



e-CAMPUS
UNIVERSITÀ

DOTTORATO DI RICERCA IN

Scienze Applicate a Benessere e Sostenibilità (SABS)

CICLO XXXVIII

COORDINATORE Prof. Carlo Baldari

TITOLO

**Esperienze Avverse In età Evolutiva e Disturbi Alimentari:
Uno Studio Multimethodo**

Settore Scientifico Disciplinare M-PSI/08

Dottorando

Dott. Maria Rosaria Juli

Maria Rosaria Juli

Tutor

Prof.ssa Elena Camisasca

Elena Camisasca

Co-Tutor

Prof.ssa Venusia Covelli

Venusia Covelli

INDICE

Abstract	4
Introduzione	6

Parte Prima

Capitolo 1 Esperienze infantili Avverse E Disturbi Alimentari

1.1 Esperienze Infantili Avverse: Definizione, classificazione.....	10
1.2 Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione: Definizione, epidemiologia, classificazione diagnostica tra DSM IV e DSM 5TR	16

Capitolo 2 Impatto delle Esperienze Infantili Avverse nei Disturbi Alimentari: Lo stato dell’Arte

2.1 Esperienze Infantili Avverse e Anoressia Nervosa	30
2.1.2 Esperienze Infantili Avverse e Bulimia Nervosa	35
2.1.3 Esperienze Infantili Avverse e Binge Eating Disorder	37
2.1.4 Esperienze Infantili Avverse e Altri Disturbi Alimentari	39
2.2 Fattori di mediazione e di moderazione tra Esperienze Infantili Avverse e Disturbi Alimentari	41
2.2.1 Il ruolo della Disregolazione Emotiva nei Disturbi Alimentari.....	45
2.2.2 Il ruolo del Disturbo Post Traumatico da Stress nei Disturbi Alimentari.....	48
2.3 Studi qualitativi nella relazione tra Esperienze Infantili Avverse e Disturbi Alimentari	52

Parte Seconda

Capitolo 3 Definizione del Progetto di Ricerca

3.1 La ricerca: Introduzione al progetto di ricerca.....	57
3.2 Obiettivi	63
3.2.1 Obiettivi Specifici	64
3.3 Ipotesi e principali risultati attesi	65
3.4 Metodologia della ricerca	66
3.4.1 Partecipanti.....	68
3.4.2 Procedura e modalità di arruolamento	70
3.5 Strumenti per la valutazione	70
3.5.1 Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure (MACE)	70
3.5.2 The International Trauma Questionnaire (ITQ)	72
3.5.3 La Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)	73
3.5.4 La Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R)	74
3.5.5 Body Shape Questionnaire – (BSQ)	75
3.5.6 Domande Aperte	76

Capitolo 4 Risultati Quantitativi della Ricerca

4.1 Risultati: Analisi dei dati	78
---------------------------------------	----

4.1.2 Analisi descrittive delle variabili	78
4.1.3 Statistiche inferenziali ed analisi correlazionali delle variabili	80
4.1.4 Analisi di mediazione seriale delle variabili	84
4.1.5 Analisi di mediazione moderata.....	88
Capitolo 5 Risultati qualitativi della ricerca	
5.1 Analisi Qualitativa delle narrazioni: vissuti emotivi e percorso di cura	91
5.1.2 Procedura di analisi.....	91
5.2 Risultati.....	94
5.3.1 Racconta di un episodio in cui non ha sentito emozioni oppure emozioni forti	94
5.3 Analisi dei contenuti, della forma e delle tematiche delle esperienze riportate nel percorso di cura.....	97
5.3.1 Integrazione dei dati quantitativi e qualitativi	102
5.4 Discussione	107
5.5 Conclusioni	110
Capitolo 6 Discussione e Conclusioni	
6.1 Discussione	112
6.2 Conclusioni	118
Riferimenti Bibliografici.....	120

Abstract

Background: Adverse Childhood Experiences (ACEs) are a well-established risk factor for the development of psychopathology in adulthood, including feeding and eating disorders (FEDs). Previous research has suggested that post-traumatic stress symptoms (PTSD) and emotional dysregulation may act as mechanisms through which early trauma contributes to the onset and maintenance of eating-related psychopathology (Trottier et al., 2017; Cortés-García et al., 2019). Furthermore, depressive symptomatology may function as a moderating factor, either amplifying or attenuating these associations, thereby explaining the high comorbidity observed among eating disorders, post-traumatic stress symptoms, and depression (Brewerton, 2022). The aim of the present study was to examine, through a multimethod approach, the relationships among adverse childhood experiences, post-traumatic stress symptoms, emotional dysregulation, and eating disorder symptomatology, assessing also the moderating role of depression within these associations.

Methods: The sample consisted of 79 participants (77 females, 2 males), aged 18 to 28 years, recruited from specialized eating disorder treatment centers. Participants were divided into two diagnostic subgroups: Restrictive Anorexia Nervosa (AN-R; $n = 32$) and the Bulimic/Binge spectrum group (BB; $n = 47$). Self-report measures included the *Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure* (MACE) to assess ACEs, the *International Trauma Questionnaire* (ITQ) for post-traumatic stress symptoms, the *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS) for emotional dysregulation, the *Body Shape Questionnaire* (BSQ) for body image disturbance, and the *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R) for depressive symptomatology. Additionally, two opened questions were administered: (1) “Describe an episode in which you experienced a strong emotion,” and (2) “Describe your subjective experience of the treatment process.” Quantitative data were analyzed using serial mediation and moderated mediation models (PROCESS Model 80, Hayes, 2022), and qualitative data were thematically analyzed to integrate subjective narratives with statistical results.

Results: Participants in the BB group reported significantly higher levels of ACEs than those in the AN-R group ($p < .01$). Serial mediation analysis revealed a significant pathway in which ACEs increased post-traumatic stress symptoms, which in turn promoted emotional dysregulation, subsequently influencing eating disorder symptom severity. Depressive symptomatology showed two significant interactions, amplifying the association between adverse experiences and PTSD, as well as between emotional dysregulation and eating-related symptoms—both at low ($\beta = 1.15$; $p < .001$; CI [.77, 1.53]) and moderate ($\beta = .63$; $p < .001$; CI [.31, .95]) levels of depression.

Qualitative findings supported and enriched the quantitative data, revealing recurring themes of emotional emptiness, hyperactivation, difficulty identifying and labeling emotions, and the use of eating behaviors (restriction, bingeing, purging) as maladaptive coping strategies.

Conclusions: The multimethod approach allowed for the integration of quantitative evidence and subjective experiences, emphasizing the need for treatment approaches that will address not only eating symptomatology, but also early adverse experiences, emotional regulation difficulties, post-traumatic stress symptoms, and depressive features. These findings highlight the importance of integrated, trauma-informed interventions aimed at improving clinical outcomes and reducing chronicity in feeding and eating disorders.

Keywords: adverse childhood experiences; eating disorders; PTSD; emotional dysregulation; depression.

Introduzione

Negli ultimi anni, la ricerca scientifica ha mostrato un crescente interesse per lo studio delle esperienze infantili avverse (Adverse Childhood Experiences, ACEs) e del loro impatto sulla salute mentale e fisica in età adulta (Felitti et al., 1998; Hughes et al., 2017; McKay et al., 2022). Le ACE comprendono un insieme di eventi potenzialmente traumatici che si verificano durante l'infanzia, come abuso fisico, sessuale o psicologico, trascuratezza emotiva o fisica e abbandono (Felitti et al., 2010; Merrick et al., 2015). Rientrano tra le ACE anche quelle situazioni vissute dal soggetto in famiglia quali violenza domestica, convivenza con membri familiari che abusano di droga o alcol, presenza di familiari affetti da disturbi psichiatrici gravi o con storie di suicidio, separazione o divorzio, esperienze di detenzione, e la crescita in assenza di uno o entrambi i genitori biologici (Felitti et al., 2003, 2010). Tali esperienze vengono oggi considerate fattori di rischio transdiagnostici, in grado di predisporre allo sviluppo di diverse forme di psicopatologia, tra cui depressione, disturbi d'ansia, disturbo post traumatico da stress e disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (Anda et al., 2006; Devries et al., 2014; Molendijk et al., 2017). Questi ultimi, denominati Feeding and Eating Disorders (FED), comprendono l'Anoressia Nervosa, la Bulimia Nervosa e il Disturbo da Alimentazione Incontrollata, nonché altri disturbi specificati e non specificati (American Psychiatric Association, 2022). La prevalenza dei disturbi alimentari è in costante aumento negli ultimi anni, con una maggiore incidenza nella popolazione femminile e un esordio tipico durante l'adolescenza o la prima età adulta (Silén et al., 2022; Dalla Ragione et al., 2023). L'eziopatogenesi dei disturbi alimentari è riconosciuta come multifattoriale, derivante dall'interazione tra predisposizione genetica, fattori ambientali e psicosociali, esperienze traumatiche precoci e vulnerabilità individuale nella regolazione emotiva (Molendijk et al., 2017; Treasure et al., 2020). Numerose ricerche (Anda et al., 2006; Devries et al. 2014; Palmisano et al. 2016; Molendijk et al., 2017; Meneguzzo et al., 2021; Kovács-Tóth et al., 2022; Rienecke et al., 2022a, Chuku et al., 2023; Eielsen et al., 2024; Gaffari et al., 2024; Weider et al., 2025) hanno documentato una relazione significativa tra esperienze infantili avverse e disturbi alimentari, evidenziando come le persone con una storia di esperienze infantili avverse presentino una probabilità maggiore di sviluppare comportamenti disfunzionali legati all'alimentazione e all'immagine del corpo (Palmisano et al., 2016; Lie et al., 2021; Brewerton et al., 2020). La letteratura mostra inoltre che l'esposizione a eventi traumatici multipli può influire significativamente sia sulla gravità del disturbo sia sull'efficacia del trattamento (Guillaume et al., 2016; Pauls et al., 2022; Eielsen et al., 2024). Alcuni studi (Romans et al., 2001; Afifi et al., 2017; Monteleone et al., 2019) hanno mostrato che le forme di abuso emotivo e sessuale costituiscono predittori particolarmente forti dei sintomi bulimici e di alimentazione incontrollata, mentre l'anoressia nervosa nel sottotipo restrittivo risulta maggiormente associata ad abuso emotivo e

trascuratezza emotiva (Guillaume et al., 2016), e quella nel sottotipo purging ad abuso sessuale e fisico (Tagay et al., 2014; Caslini et al., 2016). Tuttavia, i meccanismi che mediano e modulano la relazione tra specifiche tipologie di trauma infantile e i diversi sottotipi di disturbo alimentare restano ancora parzialmente definiti (McLaughlin et al., 2016). Le evidenze più recenti (Michopoulos et al., 2015; Cassioli et al., 2022; Amiri et al., 2024) hanno mostrato che il legame tra ACE e disturbi alimentari non segue una traiettoria lineare o diretta. Piuttosto, le ACE sembrano costituire un insieme di fattori di rischio che alterano i sistemi neurobiologici deputati alla regolazione dello stress e compromettono lo sviluppo di competenze adattive di regolazione emotiva (Dvir et al., 2014; Messman-Moore et al., 2017). L'esposizione precoce a contesti traumatici può infatti determinare una maggiore sensibilità alle esperienze di minaccia e difficoltà nella modulazione delle emozioni negative, predisponendo così gli individui a strategie di coping disfunzionali, tra cui i comportamenti alimentari patologici (Racine et al., 2015; Palmisano et al., 2016). In altre parole, l'esperienza traumatica non agisce come evento isolato, ma come fattore che incide in profondità sui meccanismi di regolazione dello stress e di risposta emotiva, influenzando i percorsi evolutivi e psicopatologici successivi. Gli individui con una storia di trauma infantile tendono a sviluppare schemi di disregolazione emotiva caratterizzati da impulsività, difficoltà nel riconoscimento e nella modulazione degli stati affettivi, sensazioni di vuoto, evitamento e comportamenti compensatori (Tull et al., 2019). In tale prospettiva, i comportamenti alimentari disfunzionali possono assumere una funzione di regolazione emozionale sostitutiva, fornendo un temporaneo sollievo dall'angoscia o un senso di controllo su emozioni percepite come intollerabili (Moulton et al., 2015; Racine et al., 2015; Hoover et al., 2022). La sintomatologia alimentare emerge quindi non come conseguenza immediata del trauma, ma come espressione secondaria di difficoltà psicologiche profonde che si sviluppano e si consolidano nel tempo a seguito dell'esposizione a esperienze avverse. Il quadro teorico che ne deriva suggerisce che i sintomi post traumatici da stress e le difficoltà nella regolazione emotiva rappresentino i principali canali attraverso cui le esperienze traumatiche infantili si traducono in disturbo alimentare. Inoltre, le manifestazioni tipiche del disturbo post traumatico da stress, come l'iperattivazione fisiologica, l'evitamento e i ricordi intrusivi, interferiscono profondamente con la capacità dell'individuo di riconoscere, tollerare ed esprimere in modo adeguato i propri stati emotivi, favorendo il ricorso a strategie di gestione disfunzionali, tra cui i comportamenti alimentari patologici. In questa prospettiva, episodi di abbuffata o condotte restrittive possono essere interpretati come tentativi di autoregolazione sia dello stress sia delle emozioni negative, volti a ridurre momentaneamente il disagio interno o a ristabilire un senso di controllo sull'esperienza soggettiva (Hund et al., 2006; Brewerton, 2007; Pugach et al., 2023; Thompson et al., 2024). La letteratura recente ha inoltre evidenziato che la depressione può svolgere un ruolo di moderazione nella relazione

tra ACE e psicopatologia alimentare, amplificando l'impatto del trauma sulle manifestazioni cliniche successive (Tasca et al., 2009; Lavender et al., 2015). I sintomi depressivi, come la percezione negativa di sé, la sensazione di vuoto interiore, la tristezza cronica e la presenza di comportamenti controllanti e ritualizzati legati al cibo e al corpo, compromettono la capacità dell'individuo di modulare adeguatamente le proprie emozioni e di fronteggiare lo stress. Tale vulnerabilità emotiva intensifica la reattività agli eventi negativi e promuove l'impiego di strategie di coping disfunzionali, favorendo modalità di gestione del disagio provato basate su comportamenti alimentari patologici (Tasca et al., 2009; Lavender et al., 2015). Questa condizione risulta particolarmente critica quando la depressione coesiste con sintomi post traumatici da stress e bassa autostima, configurando un quadro di elevata vulnerabilità psicologica che aumenta la probabilità di ricorrere all'alimentazione o al controllo del peso come strategie di regolazione emotiva (Brewerton et al., 2023). In sintesi, la depressione agisce sia come amplificatore della disregolazione emotiva sia come fattore che incoraggia l'adozione di strategie di coping maladattive, rafforzando così il legame tra esperienze traumatiche precoci e sviluppo di disturbi alimentari.

Il presente lavoro, prendendo a riferimento la letteratura sopra citata, si propone, pertanto di ampliare le conoscenze in merito al ruolo delle esperienze traumatiche pregresse nella genesi e nel mantenimento della sintomatologia alimentare, esplorando la funzione mediatrice della sintomatologia da stress e della disregolazione emotiva, nonché quella moderatrice della depressione. Più dettagliatamente, partendo dall'assunto che gli individui con una diagnosi di disturbo alimentare e una storia di esperienze traumatiche pregresse possano manifestare sintomi post traumatici da stress come conseguenza diretta del trauma (Tagay et al., 2010; Reyes-Rodriguez et al., 2011; Palmisano et al., 2016; Scharff et al., 2021), risulta plausibile ipotizzare che tali sintomi contribuiscano allo sviluppo della disregolazione emotiva (Holzer et al., 2008; Mitchell et al., 2016; Liebman et al., 2020; Nelson et al., 2022; Longo et al., 2024). In particolare, le manifestazioni tipiche del disturbo post traumatico da stress, come pensieri intrusivi, evitamento e iperattivazione fisiologica, tendono a rendere le esperienze emotive più intense e difficili da gestire, riducendo la capacità di tollerare stati affettivi negativi (Cloitre et al., 2009; Ehring et al., 2010). Tale vulnerabilità nella regolazione emotiva favorisce il ricorso a strategie di coping disfunzionali, tra cui i comportamenti alimentari patologici. Inoltre, la depressione sembra incidere sull'intensità e sulla direzione delle relazioni tra queste variabili, amplificando l'impatto del trauma e dei correlati post traumatici da stress sulla disregolazione emotiva e sulla sintomatologia alimentare (Tasca et al., 2009; Lavender et al., 2015).

Alla luce di tali premesse teoriche, la presente ricerca adotta un approccio multimetodo, combinando strumenti quantitativi e qualitativi per esplorare in modo più approfondito e articolato le

dinamiche che legano le esperienze avverse infantili alla psicopatologia alimentare. Tale scelta metodologica consente di integrare la dimensione quantitativa con l'analisi dei vissuti soggettivi, permettendo una comprensione più completa dei processi di mediazione e moderazione ipotizzati. La tesi è articolata in più capitoli, nella prima parte del lavoro mi sono concentrata ad analizzare la letteratura scientifica sulle esperienze traumatiche avverse e sui disturbi alimentari; nella seconda parte a descrivere il razionale, gli obiettivi e le ipotesi dello studio, la metodologia adottata e gli strumenti impiegati; inoltre i risultati delle analisi quantitative e qualitative ed infine, la discussione critica dei risultati, le implicazioni cliniche e i possibili sviluppi della ricerca futura.

Parte Prima

Capitolo 1: Esperienze Infantili Avverse e Disturbi Alimentari

1.1 Esperienze Infantili Avverse: Definizione, classificazione, conseguenze

Le esperienze infantili avverse (Adverse Childhood Experiences o ACEs), sono eventi potenzialmente traumatici che si verificano nei primi anni di vita dell'individuo e comportano un impatto significativo sul benessere emotivo del soggetto (Felitti et al., 2010). Sebbene molti studi abbiano dimostrato gli effetti delle esperienze infantili avverse sulla salute, non vi sono dati epidemiologici completi ed esaustivi sulla diffusione del fenomeno sul territorio nazionale. Questa difficoltà si riscontra poiché esistono molti casi in cui il fenomeno è sommerso e taciuto; i casi di ACEs registrati non sono solitamente denunciati, ma piuttosto sono scoperti dalle autorità o si rintracciano a seguito di complicanze psichiche e/o mediche delle vittime (Hughes et al., 2021; Rod et al., 2021). Nella letteratura scientifica, si evidenziano anche difficoltà metodologiche relative al dato di incidenza degli ACEs. Spesso si tratta di studi retrospettivi che potrebbero avere potenzialmente dei biases di ricordo; inoltre, molte ricerche utilizzano test non standardizzati per identificare i traumi infantili o addirittura non specificano il tipo di trauma subito dal campione analizzato (Colman et al., 2016; Yamagishi et al., 2022; Nivison et al., 2024).

Nel tentativo di comprendere più approfonditamente la situazione italiana sulla presenza di ACEs nel nostro territorio, il Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia (CISMAI), in collaborazione con l'associazione non governativa Internazionale Terre des Hommes, ha promosso nel 2021 la seconda *Indagine Nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti - risultati e prospettive*. I risultati di questa indagine hanno evidenziato che poco più di 77.000 minori dei circa 402.000 minorenni presi in carico dai Servizi Sociali di quasi 200 comuni italiani avevano subito qualche forma di maltrattamento (CISMAI, 2021). Anche la terza Indagine Nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia presentata a Giugno del 2025, traccia un quadro da cui emerge, al 31 dicembre 2023, un incremento del 58% degli under 18 vittime del fenomeno rispetto alla precedente indagine del 2018 in cui, i minorenni in carico ai servizi sociali per lo stesso motivo rappresentavano il 19,3%. Secondo i dati riportati dall'Indagine, in Italia, risultano seguiti dai servizi sociali 374.310 minorenni, dei quali 113.892 (pari al 30,4%) sono vittime di maltrattamento. La forma più frequente di abuso è la trascuratezza, che riguarda il 37% dei casi, seguita dalla violenza assistita (34%). Inoltre, la violenza psicologica e il maltrattamento fisico incidono rispettivamente per il 12% e l'11%, mentre risultano meno diffuse la patologia delle cure (4%) e l'abuso sessuale (2%). Il maltrattamento colpisce in modo indifferente maschi e femmine, ma l'indagine fornisce per la prima volta un'analisi dettagliata delle diverse

modalità con cui ciascun genere subisce il maltrattamento. Nel complesso, nell'87% dei casi l'autore del maltrattamento appartiene alla cerchia familiare ristretta, senza significative differenze territoriali (CISMAI, 2025). A livello internazionale, il lavoro di Swedo e collaboratori condotto negli Stati Uniti nel 2023 sulla popolazione generale, ha evidenziato che il 64% degli adulti statunitensi aveva sperimentato almeno un tipo di ACE prima dei 18 anni di età e che 1 individuo su 6 aveva sperimentato quattro o più tipi di ACEs (Swedo et al., 2023).

Secondo la definizione, le ACEs fanno riferimento non solo all'abuso ed alla negligenza (maltrattamento) che influenzano direttamente un bambino, ma anche alla disfunzione delle relazioni familiari che un individuo sperimenta indirettamente nel proprio ambiente domestico prima dei 18 anni. Solitamente si considera una esperienza infantile avversa quando ci si trova in casi in cui un minore ha subito violenza, abusi o abbandono, si è trovato ad assistere ad episodi di violenza in casa o nella comunità o quando ha vissuto il tentativo di suicidio o la morte di un membro della famiglia. Rientrano anche situazioni in cui il minore vive all'interno della sua famiglia e vi sono problemi legati all'abuso di sostanze, problemi di salute mentale di un membro familiare, separazione o divorzio dei genitori o esperienza di detenzione di un membro della famiglia (Felitti et al., 1998). Il trauma subito da parte di figure significative e perperato per lungo tempo, comporta inevitabilmente conseguenze biologiche e comportamentali (Nicolais et al., 2005; Van der Kolk et al., 2015). Già nel 1963 lo psicoanalista britannico Masud Khan ha distinto il trauma semplice dal trauma complesso, definendo quest'ultimo come "Trauma Cumulativo" intendendo l'insieme di esperienze deprivanti che il bambino sperimenta con la figura materna (Khan, 1963). Subire traumi nel tempo può favorire un atteggiamento di *learned helplessness* in cui la vittima, sopraffatta dal dolore, smette di reagire attivamente e continua a subire in modo passivo. Questo comportamento favorisce meccanismi di adattamento passivo e rassegnato a quanto accade (Troop et al., 1997). La Psichiatra americana Lenore Terr, nel suo libro "*Too Scared to Cry: Understanding and Overcoming Childhood Trauma*" (1990), fa riferimento alla distinzione tra 'Traumi con la T maiuscola' e 'traumi con la t minuscola' per descrivere le differenze tra traumi estremi (come abusi fisici o sessuali) e traumi meno gravi, ma comunque importanti. I primi riguardano esperienze relative ad eventi improvvisi e catastrofici, o disastri naturali, incidenti gravi e simili, che minacciano l'integrità fisica del soggetto o di persone a lui care. Si possono considerare traumi con la T maiuscola: abusi fisici, emotivi e sessuali, esperienze di guerra, catastrofi naturali, incidenti gravi, la perdita di un genitore o di una figura di attaccamento in modo violento o improvviso o ancora la testimonianza di violenza estrema o di crimini. I traumi con la t minuscola riguardano invece esperienze traumatiche non estreme, ma ugualmente caratterizzate da percezione intensa di pericolo, costanti e ripetitive con effetto cumulativo perpetuato nel tempo; possiamo considerare: abusi emotivi o trascuratezza, esperienze di separazione o

abbandono, problemi familiari o conflitti persistenti, esperienze di rifiuto o solitudine (Terr, 1991). La ricerca in questo campo negli ultimi anni ha considerato anche altre forme di esperienze avverse come l'assenza del genitore, le difficoltà economiche familiari, il bullismo, la violenza a scuola, le malattie, gravi incidenti, la prostituzione, i disastri naturali, i conflitti armati, i campi per i rifugiati, eventi legati al terrorismo o essere testimone di crimini (Oral et al., 2016).

Poiché le definizioni del trauma continuano a evolversi, è necessaria una comprensione più approfondita a riguardo. Il trauma si verifica in vari contesti, e i responsabili dei maltrattamenti infantili possono includere genitori, altri membri della famiglia, caregiver, amici, conoscenti, sconosciuti, persone in posizioni di autorità o anche altri minori. Tra i primi a descrivere esperienze infantili di abusi fu il medico francese Ambroise Tardieu che, nel 1860, descrisse ferite e cicatrici riportate in un campione di 32 bambini al di sotto dei dieci anni. Tardieu individuò in quella occasione, forme di abuso fisico e trascuratezza fisica. Le prime concettualizzazioni del trauma psicologico risalgono agli autori classici della psicoanalisi e della psicopatologia dello sviluppo (Freud, 1895; Janet, 1889; Bowlby, 1960). Questi contributi hanno sottolineato il ruolo dell'impatto emotivo, dell'attaccamento e della dissociazione. È in questi anni che l'attenzione dei clinici si concentra maggiormente sull'abuso infantile ed il maltrattamento, tanto che nel 1980, l'American Psychiatric Association inserisce per la prima volta nella Terza Edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, (DSM-III) la diagnosi del Disturbo Post Traumatico da Stress all'interno del quale si possono contemplare quei casi in cui il minore è vittima di violenza. A dare un impatto significativo sulla comprensione dei traumi è stata la psicologa e psichiatra statunitense Judith Herman (1992) che ha esplorato il trauma psicologico in relazione alla violenza domestica, all'abuso sessuale, alla tortura ed ai traumi politici. La sua opera dal titolo "*Trauma and recovery: The aftermath of violence-from domestic abuse to political terror*" è considerata una pietra miliare nell'abito degli studi sul trauma infantile. Herman ha contribuito a definire il trauma psicologico non solo come un'esperienza personale di sofferenza, ma come un fenomeno che può coinvolgere e danneggiare l'intero sistema sociale e culturale. A segnare un momento di svolta in tale direzione, tra il 1995 e il 1998, fu il medico statunitense Vincent Felitti che condusse uno studio importantissimo considerato una delle più ampie indagini epidemiologiche con la partecipazione di oltre 17.000 partecipanti. Il lavoro conosciuto come "*ACE Study*" prese avvio in California, dalla collaborazione tra il Center for Disease Control and Prevention e dal Kaiser Permanente's del San Diego Health Appraisal Clinic. Lo studio nacque a seguito dei risultati ottenuti da un programma dietetico destinato ai pazienti obesi, in cui si verificò il più alto tasso di abbandoni proprio tra le persone che ne stavano traendo beneficio. I pazienti obesi infatti, sottoposti a un programma di intervento con digiuno erano in grado di perdere peso. Attenzionandoli più da vicino, si osservò che mettevano in atto delle

strategie compensatorie per far fronte alle problematiche vissute nell'infanzia (in particolare coloro i quali avevano sperimentato abuso sessuale e o fisico), e che molti di essi avevano utilizzato tabacco, alcol e altre sostanze per gestire lo stress e alleviare i sentimenti negativi. Questa osservazione, consentì di sostenere che gli eventi di vita negativi possono essere considerati fattori specifici per la comparsa, il mantenimento, il decorso e la prognosi di qualsiasi malattia fisica e mentale (Felitti et al., 1998; Favarelli et al., 2014; Caslini et al., 2016; Afifi et al., 2017; Micali et al., 2017; Molendijk et al., 2017).

Dopo il contributo offerto dai lavori di Felitti e colleghi alla fine degli anni novanta dello scorso secolo, la letteratura ha sostenuto e confermato che le esperienze infantili avverse possono avere un impatto molto forte sullo sviluppo psicologico individuale per tutto l'arco di vita. Anche, la quinta edizione rivista del Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (DSM-5-TR, American Psychiatric Association, 2022) ha inserito nella Sezione II, il capitolo dedicato ai Disturbi Correlati a Trauma e Stress, in cui si contemplan le condizioni psichiatriche scatenate da eventi traumatici o stress cronico che compromettono la qualità della vita del soggetto. Per evento traumatico e/o stressante si intende sia il trauma psicologico (dovuto a violenza, abusi o incidenti) sia situazioni stressanti prolungate (come violenza familiare, conflitti familiari, lutti) che favoriscono sintomi emotivi e comportamentali nel soggetto (American Psychiatric Association, 2022). Le esperienze infantili avverse possiamo classificarle facendo riferimento alla definizione di Vincent Felitti (2003; 2010) e in particolare distinguiamo:

- **Abuso fisico:** riferito a situazioni in cui il bambino subisce lesioni fisiche da parte di un genitore, di un adulto, di uno sconosciuto o di un qualsiasi familiare; gli episodi di abuso possono essere frequenti;
- **Abuso psicologico:** riferito a situazioni in cui un bambino subisce attacchi emotivi, mentali o verbali che minano la sua autostima, il benessere emotivo e la percezione di sé; gli episodi possono protrarsi per un lungo periodo;
- **Abuso sessuale:** riferito al coinvolgimento del minore in atti sessuali in cui non ha la piena consapevolezza, molto spesso il minore è infatti coinvolto in giochi sessuali. Le forme dell'abuso sessuale comprendono: giochi sessuali, pornografia, prostituzione, mutilazioni genitali femminili;
- **Presenza di un familiare con problemi:** solitamente si riferisce a situazioni in cui uno o più di un familiare presenta problemi di dipendenza da alcol o da sostanze.
- **Esperienza carceraria di un genitore:** questa esperienza può compromettere il senso di sicurezza e il benessere del bambino;

- **Presenza di disturbi psichiatrici nel genitore o nei genitori:** può riferirsi a diagnosi come depressione grave o psicosi o ad esperienze in cui un genitore o membro della famiglia è istituzionalizzato a causa di problemi psichici o ancora tentativi di suicidio.
- **Situazioni di violenza familiare:** si riferisce a situazioni in cui il minore può essere coinvolto in liti frequenti, violenza verbale tra i genitori o violenza domestica assistita.
- **Presenza di un solo genitore:** si riferisce a situazioni in cui il minore vive casi di separazione, divorzio, morte o abbandono di uno o dei due genitori.
- **Trascuratezza fisica:** si riferisce all'incapacità o il rifiuto di fornire adeguate cure fisiche, nutrizione, protezione e sicurezza per il minore.
- **Trascuratezza emozionale:** si riferisce a situazioni in cui i bisogni emotivi e psicologici di un bambino, non vengono soddisfatti adeguatamente da parte dei genitori o di chi si prende cura. La trascuratezza emozionale, è caratterizzata dall'assenza di amore, attenzione, supporto e comprensione necessari per lo sviluppo emotivo sano del bambino.

