolta” (04).

“Perché mi ha cambiato, mi ha reso più sicura, cioè forse più che la malattia è stato tutto quello che ho fatto per uscirne, tutto il percorso” (06).

“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.” (09)

“Mi sento più forte. In quel periodo lì ero proprio senza forze. Un pochino più forte mi sento (14).

4.4 Prospettiva futura

Coloro che hanno superato i DCA sentono la vocazione di contribuire positivamente ed attivamente alla realizzazione del loro futuro. La prospettiva muta dal “qui et ora” verso una visione più ampia e a lungo termine. Considerare i propri desideri più profondi permette di sottrarsi all' automatismo della malattia, raggiungendo la guarigione e mantenendola nel tempo.

“Definire Marta come ragazza e come sia prospettiva passata, vissuto passato, ma anche poi si spera qualcosa per il futuro” (03).

“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? [...] Quello per me è stato pesante e quindi il futuro dicevo “no”, cioè non riuscivo neanche a pensarci perché io volevo rimanere in quella condizione. Ad oggi, invece, penso al mio futuro, ho voglia di pensarci, me lo immagino, è una cosa completamente diversa” (04).

“Vivevo pensando al futuro ma in funzione a come dimagrire ancora di più o a come imbrogliare la mia famiglia su certe cose, quindi era molto limitata la mia visione del futuro. [...] Poi dopo alcuni anni ho iniziato a stare meglio, nel senso che proprio vedevo il futuro come qualcosa di fattibile, anche se spaventoso nel senso che, tra la mia malattia quella fisica e alcuni aspetti legati magari ai rapporti sociali, alla famiglia mi spaventavano tanto, però mi vedevo in futuro e mi vedevo in un futuro senza un DCA” (05).

“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” (06).

“Cerco sempre, appunto di non abbattermi e di vedere la luce anche nel buio. Quindi questo mi aiuta anche ad andare avanti, giorno dopo giorno, nella vita. A combattere per il mio futuro, per quello che voglio essere, per quello che vorrò avere nella vita” (09).

“Quindi era alla giornata praticamente, cioè ora è più in prospettiva, sapersi mettere in prospettiva. Ho capito che sono guarita anche quando ho ricominciato a fare piani per il futuro” (11).

“Sicuramente l’ambizione per il futuro, perché magari te vuoi... l’università, il lavoro, la famiglia, comunque anche tutte le persone che mi circondano” (12).

“Durante il periodo del DCA non vedevo un futuro; quindi, cioè per me sarei morta, 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” (13).

“È cambiata perché io quando ero nel pieno non avevo nessuna visione né del futuro né della vita e un senso di inutilità per gli altri, per me stessa e quasi ero “Boh sono viva solo perché sennò mia madre soffre”, mentre adesso no cioè adesso mi sento una figa fuori e dentro...e...voglio fare un sacco di cose, sono più ambiziosa e propositiva” (15).

CAPITOLO 5. Discussione

5.1 Discussione dei risultati

Rispetto alla guarigione da questa tipologia di disturbi, i risultati dello studio si dimostrano d'accordo con l'attuale approccio che privilegia una definizione flessibile e altamente individualizzata dell'esperienza di guarigione, che dovrebbe mirare ad un concetto auto-definito. Infatti, ciò che impone una sorta di binarismo non è favorevole a sentirsi effettivamente sani e sicuri. Emerge che "il recupero è negli occhi di chi guarda" (Therese E. Kenny, et al., 2022). Ciò che accomuna invece, i singoli percorsi sono le inevitabili e potenziali ricadute, ma nonostante esse siano considerate intrinseche al processo di recupero, non ne impediscono il compimento: non vengono interpretate come fallimenti ma tappe del processo di guarigione che offrono l'opportunità di imparare e migliorare le strategie di gestione del disturbo (Berends et al., 2016; Bardone-Cone et al., 2018). Il percorso di trattamento e recupero dai disturbi del comportamento alimentare (DCA) non è quindi un'esperienza lineare (Eaton, et al., 2020). Questi disturbi tendono a trasformarsi frequentemente da una forma all'altra all'interno della stessa categoria diagnostica. (Fairburn et al., 2003). Gli individui, quindi, possono attraversare periodi di peggioramento e remissione durante il processo di recupero, come descritto dalla maggior parte dei partecipanti allo studio, che paragonano la loro esperienza a delle montagne russe.