I dati della letteratura scientifica, confermano che le esperienze traumatiche vissute in un ambiente sfavorevole possono minare il senso di sicurezza e di stabilità del soggetto che le sperimenta (Merrick et al., 2015). L'ipotesi generale di molti studi è che esse, favoriscono in modo significativo la comparsa di patologie, in particolare molti autori concordano sul fatto che l'abuso sessuale infantile possa rappresentare un fattore di rischio per molti disturbi psicopatologici come disturbi di ansia, depressione, disturbo post traumatico da stress e disturbi alimentari (Devries et al., 2014; Madowitz et al., 2015; Caslini et al., 2016; Afifi et al., 2017; Micali et al., 2017; Molendijk et al., 2017; Zerkowitz et al., 2021; Forrest et al., 2021). Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel Piano d'Azione 2013-2020, ha dichiarato che "*L'esposizione a eventi di vita stressanti vissuti in giovane età è un fattore di rischio consolidato per l'insorgenza di disturbi mentali*" (Lee et al., 2014). Contributi successivi hanno confermato che le esperienze infantili avverse possono avere un ruolo centrale nell'eziopatogenesi dei disturbi psichici, rispetto alla loro insorgenza, al mantenimento, alla progressione e alla prognosi (Anda et al., 2006; Lingiardi et al., 2014). Lo studio condotto da Favarelli e collaboratori nel 2014, ha evidenziato come una storia di abusi durante l'infanzia può essere considerata un fattore di rischio aspecifico per varie sindromi psichiatriche negli adulti (Favarelli et al., 2014). Nello stesso anno, Devries e collaboratori (2014) hanno sottolineato che coloro i quali hanno sperimentato abusi sessuali hanno maggiori probabilità di sviluppare disturbi depressivi maggiori, disturbi da panico, disturbo da stress post traumatico, disturbi d'ansia, disturbi alimentari e disturbi da uso di sostanze (Devries et al., 2014).

La revisione sistematica della letteratura condotta da Palmisano e collaboratori (2016) ha evidenziato che nell'87% degli studi considerati, le esperienze traumatiche risultano essere in stretta relazione con il disturbo post traumatico da stress e disturbo da alimentazione incontrollata e in particolare l'abuso sessuale infantile sembrerebbe favorire l'insorgenza di Disturbi Alimentari (Palmisano et al., 2016). Dati confermati nella revisione della letteratura condotta da Molendijk e collaboratori nel 2017, in cui le esperienze di vita avverse risultano avere un ruolo rilevante come fattori predisponenti nell'esordio di patologie mentali, in particolare l'abuso sessuale infantile sembrerebbe favorire l'insorgenza di Disturbi Alimentari (Molendijk et al., 2017). La metanalisi di Hughes e collaboratori (2017) ha confermato che l'esposizione ad almeno quattro tipi di avversità durante l'infanzia produce effetti importanti sulla salute e sul comportamento rispetto agli individui che non hanno sperimentato esperienze infantili avverse (Hughes et al., 2017). Nel tentativo di capire le conseguenze delle esperienze avverse, la metanalisi di McKay e collaboratori (2022) ha evidenziato che i bambini e gli adolescenti che hanno sperimentato tali esperienze hanno maggiori probabilità di ricevere una diagnosi psichiatrica in età adulta rispetto ai loro coetanei che non hanno sperimentato esperienze avverse (McKay et al., 2022).

La letteratura scientifica si è particolarmente concentrata sulle conseguenze degli abusi sessuali e dei maltrattamenti, solo negli ultimi decenni l'attenzione si è estesa ad altre forme come la negligenza fisica ed emotiva e la violenza domestica. Molti contributi infatti hanno mostrato evidenze significative tra l'abuso emotivo, la deprivazione emotiva, l'abuso psicologico, la trascuratezza emotiva e le diagnosi di disturbo alimentare soprattutto nella bulimia nervosa e nel disturbo da alimentazione incontrollata (Amianto et al., 2018; Hicks White et al., 2018; Pugh et al., 2018; Brustenghi et al., 2019; Monteleone et al., 2019). Lo studio condotto da Lie e collaboratori nel 2021 ha confermato che circa 81% di tutti gli individui con diagnosi di disturbo alimentare avevano sperimentato uno o più esperienze avverse, rispetto al gruppo di controllo in cui la percentuale si aggirava al 65%. Inoltre i risultati hanno evidenziato che l'abuso più sperimentato sia nel gruppo con diagnosi di disturbo alimentare sia il gruppo di controllo era l'abuso emotivo rispettivamente il 43% e il 21% (Lie et al., 2021). Sebbene siano necessarie ulteriori evidenze empiriche, vari contributi scientifici hanno evidenziato che le esperienze infantili avverse possono favorire anche una serie di malattie croniche e possono potenzialmente incidere su patologie organiche come cancro, diabete, e malattie cardiache (Hughes, et al., 2017; Lie et., 2021; Convertino et al., 2022; Brewerton et al., 2022).

1.2 Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione: Definizione, epidemiologia, classificazione diagnostica tra DSM IV e DSM 5 -TR

I Disturbi Della Nutrizione e dell'Alimentazione, denominati Feeding and Eating Disorders (FED) dalla quinta edizione del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), sono considerati un fenomeno estremamente diffuso soprattutto nei paesi occidentali (Silen et al., 2022; Dalla Ragione et al., 2023), ma negli ultimi anni, anche i paesi come il Giappone e la Cina hanno registrato un forte incremento dei disturbi alimentari nella popolazione (Istituto Superiore della Sanità, 2021), suggerendo una certa relazione tra FED e sviluppo socioeconomico non necessariamente associato alla cultura occidentale. Nonostante risultino in crescita nel genere maschile, i FED colpiscono in prevalenza la popolazione femminile, in particolare tra il 5,5% ed il 17,9% le giovani donne e tra lo 0,6% ed il 2,4% gli uomini. Secondo il DSM-5, l'anoressia nervosa nell'arco della vita è stata segnalata tra lo 0,8-6,3% nelle donne e tra lo 0,1-0,3% negli uomini mentre la bulimia nervosa tra lo 0,8-2,6% nelle donne e tra lo 0,1-0,2% negli uomini. Per quanto riguarda il disturbo da alimentazione incontrollata si stima sia presente tra lo 0,6-6,1% nelle donne e tra lo 0,3-0,7% negli uomini, altri disturbi dell'alimentazione tra lo 0,6-11,5% nelle donne e tra lo 0,2-0,3% negli uomini mentre i disturbi dell'alimentazione e dell'alimentazione non specificati tra lo 0,2-4,7% nelle donne e tra lo 0-1,6% negli uomini (American Psychiatric Association, 2013; Barakat et al., 2023). Sebbene i FED possono interessare persone di ogni età, genere, orientamento sessuale, etnia e provenienza geografica, l'età di insorgenza è generalmente compresa tra 13 e i 25 anni (American Psychiatric Association, 2013).

Molti studi evidenziano alcune differenze nelle popolazioni più vulnerabili, come le minoranze sessuali (Nagata et al., 2020; Parker et al., 2020) e i giovani, in particolare gli adolescenti (American Psychiatric Association, 2013; Barakat et al., 2023). Attualmente, i gruppi maggiormente a rischio sembrano essere le donne con un rapporto femmine/maschi di 9:1 per l'anoressia nervosa e 3:1 per la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata. Nello specifico, sebbene l'anoressia nervosa tenda a manifestarsi più precocemente e l'età media di esordio si collochi tra i 14 e i 16 anni, i nuovi casi di anoressia nervosa risultano in costante riduzione rispetto alla bulimia nervosa e al disturbo da alimentazione incontrollata, che generalmente hanno un esordio più tardivo (American Psychiatric Association, 2013). Gli studi epidemiologici indicano che i disturbi alimentari rappresentano un problema di salute globale, con un aumento significativo dei tassi di incidenza dovuto all'industrializzazione, alla globalizzazione e, più recentemente, all'emergere della pandemia da Covid-19, in cui si è registrato un aumento di circa il 30% di nuovi casi tra adolescenti e giovani adulti (Brooks et al., 2020; Fernández-Aranda et al., 2020; Santomauro et al., 2021; Silén et al., 2022;

Barakat et al., 2023). In una recente revisione della letteratura condotta da Silén e collaboratori (2022), è stato evidenziato che nella tarda adolescenza, coloro che soffrono di FED sono tra il 5,5% e il 18% del genere femminile e tra lo 0,6% e il 2,4% del genere maschile. Nello specifico, per quanto riguarda l'anoressia nervosa (AN), la prevalenza rilevata è stata tra l'1% e il 6% nelle donne, e tra lo 0,1% e lo 0,3% negli uomini; per la bulimia nervosa (BN) la prevalenza rilevata è stata tra lo 0,8% e il 2,6% nelle donne e tra lo 0,1% e lo 0,2% negli uomini; per quanto riguarda il disturbo da alimentazione incontrollata (Binge Eating Disorder o BED), la prevalenza rilevata è stata tra lo 0,6% e il 6,1% nelle donne, e tra lo 0,3% e lo 0,7% negli uomini (Silén et al., 2022).

In Italia, secondo il Ministero della Salute, sono più di 3 milioni le persone che soffrono di FED (a cura di Dalla Ragione et al., 2021). Per quanto riguarda i dati relativi al territorio nazionale, in linea con gli altri paesi occidentali, si rileva una prevalenza dello 0.2-0.8% per l'anoressia e dell'1-5% per la bulimia, sebbene mancano studi longitudinali a medio-lungo termine (Donini et al., 2017). La Survey epidemiologica condotta dal Ministero della Salute nel 2021, ha evidenziato che l'esordio della patologia alimentare possa avvenire in soggetti anche con età inferiore ai 12 anni, ed ha confermato l'aumento di circa il 40% dei nuovi casi in Italia nel periodo post pandemico (a cura di Dalla Ragione et al., 2021).

Secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, quinta edizione rivista (DSM-5 TR; American Psychiatric Association, 2022) i FED sono considerati patologie complesse ad eziologia multifattoriale. La letteratura conferma che sono coinvolti fattori predisponenti (come fattori genetici, psicologici, sociali e ambientali (Thornton et al., 2011; Mitchison et al., 2014; Brainstorm et al., 2018; Hubel et al., 2020; Yao et al., 2021), fattori precipitanti, come eventi improvvisi e fattori di mantenimento (Molendijk et al., 2017), ciascuno dei quali può essere rilevato sia a livello individuale che familiare. La comprensione del disturbo alimentare e dei suoi correlati psicologici si è evoluta negli anni grazie al contributo della ricerca e della pratica clinica. Già nel 1689 il medico inglese Richard Morton, nel suo trattato "*Phthisiologia seu exercitationes de Phthisi*", descrive per la prima volta una sindrome da deperimento di origine nervosa che fu denominata dall'autore "*consunzione nervosa*". La patologia comprendeva sintomi quali: l'inappetenza, la stitichezza, il calo ponderale, l'iperattività e l'amenorrea. Le cause dei sintomi venivano attribuite a preoccupazioni ansiose o malinconiche, poiché non si riscontravano i segni tipici di altre patologie. Fu con il medico psichiatra francese, Pierre Marie Lasegue (1873) e con il medico inglese William Gull (1868) che il concetto di anoressia cominciò ad essere descritto in modo simile a come la conosciamo oggi. L'Anoressia, venne definita come una condizione clinica di origine psichica, legata a anomalie dell'Io o a traumi emotivi pregressi. Il concetto di Anoressia Nervosa, consentì una lettura

del disturbo come una condizione psicologicamente motivata piuttosto che fisicamente causata. Gull, infatti, si riferiva a una condizione caratterizzata da un rifiuto del cibo e da una perdita di peso autoindotta, spesso associata a un timore irrazionale di aumentare di peso, che sembrava essere legata a un disturbo psicologico. A differenza dell'anoressia, la bulimia per molto tempo è stata considerata come un sintomo secondario a varie forme di disturbi mentali e patologie cerebrali, fino a quando, nel 1979, è stata descritta per la prima volta dal medico inglese Gerald Russell, come categoria diagnostica diversa dall'anoressia nervosa (Russell, 1979). Russell descrisse un disturbo caratterizzato da episodi di abbuffate alimentari seguite da comportamenti di compensazione utilizzati per controllare l'aumento di peso, tra cui il vomito autoindotto, l'uso di lassativi e l'esercizio fisico eccessivo. Russell osservò che, a differenza dell'anoressia nervosa, le persone affette da bulimia nervosa non avevano un rifiuto completo del cibo, ma piuttosto avevano una relazione distorta con esso, alternando episodi di abbuffate con comportamenti volti a controllare l'aumento di peso. La descrizione delle diverse costellazioni sintomatologiche ha permesso che la classificazione del Disturbo Alimentare subisse nel tempo importanti cambiamenti nella classificazione dei disturbi alimentari, che compaiono per la prima volta nel 1980 nella terza edizione del DSM (DSM-III; American Psychiatric Association, 1980). In questa classificazione sono stati inclusi come categorie diagnostiche "autonome" due forme di disturbo: l'Anoressia Nervosa (AN) e la Bulimia Nervosa (BN). Nel 1994, a seguito di una accurata revisione della letteratura scientifica, i Disturbi Alimentari sono stati introdotti anche nel DSM IV subendo due modifiche importanti (American Psychiatric Association, 1994): la prima modifica consisteva nella descrizione maggiormente dettagliata del quadro clinico tipico della BN, introducendo tra i criteri diagnostici la frequenza degli episodi di abbuffate e il comportamenti di compensazione (vomito, lassativi); la seconda modifica riguardava l'inclusione di una ulteriore categoria diagnostica definita come Disturbo dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificato (Eating Disorder Not Otherwise Specified, EDNOS), in cui rientravano quei casi che non soddisfacevano i criteri diagnostici per AN o BN ma che comunque manifestavano sintomi significativi di disturbo alimentare (American Psychiatric Association, 1994). Nel 2013, dopo 14 anni di revisione da parte dell'American Psychiatric Association, tali patologie sono state inserite nell'ultima versione del DSM-5 con importanti cambiamenti ed aggiornamenti favorendo la precisione delle diagnosi e introducendo nuovi disturbi che meglio riflettono le realtà cliniche e culturali dei disturbi alimentari. I cambiamenti principali apportati nel DSM-5, rispetto alla precedente versione comprendono:

- la definizione di disturbo alimentare;

- il raggruppamento sotto una sola categoria diagnostica che considera l'età infantile, l'adolescenza ed i giovani adulti chiamata "Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione",
- l'aggiunta di nuove categorie diagnostiche quali il "Disturbo da Alimentazione Incontrollata" (Binge Eating Disorder, BED) e il disturbo Evitante Restrittivo (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, ARFID),
- la modifica di alcuni criteri diagnostici sia nella anoressia che nella bulimia,
- l'aggiunta di una categoria diagnostica denominata disturbo dell'alimentazione o della Nutrizione senza specificazione (Unspecified Feeding or Eating Disorder; UFED)

Per quanto riguarda la definizione dei disturbi, il DSM-IV non includeva una definizione specifica di disturbo alimentare, e questo creava difficoltà diagnostiche nell'identificare i confini dei disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati. Questa ultima categoria, non proponeva criteri diagnostici chiari e definiti, come nel caso dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa. Il DSM-5, e la successiva revisione DSM-5TR, definiscono i disturbi alimentari come: *"Caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione oppure da comportamenti inerenti all'alimentazione che hanno come risultato un alterato consumo o assorbimento di cibo e che compromettono significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale"* (American Psychiatric Association, 2022). Essi, sono inoltre associati a comportamenti specifici come l'eccessiva preoccupazione per la propria forma fisica, la riduzione nell'assunzione di cibo, l'eccessiva preoccupazione per il proprio peso, i digiuni, le abbuffate, il vomito, l'uso e l'abuso di lassativi, diuretici e iperattività (American Psychiatric Association, 2022). L'introduzione della nuova categoria diagnostica definita come Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI), ha ridotto fortemente l'utilizzo della diagnosi generica di Disturbo dell'Alimentazione non Altrimenti Specificato, che nel DSM-5TR prende il nome di Disturbi alimentari con altra specificazione (Other Specified Feeding and Eating Disorders, OSFED), assicurando ai pazienti una diagnosi più precisa che descrive accuratamente i loro comportamenti sintomatologici.

Per quanto riguarda la suddivisione dei disturbi alimentari in base all'età di sviluppo, il DSM-5TR, propone tre principali disturbi per adolescenti e giovani adulti, tra cui AN, BN e DAI, mentre per l'infanzia propone la Pica che consiste nell'introdurre cibo non commestibile come capelli, carta o altri oggetti, la Ruminazione intesa come un continuo rigurgito di cibo già ingerito, l'ARFID che consiste nel selezionare o nel restringere eccessivamente gli alimenti e il soggetto può prediligere anche cibi solo di un colore o di una certa consistenza ed infine gli Other Specified Feeding or Eating

Disorder (OSFED) che riguardano quelle situazioni in cui non sono soddisfatti i criteri diagnostici per i disturbi alimentari ma comunque il soggetto riporta difficoltà alimentari patologiche con conseguente disagio. Ulteriori modifiche sono state effettuate all'interno dei criteri diagnostici specifici per AN e BN. Per quanto riguarda l'anoressia, nella definizione si fa riferimento ai comportamenti di restrizione alimentare prolungati e non al semplice raggiungimento di un peso eccessivamente basso; inoltre, nel DSM-5TR non è più necessaria la presenza di amenorrea, il che consente di formulare diagnosi di AN anche agli uomini. Per la bulimia nervosa, le modifiche apportate riguardano la diminuzione della frequenza degli episodi di abbuffate e di comportamenti compensativi che da due volte alla settimana diminuiscono ad una volta alla settimana, infine, sono stati eliminati i sottotipi purgativo e non purgativo. Sia per AN che per BN, è stato inoltre introdotto il grado di severità per le 3 categorie diagnostiche suddiviso in lieve, moderato, severo/ grave, estremo/gravissimo. Infine, è stata introdotta la categoria diagnostica del Disturbo dell'Alimentazione o della Nutrizione senza specificazione (Unspecified Feeding or Eating Disorder; UFED) che consente di fare una diagnosi più generica in cui i sintomi causano disagio o compromissione clinicamente significativa ma non si vuole o non si può specificare il motivo per cui non sono soddisfatti i criteri completi di un disturbo, oppure mancano le informazioni sufficienti ad esempio in fase iniziale di valutazione.

Il DSM-5TR descrive dettagliatamente i sintomi ed i comportamenti alimentari come segue:

Anoressia Nervosa (AN): L'Anoressia Nervosa è caratterizzata da una continua ricerca della magrezza, da un'intensa paura di acquisire peso, da una visione distorta della propria immagine corporea e da una restrizione del fabbisogno calorico. Tali comportamenti implicano una perdita significativa di peso nel soggetto, senza riconoscerne la gravità.

Criteri Diagnostici

- A. Restrizione dell'introito calorico.
- B. Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi.
- C. Ideazione su cibo e forme corporee.

Nella diagnosi è opportuno specificare se la sintomatologia è:

- In remissione parziale: solitamente si specifica questa condizione quando, dopo aver soddisfatto tutti e tre i criteri A, B, C, per un periodo abbastanza lungo il criterio A non è più soddisfatto, ma persistono i criteri B e C.

- In remissione completa: solitamente dopo aver soddisfatto i tre principali criteri diagnostici A, B, C, tutti i criteri non sono più soddisfatti dopo un periodo di tempo prolungato.

Inoltre, è possibile distinguere e specificare il sottotipo dell'Anoressia Nervosa:

- *Tipo con restrizioni*: Questa condizione fa riferimento agli ultimi tre mesi di vita del soggetto in cui ha messo in atto comportamenti di restrizione alimentare, digiuni prolungati o eccessiva attività fisica. Non sono presenti abbuffate alimentari o condotte di eliminazione come il vomito, l'uso e o l'abuso di diuretici e o lassativi.
- *Tipo con abbuffate e/o condotte di eliminazione*: Questa condizione fa riferimento agli ultimi tre mesi di vita del soggetto in cui ha sperimentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione e/o uso inappropriato di lassativi, diuretici.

Specificare la gravità allo stato attuale: il livello di gravità per gli adulti, fa riferimento all'Indice di Massa Corporea (IMC), ottenuto mettendo in relazione il peso e l'altezza della persona, mentre per i bambini e gli adolescenti, si fa riferimento al percentile dell'Indice di Massa Corporea. Possiamo distinguere quattro livelli diversi:

- Lieve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- Moderata: $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$
- Grave: $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$
- Estrema: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

Bulimia Nervosa: La bulimia nervosa è un disturbo caratterizzato da frequenti episodi di abbuffate, durante i quali vengono ingerite quantità eccessive di cibo in un breve lasso di tempo (solitamente inferiore alle 2 ore), accompagnate da una perdita di controllo sul comportamento alimentare da parte della persona, anche durante l'episodio stesso. Spesso, le abbuffate avvengono in solitudine e sono seguite da comportamenti come il vomito autoindotto, l'uso di lassativi, l'esercizio fisico eccessivo o il digiuno definiti comportamenti di compensazione, utilizzati per controllare il peso.

Criteri Diagnostici

- A. Ricorrenti episodi di abbuffata. L'episodio di abbuffata è caratterizzato da due aspetti:
- Mangiare una quantità di cibo maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo.
 - Sensazione di perdere il controllo durante l'abbuffata.

- B. Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie come il vomito autoindotto, l'uso e l'abuso di diuretici e/o lassativi per controllare l'aumento del peso.
- C. Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi consecutivi.
- D. I livelli di autostima sono influenzati dalla forma e dal peso del corpo.
- E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

Nella diagnosi è possibile specificare se i sintomi sono:

- In remissione parziale: si specifica questa condizione quando, dopo aver soddisfatto i criteri per la diagnosi di Bulimia Nervosa, alcuni di questi non sono soddisfatti.
- In remissione completa: si specifica questa condizione quando, dopo aver soddisfatto i criteri per la diagnosi di Bulimia Nervosa, nessuno tra questi è soddisfatto per un tempo prolungato.

Specificare la gravità allo stato attuale: il clinico, specifica la gravità indicando la frequenza delle condotte compensatorie messe in atto dal soggetto nell'arco della settimana.

- Lieve: 1-3 episodi
- Moderato: 4-7 episodi
- Grave: 8-13 episodi
- Estrema: una media di 14 o più episodi

Disturbo da Alimentazione Incontrollata: Il disturbo da alimentazione incontrollata, introdotto per la prima volta nel DSM 5 nel 2013, è caratterizzato da episodi ricorrenti di abbuffate come nella bulimia nervosa, ma si differenzia perché non sono presenti i comportamenti di compenso. Inoltre, la sintomatologia comprende la sensazione di perdere il controllo sul proprio comportamento alimentare. Per identificarne la presenza è necessario che le abbuffate si verifichino almeno una volta alla settimana per un periodo di 3 mesi.

Criteri Diagnostici

- A. Episodi ricorrenti di abbuffate. L'abbuffata è caratterizzata da due aspetti:
 - Mangiare in breve tempo (es. 2 ore) una quantità di cibo maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo.
 - Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio di abbuffata
- B. Gli episodi di abbuffata sono associati ad almeno tre dei seguenti aspetti:
 - mangiare più rapidamente del normale.
 - mangiare fino a sentirsi pieni.
 - mangiare grandi quantità di cibo pur non sentendo fame.

- mangiare prevalentemente da soli a causa di un forte imbarazzo.
- provare disgusto verso sé stessi, o sentirsi in colpa per aver mangiato.

C. E' presente marcato disagio riguardo alle abbuffate.

D. L'abbuffata si verifica almeno 1 volta alla settimana per 3 mesi.

E. All'alimentazione incontrollata non seguono comportamenti compensatori.

Nella diagnosi è possibile specificare se i sintomi sono in:

- In remissione parziale: si specifica questa condizione quando, dopo aver soddisfatto i criteri per la diagnosi di disturbo da alimentazione incontrollata, gli episodi di abbuffata si verificano meno di 1 episodio a settimana per un lungo tempo.
- In remissione completa: si specifica questa condizione quando dopo aver soddisfatto i criteri per la diagnosi di disturbo da alimentazione incontrollata nessuno dei criteri è soddisfatto per un lungo tempo.

Specificare la gravità allo stato attuale valutando il livello di gravità basandosi sulla frequenza degli episodi di abbuffata. Possiamo avere quattro livelli:

- Lieve: da 1 a 3 episodi
- Moderato: da 4 a 7 episodi
- Grave: da 8 a 13 episodi
- Gravissimo: da 14 o più episodi

Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione per l'infanzia secondo il DSM-5TR:

Pica: La Pica consiste nell'ingestione di sostanze non commestibili e prive di valore nutritivo, come capelli, lana, carta, cera o cenere, per un periodo di almeno un mese. Questo comportamento è inadeguato rispetto allo stadio di sviluppo del soggetto e non è influenzato da fattori sociali o culturali. Solitamente il disturbo è diagnosticato a seguito di complicazioni mediche, come ostruzioni e perforazioni intestinali, infezioni o avvelenamenti causati dall'ingestione di sostanze tossiche. La Pica può manifestarsi anche in persone con anoressia nervosa, quando il comportamento ha lo scopo di controllare l'appetito ingerendo sostanze non alimentari, come fazzoletti di carta, o in soggetti con tendenze autolesionistiche, che possono ingoiare oggetti pericolosi, come lamette, coltelli o aghi. L'insorgenza della Pica può verificarsi durante l'infanzia, anche in bambini con uno sviluppo normale, o in età adulta, spesso in presenza di altri disturbi mentali, come il disturbo dello spettro autistico o disabilità intellettiva.

Criteri Diagnostici

- A. Ingestione ripetuta di sostanze non alimentari per un periodo di almeno 1 mese.
- B. Le sostanze non alimentari introdotte non sono appropriate rispetto allo sviluppo del soggetto.
- C. L'ingestione non fa parte di una pratica culturalmente sancita o socialmente normata.
- D. Se il comportamento di ingestione non alimentare si manifesta nel contesto di un altro disturbo mentale, è necessaria una attenzione clinica.

Specificare: *In remissione*: si specifica questa condizione quando, dopo aver soddisfatto i criteri, questi non compaiono per un lungo tempo.

Ruminazione: Il Disturbo della Ruminazione è caratterizzato dal rigurgito ripetuto di cibo, che avviene dopo averlo ingerito. Tale modalità di mangiare deve persistere per almeno un mese. Il rigurgito deve essere presente più volte alla settimana, e non deve essere associato ad altri problemi clinici. La comparsa del disturbo può manifestarsi a tutte le età, si notano comorbidità con i soggetti che hanno una disabilità intellettiva. La Ruminazione, in questi soggetti può svolgere la funzione di auto-stimolazione o di sostegno psicologico. Si osservano nei soggetti con diagnosi di Ruminazione una posizione particolare del corpo, la schiena inarcata e la testa reclinata all'indietro, con movimenti di suzione con la lingua. Quando la patologia è presente negli adulti, questi, cercano di nascondere il comportamento, ad esempio tossendo o evitando di mangiare in presenza di altre persone, a causa della vergogna sociale associata al rigurgito. Situazioni di stress, problemi familiari, episodi di abbandono o la carenza di stimoli adeguati, sono considerati fattori di rischio.

Criteri Diagnostici

- A. Rigurgito continuo di cibo che può essere rimasticato, ringoiato o sputato. Tale comportamento persiste per almeno 1 mese.
- B. Il rigurgito ripetuto non è attribuibile a una condizione gastrointestinale associata o ad altra condizione medica
- C. La Ruminazione non si manifesta esclusivamente durante il decorso dell'anoressia nervosa la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata o disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo.

- D. Se i sintomi si manifestano nel contesto di un altro disturbo mentale è necessaria l'attenzione clinica.

Specificare se il disturbo è: *In remissione*: si specifica questa condizione quando, dopo aver soddisfatto i criteri, questi non compaiono per un lungo tempo.

Disturbo Evitante/Restrittivo: Il Disturbo si caratterizza da una restrizione dell'assunzione di cibo e questa non è causata da altre condizioni mediche, o da pratiche sociali. Solitamente è presente l'incapacità di soddisfare i fabbisogni nutrizionali e questo comporta una perdita di peso significativa, con la conseguente necessità di supporto nutrizionale. I comportamenti di evitamento o di restrizione alimentare possono manifestarsi a seguito di esperienze negative legate al cibo, come episodi di vomito o soffocamento. Rispetto ad altri disturbi alimentari, non si associano distorsioni della percezione del proprio corpo. Il disturbo di solito emerge nella prima infanzia, ma può persistere fino all'età adulta, spesso, è accompagnato da altri problemi psicologici, come disturbi d'ansia, disturbi dello spettro autistico, disabilità intellettiva e disturbo ossessivo-compulsivo.