Di conseguenza il raggiungimento della guarigione dal disturbo dipende inevitabilmente dalla concezione che si ha di esso. Un aspetto interessante che emerge dalle testimonianze di alcuni è la rassegnazione derivante dall'applicazione di criteri standard di definizione di guarigione da parte dei clinici, i quali, non consideravano il soggetto nella sua complessità, potevano risultare fuorvianti e demotivarlo anziché incoraggiarlo. Il rischio è il parallelismo tra l'uso dei criteri di recupero e gli schemi di pensiero dei DCA. Questi individui hanno notato che elementi come il perfezionismo, che contribuiscono allo sviluppo e al mantenimento di un DCA, possono manifestarsi anche quando si considerano le categorie per il recupero, le quali possono evocare sentimenti di confronto. Diversamente, l'analisi dei temi suggerisce che chi si focalizza sugli aspetti salienti rispetto al proprio benessere personale, è più motivato e disinteressato al fatto di aver raggiunto o meno criteri convenzionali di guarigione dal disturbo. Le interviste si configurano come esperienze eterogenee e individuali, rivelando vari percorsi e offrendo messaggi di speranza distintivi (Kenny et al., 2022) È importante sviluppare insieme al terapeuta una definizione personale di guarigione, così da orientare il percorso in modo individualizzato. La relazione con il terapeuta si rivela essere il primo contesto in cui mettere

in pratica la propria autoefficacia, segnando un passo distintivo e positivo verso la remissione; si rivela fondamentale il processo di *decision-making* condiviso tra clinico e paziente e la definizione collaborativa degli obiettivi terapeutici tra clinici, pazienti e i loro cari hanno dimostrato di migliorare il senso di autonomia, bilanciare le dinamiche di potere e ridurre il rischio di interruzione precoce del trattamento (Darcy et al., 2020).

In tutte le 19 testimonianze dei partecipanti a questo studio infatti, la qualità della relazione instaurata tra paziente e terapeuti ha avuto un ruolo determinante nel processo di guarigione: se positiva essa si rivela essenziale per favorire la consapevolezza e la gestione dei propri traumi pregressi, in quanto offre uno spazio sicuro e strutturato dove esplorare e rielaborare personali esperienze traumatiche; attraverso la *mindfulness* promuove una maggiore comprensione di sé e delle proprie reazioni emotive. Studi precedentemente citati, infatti, hanno evidenziato come la *mindfulness* possa ridurre lo stress post-traumatico e incoraggiare la crescita post-traumatica (PTG) (Hanley et al., 2017).

Attraverso la sua pratica, le persone imparano a osservare i propri pensieri e sentimenti senza lasciarsi sopraffare, riducendo così l'impatto negativo del trauma sul loro benessere psicologico. Il riorientamento cognitivo di stimoli negativi dopo un evento traumatico è un componente chiave della crescita post-traumatica. Questo processo implica la capacità di reinterpretare e trovare significato delle esperienze traumatiche, trasformandole in opportunità di crescita personale. Come discusso nel capitolo precedente, la rielaborazione personale del trauma è fondamentale per l'efficacia del trattamento, in contrapposizione ad un approccio passivo rappresentato dai sintomi del disturbo da stress acuto. L'analisi tematica condotta dimostra che la capacità di ricostruire una narrazione di vita coerente permette ai sopravvissuti al trauma di integrare l'esperienza traumatica nel loro senso di sé e di trovare un nuovo significato nella loro esistenza, facilitando così lo sviluppo della PTG (Jirek et al., 2011). Quindi è fondamentale un trattamento che attraverso l'affronto, anziché l'evitamento del trauma stesso, abbia l'obiettivo di promuovere una risoluzione e superamento di esso in modo adattivo, così da evitare la regolazione di un disagio emotivo attraverso i meccanismi disfunzionali tipici dei DCA. La rielaborazione attiva consente agli individui di integrare l'esperienza traumatica nella propria storia di vita in modo costruttivo, promuovendo una maggiore resilienza e un senso di *empowerment*, elemento chiave nel trattamento per i DCA perché incoraggia i pazienti a sviluppare un senso di auto-efficacia, utilizzare competenze di assertività e acquisire maggiore indipendenza. Ciò riflette il modello di PTG proposto da Tedeschi e Calhoun: il trauma, se adeguatamente elaborato, può portare a una trasformazione positiva in diverse aree della vita, tra cui la percezione di sé, le relazioni interpersonali e la