Criteri Diagnostici

- A. Apparente mancanza di interesse per il cibo e in generale per il mangiare o evitamento basato sulle caratteristiche sensoriali del cibo. E' presente la preoccupazione relativa alle conseguenze del mangiare associato ad 1 delle seguenti caratteristiche:
- Eccessiva perdita di peso (nei bambini si verifica una crescita non continua e/o un mancato raggiungimento dell'aumento ponderale previsto).
 - Significativo deficit nutrizionale.
 - Dipendenza dall'alimentazione parenterale o da supplementi nutrizionali orali
 - Disagio psicosociale.
- B. Il disturbo non è meglio spiegato da una mancata disponibilità di cibo o da una pratica associata culturalmente stabilita.
- C. Il disturbo dell'alimentazione non si manifesta durante il decorso dell'anoressia nervosa o della bulimia nervosa e non vi è alcuna evidenza di un disturbo nel modo in cui vengono vissuti le il peso o la forma del corpo.
- D. Il disturbo dell'alimentazione non è attribuibile a una condizione medica concomitante e non può essere spiegato da un altro disturbo mentale.

Specificare se il disturbo è: *In remissione*: si specifica questa condizione quando, dopo aver soddisfatto i criteri, questi non compaiono per un lungo tempo.

Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione: A questa categoria di sintomi appartengono quei soggetti che non soddisfano pienamente i criteri diagnostici di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione descritto, ma manifestano difficoltà alimentari che causano comunque disagio, compromissione sociale, lavorativa o in altre aree importanti. Come ad esempio:

- L'Anoressia nervosa atipica in cui sono soddisfatti tutti i criteri per l'anoressia nervosa, ad eccezione del peso del soggetto che potrebbe essere normale, questi soggetti possono sperimentare le complicanze fisiologiche associate all'anoressia nervosa.
- La Bulimia nervosa atipica: in cui sono soddisfatti i criteri della bulimia nervosa, ad eccezione della frequenza delle abbuffate e delle condotte compensatorie che si verificano, meno di 1 volta alla settimana.
- Il Disturbo da alimentazione incontrollata a bassa frequenza in cui sono soddisfatti tutti i criteri del disturbo da alimentazione incontrollata ad eccezione delle abbuffate che si verificano meno di 1 volta alla settimana e/o per meno di 3 mesi.
- Il Disturbo da condotta di eliminazione. I soggetti che sono inclusi in questa categoria ricorrono alle condotte di eliminazione per gestire il peso o la forma del corpo con l'utilizzo di diuretici e/o lassativi o vomito autoindotto senza la presenza di abbuffate alimentari.
- La Sindrome da alimentazione notturna. I soggetti manifestano ricorrenti episodi di alimentazione notturna, generalmente mangiano dopo il risveglio dal sonno oppure consumano cibo dopo il pasto serale. Si associa un significativo disagio e/o compromissione del funzionamento, inoltre tale comportamento alimentare non è attribuibile a un'altra condizione medica oppure all'effetto di terapia farmacologica.

Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza altra specificazione: Unspecified Feeding or Eating Disorder (UFED): I soggetti manifestano ma non soddisfano pienamente i criteri per un disturbo della nutrizione o dell'alimentazione appena descritti, causando loro disagio clinicamente o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti. Inoltre questa categoria diagnostica può essere utilizzata quando non vi sono sufficienti informazioni per porre una diagnosi specifica.

La letteratura scientifica internazionale concorda sul fatto che circa il 70% degli individui che soffrono di disturbi alimentari, presenta altri disturbi (Keski-Rahkonen et al., 2016), come disturbi

d'ansia, disturbi dell'umore, autolesionismo, disturbi della personalità, disturbi da dipendenza e disturbi da uso di sostanze. (Hudson et al., 2007; Fassino et al., 2007; Keski-Rahkonen et al., 2016; Van Hoeken et al., 2020; Hambleton et al., 2022). Spesso la loro compresenza, influenza la gravità, la cronicità, la prognosi, la risposta e la resistenza al trattamento (Ulfvebrand et al., 2015). Molti studi, evidenziano inoltre differenze di comorbidità nelle specifiche categorie diagnostiche dei disturbi alimentari, se da un lato la comorbidità psichiatrica sembrerebbe essere più elevata nei pazienti con diagnosi di Bulimia Nervosa e di Disturbo da Alimentazione Incontrollata (Bahji et al., 2019) rispetto ai pazienti con diagnosi di Anoressia Nervosa a Anoressia Nervosa di tipo Restrittivo (Ulfvebrand et al., 2015, Momen et al., 2022), dall'altro ha osservato che tra le persone con diagnosi di Anoressia Nervosa il rischio di sviluppare un disturbo psichiatrico è più del doppio rispetto alle persone senza una diagnosi di disturbo alimentare (Steinhausen et al., 2021). La revisione condotta da Hambleton e collaboratori nel 2022 ha dimostrato che il 58% dei pazienti con disturbi alimentari presentava comorbidità psichiatriche e il 42% comorbidità mediche. Per i disturbi alimentari in generale, le comorbidità psichiatriche più diffuse erano ansia (circa il 62%), disturbi dell'umore (circa il 54%) e uso di sostanze e disturbi da stress post traumatico (circa il 27%) (Hambleton et al., 2022). Il contributo di Momen e collaboratori (2022) che ha esplorato associazioni bidirezionali nelle persone nate in Danimarca tra il 1963 e il 2010, con diagnosi di disturbo alimentare, ha considerato il rischio di successivi disturbi psichiatrici tra diversi tipi di disturbi alimentari per identificare modelli di comorbidità. I risultati dello studio, hanno evidenziato che il 40% dei pazienti può sviluppare successivamente un disturbo psichiatrico. Al contrario, le persone affette da quasi tutti i tipi di disturbi psichiatrici presentano un rischio maggiore di sviluppare disturbi del comportamento alimentare rispetto alla popolazione generale (Momen et al., 2022). Molti contributi, si sono concentrati ad indagare le comorbidità nelle specifiche categorie dei disturbi alimentari con specifici disturbi mentali. Ciò che emerge è che se nei pazienti con Bulimia Nervosa la comorbidità principale è rappresentata 90% circa dei casi dai disturbi dell'umore (in particolare il disturbo depressivo) i pazienti con Disturbo da Alimentazione Incontrollata soffrono maggiormente di umore negativo che tende a precedere gli episodi di abbuffata (Dingemans et al., 2017; Momen et al., 2022). Questi risultati non sono stati confermati dalla letteratura, infatti nella recente revisione sistematica condotta da Kowalewska e collaboratori (2024), gli autori hanno individuato non solo la stretta comorbidità tra Disturbo da Alimentazione Incontrollata e i disturbi dell'umore (in particolare il disturbo depressivo), ma anche la stretta relazione tra l'alimentazione incontrollata e i disturbi d'ansia, abuso di sostanze e disturbi della personalità (Kowalewska et al., 2024). Inoltre, la comunità scientifica ha evidenziato comorbidità tra disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) e tutti i disturbi alimentari, in particolare con i comportamenti di tipo abbuffata/ vomito (Capusan et al., 2017; Yao et

al., 2019; Treasure et al., 2020). Sono state identificate anche forti associazioni positive tra Anoressia Nervosa e disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC), tendenza al suicidio, disturbo d'ansia generalizzato, schizofrenia, nevroticismo, autismo e ritardo neuroevolutivo (Wade et al., 2015; Thornton et al., 2016; Duncan et al., 2017; Yilmaz et al., 2017). Gli studi sulla comorbidità nei disturbi alimentari hanno spesso incontrato significative limitazioni, anche metodologiche. Ad esempio, l'insorgenza cronologica dei disturbi concomitanti è spesso non specificata, sarebbe opportuno capire con quale disturbo il soggetto ha esordito il suo malessere ed individuare eventuali disturbi primari e secondari, aumentare le dimensioni dei campioni spesso troppo piccole, definire con chiarezza i criteri di inclusione e di esclusione che spesso risultano imprecisi, utilizzare i gruppi di controllo e impiegare strumenti statisticamente validi (Dalle Grave et al., 2019).

Capitolo 2: Impatto delle Esperienze Infantili Avverse nei Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione: Lo stato dell’Arte

La sintomatologia alimentare in soggetti con storia di traumi può essere interpretata secondo due direzioni; la prima, si riferisce al modo in cui il trauma sessuale influenza la percezione corporea con sentimenti di vergogna, disprezzo, immagine corporea negativa e tentativi di proteggersi da futuri traumi sessuali. Nel Disturbo da Alimentazione Incontrollata, ad esempio, il sintomo consentirebbe al soggetto di essere poco attraente sessualmente e quindi evitare ulteriori abusi, nei pazienti con Anoressia Nervosa la restrizione renderebbe il corpo invisibile e non permetterebbe un ulteriore abuso (Dalle Grave et al., 1997). La seconda direzione suggerisce che la sintomatologia alimentare funge da strategia per riprendere il controllo, regolare le emozioni e gestire le difficoltà psicologiche vissute a seguito del trauma subito (Madowitz et al., 2015; Moulton et al., 2015). Nella Bulimia Nervosa e nell’Anoressia Nervosa il soggetto, concentrandosi sull’alimentazione, sposta le emozioni negative derivate dal trauma sul cibo e sulla forma del corpo, cercando di regolare i ricordi negativi ad esso associate attraverso il controllo dell’alimentazione o ancora usato come meccanismo difensivo per ridurre il proprio stato emozionale negativo (Sanci et al 2008). Un’altra interpretazione è che il sintomo alimentare può essere letto come una modalità di protezione da quanto subito, un meccanismo di sopravvivenza al trauma, che permette al paziente di costruire una barriera psicologica e fisica. Sembrerebbe che lo stato emozionale negativo che segue il trauma subito, aumenta il rischio di sviluppare un disturbo del comportamento alimentare (Monteleone et al., 2018).

In una ottica relazionale, la teoria dell’attaccamento descrive i sintomi alimentari come risposta difensiva messa in atto dal soggetto esposto ad esperienze difficili da sostenere (Ragonese, 2015). Nei bambini si parla di fallimento della figura genitoriale che permette l’attivazione di un sistema di attaccamento insicuro all’interno del quale la disfunzione di alcune aree come la regolazione emotiva apre la strada al disturbo alimentare come possibile risposta al disagio vissuto ed allo stress. In particolare, le esperienze relazionali negative vissute con i genitori abusanti, danno vita a rappresentazioni insicure o disorganizzate caratterizzate da difficoltà nella regolazione delle emozioni (Camisasca et al., 2014). La sintomatologia alimentare se così espressa sarà l’espressione di un dolore psichico vissuto come intollerabile. Infatti, nello studio condotto da Ragonese e collaboratori (2015) su 20 diadi madre – bambino in cui i bambini presentavano difficoltà relazionali, di apprendimento, ansia ed oppositività nella relazione con l’adulto, valutati con l’osservazione psicoanalitica secondo il modello Tavistock, presentavano una evidente difficoltà ad identificare, descrivere e regolare le emozioni. Tutti i bambini presentavano disturbi alimentari. Le madri, d’altro

canto valutate con strumenti diagnostici sono state classificate come Adulti Irrisolti (intesi come soggetti che non hanno risolto ed elaborato le esperienze traumatiche legate all'attaccamento) ed è stata riscontrata loro, la presenza di un quadro sintomatologico di Depressione Maggiore. Ciò che è emerso è che il disturbo del comportamento alimentare è utilizzato come risposta adattiva per mantenere un tipo di relazione con il caregiver in cui la funzione del cibo è quella di sostituire la madre. Inoltre, la sintomatologia alimentare è utilizzata nel tentativo di regolare la relazione con la madre favorendo un modello di attaccamento insicuro (Ragonese et al., 2015). In particolare, la ricerca scientifica, suggerisce il ruolo di mediatore della disregolazione emotiva e dell'insoddisfazione corporea spiegando come l'insicurezza dell'attaccamento possa favorire l'esordio di disturbo alimentare in soggetti giovani (Gander et al., 2015; Jewell et al., 2016) o mantenere i sintomi alimentari per lungo tempo (Tasca et al., 2009). Da queste evidenze è facilmente comprensibile che le persone con attaccamento insicuro al fine di ridurre i sentimenti negativi ricorrono a sintomi alimentari estremi come il digiuno (per raggiungere la perfezione) le abbuffate (come anestetico) o il vomito (per disfarsi dei sentimenti negativi). La revisione sistematica di Cortés-García e colleghi (2019) precedentemente discussa, evidenzia che i mediatori maggiormente significativi tra l'attaccamento insicuro e la sintomatologia alimentare sono la disregolazione emotiva e la depressione indipendentemente dal genere e dal tipo di attaccamento insicuro (Cortés-García et al., 2019).

2.1 Esperienze Infantili Avverse e Anoressia Nervosa

In questo paragrafo verranno delineati gli studi relativi alle associazioni tra ACE e Anoressia Nervosa. Come sottolineato nel capitolo precedente, la ricerca scientifica ha mostrato evidenti associazioni tra eventi avversi vissuti nell'infanzia e l'insorgenza di patologie mentali, come ad esempio i Disturbi Alimentari (Anda et al., 2006; Devries et al 2014; Palmisano et al 2016; Molendijk et al., 2017; Meneguzzo et al., 2021; Kovács-Tóth et al., 2022; Rienecke et al., 2022a, Chuku et al., 2023; Eielsen et al., 2024; Gaffari et al., 2024). Diversi studi sembrano indicare che le persone che hanno vissuto un trauma precoce si distinguono all'interno di chi soffre di disturbi alimentari, per alcune caratteristiche psicologiche particolari. In particolare, tali soggetti presentano livelli più elevati di disregolazione emotiva, una maggiore impulsività e tratti dissociativi, oltre a una bassa autostima e a un'immagine corporea più negativa (Castellini et al., 2020; Monteleone et al., 2021). In quest'ottica, la sintomatologia alimentare può essere intesa come una strategia disfunzionale di regolazione affettiva e di controllo, messa in atto per gestire emozioni intense o stati di vuoto legati alle esperienze traumatiche pregresse. La selezione degli studi riportati di seguito ha seguito criteri di inclusione

specifici: campioni clinici e non clinici con diagnosi di disturbo alimentare associata a esperienze infantili avverse, nonché revisioni sistematiche e pubblicazioni recenti. Sono stati invece esclusi, in questa sezione, gli studi qualitativi, i contributi narrativi, i case report e gli articoli non disponibili in full-text. Nella revisione di Brewerton e collaboratori (2020) si evidenzia che i soggetti con diagnosi di disturbo alimentare che hanno subito esperienze traumatiche avverse presentano, rispetto ai soggetti che non hanno sperimentato traumi, un maggiore disagio psicologico, sintomi depressivi e di ansia più severi e una peggiore qualità di vita (Brewerton et al., 2020). Lo studio di Zelkowitz et al. (2021) suggerisce che l'esposizione a diverse forme di esperienze avverse in età infantile è associata a un aumento del rischio di manifestazioni di disturbi alimentari nel corso della vita, e che tale associazione appare maggiormente marcata quando sono presenti sintomi post traumatici da stress. Questo implica che non solo la storia traumatica può contribuire ad aumentare la gravità della psicopatologia alimentare, ma che anche una risposta traumatica non risolta può compromettere la prognosi e la risposta ai trattamenti (Zelkowitz et al., 2021).

La ricerca scientifica, si è concentrata soprattutto sull'abuso sessuale e sulle conseguenze che questo comporta nella salute mentale (Liu et al., 2018; McKay et al., 2022; Baldwin et al., 2023). In relazione ai disturbi alimentari, la ricerca ha evidenziato che l'abuso sessuale svolge un ruolo determinante nell'esordio e nel mantenimento dell'Anoressia Nervosa (AN) (Romans et al., 2001; Reyes- Rodriguez et al., 2011; Madowitz et al., 2015; Afifi et al., 2017). Molti contributi pur indicando la diagnosi di AN, non specificano se si tratta di AN di tipo Restrittiva (AN-R), AN di tipo Purging (AN-BP) o AN Atipica (AAN). Similmente, anche rispetto al costrutto delle esperienze infantili avverse la maggior parte degli studi indica con il termine ACEs diverse forme di maltrattamento o di abuso infantile, ma pochi lavori specificano i diversi sottotipi di ACEs. Lo studio condotto da Romans e colleghi (2001) in un campione casuale di donne neozelandesi che hanno subito abuso sessuale infantile, ha evidenziato la stretta relazione tra abuso sessuale e disturbo alimentare. L'obiettivo dello studio era di capire se l'abuso sessuale prediceva l'esordio del disturbo alimentare. Il campione è stato suddiviso in base al disturbo alimentare dichiarato in AN-R (n=19), AN-BP (n=6), Bulimia Nervosa (BN) (n=26) e un gruppo di controllo. Inoltre, le partecipanti sono state ulteriormente suddivise in coloro che hanno dichiarato di aver subito abusi sessuali infantili e non. I risultati hanno evidenziato che l'abuso sessuale si associa maggiormente alle diagnosi di AN rispetto al gruppo di partecipanti che hanno subito abusi ma che non hanno manifestato una sintomatologia alimentare. In particolare, i partecipanti con AN presentavano una probabilità significativamente maggiore di aver subito abusi da parte di figure paterne, di aver vissuto esperienze di abuso sessuale e di aver riportato episodi ripetuti con una frequenza pari o superiore a 10 volte. Inoltre, le esperienze avverse maggiormente sperimentate nel campione con diagnosi di AN erano la negligenza emotiva e

i conflitti familiari rispetto a chi aveva una diagnosi di BN e a chi non ha manifestato un disturbo alimentare. Infine, lo studio ha evidenziato una associazione tra l'AN ed altre patologie mentali come l'ansia, le fobie, le ossessioni, l'abuso di sostanze e il suicidio rispetto al gruppo con diagnosi di BN (Romans et al., 2001). Risultati diversi sono emersi nello studio di Carter e colleghi (2006) rispetto alla relazione tra AN ed abuso sessuale. Il campione era costituito da 37 pazienti anoressiche e l'obiettivo era quello di esaminare l'impatto dell'abuso sessuale infantile sulle caratteristiche cliniche e sull'interruzione del trattamento nell'AN. I risultati hanno mostrato che il 48% del campione ha riferito una storia di abuso sessuale prima dell'insorgenza del disturbo alimentare. In particolare, i pazienti con AN-BP avevano più probabilità di riferire una storia di abuso sessuale prima dell'insorgenza del disturbo alimentare rispetto ai pazienti con AN-R. In linea con precedenti studi (Romans et al., 2001), i pazienti abusati sessualmente presentavano comorbidità con depressione, ansia e sintomi ossessivo-compulsivi. Infine, i soggetti con AN che erano stati abusati sessualmente avevano minore probabilità di abbandonare il trattamento rispetto a chi non aveva sperimentato l'abuso sessuale e a coloro che avevano una diagnosi di AN-BP con una storia di abuso sessuale. Questi ultimi, avevano più probabilità di interrompere il trattamento rispetto ai pazienti con AN-R (Carter et al., 2006).

L'evidenza che l'abuso sessuale preceda la comparsa della sintomatologia alimentare è stata confermata anche da Reyes- Rodriguez e collaboratori (2011) su pazienti di sesso femminile (N=753) con AN. Gli obiettivi dello studio erano descrivere la natura degli eventi traumatici vissuti ed esplorare la relazione tra Disturbo Post Traumatico da stress e AN. Gli autori hanno mostrato che oltre il 40% del campione suddiviso in pazienti con AN-R e AN-BP ha subito abusi sessuali antecedenti alla sintomatologia alimentare. Inoltre, coloro che avevano una diagnosi di AN-R avevano meno probabilità di avere una diagnosi di Disturbo post traumatico da stress rispetto a coloro i quali avevano una diagnosi di AN-BP (Reyes- Rodriguez et al., 2011). Anche lo studio di Lejounclou e collaboratori (2014), condotto su un campione di pazienti con disturbi alimentari suddivisi per diagnosi in AN (n = 17), AAN (n=6), BN(n=5), BN atipica (n= 3) e disturbo alimentare non specificato (n =19), è stato confrontato con un gruppo non clinico. L'obiettivo era valutare se gli eventi di vita avversi fossero maggiori nel campione con diagnosi di disturbo alimentare rispetto ad un gruppo di controllo. I risultati hanno confermato che i pazienti avevano sperimentato maggiori ACEs rispetto al gruppo di controllo, e coloro che avevano una diagnosi di AN avevano riportato un numero maggiore di esperienze avverse indipendentemente dal sottotipo specifico di AN (Lejounclou et al., 2014). Oltre a confermare che l'abuso sessuale infantile è il trauma più studiato in relazione ai disturbi alimentari, il lavoro di Trottier e collaboratori (2017) ha mostrato che l'abuso sessuale ha un ruolo importante nello sviluppo dell'AN-BP ma non nel sottotipo di diagnosi di AN-R (Trottier et al.,

2017). Questi risultati sono stati supportati dallo studio condotto da Afifi e collaboratori (2017) in un campione rappresentativo della popolazione statunitense adulta (N=36.000). L'obiettivo era quello di esaminare le associazioni tra tipi di maltrattamento infantile e disturbi alimentari in età adulta tra uomini e donne, e di determinare se i tipi di maltrattamento infantile erano più associati a specifici disturbi alimentari. I dati utilizzati provenivano dal National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions Wave III, raccolti tra il 2012 e il 2013. I risultati hanno evidenziato che l'AN si associa a molti tipi di maltrattamento infantile e che, in particolare, l'abuso sessuale si associa maggiormente all'AN rispetto alla BN ed al Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI). Lo studio ha evidenziato inoltre le differenze di associazione tra abusi e disturbi alimentari nei maschi e nelle femmine, sottolineando che, mentre tra gli uomini l'abuso sessuale e la trascuratezza fisica si associano maggiormente con i disturbi alimentari, nelle donne sono l'abuso sessuale e l'abuso emotivo ad avere una relazione più forte con la sintomatologia alimentare (Afifi et al., 2017). Anche lo studio di Kjaersdam Tellés e collaboratori (2021) ha posto molta attenzione al ruolo dell'abuso sessuale nei disturbi alimentari. L'obiettivo degli autori era quello di valutare la prevalenza di traumi sessuali e altri eventi traumatici in un campione clinico di 329 soggetti con Disturbo alimentare. I risultati, hanno evidenziato che circa il 67% dei pazienti ha riferito almeno un evento traumatico nella vita al momento della valutazione. In particolare, il 19% dei pazienti ha riferito di essere stato vittima di un trauma sessuale, il 13% era stato vittima di un'esperienza negativa associata al sesso; il 57% ha riferito di aver subito un'aggressione sessuale diversa dallo stupro e infine, il 30% era stato vittima di gravi forme di aggressione sessuale. Le conclusioni che emergono da questa ricerca suggeriscono che il trauma sessuale potrebbe essere stato sperimentato prima o anche dopo l'insorgenza della sintomatologia alimentare (Kjaersdam Tellés et al., 2021). Anche la revisione della letteratura condotta da Morrison e colleghi (2021) conferma che la sintomatologia anoressica si associa maggiormente ad abusi sessuali, fisici ed emotivi rispetto ai soggetti che soffrono di BN o condotte di abbuffate e / o di eliminazione. Secondo questo studio, l'AN è in stretta relazione con l'abuso fisico e, in particolare la tipologia dell'AN-BP risulta più frequentemente associata all'abuso sessuale rispetto al sottotipo AN-R (Morrison et al., 2021). Lo studio di Pauls e colleghi (2022) è stato uno dei pochi contributi che ha considerato il sottotipo dell'Anoressia Nervosa Atipica (AAN). Il contributo, con l'obiettivo di replicare ricerche precedenti, ha confrontato l'AAN e l'AN-R in un campione clinico di 122 pazienti. I risultati hanno evidenziato che i pazienti con quattro o più ACEs hanno una probabilità cinque volte maggiore di rientrare nella categoria di AAN rispetto a quella AN-R, inoltre pur non specificando le peculiarità tra ACEs e sottotipi di Anoressia Nervosa, sottolinea che i soggetti con diagnosi di AAN hanno più possibilità di aver subito ACEs rispetto a coloro che presentano una diagnosi di AN-R (Pauls et al., 2022). Anche lo studio di Rienecke e collaboratori (2022a), condotto

su una popolazione di 1.819 pazienti con diagnosi di disturbo alimentare, conferma gli studi precedenti. L'obiettivo del contributo era quello di esaminare la presenza di ACEs nei soggetti con sintomatologia alimentare. I risultati hanno confermato l'associazione tra l'abuso sessuale ed AN, in particolare con il sottotipo di AN-BP rispetto all'AN-R. Infatti, le percentuali più basse di ACEs sono state individuate in soggetti con AN-R (Rienecke et al., 2022a). Un altro studio di Rienecke e collaboratori (2022b), condotto su una popolazione di 1.061 pazienti con disturbo alimentare, ha confermato che questi pazienti presentano punteggi più alti di ACEs rispetto alla popolazione generale, sottolineando che i pazienti con AN-BP riportavano meno traumi avvenuti all'interno del contesto familiare rispetto ai pazienti con AN-R (Rienecke et al., 2022b). Similmente il contributo di Eielson e collaboratori (2024) ha evidenziato che l'abuso sessuale infantile ha un impatto sulla gravità dei sintomi, in particolare predicendo esiti negativi a lungo termine nei pazienti con disturbo alimentare, indipendentemente dalle specifiche categorie diagnostiche (Eielson et al., 2024).

Sebbene siano stati condotti meno studi rispetto all'abuso sessuale, anche l'abuso emotivo infantile ricopre un ruolo fondamentale nell'insorgenza e mantenimento dei disturbi alimentari (Jaite et al., 2012, Guillaume et al., 2016; Molendijk et al., 2017, Monteleone et al., 2019; Lie et al., 2021; Barone et al., 2024). In particolare, l'abuso emotivo sembra essere un fattore di rischio generale per i problemi di salute mentale (Morris et al., 2023), soprattutto in soggetti che hanno una diagnosi di AN e BN (Koppold et al., 2023). La relazione tra abuso emotivo ed AN è stata evidenziata dallo studio condotto da Guillaume e collaboratori (2016) in 192 pazienti donne differenziate per diagnosi di AN (n = 102), BN (n = 64) e DAI (n = 26). L'obiettivo dello studio era quello di confermare l'associazione tra trauma infantile e disturbo alimentare. I risultati hanno mostrato che l'AN si associa maggiormente all'abuso emotivo ed alla negligenza emotiva rispetto alla BN ed al DAI. Inoltre, l'abuso emotivo predice preoccupazioni più elevate per la forma del corpo e per il peso (Guillaume et al., 2016). Questi risultati sono stati supportati dallo studio di Lie e collaboratori (2021), che ha mostrato come circa l'81% di pazienti con disturbo alimentare aveva sperimentato uno o più ACEs, significativamente di più rispetto al gruppo non clinico che riportava ACEs nel 65% dei casi. I risultati hanno mostrato che nel gruppo clinico, l'abuso maggiormente sperimentato era quello emotivo, soprattutto chi aveva una diagnosi di AN-BP, BN e DAI, mentre i pazienti con AN-R riportavano più frequentemente esperienze di abuso sessuale (Lie et al., 2021). Anche lo studio di Barone e collaboratori (2024), condotto su 266 pazienti con diagnosi di disturbo alimentare, suddivisi in AAN n= 26, AN-R n=93, AN-BP n=32 e BN n=115 e 108 soggetti sani, ha evidenziato la stretta associazione tra abuso emotivo e anoressia. In particolare, le anoressiche che hanno sperimentato livelli più elevati di abuso emotivo hanno riportato punteggi più alti nelle scale di insoddisfazione corporea, desiderio di magrezza e bulimia rispetto al campione non clinico (Barone et al., 2024). Il

contributo di Eielson e colleghi (2024), condotto su un campione di 84 soggetti con diagnosi di disturbo alimentare (AN=37; BN=37; altri disturbi alimentari = 15; DAI=2), sebbene non specifici le associazioni tra la trascuratezza e i sottotipi di disturbo alimentare, ha evidenziato che la negligenza emotiva è l'ACE maggiormente sperimentata nei pazienti con disturbo alimentare rispetto alla negligenza fisica, quest'ultima risultata essere la forma di abuso meno sperimentata (Eielson et al., 2024). La recente metanalisi di Amiri e collaboratori (2024) conferma che l'abuso infantile è associato a tutti i disturbi alimentari indipendentemente dalla loro appartenenza diagnostica. I risultati evidenziano il ruolo significativo di alcune forme di maltrattamento come l'abuso sessuale ed emotivo che possono favorire effetti più gravi nella sintomatologia alimentare (Amiri et al., 2024).

Quanto fino ad ora esposto mostra l'interesse crescente della ricerca scientifica nei confronti dei disturbi alimentari. Gli studi condotti forniscono informazioni utili e spunti significativi per comprendere meglio la natura di questa psicopatologia anche se restano aspetti pochi chiari. Sarebbe auspicabile studiare ulteriormente il tema, ponendo maggiore attenzione all'inclusione degli studi di tutte le categorie diagnostiche dei disturbi alimentari e una più precisa classificazione dei sottotipi di ACEs coinvolti nell'eziopatogenesi.

2.1.2 Esperienze Infantili Avverse e Bulimia Nervosa

Analogamente a quanto osservato nella letteratura sull'Anoressia Nervosa, anche gli studi che hanno coinvolto pazienti con Bulimia Nervosa hanno cercato di predire la presenza e la gravità della sintomatologia, nonché i pattern prognostici e transdiagnostici, sulla base delle ACEs auto-riferite all'interno dei campioni clinici analizzati. Tuttavia, dall'analisi dei contributi empirici disponibili (Romans et al., 2001; Mitchel et al., 2005; Lie et al., 2021), è emersa una forte disomogeneità nei risultati, con difficoltà nell'interpretazione dei dati e necessità di ulteriore approfondimento scientifico.

Lo studio di Romans e collaboratori (2001) descritto nella sezione precedente, ha evidenziato che i soggetti con diagnosi di BN hanno riportato abusi prima degli 11 anni e hanno vissuto maggiori esperienze avverse rispetto al gruppo di controllo (Romans et al., 2001). Questi risultati sono stati confermati nello studio di Speranza e collaboratori (2003) che ha analizzato un campione clinico di 94 pazienti con AN e 61 pazienti con BN. L'obiettivo era di esplorare l'impatto delle ACEs nei disturbi alimentari e rilevare le dimensioni della personalità nel campione clinico. Sebbene lo studio non abbia specificato l'associazione tra specifici traumi e sottotipi di disturbi alimentari, ha invece evidenziato che i traumi maggiormente vissuti sono stati di tipo familiare, come la malattia mentale

sperimentata in famiglia, il divorzio e la morte di un familiare. I risultati hanno confermato che le pazienti con BN hanno riferito un maggior numero di ACEs rispetto alle pazienti con AN ed al gruppo di controllo. Infine, le pazienti bulimiche hanno ottenuto punteggi più alti rispetto alle pazienti anoressiche in altre variabili oggetto di studio, come l'autocritica (Speranza et al., 2003). Questi dati non sono stati confermati nel lavoro di Mitchel e colleghi (2005) in un campione di 168 pazienti maschi con diagnosi di BN. L'obiettivo dello studio era esaminare le associazioni tra depressione, alessitimia e abuso negli uomini, e indagare il ruolo potenziale dell'ansia come mediatore tra abuso e disturbo alimentare. I risultati hanno evidenziato che la trascuratezza emotiva è stata la forma di abuso infantile più comune nel campione con circa il 79% e l'abuso emotivo con il 72%, solo il 7,1% dei partecipanti ha riferito di aver vissuto abusi sessuali infantili. Inoltre, lo studio ha confermato il ruolo di mediazione della depressione nella associazione tra esperienze di abuso infantile e disturbi alimentari, che sarà approfondito successivamente (Mitchel et al., 2005). Lo studio di Tagay e collaboratori (2014) ha visto il coinvolgimento di 103 pazienti suddivisi in AN e BN, evidenziando che i BN avevano sperimentato incidenti, malattia/infortunio, ed esperienze avverse nell'infanzia in misura maggiore rispetto a quelli con AN. L'obiettivo dello studio era valutare la frequenza di eventi traumatici e di disturbo post traumatico da stress (DPTS) nelle donne con disturbi alimentari. I risultati hanno mostrato che i soggetti affetti da BN nel 25,5% dei casi soddisfacevano la diagnosi di DPTS rispetto al 23% dei soggetti con diagnosi di AN (Tagay et al., 2014). La conferma che i soggetti con BN manifestano una sintomatologia più grave è stata confermata anche dallo studio di Guillaume e collaboratori (2016). I risultati infatti hanno evidenziato che i soggetti con BN hanno sperimentato traumi più severi o gravi rispetto a quelli con AN (Guillaume et al., 2016). La metanalisi di Caslini e collaboratori (2016), ha evidenziato che, mentre l'abuso fisico infantile ha mostrato una forte associazione con tutte le diagnosi dei disturbi alimentari, soprattutto con l'AN, l'abuso sessuale si associa maggiormente alle diagnosi di BN, contrariamente a quanto descritto nel lavoro di Mitchell e colleghi (2005), e di Disturbo da Alimentazione Incontrollata (Caslini et al., 2016). La metanalisi di Molendijk e collaboratori (2017) ha confermato la stretta associazione tra abuso fisico, emotivo, sessuale e disturbi alimentari maggiori rispetto a gruppi di controllo sani e gruppi di controllo con altre patologie psichiatriche. In particolare, tutte le forme di abuso si associano maggiormente alle diagnosi di Bulimia Nervosa, di Disturbo da Alimentazione Incontrollata, di Anoressia Nervosa tipo Purging rispetto alla diagnosi di Anoressia Nervosa di tipo Restrittiva. Inoltre, i pazienti con disturbi alimentari avevano una maggiore probabilità di sperimentare altre patologie psichiatriche, di soffrire di una forma più grave di malattia rispetto ai soggetti con sintomatologia alimentare che non hanno vissuto ACEs (Molendijk et al., 2017). Anche lo studio di Afifi e collaboratori (2017) ha evidenziato che la trascuratezza emotiva è maggiormente associata alla BN (confermando lo studio di Mitchel et

al., 2005) e al Disturbo da Alimentazione Incontrollata rispetto alla diagnosi di AN (Afifi et al., 2017). Lo studio condotto da Hicks White e collaboratori (2018) su 182 adolescenti ambulatoriali ha considerato anche il bullismo come forma di esperienza avversa vissuta. Il contributo, con l'obiettivo di descrivere la prevalenza di esperienze avverse nei disturbi alimentari, ha sottolineato che il 35% del campione ha riportato di aver vissuto uno o più eventi traumatici durante la propria vita. L'evento traumatico maggiormente vissuto dai partecipanti è stato il bullismo con circa il 10%, seguito dalla morte o perdita di una persona significativa (9%) e dall'abuso sessuale (8%). È stata trovata una relazione significativa tra il trauma e la diagnosi di BN, con maggiore propensione dei soggetti BN a riportare l'esposizione al trauma rispetto ai soggetti con AN o con altri disturbi alimentari non specificati (Hicks White et al., 2018). Nel lavoro di Rienecke e collaboratori (2022b) si evidenzia che la BN si associa maggiormente a traumi vissuti in famiglia (come la presenza di un membro della famiglia con problemi di abuso di sostanze) rispetto alla AN (Rienecke et al., 2022b). Anche la recente metanalisi di Amiri e collaboratori (2024) conferma che l'abuso infantile si associa maggiormente alla BN rispetto all'AN. Secondo gli autori questi risultati potrebbero essere dovuti alla maggiore prevalenza della bulimia rispetto all'anoressia, ma anche al fatto che gli studi considerati nella meta-analisi includevano studi longitudinali e trasversali e quindi non è possibile trarre relazioni causali tra ACEs e disturbi alimentari (Amiri et al., 2024).

2.1.3 Associazione tra Esperienze infantili Avverse e Disturbo da Alimentazione Incontrollata

Rispetto agli studi condotti sull'AN e sulla BN, pochi sono i contributi che hanno considerato il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI) e la sua associazione con le ACEs. Una delle motivazioni potrebbe essere che il DAI è una categoria diagnostica relativamente nuova inserita nel DSM-5 nel 2013 e mantenuta nell'ultima revisione del DSM-5TR (2022). Inoltre, gli studi disponibili (Grilo et al., 2001; Chu et al., 2022; Convertino et al., 2022; Mares et al., 2023), mostrano risultati controversi e diversa metodologia di ricerca utilizzata nei vari contributi.

Lo studio di Degortes e colleghi (2014), che aveva l'obiettivo di capire se le esperienze avverse precedono l'insorgenza del DAI, ha utilizzato interviste retrospettive su un campione 107 pazienti con diagnosi di BN e 107 pazienti con diagnosi di DAI. I risultati hanno evidenziato che i traumi maggiormente sperimentati dai pazienti con DAI sono il lutto e la separazione da un familiare, in particolare, gli stessi hanno sperimentato un numero maggiore di eventi traumatici nei 6 mesi precedenti l'insorgenza della sintomatologia alimentare rispetto a coloro i quali erano affetti da BN.

Inoltre, hanno manifestato una maggiore gravità di malattia e una elevata difficoltà nel trattamento (Degortes et al., 2014). La gravità della patologia alimentare nei soggetti con DAI è stata confermata dal contributo di Guillaume e colleghi (2016), precedentemente discusso. Secondo gli autori, infatti, i pazienti con DAI con una pregressa storia di traumi presentano caratteristiche cliniche più gravi rispetto a coloro che non hanno sperimentato ACEs. In particolare, i risultati hanno evidenziato l'assenza di differenze significative nelle diagnosi di DAI e AN-R tra i soggetti che hanno sperimentato ACEs (Guillaume et al., 2016). La revisione condotta da Palmisano e collaboratori (2016) con l'obiettivo di fornire una sintesi dell'associazione tra il trauma ed il DAI e l'Obesità nella vita adulta, ha evidenziato che l'87% degli studi esaminati ha riportato che le esperienze avverse sono un fattore di rischio per lo sviluppo di DAI ed Obesità. In particolare, il 90% dei contributi, ha mostrato la stretta associazione tra maltrattamento infantile e sviluppo di DAI in età adulta (Palmisano et al., 2016). Lo studio di Afifi e collaboratori (2017) ha evidenziato in particolare che la trascuratezza fisica e le esperienze avverse di tipo familiare sono maggiormente associate al DAI rispetto all'AN (Afifi et al., 2017). Questi risultati sono stati confermati da Rienecke e colleghi (2022a) che hanno dimostrato come i pazienti con DAI hanno sperimentato maggiori traumi rispetto ai pazienti con diagnosi di BN, AN e Disturbo da Alimentazione Evitante Restrittivo (ARFID). Secondo gli autori, nei pazienti DAI le ACEs che si associano maggiormente sono la malattia mentale di un componente della famiglia, il divorzio, la negligenza e l'abuso emotivo. E in particolare, l'abuso fisico, si associa maggiormente al DAI rispetto che ad AN, BN e altri disturbi alimentari (Rienecke et al., 2022a). In un altro contributo, Rienecke e colleghi (2022b), hanno confermato che i soggetti con diagnosi di DAI avevano sperimentato maggiormente abusi emotivi, fisici e sessuali rispetto ai pazienti con AN-R. Infine, i pazienti DAI avevano maggiori probabilità di aver sperimentato "traumi familiari" (confermando gli studi precedenti di Degortes et al., 2014, Afifi et al., 2017). Anche lo studio condotto da Chu e collaboratori (2022) ha confermato che la presenza di ACEs può predire l'insorgenza del DAI. L'obiettivo del contributo era individuare l'associazione tra ACEs e DAI a due anni di follow-up su un campione di oltre 10.000 adolescenti tra i 9 ed i 14 anni di età e un gruppo di controllo. Nello studio, la diagnosi di DAI è stata effettuata con l'estrazione di due domande da uno strumento utilizzato per indagare disturbi psicopatologici negli adolescenti che indagavano le abbuffate. I risultati, hanno mostrato una maggiore presenza di traumi nei soggetti con diagnosi di DAI, rispetto al gruppo di controllo, inoltre l'aver sperimentato 3 o più ACEs aumentava la probabilità di manifestare un DAI. Di tutto il campione circa il 10% ha riportato di aver sperimentato quattro o più ACEs, soprattutto in quelle che riguardano "i traumi familiari" come l'aver sperimentato la malattia mentale in famiglia, la violenza domestica e la presenza di un membro della famiglia con precedenti penali (Chu et al., 2022). Infine, lo studio di Convertino e collaboratori (2022), in un

campione rappresentativo a livello nazionale con oltre 36.000 adulti statunitensi aveva come obiettivo valutare l'associazione tra quattro tipi di esposizione al trauma: trauma interpersonale (come aggressioni fisiche, stalking), trauma interpersonale sessuale, trauma legato alla guerra e trauma non interpersonale (come malattie o infortuni) e diagnosi di disturbo alimentare. Le diagnosi del disturbo alimentare sono state formulate sulla base di interviste condotte utilizzando l'Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-5 (NIAAA -AUDADIS - 5; Grant et al., 2015), mentre per valutare il trauma è stata utilizzata una intervista contenente 20 eventi specifici e potenzialmente traumatici raggruppati in quattro categorie sopra specificate. I risultati hanno mostrato che i soggetti con diagnosi di DAI hanno sperimentato maggiormente trauma interpersonale sessuale, trauma interpersonale non sessuale e trauma non interpersonale rispetto al campione con diagnosi di BN e di AN. Inoltre, i soggetti con BN hanno sperimentato prevalentemente il trauma legato alla guerra rispetto ai partecipanti con diagnosi di AN e DAI. Infine, il campione con diagnosi di AN e DAI ha sperimentato maggiormente il trauma sessuale rispetto ai soggetti con BN. Tali risultati, sono in contrasto con quanto sopra riportato, secondo cui i comportamenti di abbuffata e/o di purging si associano maggiormente ai traumi sessuali (vedi Caslini et al., 2016; Molendijk et al., 2017). Una possibile spiegazione di questo risultato secondo gli autori, può essere legato alla dimensione relativamente ridotta del campione con diagnosi di BN, composto da solo 77 soggetti a fronte dei 276 con diagnosi di AN e 247 partecipanti con diagnosi di DAI.

2.1.4 Associazione tra Esperienze Infantili Avverse e altri Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione con Altra Specificazione e Disturbo Evitante/Restrittivo dell'Alimentazione

Pochi sono i contributi che si sono occupati di indagare l'associazione tra ACEs e altri Disturbi dell'Alimentazione con Altra Specificazione (OSFED) e del Disturbo Evitante/Restrittivo dell'Alimentazione (ARFID). Queste due categorie diagnostiche sono relativamente nuove poiché sono state inserite solo nel 2013 all'interno del DSM-5 e mantenute nel DSM-5TR. Molti contributi hanno utilizzato campioni con AN, BN pochi con DAI ed ancora meno con OSFED ed ARFID. La ricerca scientifica fino a questo momento ha considerato piccoli campioni di OSFED e ARFID e in alcuni casi, molti contributi non hanno specificato i sottotipi del disturbo alimentare. Tuttavia, gli studi che riportiamo hanno evidenziato che vi è una stretta associazione tra ACEs e OSFED ed ARFID.

Lo studio di Hicks White e collaboratori (2018), precedentemente discusso, ha considerato nel campione una parte di soggetti con OSFED. I risultati hanno evidenziato che i soggetti OSFED

avevano maggiormente sperimentato bullismo, perdita o morte di una persona cara, violenza domestica rispetto a coloro che avevano una diagnosi di AN e BN (Hicks White et al., 2018). Il contributo di Groth e collaboratori (2020) che aveva come obiettivo valutare la relazione tra trauma e i diversi tipi di disturbo alimentare, ha utilizzato un sondaggio tra 112 terapeuti che stavano curando un adolescente con un disturbo alimentare. I terapeuti erano suddivisi in diverse figure professionali tra cui Psichiatra, Psicologo, Assistente Sociale, Tirocinante e altre figure. Nello studio è stato chiesto ai terapeuti di selezionare un paziente adolescente dai 13 ai 18 anni con diagnosi di disturbo alimentare. Dei 112 pazienti segnalati, 106 erano donne circa il 95% del campione, e 6 uomini circa il 5,4%. I pazienti erano stati suddivisi in base alla diagnosi in AN (n = 73) BN (n = 15) OSFED (n = 15) e DAI (n = 9). I risultati hanno evidenziato che circa il 69% del campione ha riportato una storia di traumi e il 32% non ha sperimentato traumi. Inoltre, è stato evidenziato che tra gli OSFED, chi manifestava 2 comportamenti compensatori al mese di vomito autoindotto e/o di utilizzo di diuretici e lassativi, aveva più probabilità di aver sperimentato un trauma, mentre coloro che appartenevano alla BN avevano sperimentato più traumi (Groth et al., 2019). Risultati completamente diversi riporta lo studio condotto da Kjaersdam Tellés e colleghi (2021), precedentemente esposto. Gli autori, hanno evidenziato che l'aver sperimentato più eventi traumatici era una condizione osservata nella categoria diagnostica OSFED, mentre nell'AN-R si sono registrati minori eventi traumatici. Inoltre, negli OSFED si è registrata una maggiore associazione tra le esperienze che riguardano la perdita di una persona cara rispetto all'AN-R ed all'AN-BP ed una maggiore relazione tra l'abuso sessuale ed OSFED rispetto all'AN-R (Kjaersdam Tellés et al., 2021). La revisione di Morrison e collaboratori (2021) conferma la stretta associazione tra i traumi e gli OSFED, indicando che questa si associa maggiormente ad abuso sessuale e non ad esperienze di abuso emotivo (Morrison et al., 2021). Lo studio di Rienecke e colleghi (2022a) che ha considerato 229 pazienti con OSFED, ha evidenziato che erano significativamente più propensi rispetto ai pazienti con diagnosi di AN-R a confermare la presenza di traumi, e nel lavoro successivo degli stessi autori (2022b), hanno confermato le differenze tra l'AN-R e gli OSFED precedentemente evidenziati (vedi Kjaersdam Tellés et al., 2021). Infatti, i pazienti con OSFED hanno mostrato una maggiore probabilità di aver sperimentato traumi familiari come il divorzio, l'uso di droghe in famiglia, l'abuso emotivo e la malattia mentale di un membro familiare rispetto ai soggetti con AN-R (Rienecke et al., 2022b).

Per quanto riguarda il Disturbo Evitante/Restrittivo dell'Alimentazione (ARFID), invece, il contributo di Rienecke e collaboratori (2022a) discusso nel paragrafo precedente, ha considerato un ampio campione di soggetti ed in particolare 177 pazienti con ARFID. I risultati hanno evidenziato che i pazienti con diagnosi di ARFID non differivano in modo significativo dai pazienti con diagnosi di AN-R in relazione a qualsiasi esperienza avversa. Lo studio di Mares e collaboratori (2023)

condotto su una popolazione australiana di oltre 1.000 partecipanti, con l'obiettivo di comprendere se l'intolleranza all'incertezza e le difficoltà nella regolazione emotiva mediassero la relazione tra ACEs e i sintomi di depressione, ansia e disturbi alimentari, pur considerando 1 solo soggetto con diagnosi di ARFID, non evidenzia l'associazione con esperienze avverse (Mares et al., 2023). La recente revisione di Johnsen e collaboratori (2024) suggerisce che lo scarso arruolamento dei pazienti con ARFID negli studi, è dovuta alla poca prevalenza del disturbo, e che i contributi che hanno arruolato pazienti ARFID suggeriscono che questa patologia è spesso una condizione che emerge a seguito di un evento traumatico alimentare come il soffocamento e il vomito (Kambanis et al., 2020; De Toro et al., 2021). Una delle possibili manifestazioni cliniche dell'ARFID consiste nella paura di conseguenze negative associate all'atto del mangiare (American Psychiatric Association, 2022). Può accadere, ad esempio, che una persona sviluppi paura e ansia legata ai pasti dopo aver vissuto episodi come soffocamento o vomito, oppure a seguito di eventi traumatici non direttamente connessi all'alimentazione, come la perdita di una persona cara, l'inizio di una terapia farmacologica o un ricovero ospedaliero. Queste esperienze possono portare a comportamenti di evitamento o a una marcata restrizione alimentare (Kambanis et al., 2020; De Toro et al., 2021). Nei casi di ARFID infatti, l'evitamento o la restrizione alimentare, non nasce da una preoccupazione per il peso o la forma corporea, ma dalla percezione che mangiare possa provocare dolore, sofferenza o ansia così come sperimentato nel trauma vissuto, evitare o restringere permette al soggetto che l'evento traumatico non si ripresenti. Secondo gli autori, per consentire il confronto con i risultati degli altri sottotipi dei disturbi alimentari, è importante che le ricerche future tengano conto dell'arruolamento di pazienti ARFID (Johnsen et al., 2024).

2.2 Fattori di Mediazione e di Moderazione tra Esperienze Infantili Avverse e Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione

La letteratura scientifica concorda che tutte le forme di traumi correlano con i disturbi alimentari e che l'esposizione a più eventi traumatici può avere effetti importanti in termini di gravità e di efficacia del trattamento (Guillaume et al., 2016, Pauls et al., 2022; Eielson et al., 2024). Poco chiari rimangono i fattori che stanno alla base dell'associazione tra specifici tipi di trauma infantile e sottotipi di Disturbo Alimentare (McLaughlin et al., 2016). Sarebbe quindi utile comprendere se l'associazione tra Disturbi Alimentari e traumi infantili sia indipendente da altri fattori o dalla presenza di altri disturbi psichiatrici. In particolare, risulta importante approfondire se questa relazione sia diretta o se, al contrario, sia influenzata da altri fattori concomitanti, come la presenza

di patologie psichiatriche quali la depressione, l'ansia o i sintomi del disturbo post traumatico da stress. Questi fattori infatti potrebbero modulare o mediare il legame tra il trauma e il disturbo alimentare, o ancora influenzare l'intensità dei sintomi alimentari in soggetti con una storia di trauma (Romans et al., 2001; Reyes-Rodríguez et al., 2011; Rabito-Alcon et al., 2021; Brewerton et al., 2022). Comprendere l'effettivo ruolo di tali variabili è fondamentale per individuare i processi psicopatologici coinvolti e per sviluppare interventi terapeutici più mirati ed efficaci. In questa ottica il trattamento permetterà di agire non solo sui sintomi alimentari ma anche sulle cause sottostanti e sui fattori che ne influenzano il decorso (Angelone et al., 2017; Trottier et al., 2017).

Diversi studi si sono concentrati sul ruolo dei fattori di mediazione e di moderazione che svolgono un ruolo nell'associazione tra traumi e disturbi alimentari (Rabito-Alcon et al., 2021; Brewerton et al., 2022). I fattori di mediazione sono considerati fattori che possono spiegare il percorso attraverso il quale una variabile predittiva (ad esempio un trauma subito) può promuovere la variabile di outcome (ad esempio, l'esordio di un disturbo alimentare). **Parliamo di mediazione** quando ipotizziamo che **l'effetto** della variabile indipendente (**X**) sulla variabile dipendente (**Y**) non sia diretto, ma **sia spiegato/causato dall'effetto di una terza variabile** che interviene nella relazione tra X e Y. I moderatori, invece sono variabili che possono determinare l'intensità o la debolezza di una relazione, oltre ad influenzare la direzione della relazione tra una variabile predittiva (per esempio, un trauma) e una variabile di outcome (per esempio, l'esordio di un disturbo alimentare). **Parliamo di moderazione** quando ipotizziamo che **l'effetto** della variabile indipendente (**X**) sulla variabile dipendente (**Y**) **sia influenzato** da una **terza variabile che regola** (modera) **l'associazione tra X e Y**. Ovvero, che la **relazione è condizionata** da una terza variabile (**effetto di interazione**). In particolare diversi contributi, hanno messo in luce come la depressione possa svolgere un ruolo di mediazione nella relazione tra esperienze traumatiche e sintomatologia alimentare (Mitchell et al., 2005; Kong et al., 2009; Liu et al., 2018), altri evidenziano il ruolo della disregolazione emotiva (Racine et al., 2015; Christ el al., 2019; Prefit et al., 2019; Hoover et al., 2022; Conversano et al., 2023), della dissociazione (Moulton et al., 2015; Palmisano et al., 2016) del disturbo post traumatico da stress (Reyes-Rodríguez et al., 2011; Palmisano et al., 2016; Rabito-Alcon et al., 2021) della bassa autostima (Lagan et al., 2024), dell'insoddisfazione corporea (Prete et al., 2006; Vartanin et al., 2023), dell'autocritica (Dunkley et al., 2010).

Altri studi (Mitchell et al., 2005; Tasca et al., 2009; Lavender et al., 2015) hanno evidenziato che il supporto sociale, i sintomi depressivi e i tratti di personalità possono fungere da moderatori nella relazione tra ACEs e disturbi alimentari. In particolare, è emerso che tali fattori possono influenzare il modo in cui l'individuo elabora e risponde agli eventi traumatici, modulando l'impatto

delle esperienze avverse sulla successiva psicopatologia alimentare. Queste evidenze sottolineano l'importanza di considerare la complessità delle interazioni tra variabili individuali e ambientali nella valutazione del rischio di sviluppare una sintomatologia alimentare in seguito a esperienze traumatiche precoci. In questa sezione, prenderemo in esame ciò che la letteratura recente ci suggerisce in merito ai fattori che mediano e moderano la relazione e, nei paragrafi successivi, dedicheremo un focus di approfondimento sul ruolo della disregolazione emotiva tra il trauma e il disturbo alimentare e sul DPTS.

Il contributo di Mitchel e colleghi (2005), aveva tra i vari obiettivi anche quello di indagare il potenziale ruolo della depressione, dell'ansia e dell'alessitimia come mediatori dell'effetto del trauma sui disturbi alimentari. I risultati hanno confermato che la depressione fungeva da mediatore nella associazione tra trauma e BN, in particolare tra abuso fisico, negligenza fisica e alimentazione disordinata, mentre non è stato evidenziato alcun effetto di mediazione dell'ansia e dell'alessitimia sui disturbi alimentari. Inoltre, la trascuratezza fisica è risultata significativamente associata all'alessitimia, tuttavia, questa non sembra mediare significativamente l'associazione tra negligenza fisica e disturbo alimentare. Infine, il supporto sociale, ricevuto da amici e familiari, modera l'associazione tra negligenza fisica e depressione, infatti i partecipanti con un alto supporto sociale, manifestano livelli di depressione più bassi indipendentemente dal loro livello di negligenza fisica. Una possibile spiegazione potrebbe essere che il sostegno sociale può attutire gli effetti degli abusi subiti (Mitchel et al., 2005).

Il ruolo di mediazione della depressione, è stato confermato nello studio di Kong e colleghi (2009) condotto su 73 pazienti con disturbo alimentare. L'obiettivo era indagare gli effetti di mediazione della depressione e del disturbo ossessivo-compulsivo tra trauma infantile e disturbi alimentari. I risultati hanno evidenziato che la depressione mediava completamente l'associazione tra alcune forme di trauma infantile, in particolare l'abuso emotivo, la trascuratezza fisica e l'abuso sessuale con la sintomatologia alimentare, mentre il disturbo ossessivo-compulsivo non mediava questa associazione (Kong et al., 2009). Anche lo studio condotto da Dunkley e colleghi (2010) in 170 pazienti affetti da DAI, ha evidenziato che l'abuso emotivo e l'abuso sessuale erano significativamente associate all'insoddisfazione corporea e che l'autocritica mediava in modo significativo la relazione tra abuso emotivo, sintomi depressivi, insoddisfazione corporea e DAI (Dunkley et al., 2010). Lo studio condotto da Moulton e colleghi (2015) in una popolazione di 142 studentesse universitarie nel tentativo di esaminare il ruolo di mediazione della dissociazione e della disregolazione emotiva, ha mostrato che queste fungono da mediatori significativi tra trauma infantile e psicopatologia alimentare. Nel contributo, sono stati considerati l'abuso emotivo, l'abuso fisico,

l'abuso sessuale, la trascuratezza emotiva e la trascuratezza fisica, in particolare è stato osservato uno specifico effetto indiretto tra abuso emotivo infantile e psicopatologia alimentare attraverso la disregolazione emotiva (Moulton et al., 2015). Questi risultati sono stati confermati nella revisione di Palmisano e colleghi (2016) precedentemente discussa. Gli autori hanno concentrato la loro attenzione anche ai fattori di mediazione coinvolti nella relazione tra esperienze di vita avverse e disturbi alimentari. In particolare, la depressione, la dissociazione, l'insoddisfazione corporea, lo stile di attaccamento insicuro, e fattori neurobiologici svolgono un ruolo di mediazione nella relazione tra trauma e DAI. La dissociazione, in particolare, sembra essere il meccanismo attraverso cui la persona tende a difendersi ricorrendo a comportamenti come vomito autoindotto o mangiare in modo compulsivo per sfuggire o evitare sentimenti e sensazioni legati all'esperienza traumatica vissuta. Sembrerebbe infatti che i soggetti con AN che hanno sperimentato un abuso sessuale, attivano questo meccanismo al fine di ottenere un corpo meno attraente per l'abusante (Palmisano et al., 2016). La revisione della letteratura di Rabito-Alcon e colleghi (2021) ha evidenziato una serie di fattori di mediazione tra il trauma infantile e lo sviluppo di disturbi alimentari: la dissociazione, la disregolazione emotiva, l'insoddisfazione corporea, la depressione, l'ansia, l'autocritica e alessitimia. I risultati confermano che i mediatori spiegano solo in parte la sintomatologia alimentare, per cui risulta importante indagare e valutare le variabili psicologiche che intercorrono tra i traumi vissuti e la psicopatologia alimentare (Rabito-Alcon et al., 2021). Per quanto riguarda l'alessitimia, essa, funziona in modo molto simile alla dissociazione, poiché permette ai pazienti di "anestetizzare" ciò che non riescono a tollerare a seguito del trauma vissuto. Lo studio condotto da Minnich e colleghi (2017) in un campione misto di uomini e donne (n=1344), ha evidenziato che la trascuratezza sia fisica che emotiva è mediata dall'alessitimia, maggiormente nelle donne rispetto agli uomini con comportamenti da abbuffata (Minnich et al., 2017). Lagan e collaboratori (2024) in un campione di donne con diagnosi di AN ha effettuato analisi di mediazione nella relazione tra ACEs, autostima e comportamenti alimentari. I risultati hanno mostrato che la bassa autostima media la relazione tra traumi e insoddisfazione corporea maggiormente nella BN rispetto all'AN (Lagan et al., 2024). Il contributo di Mares e colleghi (2023) ha evidenziato effetti di mediazione dell'intolleranza all'incertezza e della regolazione emotiva nella relazione tra traumi, sintomi depressivi, ansia e disturbi alimentari. Secondo gli autori, i traumi subiti aumentano l'intolleranza all'incertezza che influisce a sua volta negativamente sulla regolazione emotiva favorendo la sintomatologia alimentare (Mares et al., 2023). Infine, lo studio di Barone et al (2024) ha valutato la relazione tra esperienze avverse e i sintomi principali di disturbo alimentare, valutando il ruolo di mediazione di variabili associate al trauma come l'inefficacia, la sensibilità alla punizione, l'alessitimia e l'impulsività. I risultati, hanno evidenziato che nei soggetti con diagnosi di AN ed Anoressia Nervosa Atipica

l'impulsività è un mediatore significativo tra abuso emotivo, desiderio di magrezza e comportamenti bulimici. Nei soggetti con BN invece la sensibilità alla punizione, media l'associazione tra abuso emotivo ed insoddisfazione per il corpo. Inoltre, in entrambe i gruppi AN e BN, l'inefficacia e la difficoltà nell'identificare le emozioni, sono stati mediatori significativi nella relazione tra abuso emotivo e insoddisfazione verso il proprio corpo e bulimia, rispettivamente. Non vi sono effetti di mediazione negli individui sani (Barone et al., 2024).