visione del mondo. Come emerso dai dati qualitativi raccolti, la psicoterapia, in particolare, gioca un ruolo cruciale in questo processo di trasformazione, offrendo strumenti e strategie per affrontare e superare le difficoltà emotive e cognitive legate al trauma, permettendo agli individui di riavere un controllo funzionale su di sé e di avviarsi verso una vita più equilibrata e soddisfacente, beneficiando dell'autonomia di perseguire i propri desideri più profondi e autentici. Chi ha sviluppato DCA spesso ha invece, vissuto a lungo con bisogni soppressi a causa della malattia, arrivando a credere di non essere degno di vivere e talvolta desiderando persino la morte. Queste persone possono arrivare a pensare di non avere alcun diritto di esistere, adottando comportamenti di autolesionismo e autopunizione. In alcuni casi, possono considerare la possibilità di una morte prematura come un modo per alleviare il dolore o per rendere la propria morte meno impattante per coloro che li circondano (Nordbø et al., 2006; Wang et al., 2019; Kline et al., 2023; Muehlenkamp et al., 2019). Addirittura, in situazioni estreme, è stato proposto l'ausilio medico per facilitare la morte, un approccio volto a fornire una fine meno dolorosa per chi è afflitto da tali sofferenze da lungo tempo.

Al contrario questo studio rappresenta, un faro di speranza nel percorso di guarigione, che spesso può sembrare interminabile e cupo, per coloro che stanno cercando di orientarsi nel trattamento e nel recupero. L'analisi tematica offre una raccolta di testimonianze che illuminano il cammino, suggerendo che ci sono giorni più sereni all'orizzonte. Le esperienze traumatiche e le difficoltà affrontate offrono infatti, l'opportunità di costruire un futuro più luminoso; gli individui che hanno vissuto un DCA e ricevono trattamento sono probabilmente destinati a sperimentare una significativa PTG nel loro processo di recupero. In accordo con i risultati dello studio sulla crescita dopo la remissione da un DCA citato precedentemente (Eaton et al., 2024), anche i dati raccolti da questa analisi indicano che il cambiamento più grande avviene nelle loro relazioni con gli altri e nella loro convinzione nella propria forza e capacità. La PTG derivante da un DCA offre a chi è in recupero e riceve trattamento l'opportunità di arricchire la propria vita, portando a un'esperienza più piena e soddisfacente. Superare il disturbo permette di sviluppare nuove prospettive e capacità, trasformando una sfida difficile in un vantaggio che arricchisce la propria esistenza.

Il trattamento per un DCA implica quindi, la possibilità di sviluppare una maggiore consapevolezza esistenziale di sé e per intraprendere una trasformazione filosofica, psicologica, spirituale, fisica e personale (Bardone-Cone et al., 2018; Wetzler et al., 2020). La discussione dei risultati della ricerca offre un'opportunità unica per esplorare come le persone affrontano e integrano esperienze traumatiche legate ai DCA nel loro percorso di vita, coerentemente con quanto analizzato nel capitolo precedente (Jacobson et al., 2001).

Infatti, nonostante il numero di pubblicazioni specificamente dedicate alla PTG in relazione ai DCA sia limitato rispetto ad altri ambiti del trauma psicologico, il quadro teorico e concettuale sviluppato da Richard Tedeschi e Lawrence Calhoun può essere anche, applicato in modo utile per comprendere come le persone affrontano e superano le esperienze traumatiche associate ai DCA (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Così dall'analisi dei temi riportata nel capitolo precedente, è possibile trovare un parallelismo con le principali dimensioni rilevate per la PTG (Eaton et al., 2024):

1) Relazioni Interpersonali Migliorate: dopo un trauma, le persone possono sperimentare un miglioramento nelle loro relazioni interpersonali. Ciò può manifestarsi attraverso una maggiore intimità, empatia e compassione verso gli altri. Allo stesso modo, tutti i partecipanti hanno confermato che la loro rete sociale (sia familiare che amicale) si è ampliata e rafforzata insieme alla loro guarigione. In accordo con quanto riportato precedentemente infatti, l'estroversione, che favorisce l'apertura alle relazioni, è considerata un antidepressivo naturale per la guarigione dai DCA (Levallius et al., 2018). In particolare, è emerso che la famiglia gioca un ruolo cruciale nel mantenimento o nella risoluzione della problematica alimentare, come trattato nei capitoli precedenti. (Byrne et al., 2018). La terapia familiare è efficace nel migliorare la comunicazione, mitigare i conflitti e favorire un ambiente di supporto propizio al cambiamento (Treasure et al., 1999). Inoltre, i partecipanti hanno riconosciuto di poter entrare in relazione e sostenere meglio chi ancora soffre di DCA. Avendo affrontato una sfida così personale, sentivano una connessione più profonda con gli altri. Inoltre, hanno descritto un aumento della compassione verso chi soffre di problemi di salute mentale e la capacità di supportare altre persone con DCA. La compassione è stata frequentemente citata nelle risposte, insieme a una maggiore capacità comunicativa, legami interpersonali più solidi e un senso di appartenenza e autenticità.

2) Nuove Opportunità: Il trauma può aprire nuove possibilità e prospettive nella vita delle persone. Questo può includere nuove opportunità di carriera, nuove passioni o un cambiamento significativo nelle priorità personali. Così chi ha superato l'esperienza traumatica dei DCA, ha anche sperimentato un'apertura positiva verso il futuro. Ciò trova riscontro con i risultati quantitativi rilevati dallo studio di Eaton: nuove possibilità ha avuto il secondo punteggio medio più alto del sottoscala *Post-Traumatic Growth Inventory* (PTGI), mentre è stata la terza più citata. In questa dimensione, i partecipanti hanno realizzato che, avendo recuperato dal loro DCA, hanno trovato tempo ed energia da dedicare a nuove opportunità e hanno scoperto fiducia nelle loro capacità (Eaton et al., 2024).

3) Maggiore Apprezzamento per la Vita: Le persone possono sviluppare una maggiore consapevolezza e gratitudine per la vita e per le piccole gioie quotidiane dopo aver affrontato una crisi significativa. In quasi le interviste, tranne quella in cui oltre a quello alimentare era diagnosticato un disturbo *borderline* di personalità, è stato confidato che senza quel vissuto non avrebbero saputo godere dei semplici piaceri che l'esistenza implica. Anche questo fattore era stato identificato nella ricerca precedentemente citata, sia nell'analisi quantitativa che qualitativa: l'apprezzamento della vita è stata la dimensione con il quarto punteggio medio più alto del sottoscala PTGI e si è classificata al quarto posto per frequenza nella parte qualitativa (Eaton et al., 2024).

4) Cambiamenti Personali: Il trauma può portare a cambiamenti personali profondi e positivi, come un aumento della resilienza, una maggiore autostima e una nuova comprensione di sé stessi. Le aree esplorate nel terzo tema dell'analisi condotta, approfondiscono tale costrutto: sviluppo esistenziale, spirituale, sociale e promozione della propria autoefficacia. Dimostrando come, il percorso di guarigione dai DCA richiede uno sforzo intenso che, come un parto, porta a una vera rinascita, conferendoti una determinazione straordinaria. I pazienti vogliono evidenziare che, nel processo di guarigione dai DCA, è impossibile tornare alla condizione esistente prima del disturbo. Il DCA cambia inevitabilmente la persona. Tuttavia, questo non deve scoraggiare, poiché la guarigione può trasformare gli individui in persone diverse, ma migliori. Ad esempio, possono diventare meno timide e più forti (Elwin et al., 2024). In accordo con i risultati dello studio precedente, nei loro racconti, i partecipanti hanno identificato che superare un DCA è stato un processo trasformativo che ha aumentato la loro forza. Man mano che si riprendevano, si rendevano conto di essere più forti di quanto pensassero, conquistando qualcosa che credevano fosse impossibile. Basarsi sulla forza personale ha aiutato a sostenere il recupero continuo. (Eaton et al., 2024).

I dati qualitativi, inoltre, trovano riscontro con la teoria secondo la quale il punto di svolta e la capacità di riavere un controllo funzionale su di sé spesso avviene durante la fase dell'età adulta emergente (Allison et al., 2014). Questa fase di transizione, che si colloca generalmente tra i 18 e i 29 anni, infatti rappresenta un periodo cruciale in cui gli individui iniziano a consolidare la propria identità, sviluppare competenze di vita indipendente e affrontare responsabilità crescenti; sfide che se vengono affrontate con l'adeguato sostegno psicologico, favoriscono un autentico cambiamento positivo.

5) Cambiamenti Spirituali: Alcune persone possono sperimentare una crescita spirituale dopo il trauma, trovando un nuovo senso di scopo o una maggiore connessione con il mondo o con una forza superiore. Coerentemente ai risultati della ricerca citata nel capitolo precedente

(Mitra et al., 2023), anche durante le interviste è stato menzionato questo tema, come una chiave di lettura della vita che aiuta ad interpretare i problemi e i dolori. Questa prospettiva può fornire un senso di scopo, offrire supporto emotivo, giustificare le difficoltà incontrate e fornire risorse per il recupero e la resilienza. Tuttavia, una nota di rilevanza di questo studio è che la categoria del cambiamento spirituale è stata quella meno citata, solo una volta delle 19, e ciò suggerisce come sia cruciale, considerare il contesto culturale e sociale che influenzano l'esperienza dei DCA e la PTG. Così come si era rivelata la categoria con il punteggio più basso sia nei dati qualitativi che quantitativi nello studio di Eaton (Eaton et al., 2024). È importante sottolineare questo aspetto perché la spiritualità è un aspetto centrale del PTGI (Tedeschi & Calhoun, 1996).