Questi dati supportano la teoria secondo cui i mediatori svolgono un ruolo specifico nel mantenere la psicopatologia dei disturbi alimentari negli individui emotivamente abusati. Le condotte restrittive o al contrario compensatorie possono essere interpretate come una modalità per riacquistare il controllo e ristabilire il senso di sicurezza dopo aver provato una emozione potenzialmente dannosa e incontrollabile con il trauma.

Alcuni studi (Tasca et al., 2009; Grilo et al., 2012; Lavender et al., 2015; Trottier et al., 2017) sostengono che la depressione può agire anche da moderatore nella relazione tra traumi e sintomatologia alimentare. Inoltre, potrebbe amplificare l'associazione tra alcune variabili psicologiche come l'insoddisfazione corporea, la disregolazione emotiva o i tratti di personalità e l'esordio o il mantenimento dei disturbi alimentari. Lo studio di Tasca e colleghi (2009) in un campione di 310 donne con diagnosi di disturbo alimentare, ha evidenziato che la depressione modera l'associazione tra la disregolazione emotiva e i sintomi alimentari. In particolare, i risultati hanno mostrato che la depressione aumenta la probabilità di sviluppare comportamenti alimentari disordinati in presenza di alti livelli di disregolazione emotiva (Tasca et al., 2009). Questi risultati sono stati confermati nella rassegna della letteratura condotta da Lavender e colleghi (2015), che ha ulteriormente evidenziato come la depressione modera la relazione tra tratti di personalità negativi e comportamenti alimentari disfunzionali, inoltre lo studio ha dimostrato che la disregolazione emotiva si associa ad una maggiore gravità del disturbo alimentare, sia per l'AN sia per la BN (Lavender et al., 2015).

2.2.1 Il ruolo della Disregolazione Emotiva nei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione

La ricerca scientifica ha evidenziato che la disregolazione emotiva può contribuire come meccanismo psicologico nei disturbi alimentari in modo trasversale all'insorgenza, al mantenimento e al peggioramento della sintomatologia alimentare (Burns et al., 2012; Trottier et al., 2017). In particolare, nei soggetti che hanno vissuto esperienze avverse, il disturbo alimentare funge come

strategia per riprendere il controllo, regolare le emozioni e gestire le difficoltà psicologiche vissute a seguito del trauma (Madowitz et al., 2015; Moulton et al., 2015). Sia nella BN che nell'AN il soggetto si concentra sul cibo e sulle forme del corpo per far fronte alle emozioni negative derivate dal trauma nel tentativo di regolare i ricordi negativi ad esso associati (Sanci et al., 2008). Lo studio condotto da Racine e colleghi (2015) su 188 pazienti con AN, ha evidenziato che la disregolazione emotiva ha mediato la relazione tra abuso emotivo e sintomi anoressici, senza mostrare differenze nei sottotipi di AN. I risultati hanno mostrato un modello secondo il quale l'abuso emotivo favorisce la disregolazione emotiva e i sintomi dell'AN si sviluppano e si mantengono in virtù della loro funzione regolatrice delle emozioni (Racine et al., 2015). Più specificatamente, il modello proposto da Racine et al. (2015) suggerisce che l'abuso emotivo interferisca con lo sviluppo di strategie efficaci di regolazione emotiva, aumentando la vulnerabilità del soggetto a esperienze affettive intense e difficili da gestire. In questo contesto, i sintomi dell'anoressia nervosa assumono una funzione regolatrice delle emozioni: la restrizione alimentare o il controllo ossessivo sul peso corporeo consentono di ottenere un sollievo temporaneo dal disagio emotivo, fornendo un senso illusorio di controllo. Allo stesso modo, l'attenzione costante al cibo e all'immagine corporea distrae dalle emozioni dolorose, rinforzando la persistenza dei comportamenti alimentari disfunzionali. Tale meccanismo spiega non solo l'esordio della patologia, ma anche il suo mantenimento nel tempo, evidenziando come la disregolazione emotiva rappresenti un fattore centrale nell'insorgenza e nel consolidamento dei disturbi alimentari in individui con esperienze traumatiche precoci. Lo studio di Millis e colleghi (2015) condotto su 222 adolescenti, ha confermato che l'abuso emotivo, il genere e la disregolazione emotiva sono predittori significativi dei disturbi alimentari. In particolare, è stato evidenziato un effetto indiretto dell'abuso emotivo sulla psicopatologia alimentare mediato dalla disregolazione emotiva, sottolineando il ruolo centrale di quest'ultima nel rischio di sviluppare comportamenti alimentari disfunzionali (Millis et al., 2025). La disregolazione emotiva può favorire l'insorgenza e il mantenimento dei disturbi alimentari attraverso diversi meccanismi. Innanzitutto, quando il soggetto sperimenta emozioni negative intense e intollerabili e non dispone di strategie adeguate per affrontarle, può ricorrere al cibo in modo disordinato, abbuffandosi o restringendo l'alimentazione al fine di ottenere un alleviamento temporaneo del disagio emotivo. In secondo luogo, la difficoltà a riconoscere, accettare o gestire emozioni negative e situazioni stressanti può portare all'adozione di condotte alimentari disfunzionali (come abbuffate, restrizione o vomito autoindotto) come strategie per regolare le emozioni o evitare il contatto con esperienze traumatiche. Infine, le esperienze infantili avverse possono ostacolare lo sviluppo di una regolazione emotiva adeguata; in questi casi, le emozioni vengono spesso ignorate o non riconosciute, favorendo l'uso di comportamenti alimentari disfunzionali come modalità per affrontare il malessere psicologico.

Studi successivi condotti su donne con AN, BN, e DAI, hanno confermato che l'abuso emotivo, ha un impatto specifico sulla disregolazione emotiva e questo favorisce la comparsa o il mantenimento di sintomi alimentari disfunzionali (Guillame et al., 2016). La disregolazione emotiva sperimentata dal soggetto che ha subito abuso emotivo, permette all'individuo di far fronte alle difficoltà nella gestione delle emozioni negative, con l'abbuffata il soggetto prova ad alleviare l'ansia, la tristezza o il vuoto emotivo, con la restrizione alimentare tenta di controllare le emozioni dolorose e con le condotte di eliminazione (il vomito o i lassativi) cerca di ridurre il senso di colpa o regolare la tensione emotiva.

La revisione della letteratura condotta da Cortés-García e colleghi (2019) evidenzia che la disregolazione emotiva è il fattore più rilevante coinvolto nella relazione tra attaccamento insicuro e Disturbi Alimentari. Lo studio mostra come la sintomatologia alimentare potrebbe rappresentare la manifestazione di una difficoltà da parte del soggetto nell'identificare le emozioni e il tentativo di contrastare il disagio. Questo spiegherebbe perché i soggetti ricorrono alle abbuffate (favorendo l'esordio del DAI e della BN) come modo per distrarsi dalle emozioni negative, oppure all'esercizio fisico eccessivo o alla dieta (favorendo l'esordio dell'AN) per ridurre i pensieri ostili che molto spesso seguono le abbuffate (Cortés- García et al., 2019). Uno studio condotto da Hoover e collaboratori (2022) su 310 partecipanti ha confermato il ruolo di mediazione della disregolazione emotiva tra trauma infantile subito e dipendenza da cibo indipendentemente dal genere. L'obiettivo dello studio era quello di esplorare la relazione tra il trauma infantile e la dipendenza da cibo, con un focus sul ruolo della disregolazione emotiva e del genere come mediatori di questa associazione. I risultati hanno evidenziato che la relazione tra traumi infantili e dipendenza alimentare è parzialmente mediata dalla disregolazione emotiva. Inoltre, il genere modera le associazioni tra trauma infantile e disregolazione emotiva, con associazioni più marcate negli uomini rispetto alle donne. Questo dato risulta di particolare interesse, in quanto si discosta dalla visione tradizionale che considera la disregolazione emotiva e i disturbi alimentari come problematiche prevalentemente femminili. Tali evidenze, suggeriscono due aspetti importanti, il primo è che gli uomini potrebbero essere maggiormente predisposti a sviluppare difficoltà nella regolazione delle emozioni in risposta a esperienze traumatiche infantili, il che a sua volta li rende più vulnerabili a comportamenti di dipendenza alimentare. Il secondo, è la necessità di considerare il genere nelle strategie di intervento clinico, poiché i processi psicologici sottostanti potrebbero differire tra uomini e donne, richiedendo approcci terapeutici personalizzati (Hoover et al., 2022). Un'interpretazione plausibile di questo dato può essere ricondotta anche a fattori di natura socioculturale: gli uomini, infatti, potrebbero disporre di un minor accesso a risorse espressive e di supporto emotivo, anche a causa dello stigma sociale

che circonda la manifestazione di vulnerabilità nel genere maschile. Questo potrebbe compromettere la capacità di elaborare adeguatamente esperienze traumatiche, con un impatto negativo sulla regolazione affettiva e sullo sviluppo di strategie di coping, tra cui il ricorso al comportamento alimentare come mezzo di compensazione emotiva.

Tra le spiegazioni più plausibili sul significato della sintomatologia alimentare in soggetti che hanno vissuto esperienze di traumi si fa strada l'idea che le condotte di abbuffate e di purging (cioè comportamenti di eliminazione quali il vomito auto-indotto o l'uso eccessivo di lassativi o diuretici) sono spesso utilizzate come modalità per affrontare emozioni dolorose vissute (Burns et al., 2012). Questa modalità di alimentarsi sembrerebbe fungere da meccanismo utilizzato per superare il disagio emotivo associato all'abuso subito (Groleau et al., 2012; Racine et al., 2015; Zelkowitz et al., 2021).

2.2.2 Il ruolo del Disturbo Post Traumatico da Stress nei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione

La letteratura scientifica, ha ampiamente evidenziato che i pazienti con disturbi alimentari e una storia di abuso hanno una elevata probabilità di sviluppare sintomi riconducibili al Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS) (Palmisano et al., 2016; Armour et al., 2016; Molendijk et al., 2017; Liveri et al., 2023). Molti contributi inoltre, hanno mostrato che alcune tipologie specifiche di abuso sono associate a un rischio maggiore di insorgenza del DPTS, infatti la revisione della letteratura condotta da Messman – Moore e colleghi (2017), ha evidenziato che in particolare i soggetti che hanno vissuto abuso sessuale ed emotivo, hanno un rischio maggiore di sviluppare sintomi del DPTS (Messman – Moore et al., 2017).

Secondo quanto riportato da Brewerton e colleghi (2023) circa il 50% dei pazienti con diagnosi di disturbo alimentare presenta in co-occorrenza un PTSD e molto spesso questa concomitanza è sottovalutata per cui è possibile assistere a trattamenti inefficaci, all'incremento della gravità dei sintomi e alla cronicità della sintomatologia (Brewerton et al., 2023).

La ricerca in merito ha mostrato differenze di relazione tra le sottocategorie specifiche dei disturbi alimentari e DPTS, in particolare le evidenze suggeriscono che tale associazione è regolata da meccanismi sottostanti che variano tra anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbi con condotte di eliminazione (purging), rispetto all'anoressia nervosa di tipo restrittivo (Mitchell et al., 2012; Brewerton et al., 2015). In generale, gli studi tendono a indicare una comorbilità più forte e una

maggior relazione tra il DPTS e i disturbi alimentari caratterizzati da abbuffate e/o condotte di eliminazione rispetto all'anoressia nervosa. Diversi studi (Brewerton et al., 2007; Mitchell et al., 2016; Tagay et al., 2014), hanno evidenziato come le condotte di abbuffata e di eliminazione (tipiche della bulimia nervosa e di alcuni sottotipi di disturbo da alimentazione incontrollata) sono utilizzate dai pazienti come strategie disfunzionali per far fronte a emozioni intense e insopportabili e per gestire e regolare le emozioni negative derivanti dal trauma, inclusi sintomi tipici del DPTS come pensieri intrusivi o di evitamento. In particolare, le abbuffate possono agire come un tentativo di automedicazione, mentre le condotte di eliminazione potrebbero rappresentare una forma di controllo su sensazioni corporee percepite come minacciose o spiacevoli. Al contrario, nell'Anoressia Nervosa di tipo Restrittiva si evidenziano tratti che possono apparire in contrasto con l'impulsività tipica del DPTS come la rigidità, il controllo alimentare e la restrizione calorica. Tuttavia, il bisogno di controllo nell'anoressia nervosa può derivare da esperienze traumatiche, rappresentando una modalità di adattamento a tali eventi (Brewerton et al., 2007). Queste differenze sottolineano come la relazione tra DPTS e disturbi alimentari sia complessa e modulata dal tipo specifico di disturbo, con importanti implicazioni per la progettazione di interventi terapeutici mirati e personalizzati (Brewerton, 2016; Wonderlich et al., 2017).

Il DPTS è una forma di psicopatologia inserita nel DSM - 5 TR (American Psychiatric Association, 2022) all'interno dei Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti che si verifica a seguito dell'esposizione da parte del soggetto ad eventi avversi, catastrofici e o violenti. Per diagnosticare un DPTS è necessario che la persona si sia esposta ad un evento traumatico e che tale evento, venga frequentemente rivissuto attraverso ricordi e/o sogni spiacevoli che il soggetto vorrebbe evitare (American Psychiatric Association, 2022).

La prevalenza del disturbo DPTS nei disturbi alimentari è stata studiata da Dansky e colleghi (1997) nel National Women's Study in un campione rappresentativo nazionale di oltre 3.000 donne. Il tasso di prevalenza del DPTS nella BN era il 37% rispetto al 12% dei soggetti con disturbo da alimentazione incontrollata. Il 21% dei soggetti bulimici mostravano una diagnosi con il DPTS rispetto al 4% dei pazienti senza una diagnosi alimentare. Anche i soggetti con diagnosi di DAI avevano un tasso di prevalenza del 22% rispetto ai controlli senza sintomatologia alimentare. Infine, le donne che avevano manifestato un DPTS a seguito di abuso sessuale avevano sperimentato condotte bulimiche rispetto alle donne che hanno subito abuso sessuale ma senza sintomi di DPTS (Dansky et al., 1997). Il contributo di Tagay e colleghi (2010) aveva come obiettivo quello di valutare la frequenza dei traumi e del DPTS nei pazienti con psicopatologia alimentare. Lo studio ha considerato un campione di 101 pazienti con disturbo alimentare. I risultati hanno mostrato che circa

il 63% dei pazienti con diagnosi di AN ha subito traumi rispetto alla BN con il 54%. Inoltre, più del 14% del campione bulimico ha manifestato sintomi del DPTS rispetto al 10% del campione anoressico (Tagay et al., 2010). Reyes-Rodríguez e colleghi (2011) con l'obiettivo di descrivere la natura degli eventi traumatici e di esplorare la relazione tra DPTS e AN, hanno utilizzato un campione di 753 donne con AN. I risultati hanno mostrato che circa il 41% del campione ha sperimentato abuso legato al sesso e che il 14% delle anoressiche ha soddisfatto i criteri per il DPTS. In particolare, il DPTS si associa maggiormente alla diagnosi di AN-BP rispetto all'AN-R. Infine, chi ha manifestato sintomi post traumatici ha dichiarato che l'evento traumatico è avvenuto prima della comparsa della sintomatologia alimentare (Reyes-Rodríguez et al., 2011). La revisione della letteratura di Palmisano e colleghi (2016) evidenzia che, nell'87% degli studi considerati, si riscontra una associazione positiva tra esperienze traumatiche, DPTS e DAI. Scharff e colleghi (2021) in un campione clinico di 699 donne suddivise in tre sottogruppi, uno in cui vi erano soggetti che non avevano vissuto traumi, un secondo gruppo in cui i soggetti avevano vissuto traumi ed avevano sviluppato DPTS e un terzo gruppo in cui vi erano soggetti che hanno subito traumi ma non hanno sviluppato un DPTS, hanno evidenziato che i partecipanti che avevano vissuto esperienze traumatiche (i due gruppi che hanno una storia di trauma) manifestavano sintomi alimentari più gravi e maggiore sintomatologia di ansia e di depressione rispetto al gruppo che non ha sperimentato traumi (Scharff et al 2021).

Nonostante l'interesse di clinici e ricercatori il ruolo specifico e l'associazione dei sintomi del DPTS nei disturbi alimentari non è ancora chiaro. L'ipotesi generale è che i disturbi alimentari esordiscono per far fronte ai sintomi del DPTS che nascono in modo naturale a seguito di una esperienza traumatica vissuta e che le due patologie, non solo coesistono ma si mantengono. Inoltre, sembrerebbe giocare un ruolo importante la regolazione delle emozioni come meccanismo centrale di questa comorbidità. Avremo così da un lato le conseguenze del trauma subito con la sintomatologia del DPTS e dall'altra l'incapacità di elaborare e gestire le emozioni negative in modo sano che contribuiranno ad attuare strategie alimentari disfunzionali (restrizione o vomito) come soluzione temporanea. Il risultato sarà un disturbo alimentare che non risolverà i problemi del PTSD, perpetuando così il ciclo (Mitchell et al., 2016). Il contributo di Holzer e colleghi (2008) in un campione di 97 donne suddivise in 4 gruppi (uno in cui vi erano donne che hanno subito abusi sessuali, un secondo in cui le donne hanno subito altre esperienze di abuso, un terzo in cui avevano subito sia abusi sessuali che altri abusi ed un quarto di controllo), con l'obiettivo di mostrare il ruolo del DPTS nei disturbi alimentari, ha confermato che le esperienze traumatiche favoriscono i sintomi alimentari e i sintomi del DPTS. Inoltre la sintomatologia da stress media la relazione tra traumi e disturbo alimentare. La comparsa dei sintomi di stress è considerata la naturale conseguenza di un trauma e la sintomatologia alimentare aiuterebbe il soggetto a gestire le emozioni negative attivando

l'emozione associata al DPTS (Holzer et al., 2008). Il contributo di Dubosc e colleghi (2012) invece ha considerato un campione di 296 studentesse con l'obiettivo di valutare il ruolo di mediazione del DPTS e dei sintomi depressivi nell'associazione tra abuso sessuale e disturbi alimentari. I risultati hanno confermato che, sia il DPTS che la depressione contribuiscono in modo significativo a spiegare la relazione tra l'abuso sessuale e l'insorgenza di sintomatologia alimentare. In particolare i sintomi del PTSD mediano completamente l'effetto dell'abuso sessuale sui disturbi alimentari mentre i sintomi depressivi media parzialmente la relazione. Inoltre, esaminando simultaneamente i mediatori, la relazione è risultata completamente mediata e nessuna delle due variabili è emersa come mediatore significativamente più forte (Dubosc et al., 2012). Il contributo di Roenholt e colleghi (2012) ha mostrato che i sintomi del DPTS si associano sia al sovrappeso che al sottopeso. Il campione casuale con oltre 2000 partecipanti aveva come obiettivo quello di esaminare la relazione tra DPTS ed esperienze di trauma infantile e peso corporeo. I risultati hanno evidenziato che il DPTS è un predittore significativo di sottopeso mentre l'esposizione a più eventi traumatici predice l'Obesità. Questi importanti risultati mettono in luce che il DPTS e la quantità di esperienze traumatiche possono essere fattori importanti nell'associazione tra trauma e peso corporeo, l'ipotesi è che l'abuso nel sovrappeso rappresenta un meccanismo di difesa per ridurre il rischio di altri abusi (Roenholt et al., 2012). Il contributo di Mitchell e colleghi (2016), nell'intento di spiegare i meccanismi che si associano al DPTS ed al disturbo alimentare, ha utilizzato un campione misto di veterani esposti a traumi (n=642 uomini e n=55 donne). I risultati hanno mostrato che il trauma maggiormente sperimentato era stato la morte di una persona cara, e confermato l'associazione tra la psicopatologia alimentare, sintomi del DPTS e la dipendenza dal cibo. Inoltre, hanno evidenziato che la sintomatologia alimentare è spesso utilizzata per affrontare emozioni negative (Mitchell et al., 2016). Il contributo di Liebman e colleghi (2020) in un campione comunitario di 120 adulti che ha dichiarato di aver subito almeno un abuso infantile, con l'obiettivo di identificare i sintomi che mantengono il DPTS ed il disturbo alimentare, ha evidenziato che la sintomatologia alimentare, in particolare le condotte di purging sono utilizzate dalla vittima per far fronte al disagio emotivo provato a seguito dei ricordi traumatici. I risultati confermano il ruolo di mediatore della regolazione emotiva tra DPTS e disturbo alimentare disordinato e la stretta associazione tra DPTS ed aumento di peso. Infine, il PTSD, secondo gli autori, bisogna considerarlo una vera e propria sindrome correlata al trauma piuttosto che due distinti disturbi concomitanti (Liebman et al., 2020). Lo studio di Nelson e colleghi (2022) in un campione di 344 studenti con l'obiettivo di individuare le associazioni tra il disturbo alimentare e il DPTS, ha evidenziato che sia le abbuffate che le restrizioni si associano ai sintomi del DPTS. In particolare, all'incapacità di provare emozioni positive e alle convinzioni negative. Inoltre, la presenza del DPTS favorisce comportamenti di abbuffata e/o di restrizione consentendo al soggetto

di regolare le emozioni negative che prova, permettendo un rinforzo reciproco tra sintomatologia alimentare e sintomi da stress (Nelson et al., 2022). Risultati confermati dal contributo di Longo e colleghi (2024) condotto su 126 pazienti. Uno degli obiettivi dello studio era di rintracciare nell'AN la prevalenza di traumi e di DPTS. I risultati hanno evidenziato la stretta relazione tra sintomi alimentari e sintomi da stress ed hanno mostrato che la maggior parte dei pazienti ha riferito un evento traumatico. Inoltre, chi aveva vissuto un trauma sessuale manifestava maggiori sintomi di DPTS (circa il 30%) e un quadro clinico più grave con depressione, ansia, dissociazione, e disregolazione emotiva (Longo et al., 2024).

La possibile spiegazione di questi meccanismi potrebbe essere che i traumi subiti ed in particolare l'abuso sessuale e l'abuso emotivo, producono e attivano pensieri e sintomi intrusivi favorendo la disregolazione emotiva, conseguenza naturale post traumatica che a loro volta favoriscono i sintomi alimentari. La psicopatologia alimentare, quindi, può essere considerata come una strategia per fronteggiare la sintomatologia post traumatica. Alla luce di quanto esposto, è opportuno valutare la presenza del DPTS nei pazienti con disturbi alimentari e in questi individuare eventuali esperienze avverse vissute, poiché la mancata diagnosi potrebbe contribuire alla resistenza del trattamento (Cassioli et al., 2021; Brewerton et al., 2023). I contributi della letteratura, infatti suggeriscono che l'identificazione precoce e la gestione delle comorbilità psichiatriche e mediche nelle persone con disturbi alimentari possono migliorare la risposta al trattamento e gli esiti (Espel-Huynh et al., 2019; Hemmingsen et al., 2021). Diversi studi confermano la natura bidirezionale della comorbilità tra disturbi alimentari e altre condizioni psichiatriche, indicando che entrambe le popolazioni sono più vulnerabili alla comorbilità reciproca (Plana-Ripoll et al., 2019; Momen et al., 2022).

2.3 Studi qualitativi nella relazione tra Esperienze Infantili Avverse e Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione

La ricerca scientifica ha utilizzato anche metodi qualitativi per studiare la relazione tra trauma e Disturbi Alimentari, attraverso interviste, resoconti narrativi, focus group. Non siamo a conoscenza di studi qualitativi che si sono interessati alla relazione specificando sottotipi di ACEs e categorie specifiche dei disturbi alimentari. Tuttavia, i contributi di seguito considerati hanno tentato di spiegare attraverso le parole e i vissuti dei soggetti il comportamento che essi hanno manifestato a seguito di eventi avversi vissuti e le motivazioni nascoste messe in atto nell'alimentazione disordinata. La maggior parte degli studi, intende l'alimentazione disordinata come quella condizione in cui il soggetto ha sperimentato abbuffate, restrizione e condotte di purging. Anche negli studi qualitativi,

che consentono una valutazione diretta delle parole dei soggetti entrando nel vivo delle loro vissuti emotivi, nel tentativo di spiegare il *perché*, si conferma l'idea che la sintomatologia alimentare svolga un ruolo nella regolazione delle emozioni negative provate dalla vittima a seguito di traumi vissuti. Le vittime, attraverso la manipolazione del corpo ed il controllo su di esso e sul cibo, provano a regolare le emozioni negative scaturite dal trauma, nel tentativo di riprendere il controllo o di evitare la sessualità o ancora come strategie di coping (Bridger et al., 1997; Starkman et al., 2005).