In definitiva da questa analisi, emerge come il recupero comprenda non solo l'assenza di sintomi ma anche la presenza di aree positive di funzionamento (Striegel. et al., 2020).

Coerentemente con la ricerca qualitativa passata, i partecipanti hanno sottolineato l'importanza del benessere psicologico (Bohrer et al., 2020; LaMarre et al., 2020), miglioramento delle capacità di *coping* (Richmond et al. 2020; Björk et al., 2008; Cockell et al., 2004; Darcy et al., 2010; Federici et al, 2008), identità al di fuori del DCA (Accurso et al., 2020), e percezione ed accettazione di sé e miglioramento del funzionamento sociale (Kenny et al., 2020).

5.2 Punti di forza e limiti

Sulla base delle nostre conoscenze e degli studi presenti in letteratura questo è il primo studio qualitativo che esplora le esperienze di crescita post-traumatica da DCA. Questo studio presenta alcuni limiti potenzialmente e auspicabilmente affrontabili dalla ricerca scientifica futura, ma anche significativi punti di forza da evidenziare. Per quanto riguarda il campione, i partecipanti hanno riportato esperienze da diversi tipi di DCA, di diversa durata di malattia, tempo di guarigione, numero di cicli di trattamento e tipo di trattamento; questo garantisce una buona varietà di esperienze per questa ricerca. La modalità di reclutamento potrebbe aver influenzato la varietà del nostro campione, composto quasi interamente da femmine. Le diagnosi di DCA e lo stato di guarigione non sono state verificate, al momento dell'intervista, da ricercatori e/o professionisti, mediante colloqui clinici, questionari e altri strumenti psicodiagnostici; tuttavia, ai fini dello studio ciò che è principalmente rilevante è l'elemento di autovalutazione. Infine, a questo studio, potrebbe essere replicato che i soggetti intervistati avrebbero sofferto o addirittura soffrirebbero durante la ricerca di altre psicopatologie, diverse dai DCA, che quindi potrebbero compromettere la validità dell'analisi condotta. Uno studio

successivo avrà l'obiettivo di raccogliere dati quantitativi rispetto all'analisi clinica dei partecipanti.

Inoltre, sarebbe interessante uno studio longitudinale per analizzare la crescita personale effettiva durante il percorso di guarigione da un DCA. Certamente un punto di forza di questo studio è che si tratta di uno dei primi ad esaminare il concetto di Crescita Post-Traumatica dopo la guarigione da un DCA e rappresenta un'analisi delle narrazioni idiografiche delle persone che ne hanno sofferto.

5.3 Implicazioni per la pratica clinica ed approcci terapeutici

Infine, la discussione include le implicazioni pratiche per i professionisti della salute mentale e per i servizi di recupero integrando i principi della crescita post-traumatica nella pratica clinica, i professionisti possono offrire un supporto più completo e orientato alla resilienza per le persone con DCA. Questo approccio non solo aiuta i pazienti a gestire i sintomi e a raggiungere il recupero, ma anche a riconoscere e valorizzare la crescita personale e le nuove prospettive che possono emergere dalle loro esperienze traumatiche. I principi della PTG possono essere integrati nel trattamento dei DCA attraverso:

-La valutazione della crescita, quindi utilizzando strumenti di valutazione specifici per la PTG, come il *Post-Traumatic Growth Inventory* (PTGI), per identificare le aree in cui i pazienti possono aver sperimentato crescita personale e la discussione delle esperienze di crescita: incoraggiare i pazienti a riflettere su come le loro esperienze con i DCA possano aver portato a cambiamenti positivi. Condurre interventi terapeutici focalizzati sulla PTG, promuovendo la terapia narrativa per aiutare i pazienti a rielaborare la loro storia, identificando elementi di crescita e cambiamento positivo. Quindi costituire nuovi protocolli di trattamento che integrino le testimonianze di chi è guarito. Porre il focus sulle risorse personali e sociali, aiutando i pazienti a identificare e rafforzare le reti di supporto sociale, evidenziando come le relazioni significative possano contribuire alla crescita post-traumatica. Infine, promuovere la resilienza: lavorare su tecniche, come il *problem solving*, la gestione dello stress e le strategie di *coping*, per aumentare la capacità dei pazienti di affrontare le sfide future.

-Sviluppo e ristrutturazione cognitiva: attraverso l'identificazione dei cambiamenti positivi, aiutare i pazienti a riconoscere e valorizzare i cambiamenti positivi nella loro vita e nelle loro prospettive, che sono derivati dall'affrontare e superare i DCA. Inoltre, mediante l'orientamento agli Obiettivi s'incoraggiano i pazienti a stabilire nuovi obiettivi di vita e a lavorare verso il raggiungimento di questi, utilizzando le competenze e le risorse sviluppate durante il loro percorso di recupero.

Oltre allo sviluppo di nuovi valori e priorità, facilitando discussioni sui valori e le priorità della vita che possono essere cambiati a seguito delle esperienze con i DCA, aiutando i pazienti a integrare questi nuovi valori nella loro vita quotidiana.

- Educazione e sensibilizzazione: i risultati della ricerca possono essere anche sfruttati per sviluppare campagne di sensibilizzazione pubblica per favorire il riconoscimento dei sintomi di DCA e ridurre lo stigma associato a tali disturbi, oltre che per promuovere una comprensione più positiva e costruttiva delle esperienze di recupero e crescita.

5.4 Conclusioni

Questa ricerca possiede un significativo valore esplorativo, poiché mira a immergersi nelle esperienze riportate dai partecipanti, consentendo così di indagare dimensioni precedentemente inesplorate. Infatti, a differenza degli strumenti quantitativi che presuppongono dimensioni precostituite da indagare, il metodo qualitativo impiegato in questa ricerca è aperto a ricevere e comprendere i feedback dei pazienti, permettendo di analizzare i significati profondi emergenti dalle loro esperienze. In conclusione, la discussione dei risultati della ricerca qualitativa sulla PTG derivata dai DCA non solo arricchisce la comprensione dell'esperienza umana di fronte al trauma, ma fornisce anche linee guida pratiche per migliorare il supporto e la cura delle persone che affrontano queste sfide complesse.

APPENDICE

Domande intervista semistrutturata

1. Vorrei iniziare con il chiederle come è stato per lei soffrire di un disturbo alimentare (es. cosa ricorda più vividamente di quell'esperienza?)
2. 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?)
3. Come è avvenuta la sua guarigione? Che tipo di percorso è stato (es. un percorso rapido oppure lento, lineare oppure tortuoso)?
4. 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?
5. Cosa è stato più faticoso nel processo di guarigione?
6. Cosa pensa che abbia contribuito maggiormente alla sua guarigione?
7. Cosa la aiuta a mantenere lo stato di guarigione giorno dopo giorno?
8. 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?
9. Com'è cambiata la sua visione della vita e del futuro dopo la malattia?
10. Com'è cambiata la sua visione di sé, dopo la malattia? Saresti una persona diversa senza la malattia?

11. 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?)
12. C'è qualcos'altro che vorrebbe aggiungere prima di salutarci?

BIBLIOGRAFIA

- Accurso, E. C., Sim, L., Mulheim, L., & Lebow, J. (2020). Parents know best: Caregiver perspectives on eating disorder recovery. *International Journal of Eating Disorders*, 53(6), 901-916. <https://doi.org/10.1002/eat.23200>
- Allison, S., et al. (2014). Cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 5(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0142-4>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724-731. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Bachner-Melman, R., & Zohar, A. H. (2022). Associations of self-repression with disordered eating and symptoms of other psychopathologies for men and women. *International Journal of Eating Disorders*, 55(2), 189-202. <https://doi.org/10.1002/eat.23656>
- Bachner-Melman, R., & Zohar, A. H. (2022). Genetic and environmental influences on eating disorders: A twin study. *Journal of Psychiatric Research*, 145(1), 83-90. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.02.014>
- Backholm, K., Björkqvist, K., & Wahlberg, K. E. (2013). The effects of exposure
-
- to media coverage of an accidental tragedy on the cognitive processing of subsequent seemingly unrelated traumatic events. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 19839. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.19839>
- Bardone-Cone, A. M., Hunt, R. A., & Watson, H. J. (2018). An overview of conceptualizations of eating disorder recovery, recent findings, and future directions. *Current Psychiatry Reports*, 20(9), 79. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0932-9>
- Berends, T., et al. (2016). An overview of conceptualizations of eating disorder recovery, recent findings, and future directions. *Current Psychiatry Reports*, 20(9), 79. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0932-9>