Lo studio condotto da Breland (2018) su un campione di 20 donne con alimentazione disordinata, ha permesso di individuare temi principali che spiegano la relazione tra ACEs e condotte alimentari disordinate attraverso interviste e focus group. La procedura dello studio ha previsto la somministrazione di una batteria di test per individuare i comportamenti alimentari disordinati (Test di Screening SCOFF), la presenza dei sintomi depressivi (Test PHQ-2, composto da 2 item che hanno indagato la mancanza di interesse e l'umore depresso), e 8 domande a risposta aperta per individuare eventi stressanti vissuti durante il servizio militare. Inoltre, i partecipanti sono stati coinvolti in 5 focus group e 2 interviste diadiche, registrate e trascritte alla lettera. I risultati hanno evidenziato che il 70% del campione aveva una alimentazione disordinata, il 25% utilizzava condotte di purging e il 75% aveva paura di perdere il controllo nell'alimentazione. Tutte le partecipanti avevano segnalato un evento traumatico, l'85% aveva vissuto un abuso sessuale durante il servizio militare e il 65% aveva una probabile diagnosi di Disturbo Post Traumatico da Stress. Inoltre, il 55% manifestava sintomi elevati di depressione. L'analisi tematica ha permesso di individuare 3 temi in relazione all'associazione tra traumi e alimentazione disordinata. Il primo tema individuato, era: *Il trauma può essere associato ai disturbi alimentari per l'attivazione di emozioni negative e pensieri disadattivi*. Le donne che hanno presentato tale tematica hanno evidenziato che l'utilizzo dell'alimentazione disordinata (sia in eccesso che in difetto) serviva come tentativo per affrontare i sentimenti di vergogna, il senso di colpa a seguito del trauma subito. Il secondo tema era: *Il disordine alimentare fornisce sollievo a breve termine ma non a lungo termine*. Le donne che sono rientrate in questo gruppo hanno indicato che l'alimentazione disordinata riduceva l'effetto negativo dell'esperienza vissuta, un modo per consolarsi, sentirsi sicura o ancora per anestetizzare i pensieri o per affrontare la rabbia. Il terzo tema era: *Il disordine alimentare può favorire l'evitamento di attenzioni indesiderate da parte degli autori del trauma*. Le partecipanti hanno evidenziato che l'alimentazione disordinata che hanno sperimentato è stata utilizzata al fine di evitare ulteriori attenzioni da parte dell'abusante. La manipolazione del corpo attraverso il controllo del cibo, permette, secondo le vittime, di evitare ulteriori esperienze traumatiche. Coloro che hanno sperimentato la restrizione, avevano come obiettivo quello di rendere il corpo invisibile, mentre quelle che hanno utilizzato

condotte di abbuffata speravano di non essere più attraenti e quindi avrebbero evitato attenzioni. Infine, in un focus group alcune partecipanti che hanno subito abuso sessuale hanno descritto l'alimentazione disordinata come alternativa ai rapporti sessuali. In questo caso il cibo assume una funzione compensatoria, una modalità alternativa per regolare il bisogno di vicinanza, protezione o gratificazione. L'atto di mangiare può colmare così un vuoto legato ai rapporti sessuali, vissuti come traumatici e dolorosi (Breland et al., 2018). Risultati simili, sono stati evidenziati da uno studio norvegese condotto da Roer e colleghi (2021) su un campione clinico di 13 donne e 2 uomini con l'utilizzo di interviste di focus group. Il campione reclutato ha partecipato a tre focus group esplorativi qualitativi ed a interviste con domande aperte, tutto è stato registrato e trascritto. L'obiettivo dello studio era quello di capire l'impatto del trauma sulle condotte alimentari. I dati sono stati elaborati attraverso un metodo descrittivo - esplorativo che ha permesso ai ricercatori di suddividere l'analisi dei dati in 4 fasi, la prima in cui sono stati evidenziati i temi, la seconda in cui è stato abbinato il tema alle parole del soggetto, la terza comprendeva una descrizione sintetica e la quarta fase ha permesso di individuare il tema finale con la descrizione analitica del testo. I risultati hanno evidenziato 4 temi principali. Il primo tema era: *L'alimentazione disordinata è utilizzata come strategie di coping*. I partecipanti riferiscono di aver messo in pratica una alimentazione disordinata (sia con abbuffate sia con restrizioni) per far fronte alle emozioni negative provate a seguito del trauma vissuto, come una forma di automedicazione o di punizione. Il secondo tema era: *Sperimentare la dipendenza dal cibo e dai dolci*. I partecipanti hanno descritto che in periodi stressanti hanno desiderato assumere cibi contenente zucchero, sale e grassi. Inoltre, hanno sperimentato condotte di abbuffata e/o di restrizione per compensare l'eccessiva assunzione di zucchero. I soggetti hanno evidenziato che questo comportamento, tendeva a prolungarsi nel tempo e nonostante fossero a conoscenza delle conseguenze, rimaneva un comportamento indispensabile per far fronte a stress ed emozioni negative. Inoltre, questi comportamenti venivano messi in atto in isolamento, molti di loro infatti hanno riferito sensazioni di vergogna e senso di colpa. Il terzo tema era: *Sperimentare comportamenti alimentari controllati dallo stress e dalle emozioni*. I partecipanti hanno riferito che le emozioni negative provocate dallo stress hanno spinto la scelta per una alimentazione impulsiva e/o incontrollata, alcuni hanno evidenziato che in più di una occasione, lo stress e le emozioni negative, hanno favorito una scelta di alimenti poco salutari, predisponendo i soggetti ad una successiva condotta di restrizione e/o di abbuffata. Il quarto tema era: *Sperimentare mancanza di appetito e ridotta capacità di pianificare e preparare i pasti*. I partecipanti, hanno evidenziato che in periodi particolarmente stressanti hanno sperimentato la perdita di appetito e la modificazione della sensazione di fame, inoltre, a causa della presenza di ansia e depressione hanno vissuto un calo di energia per la pianificazione e la preparazione dei pasti. Questo ha favorito una alimentazione disordinata motivata anche dalla decisione di non

pianificare i pasti ma assumere cibi già pronti e facili da preparare. I risultati evidenziano, come stress ed emozioni negative possono influenzare il comportamento alimentare disordinato e favorire comportamenti che spingono il soggetto a mettere in pratica condotte come purging, abbuffate e/o restrizioni. (Roer et al 2021). Lo studio di De Lara (2022) ha indagato il bullismo familiare esercitato sia dai genitori sui propri figli, sia tra fratelli ed i suoi effetti nella vita adulta. L'obiettivo era quello di scoprire eventuali conseguenze del bullismo vissuto in famiglia, in un campione di 43 studenti degli Stati Uniti attraverso una indagine qualitativa. Ai partecipanti è stata proposta una intervista semi – strutturata, registrata e trascritta, inoltre non è stata fornita loro una definizione di bullismo o violenza per non pregiudicare le risposte. I dati sono stati elaborati con il supporto di un programma computerizzato e un processo di codifica multifase, e successivamente con l'analisi tematica. I risultati hanno mostrato che 29 soggetti sono stati vittime di bullismo da parte dei fratelli, 14 soggetti hanno subito bullismo da parte dei genitori e 4 sono stati vittime di entrambi. Inoltre, tutti hanno dichiarato di aver subito bullismo verbale o emotivo. Dall'analisi tematica sono emersi tre temi, il primo era: *Bassa autostima e vergogna*, questa sensazione è stata descritta da parte delle vittime a seguito di appellativi utilizzati dai genitori e dai fratelli all'interno della propria famiglia. Il secondo tema era: *Problemi alimentari*, 10 soggetti hanno evidenziato che all'interno della loro famiglia, sono stati attenzionati con appellativi denigratori sul proprio aspetto fisico, questo ha comportato nelle vittime, una bassa autostima e per alcuni una conseguenza nella scelta di non mangiare o di scegliere di mangiare in modo disordinato, favorendo l'esordio di un disturbo alimentare. Il terzo tema era: *Effetti comportamentali e problemi di relazione*, i partecipanti hanno dichiarato di aver evitato l'abusante e che questo comportamento ha favorito condotte di evitamento e di diffidenza in generale nelle relazioni con amici e/o attuali partner (De Lara, 2022). Il contributo di Wattick e colleghi (2023) ha confermato che le persone che hanno sperimentato ACEs possono sviluppare strategie di coping per far fronte allo stress ed alle emozioni negative influenzando l'alimentazione. L'obiettivo dello studio era quello di individuare l'impatto delle esperienze avverse sulla dipendenza da cibo, valutare la depressione, l'ansia e lo stress. Lo studio ha previsto una valutazione quantitativa attraverso la somministrazione di una batteria di test (YFAS 2.0 per la dipendenza da cibo; ACE per le esperienze avverse; PHQ-9 per valutare la depressione; GAD-7 per il disturbo d'ansia generalizzato e PSS10 per la valutazione dello stress) in un campione di oltre 1.600 studenti universitari. Tra i partecipanti, chi ha manifestato una dipendenza da cibo ed ha scelto di partecipare all'indagine qualitativa, è stata proposta l'intervista semi - strutturate a risposta aperta. Il campione finale, che ha partecipato allo studio qualitativo, era di 36 soggetti. Le interviste sono state registrate e trascritte, ed attraverso l'analisi tematica sono stati raccolti temi e sottotemi. I risultati hanno evidenziato che oltre il 72% del campione soffriva di grave dipendenza da cibo, l'11% in forma moderata e il 16% in forma lieve, e

oltre il 30% aveva sperimentato un numero elevato di esperienze avverse. L'intervista semi strutturata aveva considerato due argomenti, il primo in cui il soggetto era chiamato a descrivere l'influenza dell'ambiente nella prima infanzia durante il consumo dei pasti, e l'atteggiamento e le abitudini dei propri familiari. Nel secondo il soggetto era invitato ad evidenziare in quale periodo erano emersi i primi sintomi. Per quanto riguarda l'argomento dell'influenza nella prima infanzia, i risultati hanno evidenziato 4 temi. Il primo tema riguardava: *Pressione per essere sani*: i soggetti hanno dichiarato che all'interno delle loro famiglie si respirava una certa pressione per avere un corpo ideale e che spesso avevano dovuto fare restrizione alimentare. Il secondo tema era: *Attenzione positiva della famiglia sul cibo*: i partecipanti hanno evidenziato che il momento del consumo del pasto era vissuto come un momento molto importante. Il terzo tema era: *Ambiente alimentare malsano*: in questo gruppo i partecipanti hanno dichiarato di non avere avuto una guida per la scelta dei pasti e che spesso per motivi economici erano costretti a scegliere cibi non sani. Il quarto tema era: *Influenza negativa della cena in famiglia*: i partecipanti hanno riferito di aver vissuto il momento del pasto in famiglia con ricordi negativi per aver sperimentato conflitti o pressioni.

Per quanto riguarda il secondo argomento Esordio dei sintomi, i risultati hanno evidenziato 5 temi. Il primo era: *Ingresso al college*, i partecipanti riferiscono che i sintomi da stress sono emersi nel momento in cui hanno iniziato a frequentare il college e questo ha favorito la scelta di cibi spazzatura. Il secondo tema era: *Pressioni a scuola e nelle relazioni*: i partecipanti hanno riferito che i primi sintomi sono comparsi quando nelle scuole hanno sperimentato con il gruppo dei pari il confronto con il corpo. Il terzo tema era: *Evento scatenante*: i partecipanti ricordavano l'evento o la situazione in cui sono comparsi i primi sintomi. I soggetti, hanno evidenziato che il cibo ha fornito loro stabilità in un momento in cui nella propria famiglia stavano sperimentando la separazione o il divorzio tra i genitori o la fine della relazione. Il quarto tema era: *Cattiva relazione sin dall'inizio*: i partecipanti hanno riferito di aver sempre avuto difficoltà con il cibo e di non avere ricordo dell'esordio dei sintomi alimentari disfunzionali (Wattick et al., 2023). Questi risultati confermano che la ricerca qualitativa può completare le informazioni che provengono dalla ricerca quantitativa, arricchendo la ricerca scientifica con i vissuti e le emozioni che i soggetti possono raccontare liberamente.

Parte Seconda

Capitolo 3 Definizione del Progetto di Ricerca

3.1 La ricerca: Introduzione al progetto di ricerca

Le esperienze infantili avverse (ACE) includono un'ampia gamma di eventi traumatici che si verificano entro i 18 anni di età. Esse comprendono abusi fisici, sessuali ed emotivi, trascuratezza fisica ed emotiva e disfunzioni familiari. Secondo la definizione proposta da Vincent Felitti e colleghi (1998), sono considerati esperienze avverse le situazioni in cui il minore non solo ha subito violenza, abuso o abbandono, ma si è trovato ad assistere a episodi di tentativi di suicidio, la morte di un membro della famiglia, separazione o divorzio o ancora esperienze in cui uno dei due genitori o entrambi hanno vissuto un periodo di detenzione (Felitti et al., 1998). Diversi contributi scientifici (McLaughlin et al., 2014; Nanni et al., 2021) hanno mostrato che, oltre alla tipologia delle ACE, anche la frequenza, la durata e il rapporto di familiarità con l'aggressore influenzano la probabilità di sviluppare problemi mentali in età adulta. La letteratura ha evidenziato inoltre che le ACE, rappresentano un importante fattore di rischio per lo sviluppo di psicopatologie, tra cui i disturbi dell'alimentazione e della nutrizione denominati Feeding and Eating Disorders (FED) (Kovács-Tóth et al., 2022; Rienecke et al., 2022a, Chuku et al., 2023; Eielsen et al., 2024; Gaffari et al., 2024; Weider et al., 2025). I disturbi dell'alimentazione e della nutrizione sono considerati disturbi mentali complessi, caratterizzati da pattern alimentari disfunzionali come la restrizione, le abbuffate, le condotte di eliminazione o eccessiva attività fisica, e da un'elevata preoccupazione ed insoddisfazione per il peso e la forma corporea (American Psychiatric Association, 2022). Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5-TR, American Psychiatric Association, 2022) distingue principalmente tre categorie che interessano adolescenti e giovani adulti: Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa e Disturbo da Alimentazione Incontrollata, precedentemente analizzati. Poiché uno degli elementi centrali nei disturbi alimentari è l'insoddisfazione dell'immagine del corpo, in questo studio è stato utilizzato il Body Shape Questionnaire (BSQ; Cooper et al., 1987), strumento self report che consente di misurare in modo dimensionale il grado di insoddisfazione e di preoccupazione relative alla forma corporea. Un approfondimento del test sarà discusso nei paragrafi successivi.

Numerose rassegne e studi, sia clinici che non clinici (Molendijk et al., 2017; Eielsen et al., 2024; Weider et al., 2025), hanno evidenziato una stretta associazione tra ACE e disturbi alimentari. Esperienze di abuso, trascuratezza o vittimizzazione precoce sono più frequenti tra i soggetti con

diagnosi di disturbo alimentare rispetto alla popolazione generale (Brewerton et al., 2020; Scharff et al., 2021; Longo et al., 2024). Tuttavia, l'esordio e il mantenimento della sintomatologia alimentare derivano dall'interazione complessa tra fattori biologici, psicologici e sociali (Culbert et al., 2015; Treasure et al., 2020). La natura dell'associazione tra ACE e disturbi alimentari presenta alcune differenze tra le varie diagnosi di Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa e Disturbo da Alimentazione Incontrollata. In generale, abusi sessuali, emotivi, trascuratezza e disfunzioni familiari aumentano il rischio di sviluppare un disturbo alimentare, con una maggiore gravità dei sintomi e un peggior esito terapeutico (Guillaume et al., 2016; Molendijk et al., 2017; Amiri et al., 2024). Nei soggetti con diagnosi di Anoressia Nervosa, l'abuso sessuale è più frequentemente associato al sottotipo Anoressia Nervosa Purging rispetto al sottotipo dell'Anoressia Nervosa Restrittiva (Trottier et al., 2017; Rienecke et al., 2022a), mentre l'abuso emotivo e la trascuratezza si associano maggiormente al sottotipo Anoressia Nervosa Restrittiva (Guillaume et al., 2016; Barone et al., 2024). Nei pazienti con Bulimia Nervosa, si osserva una maggiore associazione con l'abuso emotivo e la trascuratezza (Mitchel et al., 2005; Afifi et al., 2017). Infine, nei soggetti con Disturbo da Alimentazione Incontrollata, la patologia si associa maggiormente alla violenza domestica, alla malattia mentale vissuta in famiglia ed a comportamenti criminali messi in atto da uno o entrambi i genitori (Chu et al., 2022).

La letteratura scientifica concorda sul fatto che la relazione tra ACE e psicopatologia alimentare non sia diretta: le ACE agiscono come fattori predisponenti che alterano la regolazione dello stress e la capacità di regolazione emotiva nel tempo (Dvir et al., 2014; Messman-Moore et al., 2017). In questa prospettiva, le ACE rappresentano un fattore di vulnerabilità che può favorire la comparsa di sintomi post traumatici da stress, i quali compromettono i processi di regolazione emotiva e, a loro volta, contribuiscono alla genesi e al mantenimento della psicopatologia alimentare (Racine et al., 2015; Palmisano et al., 2016). I sintomi del disturbo post traumatico da stress, come evitamento e iperattivazione e ricordi intrusivi, compromettono la capacità di modulare le emozioni, promuovendo comportamenti di coping disfunzionali, ritiro sociale e comportamenti alimentari patologici (Cloitre et al., 2009; Ehring et al., 2010). In tale contesto, la disregolazione emotiva rappresenta il meccanismo psicologico che connette la sintomatologia post traumatica da stress ai disturbi alimentari, spiegando come le alterazioni della regolazione affettiva contribuiscano alla persistenza del disagio e all'uso del sintomo alimentare come strategia di controllo o evitamento. La disregolazione emotiva, intesa come difficoltà a identificare, comprendere, modulare e tollerare emozioni intense, è considerata un meccanismo centrale nella genesi, nella gravità e nella persistenza della sintomatologia post traumatica da stress. Numerosi studi (Racine et al., 2015; Cox et al., 2017;

Forbes et al., 2020; Pencea et al., 2020; Conti et al., 2023) hanno evidenziato che soggetti con livelli elevati di difficoltà nella regolazione emotiva mostrano una maggiore vulnerabilità allo sviluppo di sintomi post traumatici da stress dopo l'esposizione a eventi stressanti. In particolare, l'impiego di strategie maladattive, come evitamento o ruminazione, impedisce l'elaborazione adattiva dell'esperienza traumatica, favorendo intrusioni, evitamento e iperattivazione (Conti et al., 2023). Questo ruolo predittivo è stato documentato in studi su popolazioni cliniche e con disturbi alimentari (Reyes-Rodríguez et al., 2011; Racine et al., 2015). Una volta instaurata la sintomatologia post traumatica da stress, la disregolazione emotiva tende ad amplificarne la gravità e a favorire la cronicizzazione: difficoltà di controllo degli impulsi e limiti nelle strategie regolative risultano associati al mantenimento dei sintomi nel tempo (Racine et al., 2015). Inoltre, la disregolazione emotiva agisce da mediatore tra esperienze infantili avverse (in particolare abuso e trascuratezza emotiva) e la successiva manifestazione di sintomi post traumatici da stress. L'esposizione precoce interferisce con lo sviluppo delle competenze affettive e relazionali, generando vulnerabilità persistenti che rendono più probabile una risposta post traumatica da stress disfunzionale in età adulta (Brustenghi et al., 2019; Christ et al., 2019). Inoltre, diversi studi (Reyes-Rodríguez et al., 2011; Dingemans et al., 2017) condotti su specifici disturbi come il disturbo da alimentazione incontrollata e l'anoressia nervosa, confermano che comportamenti disfunzionali legati al cibo sono spesso associati a processi regolativi compromessi e a comorbidità traumatica, che agiscono sinergicamente con i sintomi post traumatici da stress (Reyes-Rodríguez et al., 2011; Dingemans et al., 2017). Infine, ricerche cliniche recenti e report di casi (Christ et al., 2019; Conversano et al., 2023) sottolineano come la presenza di marcata disregolazione emotiva richieda interventi terapeutici integrati, poiché il solo trattamento dei sintomi manifesti come ad esempio la sintomatologia alimentare, è spesso insufficiente a interrompere il meccanismo di mantenimento reciproco tra memoria traumatica, stati affettivi intensi e strategie maladattive (Christ et al., 2019; Conversano et al., 2023). La disregolazione emotiva rappresenta il meccanismo attraverso cui le memorie traumatiche non elaborate continuano a generare iperattivazione fisiologica, evitamento esperienziale e difficoltà nel recupero di uno stato emotivo di sicurezza (Christ et al., 2019). Studi longitudinali (Hoover et al., 2022) mostrano che soggetti con elevati livelli di disregolazione emotiva presentano un rischio significativamente maggiore di sviluppare sintomi intrusivi, flashback e dissociazione dopo l'esposizione a eventi stressanti, anche controllando per la gravità dell'evento traumatico (Hoover et al., 2022). In particolare, Racine e colleghi (2015) hanno dimostrato che, nei disturbi alimentari, le difficoltà nella gestione delle emozioni mediano la relazione tra esperienze di abuso infantile e la persistenza dei sintomi clinici, suggerendo che la disregolazione emotiva costituisca un ponte psicologico tra esperienze avverse precoci e disregolazione post traumatica da stress. In linea con questa prospettiva,

diversi studi (Racine et al., 2015; Christ et al., 2019; Hoover et al., 2022) suggeriscono una relazione bidirezionale tra disregolazione emotiva e sintomatologia post traumatica da stress, in cui ciascun processo tende a rinforzare l'altro nel tempo, amplificando la vulnerabilità emotiva e la difficoltà di recupero. Nel complesso, le evidenze suggeriscono che l'incapacità di regolare emozioni intense, sperimentate con esperienze traumatiche precoci, comprometta la capacità dell'individuo di elaborare efficacemente le memorie traumatiche, predisponendo così il soggetto allo sviluppo di sintomatologia post traumatica da stress. Di conseguenza, la disregolazione emotiva non solo media la relazione tra esperienze avverse precoci e sintomatologia post traumatica da stress, ma contribuisce anche al mantenimento dei sintomi attraverso strategie di coping disfunzionali, come l'evitamento, la dissociazione e comportamenti compensatori (Conversano et al., 2023). In tal senso, la disregolazione emotiva si riferisce all'incapacità di identificare, comprendere, modulare e accettare le proprie emozioni e può fungere da mediatore tra le ACE e la sintomatologia alimentare, dal momento che l'individuo utilizza i comportamenti alimentari come strategia di regolazione degli stati emotivi negativi (Harrison et al., 2010; Palmisano et al., 2016; Monteleone et al., 2021). Nei disturbi alimentari, la disregolazione emotiva si manifesta con la restrizione, come tentativo di inibire l'affettività, oppure con abbuffate e vomito, come strategie di autoconsolazione rispetto a vissuti negativi percepiti come intollerabili (Harrison et al., 2010; Racine et al., 2013).

Alla luce di tali evidenze, l'associazione tra trauma e sintomatologia alimentare sembra essere mediata da specifiche variabili psicologiche. In particolare, le ACE facilitano l'esordio dei sintomi post traumatici da stress (Reyes-Rodríguez et al., 2011; Palmisano et al., 2016), i quali a loro volta promuovono la disregolazione emotiva (Racine et al., 2015; Christ et al., 2019; Prefit et al., 2019; Hoover et al., 2022; Conversano et al., 2023), che favorisce l'insorgenza e il mantenimento della sintomatologia alimentare (Boumpa et al., 2024; Longo et al., 2024; Dosanjh et al., 2025). Il percorso appena descritto evidenzia come i sintomi post traumatici da stress e la disregolazione emotiva fungano da meccanismi attraverso cui il trauma infantile si traduce in psicopatologia alimentare. In particolare, la sintomatologia post traumatica da stress interferisce con il riconoscimento, e la gestione delle emozioni, e questo facilita l'adozione di comportamenti alimentari disfunzionali, come abbuffate o restrizione, nel tentativo maladattivo di autoregolazione emotiva (Hund et al., 2006; Brewerton, 2007; Pugach et al., 2023; Thompson et al., 2024).

Inoltre, diversi studi (Tasca et al., 2009; Lavender et al., 2015), evidenziano che la depressione può moderare la relazione tra ACE e disturbi alimentari. In particolare, i sintomi depressivi quali l'autosvalutazione, senso di vuoto, tristezza profonda, comportamenti ossessivi e ritualizzati legati al cibo, aumentano la sensibilità agli stimoli negativi e compromettono la capacità di utilizzare strategie

efficaci per la regolazione dello stress e delle emozioni (Tasca et al., 2009; Lavender et al., 2015). Questa compromissione del tono affettivo e della motivazione, tipica della depressione, favorisce inoltre l'adozione di strategie maladattive, come comportamenti alimentari disfunzionali (Sander et al., 2021). Inoltre, la sintomatologia depressiva spesso coesiste con la sintomatologia post traumatica da stress e con una bassa autostima, condizioni che aumentano ulteriormente la probabilità che le emozioni negative vengano gestite in modo inadeguato, ad esempio attraverso l'uso improprio del cibo o il controllo del peso (Brewerton et al., 2023). In sintesi, la depressione agisce sia come amplificatore della disregolazione emotiva che come promotore di strategie maladattive, intensificando il legame tra trauma infantile e disturbo alimentare.

Negli ultimi anni, anche la ricerca qualitativa ha fornito un contributo significativo alla comprensione dei legami tra esperienze avverse infantili e disturbi alimentari, focalizzandosi sui vissuti soggettivi dei pazienti e sui meccanismi psicologici sottostanti coinvolti. Diversi studi (Breland et al., 2018; Roer et al., 2021; De Lara, 2022; Wattick et al., 2023) hanno utilizzato interviste, narrazioni personali e focus group per esplorare come gli eventi traumatici infantili, la vergogna, la colpa e la difficoltà nella regolazione delle emozioni possano tradursi in comportamenti alimentari patologici, spesso impiegati come strategie di coping o tentativi di controllo emotivo e corporeo (Breland et al., 2018; Roer et al., 2021; De Lara, 2022; Wattick et al., 2023). In particolare, Breland e colleghi (2018), in un campione clinico di donne con storia di abuso sessuale, hanno evidenziato che il comportamento alimentare disordinato può rappresentare un mezzo per gestire emozioni di colpa e vergogna, ottenere sollievo temporaneo o evitare attenzioni indesiderate. Risultati analoghi sono stati riportati da Roer e colleghi (2021), che hanno mostrato come nei soggetti con disturbi alimentari il cibo possa assumere una funzione di automedicazione emotiva, utilizzato per regolare stati di stress e ansia derivanti da esperienze traumatiche pregresse. Lo studio di De Lara (2022) ha approfondito gli effetti del bullismo familiare e delle offese legate all'aspetto fisico, evidenziando come tali esperienze compromettano l'autostima e favoriscano l'insorgenza di comportamenti alimentari patologici in età adulta. Analogamente, Wattick e colleghi (2023) hanno osservato, in un ampio campione di studenti universitari, che una maggiore esposizione alle ACEs è associata a una maggiore vulnerabilità alla dipendenza da cibo, mediata da pressioni familiari sul corpo e modelli alimentari disfunzionali. Queste evidenze, raccolte attraverso metodologie qualitative, suggeriscono che le esperienze negative precoci influenzano profondamente il rapporto con il corpo e il cibo, confermando la funzione della sintomatologia alimentare come modalità di regolazione emotiva e gestione dello stress derivante da esperienze traumatiche sperimentate (Brewerton, 2007; Palmisano et al., 2016; Monteleone et al., 2021). In questa prospettiva, la ricerca

qualitativa permette di identificare specifici vissuti soggettivi e percorsi psicologici che possono mediare la relazione tra ACE, disregolazione emotiva e disturbi alimentari, fornendo informazioni complementari agli approcci quantitativi.

Sulla base delle evidenze disponibili in letteratura, il presente studio mira a contribuire alla definizione di un modello integrato dei disturbi alimentari, in cui fattori biologici, come la vulnerabilità allo stress, fattori psicologici, quali la regolazione emotiva e la sintomatologia depressiva, e fattori sociali, tra cui le esperienze traumatiche infantili, interagiscono dinamicamente, influenzando sia l'insorgenza sia il mantenimento dei disturbi alimentari. La metodologia multimetodo, terrà conto sia degli aspetti quantitativi, raccolti tramite strumenti self-report, sia delle narrazioni sui vissuti emotivi, ricavate direttamente dalle parole dei soggetti. Questa ricerca, considerando la letteratura sopra citata, si propone di ampliare le conoscenze in merito alla associazione tra ACE e disturbi alimentari. Più specificatamente, partendo dal presupposto che i soggetti con diagnosi di disturbo alimentare che abbiano subito traumi pregressi possano manifestare una sintomatologia post traumatica da stress (Tagay et al., 2010; Reyes-Rodriguez et al., 2011; Palmisano et al., 2016; Scharff et al., 2021) come conseguenza diretta del trauma, è plausibile ritenere che tale sintomatologia post traumatica da stress favorisca l'insorgenza della disregolazione emotiva (Holzer et al., 2008; Mitchell et al., 2016; Liebman et al., 2020; Nelson et al., 2022; Longo et al., 2024) in quanto i sintomi post traumatici da stress come pensieri intrusivi, evitamento e attivazione rendono le emozioni più intense e meno gestibili, riducendo così la tolleranza agli stati affettivi negativi (Cloitre et al., 2009; Ehring et al., 2010) e favorendo l'adozione di strategie maladattive come comportamenti alimentari disfunzionali, e infine, che la depressione influisca sull'intensità delle relazioni tra le variabili in esame (Tasca et al., 2009; Lavender et al., 2015).

In continuità con la componente quantitativa, la parte qualitativa di questa ricerca è stata progettata per approfondire i meccanismi sottostanti tali relazioni. A tal fine, sono state formulate due domande aperte: (1) raccontare un episodio in cui hanno percepito emozioni intense o assenti in relazione alla propria patologia; (2) descrivere l'esperienza vissuta fino a oggi nel percorso di cura. L'analisi delle narrazioni raccolte consentirà di individuare tematiche ricorrenti relative a strategie di coping, difficoltà emotive, sintomatologia post traumatica da stress e vissuti traumatici, contribuendo a comprendere come i soggetti attribuiscono significato alle proprie esperienze e come tali significati influenzino la gestione del disturbo alimentare. La combinazione di dati qualitativi e quantitativi consentirà di validare e ampliare i modelli teorici esistenti sulla mediazione della disregolazione emotiva tra ACE e disturbi alimentari (Racine et al., 2015; Christ et al., 2019; Prefit et al., 2019; Hoover et al., 2022; Conversano et al., 2023). Questo approccio permetterà non solo di evidenziare

le associazioni statistiche tra le variabili, ma anche di approfondire i processi psicologici vissuti dai pazienti e le strategie di autoregolazione adottate nel contesto del percorso terapeutico.

3.2 Obiettivi

Il presente lavoro intende analizzare, in un campione di pazienti con disturbo alimentare in età compresa tra i 18 ed i 28 anni, le complesse relazioni tra le ACE, la sintomatologia post traumatica da stress, la disregolazione emotiva, la depressione e i disturbi alimentari. In particolare, lo studio si propone di approfondire i meccanismi psicologici che mediano e moderano l'associazione tra ACE e disturbi alimentari, alla luce delle evidenze emerse dalla letteratura scientifica più recente. Nel dettaglio, lo studio si propone di analizzare: 1) la presenza di esperienze traumatiche nel campione con diagnosi di disturbo alimentare, 2) l'esistenza di possibili associazioni tra gli eventi traumatici pregressi e la presenza di sintomi post traumatici da stress e di disregolazione emotiva, 3) il ruolo della disregolazione emotiva come possibile meccanismo psicologico che media la relazione tra trauma e disturbi alimentari, sia a livello quantitativo che qualitativo ed infine, 4) come le ACE contribuiscano allo sviluppo di sintomi post traumatici da stress, i quali favoriscano l'insorgenza della disregolazione emotiva, che a sua volta predica la comparsa di sintomatologia alimentare. Si indaga inoltre, se la depressione svolga un ruolo di moderatore nelle relazioni delle variabili considerate. In particolare, si intende esaminare se le difficoltà nella consapevolezza e gestione delle emozioni, ravvisabili sia attraverso l'utilizzo di strumenti self-report sia attraverso la raccolta di narrazioni sulle emozioni connesse alle esperienze negative e/o traumatiche, possano intervenire per mediare gli effetti delle esperienze avverse nei disturbi alimentari, e se l'intensità di questi legami tra trauma e sintomatologia alimentare vari in funzione dei livelli di depressione. Accanto all'analisi quantitativa, la componente qualitativa del presente studio si propone di approfondire i vissuti soggettivi delle persone con disturbo alimentare, con particolare attenzione al modo in cui esse esperiscono, esprimono e regolano le emozioni intense. L'obiettivo generale è indagare il significato soggettivo attribuito alle esperienze emotive e comprendere come tali vissuti influenzino i processi di disregolazione emotiva e le strategie di coping attraverso il corpo e l'alimentazione. La prima domanda aperta, relativa agli episodi in cui i partecipanti hanno sperimentato emozioni forti o assenti rispetto alla patologia, consente di esplorare le modalità di regolazione affettiva adottate e il ruolo dei comportamenti alimentari quali restrizione, abbuffate, vomito o iperattività come possibili strategie di controllo, evitamento o protezione da stati interni percepiti come intollerabili. Tale prospettiva permette di evidenziare i meccanismi di iperattivazione, vuoto e anestesia emotiva e di mettere in luce il ruolo del corpo come strumento di espressione e contenimento del disagio. La

seconda domanda aperta centrata sull'esperienza soggettiva del percorso di cura, esplora come i pazienti vivono il cambiamento e la gestione emotiva e del corpo, la relazione terapeutica e il processo di guarigione, evidenziando le difficoltà incontrate, le risorse psicologiche sperimentate.

L'analisi qualitativa delle narrazioni consente così di cogliere i meccanismi emotivi sottesi alla regolazione e alla trasformazione del sintomo alimentare, offrendo una prospettiva di supporto rispetto ai risultati quantitativi. Essa arricchisce la comprensione delle associazioni tra esperienze avverse infantili, sintomi post traumatici da stress, disregolazione emotiva e disturbi alimentari, fornendo uno sguardo più profondo sui processi psicologici soggettivi che sostengono tali relazioni. In questo modo, lo studio non si limita a descrivere relazioni statistiche tra variabili, ma restituisce anche i significati e le funzioni che i pazienti attribuiscono alle proprie esperienze emotive e comportamentali, ampliando le implicazioni cliniche verso interventi più mirati e personalizzati.

3.2.1 Obiettivi specifici

Nello specifico, la ricerca si propone di:

1. Esplorare l'eventuale presenza dei traumi pregressi in caso di disturbi alimentari, verificando se i soggetti con diagnosi di disturbo alimentare riportino esperienze di vittimizzazione precoce.
2. Esplorare l'esistenza di possibili associazioni tra l'esposizione ad eventi traumatici pregressi, presenza di sintomi post-traumatici da stress e disregolazione emotiva.
3. Analizzare i meccanismi di mediazione nella relazione tra ACE e sintomatologia alimentare, ipotizzando un modello di mediazione seriale in cui:
 - le esperienze traumatiche precoci influenzino la comparsa di sintomi post traumatici da stress;
 - la sintomatologia post traumatica da stress incida sulla disregolazione emotiva;
 - la disregolazione emotiva, a sua volta, sia strettamente associata alla sintomatologia alimentare.
4. Esaminare il ruolo della depressione come variabile di moderazione, valutando se essa intervenga nella relazione tra ACE, disregolazione emotiva e sintomi alimentari, amplificando o attenuando l'intensità delle associazioni osservate.
5. Esplorare come i soggetti con disturbi alimentari vivono e gestiscono emozioni intense o stati di assenza emotiva in relazione alla propria patologia, analizzando le modalità di regolazione affettiva e il ruolo dei comportamenti alimentari quali la restrizione, le abbuffate, il vomito o l'iperattività come possibili strategie di coping o di controllo emotivo.

6. Indagare l'esperienza soggettiva del percorso di cura nei soggetti con disturbi alimentari, esaminando la percezione dei cambiamenti emotivi e corporei, le difficoltà nella regolazione affettiva e le risorse psicologiche che emergono nel processo terapeutico.

3.3 Ipotesi e Principali risultati attesi

Relativamente al primo obiettivo, in linea con le indicazioni della letteratura (Palmisano et al., 2016; Molendijk et al., 2017; Amianto et al., 2018; Hicks White et al., 2018; Pugh et al., 2018; Brustenghi et al., 2019; Monteleone et al., 2019; Lie et al., 2021), Ipotizziamo (H1) che i soggetti con diagnosi di disturbo alimentare riportino una maggiore esposizione a esperienze traumatiche pregresse, in particolare a forme di vittimizzazione precoce. In accordo con le ricerche scientifiche (Cloitre et al., 2009; Ehring et al., 2010), Ipotizziamo (H2) che la sintomatologia post traumatica da stress e la disregolazione emotiva assumano il ruolo di mediatori seriali nella relazione tra ACE e sintomatologia alimentare, in particolare che le ACEs sperimentate favoriscano la sintomatologia post traumatica da stress (Boumpa et al., 2024; Dosanjh et al., 2025) che a sua volta eserciti un impatto sulla disregolazione emotiva (Holzer et al., 2008; Mitchell et al., 2016; Liebman et al., 2020; Nelson et al., 2022; Longo et al., 2024), e che questa favorisca la sintomatologia alimentare. Infine, secondo le indicazioni della letteratura scientifica (Tasca et al., 2009; Lavender et al., 2015), Ipotizziamo (H3) che la depressione svolga un ruolo di moderatore nella relazione tra le variabili in esame.

In continuità con gli obiettivi della componente quantitativa e in linea con la letteratura qualitativa sull'interazione tra esperienze avverse precoci, disregolazione emotiva, sintomatologia post traumatica da stress e disturbi alimentari (Breland et al., 2016; Roer et al., 2021), questa ricerca si propone di esplorare vissuti emotivi e relazionali dei partecipanti ponendo particolare attenzione al modo in cui essi percepiscono, descrivono e regolano le emozioni in relazione alla patologia alimentare e al percorso di cura. In particolare, sulla base delle evidenze disponibili, è plausibile che i racconti contengano descrizioni di episodi di intensa attivazione emotiva o di assenza di emozioni significative in relazione alla patologia alimentare o a esperienze avverse pregresse, o ancora vissuti di vuoto, vergogna, colpa, rabbia e perdita di controllo alternati a momenti di iperattivazione o evitamento. Tali esperienze sono coerenti con la funzione regolativa dei comportamenti alimentari disfunzionali, intesi come strategie di riduzione o controllo di emozioni intollerabili (Brewerton, 2007; Haynos et al., 2011). L'analisi qualitativa, integrando i risultati quantitativi, consente di comprendere non solo le relazioni tra variabili, ma anche i processi psicologici e affettivi sottostanti, offrendo indicazioni per interventi clinici più mirati.

I dati raccolti attraverso il presente studio consentiranno di comprendere la natura delle associazioni tra le esperienze infantili avverse e l'insorgenza dei disturbi alimentari. I risultati permetteranno di approfondire i vissuti e le eventuali difficoltà di regolazione emotiva che caratterizzano i soggetti con disturbi alimentari. In particolare, l'evidenza di una correlazione tra traumi pregressi e disturbi alimentari sottolinea l'importanza di includere una valutazione sistematica delle esperienze traumatiche nella fase di assessment e diagnosi. L'individuazione precoce di tali episodi, infatti, può orientare il clinico verso interventi più mirati e favorire una prognosi migliore, evitando un intervento esclusivo sui comportamenti alimentari disfunzionali. Inoltre, la validazione del modello di mediazione seriale può suggerire l'utilità di trattare non solo i sintomi alimentari, ma anche i processi sottostanti, quali la sintomatologia post traumatica da stress e la disregolazione emotiva. In aggiunta, l'identificazione della depressione come possibile variabile di moderazione può offrire spunti per personalizzare gli interventi clinici: i pazienti con elevati livelli di sintomatologia depressiva potrebbero richiedere un trattamento più intensivo. La letteratura scientifica evidenzia che i pazienti con disturbi alimentari che presentano sintomatologia depressiva richiedono, oltre al trattamento specifico della sintomatologia alimentare, interventi aggiuntivi mirati al miglioramento dell'umore e alla riduzione della disregolazione emotiva (Cassioli et al., 2023). Infatti, la sintomatologia depressiva spesso si associa a una ridotta capacità di regolazione emotiva, a una scarsa motivazione al cambiamento e a una maggiore vulnerabilità allo stress (Mikulincer et al., 2019; Kontinen, 2020). In questo contesto, elevati livelli di sintomi depressivi possono amplificare l'impatto negativo delle ACE sulla gravità dei sintomi alimentari (O'Loghlen et al., 2023; Zhang et al., 2024). In particolare, la presenza di sintomi depressivi aumenta la probabilità che lo stress proveniente dalle ACE si traduca in comportamenti alimentari disfunzionali (Cogodi et al., 2024). Anche da un punto di vista clinico, la sintomatologia depressiva può influire negativamente sull'efficacia dei trattamenti per i disturbi alimentari, richiedendo così un approccio terapeutico più intensivo e integrato, che affronti simultaneamente le due condizioni per migliorare gli esiti complessivi dei pazienti. Infine, è auspicabile promuovere approcci narrativi in grado di esplorare il significato soggettivo attribuito alle emozioni, al corpo e al cibo.

In sintesi, i risultati attesi da questa ricerca e la conferma delle ipotesi proposte consentirebbero di supportare interventi multidisciplinari e integrati, centrati sulla storia di vita e sul funzionamento emotivo nella presa in carico del paziente, migliorando così gli esiti terapeutici nei disturbi alimentari.

3.4 Metodologia della ricerca

Il presente lavoro adotta un disegno di tipo retrospettivo, in quanto la raccolta dei dati si è basata su autovalutazioni e ricordi riferiti dai partecipanti in età adulta, con particolare riferimento alle esperienze infantili avverse. Questo approccio consente di esplorare le associazioni tra eventi traumatici precoci e variabili psicopatologiche attuali, quali la disregolazione emotiva, la sintomatologia post traumatica da stress e i disturbi alimentari, attraverso la lente soggettiva del ricordo e dell'elaborazione personale dell'esperienza vissuta. La logica metodologica di questo disegno si ispira al lavoro di Reuben e colleghi (2016), che hanno confrontato le esperienze infantili avverse documentate prospetticamente durante l'infanzia con quelle rievocate retrospettivamente in età adulta, mostrando come la raccolta retrospettiva rappresenti una modalità valida e complementare per indagare l'impatto delle ACEs sul funzionamento psicologico e sulla salute mentale nell'età adulta. Tale prospettiva consente di valorizzare la dimensione soggettiva del ricordo traumatico, riconoscendone la rilevanza clinica e la capacità di influenzare gli esiti psicopatologici anche a distanza di anni (Reuben et al., 2016). L'utilizzo di una metodologia multimodale, di natura sia quantitativa sia qualitativa (Guetterman et al., 2015; Anguera et al., 2020), ha consentito, da un lato, di comprendere quantitativamente l'impatto delle ACEs sull'insorgenza e sul mantenimento dei disturbi alimentari approfondendo i meccanismi psicologici di mediazione e di moderazione che sono coinvolti nella relazione; dall'altro, di individuare, analizzare e comprendere il vissuto di questi pazienti. L'analisi qualitativa ha infatti confermato, seppur non sempre in modo esplicito, la presenza di ACE e di elementi riconducibili a una sintomatologia post traumatica da stress e a difficoltà nella regolazione delle emozioni.

I criteri di inclusione stabiliti per l'arruolamento del campione, comprendevano adolescenti e giovani adulti in età compresa tra i 18 ed i 28 anni di età, fascia di età rappresentativa dell'utenza accolta dal centro, con diagnosi di disturbo alimentare secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM 5-TR; American Psychiatric Association, 2022), soggetti che avevano richiesto di iniziare un percorso riabilitativo per disturbi alimentari e che potevano aver già sperimentato altri percorsi riabilitativi. I criteri di esclusione, hanno riguardato la presenza di comorbidità con disabilità intellettiva, soggetti con disturbi psichiatrici nell'area psicotica in anamnesi prossima.

3.4.1 Partecipanti

Il campione clinico è stato arruolato consecutivamente presso i tre Centri italiani inseriti nella ricerca: il Centro Medico Biolife, Modulo disturbi alimentari (Centro Diurno per la cura dei disturbi alimentari, sito a Cosenza, Calabria), la Residenza Palazzo Francisci di Todi in Umbria (Perugia), Centro Residenziale specializzato per la Cura dei disturbi alimentari, e il Centro Diurno Nido delle Rondini di Todi in Umbria (Perugia), Centro Diurno per la Cura dei disturbi alimentari.

Sono stati arruolati 79 pazienti con diagnosi di disturbo alimentare, aventi un'età compresa tra i 18 e i 28 anni ($M=21.5$; $DS=2.84$). Il campione è di convenienza e dipende dalle persone che si sono recate nei centri coinvolti nello studio da ottobre 2024 a marzo 2025; i partecipanti non sono stati determinati statisticamente. Per la raccolta dei dati anamnestici e sociodemografici sono state utilizzate domande specifiche costruite ad-hoc, che includevano età, genere, titolo di studio, tipo di occupazione, stato civile, regione di residenza, ordine di genitura, caratteristiche specifiche della sintomatologia alimentare ed eventuali altre patologie concomitanti. Non sono state inserite domande che riguardavano l'orientamento sessuale poiché non rientrava tra gli obiettivi principali né nel modello teorico alla base della ricerca, focalizzato sul ruolo delle esperienze avverse infantili nella psicopatologia alimentare.

Dei 79 soggetti reclutati, il 97,5% erano femmine e il 2,5% maschi; 33 partecipanti erano secondogeniti, e la maggior parte proveniva dalle regioni del centro Italia ($n=50$). Nella tabella 1 si riportano le statistiche descrittive socio-demografiche del campione clinico totale.

Tabella 1- Statistiche descrittive socio-demografiche nel campione clinico (N=79)

Variabili Socio-demografiche	<i>F</i>
Istruzione	Licenza Media 12
	Diploma scuole superiori 54
	Laurea triennale-Diploma universitario 8
	Laurea Specialistica/Magistrale/Vecchio ordinamento 5
Genere	F 77
	M 2
Figlio/a unico/a	No 73
	Si 6
Stato Civile	Single 73
	Spostato/a 1
	Conviventi 5
Ordine di genitura	Figlio unico 6
	Primo Figlio 27
	Secondogenito 33
	Terzogenito 12
	Quartogenito 1

Lavoro	Disoccupato	48
	Studente	14
	Lavoratore non qualificato	3
	Commerciante	8
	Dirigente	1
	Libero Professionista	5
Regione di residenza	Nord	2
	Centro	50
	Sud/isole	27

Per quanto riguarda la storia clinica dei partecipanti, circa la metà del campione, il 49,4% ha riferito di aver avuto precedenti trattamenti psicologici o psichiatrici, mentre il restante 50,6% non ha mai ricevuto trattamenti precedenti. In merito alla presenza di comorbidità psichiatriche, il 15,2% del campione ha riportato una diagnosi di depressione, mentre l'84,8% ha negato tale diagnosi. I disturbi di personalità sono stati riferiti dall'11,4% dei partecipanti, mentre l'88,6% non ha riportato tali disturbi. L'8,9% del campione ha indicato la presenza di un disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) e disturbi d'ansia, mentre rispettivamente il 91,1% non ha riportato tali condizioni. Solo l'1,3% ha riferito di aver ricevuto una diagnosi di disturbo post traumatico da stress (DPTS), mentre il 98,7% non ha dichiarato tale diagnosi; la stessa percentuale (1,3%) è stata osservata per i disturbi dell'adattamento. Infine, il 6,3% ha riferito la presenza di altre patologie somatiche concomitanti, mentre il 93,7% ha negato condizioni mediche rilevanti. La tabella 2 riassume le statistiche descrittive della storia clinica e della presenza di comorbidità psichiatriche riferite dal campione totale.

Tabella 2- Statistiche descrittive della storia clinica e della presenza di comorbidità psichiatriche sul campione totale (N=79)

Variabile	Frequenza		Percentuale	
	Si	No	Si (%)	No (%)
Trattamenti Precedenti	39	40	49.4%	50.6%
Depressione	12	67	15.2%	84.8%
Disturbi di Personalità	9	70	11.4%	88.6%

Disturbo ossessivo-compulsivo	7	19	8.9%	91.1%
Disturbo Post-Traumatico da Stress	1	78	1.3%	98.7%
Disturbo d'ansia	7	72	8.9%	91.1%

3.4.2 Procedura e modalità di arruolamento

Il protocollo di studio, presentato dal Centro Promotore (Centro Medico Biolife – Modulo Disturbi Alimentari), è stato approvato dal Comitato Etico della Regione Calabria (Registro Protocollo n. 189 del 13 giugno 2024) ed è stato promosso in accordo con le linee guida approvate nella Dichiarazione di Helsinki. Anche il foglio informativo e il modulo del consenso informato del partecipante sono stati preparati come richiesto dalle Linee Guida ICH. L'indagine, la cui partecipazione era volontaria e anonima, aveva una durata di circa 30 minuti; i partecipanti sono stati preventivamente informati circa gli obiettivi e le modalità dello studio e, successivamente, hanno completato gli strumenti e le due domande aperte tramite un modulo Google Form, solo dopo aver espresso il consenso alla ricerca che garantiva anonimato, riservatezza e diritto al ritiro. Nessuno di coloro che ha accettato di partecipare ha poi abbandonato lo studio.

3.5 Strumenti per la valutazione

I pazienti che hanno partecipato allo studio, oltre ad aver compilato il modulo del consenso informato, la scheda anamnestica e la scheda socio-anagrafica, hanno risposto ad una batteria di strumenti self-report e a due domande aperte di seguito riportate.

3.5.1 Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure (MACE Scale; Teicher et al., 2015).

La scala **Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure (MACE Scale; Teicher et al., 2015)** viene utilizzata per valutare retrospettivamente esperienze di abuso e maltrattamento vissute da una persona nel corso della sua vita, con un'attenzione specifica agli episodi accaduti durante l'infanzia e l'adolescenza. Lo strumento consente di rilevare la cronologia, l'intensità, la durata e le diverse tipologie di abuso vissute. Inoltre, fornisce un punteggio di gravità complessivo e un punteggio di molteplicità (numero di tipi di maltrattamento sperimentati), con eccellente affidabilità test-retest, una buona coerenza interna ed una valida correlazione con altre misure di abusi e maltrattamenti (Teicher et al., 2015). Le caratteristiche innovative della scala riguardano la capacità di individuare la molteplicità (numero di tipi di maltrattamento sperimentati) e la gravità del maltrattamento, nonché

il periodo in cui si è verificato sia durante l'infanzia sia durante l'adolescenza. La scala viene utilizzata per raccogliere informazioni dettagliate sugli abusi e i maltrattamenti, considerando sia le esperienze dirette di abuso fisico, sessuale e psicologico, che l'esposizione a fattori di rischio ambientali, come la violenza domestica o l'abuso di alcol da parte di un familiare. Lo strumento è composto da 52 item che indagano dieci tipi di maltrattamento: abbandono emotivo, abuso emotivo non verbale, maltrattamento fisico da parte dei genitori, abuso verbale da parte dei genitori, abuso emotivo tra pari, bullismo fisico tra pari, negligenza fisica, abuso sessuale, testimonianza di violenza tra genitori e violenza sui fratelli. Ogni item cerca di individuare in quale periodo della vita la persona ha vissuto l'abuso, la frequenza e la gravità: il soggetto 'età in cui ha sperimentato l'abuso, la durata dell'esposizione e la gravità dello stesso. I punteggi ottenuti dallo strumento possono essere utilizzati per valutare l'impatto cumulativo degli abusi sulla salute mentale e sul benessere psicologico del soggetto. La scala permette di identificare eventuali associazioni tra esperienze traumatiche e sintomi psicopatologici, come il disturbo post traumatico da stress, o i disturbi dell'umore, disturbi d'ansia e difficoltà nelle relazioni interpersonali. La MACE viene utilizzata sia in ambito clinico che di ricerca per studiare gli effetti a lungo termine degli abusi infantili ed adolescenziali e può essere applicata a diverse età. Inoltre, è uno strumento utile per diagnosticare e valutare il rischio psicopatologico legato agli abusi, per monitorare l'evoluzione dei sintomi post traumatici, fornire informazioni dettagliate sulla storia dei maltrattamenti che possono contribuire alla comprensione di difficoltà psicologiche, ed infine, per progettare interventi terapeutici mirati di supporto. Nel nostro studio abbiamo utilizzato la MACE - *Short Form 20* (Teicher et al., 2015), strumento self-report che consente di valutare retrospettivamente l'esposizione a esperienze avverse infantili (maltrattamento e trascuratezza). La Short Form 20, ci ha permesso di indagare i diversi tipi di maltrattamento subito, differenziando tra abuso emotivo, familiare, sessuale e fisico, fornendo un quadro articolato dell'ambiente relazionale e affettivo del soggetto durante l'infanzia. Più specificatamente, la **violenza emotiva** viene esplorata attraverso domande che riguardano atteggiamenti svalutanti, intimidatori o umilianti da parte delle figure adulte. Alcuni esempi includono item come: *“Le davano dei brutti nomi o le dicevano cose offensive più di un paio di volte l'anno?”*, oppure *“Era spesso chiuso/a in un luogo piccolo e buio, come un armadio o un seminterrato?”*, o ancora *“I suoi familiari dicevano cose diffamatorie alle sue spalle o pubblicavano messaggi offensivi sui social?”*. Tali domande intendono rilevare episodi di denigrazione e minaccia psicologica che minano il senso di autostima e sicurezza del minore. La sezione dedicata alla **violenza fisica** comprende invece item relativi ad atti aggressivi o punitivi con intento coercitivo, come: *“È stato/a schiaffeggiato/a sulle braccia, gambe o natiche?”*, *“È stato/a colpito/a con oggetti come cinture, cucchiali, bastoni o tubi?”*, o *“È stato/a ferito/a intenzionalmente o ha assistito a percosse gravi all'interno del nucleo familiare?”*. Queste domande permettono di

quantificare la frequenza e la gravità di comportamenti fisicamente violenti. La **violenza sessuale** è indagata attraverso domande che valutano sia l'abuso diretto sia l'esposizione a condotte sessualmente inadeguate. Esempi di item sono: *“Ha mai assistito a qualcuno convivente costretto a subire o compiere atti sessuali?”*, *“È stato/a toccato/a o costretto/a a toccare parti intime con un intento sessualizzato?”*, o *“È stato/a obbligato/a ad avere un rapporto sessuale (orale, anale o vaginale)?”*. Infine, l'area relativa all'**abuso familiare** esplora la carenza di cure, attenzione o sostegno emotivo da parte delle figure genitoriali. Tra le domande incluse figurano: *“Ci sono state occasioni in cui i suoi genitori non hanno provato a comprendere i suoi sentimenti o non erano disponibili a offrirle supporto?”*, *“C'è stato almeno un genitore o una figura di riferimento capace di farla sentire amata e protetta?”*, oppure *“Ci sono state situazioni in cui non aveva abbastanza da mangiare o non veniva portata dal medico quando necessario?”*.

La codifica del test, è avvenuta in modo dicotomico, attribuendo il valore 1 alla risposta affermativa ed il valore 0 alla risposta negativa. Inoltre, non essendo attualmente disponibile una versione italiana ufficialmente validata del MACE, è stata impiegata una traduzione non standardizzata dello strumento, realizzata tramite procedura di *back-translation* (traduzione e retrotraduzione) in accordo con le linee guida internazionali per l'adattamento culturale degli strumenti psicometrici (Beaton et al., 2000). L'impiego di questa versione è da intendersi a fini esplorativi, con l'obiettivo di valutare la coerenza interna e l'utilità dello strumento nel contesto italiano.

3.5.2 The International Trauma Questionnaire (ITQ- Cloitre et al., 2015).

L' **International Trauma Questionnaire (ITQ- Cloitre et al., 2015)**, è un test breve e di semplice compilazione, composto da 18 item, che misura tutti gli aspetti dei criteri diagnostici per il Disturbo Post Traumatico da Stress e del Disturbo Post Traumatico da Stress Complesso. Lo strumento è stato sviluppato per essere coerente con i criteri diagnostici previsti dall' International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11; Organizzazione Mondiale della Sanità, 2019). Il questionario indaga gli eventi di vita traumatici e / o stressanti avvenuti nell'infanzia, nella adolescenza, nell' età adulta o negli ultimi sei mesi. Il risultato che si ottiene può essere predittivo di esiti differenziali del trattamento. Il test, è composto da due sottoscale principali: una relativa al Disturbo Post Traumatico da Stress e l'altra riferita ai Disturbi dell'Autoregolazione (Disturbance in Self - Organization) entrambe suddivise in tre gruppi di sintomi. La prima sottoscale indaga il rivivere il ricordo (l'evento nel qui ed

ora), l'evitamento (riferito ai ricordi) ed il senso di minaccia (Iperarousal) percepito dal soggetto. La seconda sottoscale, valuta la Disregolazione affettiva, il concetto negativo di Sé e i Disturbi nelle Relazioni (problemi relazionali). Questi tre gruppi di sintomi sono stati inseriti per individuare gli aspetti pervasivi dell'evento stressante, da cui la fuga o l'evitamento è difficile o impossibile. Nella parte iniziale del test, il soggetto identifica l'evento traumatico più angosciante, indica quanto tempo fa è accaduto se l'evento vissuto ha interferito sulla sua capacità di funzionare nella vita quotidiana, su come il soggetto si sente, cosa pensa di sé stesso e su come si relaziona con gli altri. Negli item successivi, il soggetto risponde alle domande in relazione a quell'evento. Tutti gli item si basano su una scala Likert a cinque punti che va da 0 (per niente) a 4 (estremamente). Lo strumento supporta l'eventuale diagnosi di Disturbo Post Traumatico da Stress o di Disturbo Post Traumatico da Stress Complesso, non entrambi; inoltre, è in grado di distinguere gli eventi accaduti nell'infanzia da quelli dell'adolescenza, eventi traumatici recenti da quelli pregressi, ed infine di differenziarli tra traumi intenzionali e non intenzionali. Il test ha ottenuto una buona affidabilità ($\alpha=0,88$) ed è utilizzato sia nella clinica che nella ricerca. Il presente studio ha impiegato la versione italiana dell'International Trauma Questionnaire (Cloitre et al., 2015), la cui validazione è stata condotta da Rossi e colleghi (2022), fornendo evidenze di solidità psicometrica e conferma della struttura bifattoriale relativa al Disturbo Post-Traumatico da Stress e al Disturbo Post-Traumatico Complesso nel contesto italiano.

3.5.3 La Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz et al, 2004).

La **Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz et al., 2004)** è un test che valuta la difficoltà nella regolazione emotiva, intesa come la capacità individuale di regolare le proprie emozioni, sia positive che negative, attenuandole, intensificandole o semplicemente mantenendole. La scala si concentra su diversi aspetti della regolazione emotiva, come la consapevolezza, l'espressione delle emozioni, il controllo degli impulsi e la capacità di fronteggiare situazioni emotivamente stressanti. Lo strumento, un self report composto da 36 item a risposta multipla, misura le difficoltà di rilevanza clinica nella regolazione delle emozioni di natura negativa. La scala è stata sviluppata sulla base di un modello teorico della regolazione emotiva integrato ed esaustivo. Questo strumento, consente di ottenere delle misurazioni riguardo alla presenza di potenziali difficoltà nelle seguenti sei dimensioni: 1- la consapevolezza e la comprensione delle emozioni, 2- accettazione delle emozioni; 3- capacità di controllare le condotte impulsive e di comportarsi in accordo con i propri obiettivi; 4- utilizzo di strategie flessibili di regolazione emotiva, appropriate al contesto e alle richieste situazionali; 5 e 6- fanno riferimento ad abilità pratiche e specifiche e il loro coinvolgimento nella regolazione emotiva è intuitiva. Lo strumento inoltre, include sei sottoscale:

1. Non acceptance (mancanza di accettazione): riflette la tendenza a provare emozioni secondarie negative in risposta alle proprie emozioni negative, oppure ad avere reazioni di non accettazione rispetto al proprio disagio; 2. Goals (difficoltà nella distrazione): misura la difficoltà nell'adottare comportamenti orientati verso un obiettivo; 3. Impulse (mancanza di controllo o difficoltà nel controllo degli impulsi): riguarda la difficoltà a mantenere il controllo degli impulsi quando si provano emozioni negative; 4. Awareness (difficoltà nel riconoscimento): rileva la mancanza di consapevolezza emotiva; 5. Strategies (mancanza di fiducia): riflette la difficoltà ad accedere a strategie di regolazione emotiva; 6. Clarity (ridotta autoconsapevolezza): indica la capacità delle persone di comprendere con chiarezza quale emozione stanno sperimentando. La modalità di risposta è su scala Likert a 5 punti da 1 (quasi mai) a 5 (quasi sempre), e i soggetti devono indicare quanto le affermazioni si applichino alla loro esperienza quotidiana. La DERS è ben convalidata, ha mostrato una affidabilità interna ($\alpha=0.93$) ed è ampiamente utilizzata per valutare i problemi di regolazione emotiva tra adolescenti e adulti. Lo strumento è utile sia nella ricerca che nell'ambito clinico per esplorare i problemi di regolazione emotiva associati a vari disturbi psicologici, in particolare disturbi emotivi e comportamentali. Nel nostro studio è stata impiegata la *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (Gratz & Roemer, 2004) nella versione italiana recentemente validata da Rossi e colleghi (2023), la quale presenta solide evidenze di affidabilità interna e conferma della struttura multidimensionale proposta dagli autori originali

3.5.4 La Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R; Derogatis et al., 1994).

La **Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R; Derogatis et al., 1994)** è una scala utilizzata per la valutazione della psicopatologia generale e per il monitoraggio della salute mentale negli adolescenti e negli adulti. Inoltre, può essere usata per valutare i cambiamenti nel tempo durante il trattamento psicoterapico o psichiatrico. La scala è composta da 90 item che riflettono nove dimensioni principali della sintomatologia. Il soggetto fornisce una valutazione dei disturbi eventualmente provati nel corso dell'ultima settimana, scegliendo tra cinque livelli di risposta su scala Likert, da 0 (nessun problema) e 4 (problema molto grave).