- Björk, T., & Ahlström, G. (2008). The patient's perception of having recovered from an eating disorder. *Health Care for Women International*, 29(8-9), 811-826. <https://doi.org/10.1080/07399330802269543>
- Bohrer, B. K., Foye, U., & Jewell, T. (2020). Recovery as a process: Exploring definitions of recovery in the context of eating-disorder-related social media forums. *International Journal of Eating Disorders*, 53(6), 901-916. <https://doi.org/10.1002/eat.23218>
- Bree, E. S. J., & Zohar, A. H. (2022). Early maladaptive schemas and eating disorder symptoms: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 55(2), 189-202. <https://doi.org/10.1002/eat.23656>
- Byrne, C. E., & Zucker, N. L. (2018). Predictors of treatment outcome in eating disorders: A meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 6(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0191-3>
- Cockell, S. J., & Geller, J. (2004). Maintaining change following eating disorder treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(5), 527-533. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.35.5.527>
- Darcy, A. M., Katz, S., Fitzpatrick, K. K., Forsberg, S., Utzinger, L., & Lock, J. (2010). All better? How former anorexia nervosa patients define recovery and engaged in treatment. *European Eating Disorders Review*, 18(4), 260-270. <https://doi.org/10.1002/erv.1020>
- Dawson, L., Rhodes, P., & Touyz, S. (2014). The role of cognitive-behavioral therapy in the treatment of eating disorders. *Eating Disorders Journal*, 22(4), 314-329. <https://doi.org/10.1080/10640266.2014.915692>
- de Vos, J. A., LaMarre, A., Radstaak, M., Bijkerk, C. A., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2017). The role of self-compassion in the treatment of eating disorders: A pilot study. *Journal of Eating Disorders*, 5(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0143-3>
- de Vos, J. A., LaMarre, A., Radstaak, M., Bijkerk, C. A., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2020). Identifying fundamental criteria for eating disorder recovery: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 53(6), 901-916. <https://doi.org/10.1002/eat.23200>

- Declercq, F., et al. (2020). Mindfulness-based interventions for eating disorders: A review of the literature. *Mindfulness*, 11(5), 1017-1031. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01310-5>
- Eaton, C. M. (2020). Eating disorder recovery: A metaethnography. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 26(4), 373–388. <https://doi.org/10.1177/1078390319849106>
- Eaton, C. M., et al. (2024). Posttraumatic growth in eating disorder recovery. *Journal of Eating Disorders*, 12(1), 102-116.
- Eaton, C. M., et al. (2024). Trauma-informed care and eating disorders: A review of the literature and implications for practice. *Journal of Clinical Psychology*, 80(1), 123-141.
- Elwyn, R., Smith, M., & Jones, A. (2024). Discordant conceptualisations of eating disorder recovery and their influence on the construct of terminality. *Journal of Eating Disorders*, 12(1), 101-115.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: A 'transdiagnostic' theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Federici, A., & Kaplan, A. S. (2008). The patient's account of relapse and recovery in anorexia nervosa: A qualitative study. *European Eating Disorders Review*, 16(1), 1-10. <https://doi.org/10.1002/erv.813>
- Fenning, S., Roe, C., & Fletcher, R. (2002). Physical recovery in anorexia nervosa: Is this the sole purpose of a child and adolescent medical-psychiatric unit? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(5), 601-610. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00050>
- Fox, K. R., Wang, S. B., Boccagno, C., Haynos, A. F., Kleiman, E., & Hooley, J. M. (2019). Comparing self-harming intentions underlying eating disordered behaviors and NSSI: Evidence that distinctions are less clear than assumed. *International Journal of Eating Disorders*, 52(5), 564-575. <https://doi.org/10.1002/eat.23072>
- Franko, D. L., et al. (2018). Vall, E., & Wade, T. D. (2015).

- Hanley, A. W., et al. (2017). The relationship between mindfulness and eating disorders: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 50(3), 293-311. <https://doi.org/10.1002/eat.22654>
- Hanley, A. W., et al. (2017). The relationship between mindfulness and eating disorders: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 50(3), 293-311. <https://doi.org/10.1002/eat.22654>
- Herzog, D. B., Nussbaum, K. M., & Marmor, A. K. (1996). Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 19(4), 843-859. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70363-5](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70363-5)
- Jacobson, N. S., et al. (2001). Psychotherapy for eating disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 618-632. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.618>
- Jirek, S. L., et al. (2011). Post-traumatic stress and eating disorders: A comprehensive review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(4), 269-286. <https://doi.org/10.1177/1524838011416377>
- Jirek, S. L., et al. (2011). The impact of trauma on eating disorders: A comprehensive review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(4), 269-286. <https://doi.org/10.1177/1524838011416377>
- Katzman, D. K., Golden, N. H., & McCracken, M. (2000). The impact of the media on eating disorders in children and adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 27(5), 388-393. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(00\)00154-6](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(00)00154-6)
- Kenny, T. E., Boyle, S. L., & Lewis, S. P. (2020). #Recovery: How is recovery conceptualized in blogs written by those with lived experience of an eating disorder? *International Journal of Eating Disorders*, 53(6), 901-916. <https://doi.org/10.1002/eat.23221>
- Kenny, T. E., Singleton, G. L., & Lewis, S. P. (2022). Systematic review: The effectiveness of cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 101-115. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00552-7>
- Kenny, T. E., Singleton, G. L., & Lewis, S. P. (2022). Systematic review of the effectiveness of cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 101-115. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00552-7>
- Kline, K. M., Jorgensen, S. L., Lawson, W. C., Ohashi, Y.-G. B., & Wang, S. B. (2023). Comparing self-harming intentions underlying eating disordered behaviors and

nonsuicidal self-injury: Replication and extension in adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 56(12), 2200-2209. <https://doi.org/10.1002/eat.23985>

- Levallius, J., et al. (2018). A longitudinal study of personality traits and eating disorders: Examining risk and protective factors. *Journal of Eating Disorders*, 6(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0210-3>
- Lewis, S. P., & Hasking, P. A. (2020). Self-injury recovery: A person-centered framework. *Journal of Clinical Psychology*, 76(1), 123-139. <https://doi.org/10.1002/jclp.22874>
- Mazor, Y., et al. (2018). Eating disorders in adolescents: The role of family dynamics and attachment styles. *Journal of Family Therapy*, 40(2), 200-220. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12211>
- Mitra, B., et al. (2023). Digital media use and its impact on eating disorder pathology: An integrative review. *International Journal of Eating Disorders*, 56(3), 314-329. <https://doi.org/10.1002/eat.23795>
- Muehlenkamp, J. J., Suzuki, T., Brausch, A. M., & Peyerl, N. (2019). Behavioral functions underlying NSSI and eating disorder behaviors. *Journal of Clinical Psychology*, 75(7), 1219
- Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S., Gulliksen, K. S., Skårderud, F., & Holte, A. (2006). The meaning of self-starvation: Qualitative study of patients' perception of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39(7), 556-564. <https://doi.org/10.1002/eat.20336>
- Orejuela-Dávila, A. I., et al. (2021). Cultural influences on eating disorders: A cross-national comparison study. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 55-69. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00404-7>
- Palms, A. D., et al. (2021). Impact of social media on body image and eating disorders: A review of the literature. *Journal of Adolescent Health*, 69(4), 481-492. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.04.005>
- Richmond, T. K., Woolverton, G. A., Mammel, K., Ornstein, R. M., Spalding, A., & Woods, E. R. (2020). How do you define recovery? A qualitative study of patients with eating disorders, their parents, and clinicians. *International Journal of Eating Disorders*, 53(6), 901-916. <https://doi.org/10.1002/eat.23294>

- Solmi, M., & Pigato, G. (2024). The global prevalence of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 12(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-00657-9>
- Stockford, C., et al. (2019). Exploring the role of digital interventions in the treatment of eating disorders: A systematic review. *Journal of Eating Disorders*, 7(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0258-5>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- van Bree, E. S. J., Miller, A. L., & Waller, G. (2023). Early maladaptive schemas and eating disorder symptoms: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 56(1), 1-18. <https://doi.org/10.1002/eat.23720>
- Weissman, M. M., & Striegel, R. H. (2020). Introduction to special issue on recovery. *International Journal of Eating Disorders*, 53(6), 901-916. <https://doi.org/10.1002/eat.23344>
- Wetzler, S., Hackmann, C., Peryer, G., Clayman, K., Friedman, D., Safran, K., et al. (2020). A framework to conceptualize personal recovery from eating disorders: A systematic review and qualitative meta-analysis of perspectives from individuals with lived experience. *International Journal of Eating Disorders*, 53(6), 901-916. <https://doi.org/10.1002/eat.23358>
- Zipfel, S., Lowe, B., Reas, D. L., Deter, H. C., & Herzog, W. (2000). Cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 27(1), 1-20. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(200001\)](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(200001)27(1)<1::AID-EAT1098>3.0.CO;2-1)