Le nove dimensioni esplorate sono: *Somatizzazione*: riflette il disagio legato alla percezione ed alla sensazione corporea, che possono rappresentare disagi psicologici; *Ossessività-Compulsività*: include sintomi caratteristici della sindrome clinica ossessiva-compulsiva, con comportamenti intrusivi e ripetitivi; *Ipersensibilità interpersonale*: riguarda difficoltà nei rapporti interpersonali, con sentimenti di inadeguatezza e inferiorità, in particolare in confronto ad altre persone; *Depressione*: comprende sintomi di tristezza, senso di impotenza e disinteresse per la vita con manifestazioni

cliniche caratteristiche della sindrome depressiva; *Ansia*: include segni generali di ansia, come nervosismo, tensione, paura, preoccupazione e tremori, oltre a possibili attacchi di panico e sensazione di terrore; *Ostilità*: riflette pensieri, sentimenti, comportamenti caratteristici di uno stato affettivo negativo di rabbia; *Ansia fobica*: definita come una persistente reazione di paura a una specifica persona, luogo, oggetto o situazione; *Ideazione paranoide*: descrive le manifestazioni caratteristiche del pensiero paranoide, tra cui pensiero proiettivo, ostilità, sospettosità, grandiosità, riferimento a sé e paura di perdita dell'autonomia; *Psicoticismo*: rappresenta il costrutto come una dimensione continua dell'esperienza umana e contiene item indicativi di ritiro e isolamento. Sono presenti anche sette item addizionali (Other) che valutano disturbi dell'appetito e del sonno. Inoltre, nella scala sono contenuti tre indici globali creati per fornire maggiore flessibilità nella valutazione complessiva dello stato psicopatologico del paziente e per disporre indicatori di gravità sintomatologica e disagio psichico: *Global Severity Index*: indicatore globale dell'intensità del livello o della profondità del disagio psichico lamentato dal soggetto; *Positive Symptom Total*: numero totale di sintomi riportati dal soggetto, indipendentemente dall'intensità del disagio ad essi associato e *Positive Symptom Distress Index*: indice dello stile di risposta del soggetto. L'SCL-90-R è utilizzata in ambito clinico e nella ricerca e può essere somministrata a campioni clinici o in gruppi di controllo, la scala ha mostrato una buona affidabilità, validità e una buona coerenza interna ($\alpha = 0,70$). Nel nostro studio è stata impiegata la Symptom Checklist-90-R (Derogatis et al., 1994) nella versione italiana validata da Prunas e colleghi (2023), la quale ha evidenziato una buona affidabilità interna e supporto empirico alla validità strutturale, rendendola idonea per contesti di ricerca e clinici.

3.5.5 Body Shape Questionnaire (BSQ; Cooper et al., 1987).

Il **Body Shape Questionnaire (BSQ; Cooper et al., 1987)** è uno strumento utilizzato per misurare l'insoddisfazione corporea nella sua globalità e la distorsione dell'immagine corporea; in particolare, valuta l'esperienza di "sentirsi grasso". La scala è composta da 34 item e misura sia gli antecedenti sia le conseguenze della preoccupazione per il proprio aspetto fisico e per il proprio peso. La scala, è utilizzata sia in ambito clinico sia nella ricerca per comprendere l'impatto psicologico che l'immagine corporea ha sulla vita del soggetto. Il BSQ indaga la preoccupazione eccessiva per la forma del corpo, esaminando quanto una persona si preoccupa del proprio aspetto fisico e quanto spesso sente il desiderio di modificarlo. Gli item si basano su aspetti quali la percezione e la forma del corpo, la preoccupazione per il peso e la forma del corpo, l'ansia legata alla paura di ingrassare o di perdere il

controllo del peso, e infine il disagio psicologico associato alle sensazioni negative del proprio corpo. Ogni item è valutato su una scala Likert a 6 punti, da 1 (mai) a 6 (sempre).

Il BSQ ha mostrato una buona affidabilità test-retest, con coefficienti di correlazione che indicano la stabilità del test nel tempo, oltre a una buona validità psicometrica. Ad esempio, nella validazione italiana condotta da Marzola e colleghi (2022), il BSQ-34 ha mostrato un coefficiente di correlazione intraclasse (ICC) di 0.987 (IC 95 % = 0.983–0.991), indicativo di un'eccellente affidabilità temporale. Risultati coerenti sono emersi anche nella versione svedese, che ha riportato valori di test–retest elevati e consistenza interna molto alta (Ghaderi et al, 2004), e in quella turca, in cui il coefficiente di correlazione test–retest ha raggiunto $r = 0.81$ (Akdemir et al., 2011). Analogamente, studi su versioni abbreviate del questionario, come il BSQ-8C, hanno documentato una stabilità molto elevata nel tempo (Welch et al., 2012). Complessivamente, tali risultati confermano che il BSQ rappresenta uno strumento affidabile e psicometricamente solido per la valutazione dell'insoddisfazione corporea e delle preoccupazioni relative al peso in diversi contesti culturali. La scala è impiegata sia in clinica sia nella ricerca, per monitorare il trattamento dei disturbi alimentari o come programma di intervento preventivo in popolazioni ad alto rischio, arricchendolo con altre informazioni cliniche e psicosociali. Il punteggio totale del test si ottiene sommando i punteggi delle risposte individuali: valori superiori a 100 sono considerati indicatori di insoddisfazione corporea patologica, il punteggio massimo è 204, e valori più alti indicano la possibile presenza di disturbo alimentare o di disordini psicologici legati all'immagine corporea. Nel presente studio è stata utilizzata una versione italiana del Body Shape Questionnaire (BSQ-34), ottenuta tramite procedura di *back-translation* (traduzione e retrotraduzione) in accordo con le linee guida internazionali per l'adattamento culturale degli strumenti psicometrici (Beaton et al., 2000). Attualmente, non è disponibile una validazione ufficiale in lingua italiana pubblicata su riviste peer-reviewed, ma lo strumento è stato ampiamente utilizzato nella letteratura italiana e mostra un'ottima coerenza interna ($\alpha \approx .97$; Cooper et al., 1987).

3.5.6 Domande Aperte

Per analizzare e comprendere il vissuto da un punto di vista qualitativo, sono state proposte due domande aperte:

- 1) Racconta un episodio in cui non hai sentito emozioni, o hai sentito emozioni forti in merito alla patologia che ti è stata diagnosticata;
- 2) Descrivi l'esperienza vissuta fino a oggi nel percorso di cura.

Capitolo 4 Risultati quantitativi della ricerca

4.1 Risultati: Analisi dei dati

In primo luogo, sono state condotte analisi descrittive e correlazionali al fine di esplorare la distribuzione delle variabili e le relative associazioni. Successivamente, sono stati realizzati un modello di mediazione seriale (Modello 6; Hayes, 2018) e un modello di mediazione seriale moderata (Modello 92; Hayes, 2018) utilizzando il programma statistico SPSS e la macro PROCESS (Hayes, 2018).

Il campione totale (N=79) è stato suddiviso in due sottogruppi clinici in base alla sintomatologia alimentare: Gruppo 1- Anoressia Nervosa Restrittiva (N=32) e Gruppo 2- Bulimia Binge (N=47).

4.1.2 Analisi descrittive delle variabili

Prima di presentare i risultati delle analisi descrittive, è opportuno delineare brevemente le principali tipologie di esperienze infantili avverse. Tra queste esperienze rientrano sia forme di abuso diretto (fisico, sessuale o emotivo), sia forme di esposizione indiretta a contesti familiari problematici, come l'assistere a episodi di violenza domestica, la presenza di abuso di sostanze da parte dei genitori o caregiver, la convivenza con un familiare affetto da malattia mentale, la separazione o il divorzio dei genitori e la detenzione di uno o entrambi (Felitti et al., 2003, 2010). Nel nostro studio abbiamo utilizzato il Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure (MACE Scale; Short Form 20; Teicher et al., 2015), precedentemente descritto, in cui il maltrattamento infantile è inteso come: *“qualsiasi esperienza di abuso, trascuratezza o esposizione a comportamenti violenti o degradanti da parte di figure adulte o di riferimento, che comprometta la sicurezza, il benessere o lo sviluppo del bambino”*. Lo strumento nel dettaglio, distingue dieci tipologie principali di vittimizzazione, successivamente raggruppabili in quattro macro-aree (emotiva, fisica, sessuale e familiare). Per abuso emotivo sono inclusi i comportamenti umilianti, minacciosi, svalutanti o di derisione. Gli autori lo definiscono come *atti verbali o non verbali ripetuti che comunicano disprezzo, rifiuto o paura, e che minano la stima di sé e il senso di sicurezza del soggetto*. Esempi: essere insultato, spaventato deliberatamente, ridicolizzato, isolato o ignorato intenzionalmente. L'abuso fisico è definito come *l'uso intenzionale della forza fisica che può causare lesioni, dolore o danni fisici permanenti o temporanei*; include percosse, colpi con oggetti, bruciature, stratonni o costrizioni fisiche punitive. Per abuso sessuale si intende come *qualsiasi contatto o*

interazione sessuale imposto a un minore da parte di un adulto o di un coetaneo in posizione di potere o coercizione; comprende sia l'abuso diretto (palpeggiamenti, rapporti sessuali forzati) sia l'esposizione ad atti sessuali altrui. Ed infine per abuso familiare, il MACE fa riferimento soprattutto alla trascuratezza emotiva e fisica che riguarda *la mancata fornitura di cure, affetto, attenzione o protezione adeguate da parte delle figure genitoriali o di riferimento*. Gli item esplorano aspetti come l'assenza di supporto affettivo, la mancanza di tempo e disponibilità emotiva, la scarsa attenzione ai bisogni medici o alimentari del minore, inoltre sono contemplati item che riguardano anche la violenza assistita o esposizione a violenza domestica *l'essere testimoni di atti di violenza fisica o verbale tra i genitori o tra altre figure adulte nel contesto domestico*, riconosciuta dagli autori come una forma di trauma relazionale indiretta ma altamente impattante. In questo quadro, l'abuso familiare assume una particolare rilevanza poiché rappresenta una forma relazionale di trauma, che si verifica in un contesto di dipendenza e fiducia, e risulta quindi particolarmente lesiva per lo sviluppo affettivo e la regolazione emotiva del soggetto (Felitti et al., 1998; World Health Organization, 2002).

Per quanto riguarda le statistiche descrittive, la maggior parte del campione ha riportato di aver sperimentato più Esperienze Infantili Avverse (ACE). In particolare, l'abuso familiare e l'abuso emotivo sono risultati le forme più frequentemente sperimentate. Nel dettaglio, nel campione totale (N=79): il 98,7% dei partecipanti ha dichiarato di aver sperimentato l'abuso familiare; il 75,9% ha riportato abuso emotivo. Anche l'abuso fisico e la vittimizzazione sessuale sono risultati ampiamente presenti, rispettivamente nel 67,1% e nel 51,9% del campione. La tabella 1 riporta le frequenze relative alle ACE sperimentate nel campione totale (n=79).

Tabella 1- Frequenze di ACE sperimentate nel campione totale (n=79)

Sottotipi di ACE	Frequenze		Percentuale	
	Si	No	Si	No
Abuso Fisico	53	26	67.1%	32.9%
Abuso Sessuale	41	38	51.9%	48.1%
Abuso Familiare	78	1	98.7%	1.3%
Abuso Emotivo	60	19	75.9%	24.1%

Le statistiche descrittive all'interno del Sottogruppo 1 - Anoressia Nervosa Restrittiva (n=32) mostrano una presenza significativa di ACE. In particolare, il 100% del campione ha riportato esperienze di abuso familiare, principalmente riconducibili a trascuratezza emotiva e fisica, ossia alla mancata soddisfazione dei bisogni primari durante l'infanzia. Il 75% del campione ha riferito abuso emotivo, il 62,5% ha subito abuso fisico. Sebbene in misura inferiore rispetto ad altri tipi di abuso, anche l'abuso sessuale è risultato presente in una percentuale significativa del campione con il 40,6%. La tabella 2 riporta le frequenze relative alle ACE sperimentate nel Sottogruppo 1.

Tabella 2- Frequenze di ACE sperimentate nel Sottogruppo 1 Anoressia Nervosa Restrittiva (n=32)

Sottotipi di ACE	Frequenza		Percentuale	
	Si	No	Si	No
Abuso Fisico	20	12	62.5%	37.5%
Abuso Sessuale	13	19	40.6%	59.4%
Abuso Familiare	32	-	100%	-
Abuso Emotivo	24	8	75%	25%

Per quanto riguarda il Sottogruppo 2 -Bulimia Binge (n=47), i risultati descrittivi indicano che una percentuale molto elevata di partecipanti ha riportato ACE durante l'infanzia. In particolare: il 97,9% ha vissuto situazioni di abuso familiare; il 76,6% ha riferito abuso emotivo; il 70,2% ha riportato abuso fisico e il 59,6% ha riferito di aver vissuto abuso sessuale.

La tabella 3 riporta le frequenze relative alle ACE sperimentate nel Sottogruppo 2.

Tabella 3- Frequenze di ACE sperimentate nel Sottogruppo 2 Bulimia Binge (n=47)

Sottotipi di ACE	Frequenze		Percentuale	
	Si	No	Si	No

Abuso Fisico	33	14	70.2%	29.8%
Abuso Sessuale	28	19	59.6%	40.4%
Abuso Familiare	46	1	97.9%	2.1%
Abuso Emotivo	36	11	76.6%	23.4%

4.1.3 Statistiche inferenziali ed analisi correlazionali delle variabili

E' stato realizzato il t test per campioni indipendenti per le variabili di ACEs, Disregolazione Emotiva, sintomi del Disturbo Post traumatico da Stress (DPTS), Depressione e Insoddisfazione per le forme del corpo per confrontare i punteggi medi dei due sottogruppi, Anoressia Nervosa Restrittiva (AN-R, n=32) e Bulimia Binge (BB, n=47).

Per le variabili psicologiche dei sintomi del DPTS, Depressione e Insoddisfazione del corpo, le analisi inferenziali non hanno evidenziato differenze significative tra i due gruppi clinici ($p > .05$). In particolare, non sono state individuate differenze statisticamente significative tra i due sottogruppi in nessuna delle tre sottoscale del DPTS, ri-esperienza AN-R ($M=3.65$; $SD=2.13$) vs. BB ($M=3.72$; $SD=2.31$), $t(77)=-.130$; $p=.897$; IC 95%=[-1.09; .96]; evitamento: AN-R ($M=4.65$; $SD=2.16$) vs. BB ($M=4.89$; $SD=2.40$), $t(77)=-.448$; $p=.655$; IC 95%=[-1.29; .81]; iperattivazione: AN-R ($M=4.15$; $SD=2.32$) vs. BB ($M=4.51$; $SD=2.63$), $t(77)=-.614$; $p=.541$; IC 95%=[-1.50; .79]; né nel punteggio totale del DPTS: AN-R ($M=12.2$; $SD= 5.29$) vs. BB ($M=13.0$, $SD=6.41$), $t(77)=-.593$; $p=.555$; IC 95%=[-3.55; 1.92]. Per quanto riguarda la variabile psicologica Depressione, sebbene il gruppo con Bulimia Binge abbia mostrato un punteggio medio più elevato ($M=27.89$; $SD=12.51$ rispetto al Gruppo AN-R ($M=25.19$; $SD=13.68$), $t(77) =-.91$; $p=.366$; IC 95% [-8.63, 3.22], i risultati non evidenziano differenze statisticamente significative. Analogamente, la variabile Insoddisfazione dell'immagine del corpo non ha mostrato differenze significative tra i due gruppi: AN-R ($M=126.3$; $SD=45.37$) vs. BB ($M=143.3$; $SD=47.28$), $t(77) =-1.59$; $p=.115$; IC 95% [-38.2; 4.24].

Per quanto riguarda la variabile ACEs, il gruppo BB ha riportato punteggi medi più elevati rispetto al gruppo AN-R in alcune sottocategorie. Nel dettaglio: **Abuso Fisico**: BB ($M = 2.51$; $SD = 2.38$) vs. AN-R ($M = 1.44$; $SD = 1.54$), $t(77) = -2.24$; $p = .028$; CI 95% [-2.02; -.12]; **Abuso Sessuale**: BB ($M = 1.96$; $SD = 2.21$) vs. AN-R ($M = 0.84$; $SD = 1.29$), $t(77) = -2.56$; $p = .013$; CI 95% [-1.98; -.24]; **numero complessivo di ACEs** BB ($M = 11.42$; $SD = 6.05$) vs. AN-R ($M = 8.75$; $SD = 4.03$), $t(77) = -2.19$; $p = .032$; CI 95% [-5.11; -.24]. Diversamente, per quanto concerne le sottoscale Abuso Familiare (AN-R: $M=3.93$; $SD=.84$) vs. BB: $M=3.68$; $SD=1.16$), $t(77) = 1.07$; $p=.287$; CI 95% [-.22;

.73]) Abuso Emotivo (AN-R ($M=2.46$; $SD=1.70$) vs. BB ($M=3.19$; $SD=2.14$), $t(77)=-1.59$; $p=.115$; CI 95% [-1.6; -.17] non sono state riscontrate differenze significative tra i gruppi ($p>0.5$).

Per quanto riguarda la variabile Disregolazione Emotiva, l'unica sottodimensione significativa è stata la **Difficoltà nel controllo degli impulsi**, in cui il gruppo BB ha riportato punteggi medi più elevati ($M = 18.8$; $SD = 6.7$) rispetto al gruppo AN-R ($M = 15.2$; $SD = 7.9$); $t(77) = -2.18$; $p = .033$; CI 95% [-6.93; -.30]. Nei nostri risultati, non abbiamo riscontrato differenze significative nelle altre sottoscale: Non Accettazione emotiva: AN-R ($M=17.56$; $SD=8.30$) vs. BB ($M=18.9$; $SD=7.24$), $t(77)=-.755$; $p=.452$; CI 95% [-4.84; -2.17]; Strategia di distrazione: AN-R ($M=17.7$; $SD=6.53$) vs. BB ($M=17.9$; $SD=4.85$), $t(77)=-.136$; $p=.892$; CI 95% [-2.72; 2.37]; Fiducia nella gestione delle emozioni: AN-R ($M=26.3$; $SD=8.01$) vs. BB ($M=27.21$; $SD=7.16$), $t(77)=-.522$; $p=.603$; CI 95% [-4.33; 2.53]; Riconoscimento delle emozioni: AN-R ($M=16.9$; $SD=4.98$) vs BB ($M=16.0$; $SD=5.43$), $t(77)=.107$; $p=.915$; CI95%[-2.27; 2.52]; Consapevolezza emotiva: AN-R ($M=9.25$; $SD=2.89$) vs. BB ($M=8.85$; $SD=4.11$), $t(77)=.474$; $p=.637$; CI 95% [-1.27; 2.07], Punteggio totale della scala Disregolazione Emotiva: AN-R ($M=101.8$; $SD=32.92$) vs. BB ($M=108.4$; $SD=28.73$), $t(77)=-.943$; CI 95% [-20.5; -7.32]. Nella tabella 4, sono riportati i valori significativi del t test per le variabili psicologiche ACEs e Disregolazione Emotiva.

Tabella 4- Punteggi significativi delle variabili psicologiche di ACEs e Disregolazione Emotiva

	M		SD		t	Df	p-value
	AN-R	BB	AN-R	BB			
Abuso Fisico	1.44	2.51	1.54	2.38	-2.243	77	.028
Abuso Sessuale	.844	1.96	1.29	2.21	-2.557	77	.013
Total ACEs	8.75	11.4	4.03	6.05	-2.188	77	.032
Disregolazione emotiva (No Control)	15.2	18.8	7.9	6.7	-2.175	77	.033

Note. M=Media; SD=Deviazione Standard; t=test di Student; df= gradi di libertà; AN-R =Anoressia Nervosa-Restrittiva; BB=

Bulimia Binge; Total ACEs=Totale di ACE segnalati; Disregolazione emotiva (No Control) = Difficoltà nel controllo degli Impulsi.

I dati correlazionali, calcolati mediante il coefficiente di Pearson sul campione totale (n=79), hanno evidenziato che le ACE sono significativamente correlate con i sintomi del Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS; $r=.423$), misurato attraverso il punteggio complessivo delle tre sottoscale: ri-esperienza, evitamento e iperattivazione), e con la depressione ($r=.284$). Al contrario, non sono emerse correlazioni significative né con la disregolazione emotiva ($r=.204$), né con i disturbi alimentari ($r=.140$), valutati tramite il punteggio totale della scala Body Shape Questionnaire (BSQ-Totale). In questo studio, i disturbi alimentari sono stati valutati analizzando il livello di preoccupazione e insoddisfazione riguardo la forma del corpo attraverso il punteggio totale del *Body Shape Questionnaire* (BSQ-Totale). Il BSQ-Totale, riflette il livello di disagio legato all'immagine corporea, che rappresenta un indicatore clinicamente rilevante della gravità sintomatologica alimentare. L'utilizzo di questo strumento, precedentemente descritto, ha permesso di considerare i disturbi alimentari mediante una misura dimensionale dell'insoddisfazione e delle preoccupazioni relative alla forma corporea.

Per quanto riguarda i sintomi del DPTS, risultano fortemente correlati con la disregolazione emotiva ($r=.617$), con la depressione ($r=.659$) e con i disturbi alimentari ($r=.564$). Analogamente, la disregolazione emotiva mostra un'associazione significativa con la depressione ($r=.637$) e, in particolare, con i disturbi alimentari ($r=.703$), che rappresenta la correlazione più alta osservata nel campione totale (n=79). Infine, anche la depressione risulta significativamente correlata con i disturbi alimentari ($r=.586$). I risultati delle correlazioni sono riportati in tabella 5.

Tabella 5- Analisi Correlazioni nel campione totale (n=79)

	1	2	3	4	5
1. ACE	1				
2. PTSD	,423**	1			
3. DISREGOLAZIONE	,204	,617**	1		
4. DEPRESSIONE	,284*	,659**	,637**	1	
5. DISTURBI ALIMENTARI (BSQTOT)	,140	,564**	,703**	,586**	1

*La correlazione è significativa al livello 0,05 (2-code)

** La correlazione è significativa al livello 0,01 (2-code)

Le analisi correlazionali condotte nel Sottogruppo 1 con Anoressia Nervosa - Restrittiva (AN-R; n=32) hanno evidenziato che le ACEs risultano positivamente e significativamente correlate con i sintomi del DPTS ($r = .461$), con la disregolazione emotiva ($r = .510$), con la depressione ($r=.387$) e con i disturbi alimentari ($r = .363$). Inoltre, i sintomi del DPTS mostrano correlazioni significative con la disregolazione emotiva ($r = .767$), con la depressione ($r=.604$) e con i disturbi alimentari ($r = .593$). Anche la disregolazione emotiva risulta correlata con la depressione ($r=.818$) e con i disturbi alimentari ($r=.833$). Infine, la depressione mostra una correlazione con i disturbi alimentari ($r=.746$). I risultati delle correlazioni nel sottogruppo AN-R sono riportati in tabella 6.

Tabella 6- Analisi Correlazionali nel sottogruppo 1 con Anoressia Nervosa - Restrittiva (n=32)

	1	2	3	4	5
1. ACE	1				
2. PTSD	,461**	1			
3. DISREGOLAZIONE	,510**	,767**	1		
4. DEPRESSIONE	,387*	,604**	,818**	1	
5. Disturbi alimentari BSQTOT	,363*	,593**	,833**	,746**	1

*La correlazione è significativa al livello 0,05 (2-code)

** La correlazione è significativa al livello 0,01 (2-code)

Per quanto riguarda il Sottogruppo 2 con Bulimia Binge (BB; n=47), i dati correlazionali evidenziano diverse associazioni significative tra le variabili in esame. In particolare, le ACE, analogamente a quanto osservato al campione totale, risultano correlate significativamente con i sintomi del DPTS ($r=.408$), ma non mostrano associazioni significative con la disregolazione emotiva ($r=.027$), con la depressione ($r=.221$) e con disturbi alimentari ($r= -.10$). Al contrario, i sintomi del DPTS risultano significativamente correlati con la disregolazione emotiva ($r=.531$), con la depressione ($r=.700$), e con i disturbi alimentari ($r=.549$). La disregolazione emotiva, a sua volta, mostra correlazioni significative con la depressione ($r = .476$) e con i disturbi alimentari ($r=.605$). Infine, anche la depressione risulta significativamente correlata con i disturbi alimentari ($r=.464$). I

risultati nel sottogruppo Bulimia Binge sono riportati nella tabella 7.

Tabella 7- Analisi Correlazionali nel Sottogruppo con Bulimia Binge (n=47)

	1	2	3	4	5
1. ACE	1				
2. PTSD	,408**	1			
3. DISREGOLAZIONE	,027	,531**	1		
4. DEPRESSIONE	,221	,700**	,476**	1	
5. Disturbi alimentari BSQTOT	-,010	,549**	,605**	,464**	1

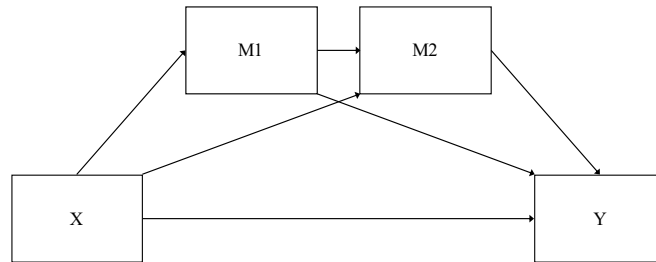
*La correlazione è significativa al livello 0,05 (2-code)

** La correlazione è significativa al livello 0,01 (2-code)

4.1.4 Analisi di mediazione seriale delle variabili

Alla luce dei risultati emersi, con l'obiettivo di verificare se le ACE subite possano esercitare un effetto predittivo sui disturbi alimentari, è stata condotta un'analisi di mediazione seriale (Modello 6, Hayes, 2018; Figura 1), in cui le ACE sono state considerate come predittore o variabile indipendente (X), i disturbi alimentari come variabile dipendente o outcome (Y), e come mediatori i sintomi del Disturbo Post Traumatico da Stress (M1) e la disregolazione emotiva (M2).

Figura 1-Modello di Mediazione seriale n.6 (Hayes, 2018)



Nel campione totale ($n=79$), i nostri dati hanno mostrato che l'effetto del predittore (ACE) sul primo mediatore (M1; sintomi del disturbo Post traumatico da Stress) è significativo ($\beta=.465$; $p=.000$), mentre l'effetto del predittore (ACE) sul secondo mediatore (M2; disregolazione emotiva) non risulta significativo ($\beta=-.425$; $p=.445$). Inoltre, l'effetto del primo mediatore (M1; sintomi del Disturbo post traumatico da stress) sul secondo mediatore (M2; disregolazione emotiva) è significativo ($\beta=3.36$, $p < .000$). I nostri dati, indicano anche che l'effetto diretto del predittore (ACE) sull'outcome (disturbi alimentari) non è significativo ($\beta=-.77$; $p=.314$), mentre il primo mediatore (M1; sintomi del Disturbo post traumatico da stress) esercita un effetto significativo sull'outcome (disturbi alimentari) ($\beta=2.12$; $p=.017$), così come il secondo mediatore (M2; disregolazione emotiva) sui disturbi alimentari ($\beta=.86$; $p=.000$). Infine, gli effetti indiretti delle ACE sull'outcome evidenziano due percorsi significativi. In particolare, attraverso 2 traiettorie; la prima prevede (*Ind nr 1: X->M1->Y*) che il predittore (ACE) favorisce i sintomi del Disturbo post traumatico da stress (M1), che a loro volta incrementano la sintomatologia alimentare ($\beta=.99$; $\text{BootSE}=.52$; $\text{Bootstrap } 95\%$; $\text{CI}=[.08; 2.12]$); la seconda via prevede (*Ind nr 3: X->M1->M2->Y*) che il predittore (ACE) promuove i sintomi del Disturbo post traumatico da stress (M1), i quali aumentano la disregolazione emotiva (M2), che a sua volta promuove la sintomatologia alimentare ($\beta=1.34$; $\text{BootSE}=.55$; $\text{Bootstrap } 95\%$; $\text{CI}=[.47; 2.58]$). Non risulta significativo il percorso (*Ind nr 2: X->M2->Y*) in cui il predittore (ACE) influenza l'outcome (disturbi alimentari) attraverso la disregolazione emotiva come variabile di mediazione ($\beta=-.36$; $\text{BootSE}=0.47$; $\text{Bootstrap } 95\%$; $\text{CI}=[-1.34; .57]$). La tabella 8 riporta in dettaglio gli effetti indiretti dell'analisi di mediazione seriale condotta sull'intero campione.

Tabella 8 - Effetti indiretti dell'analisi di mediazione seriale condotta sull'intero campione (n=79)

Effetti indiretti	β	BootSE	LLCI	ULCI
<i>Ind 1: X->M1->Y</i>	.99*	.52	.08	2.12
<i>Ind 2: X->M2->Y</i>	.36	.47	-1.34	.57
<i>Ind 3: X->M1->M2->Y</i>	1.34*	.55	.47	2.58

Note. *effetto indiretto significativo; β =coefficiente di regressione; BootSE = errore standard stimato tramite bootstrapping; IC 95% = intervallo di fiducia bootstrap al 95% (LLCI = limite inferiore; ULCI = limite superiore)

Le analisi di mediazione sono state condotte non solo sull'intero campione, ma anche nei sottogruppi clinici di Anoressia Nervosa Restrittiva e di Bulimia Binge. Questa scelta ha permesso di esplorare l'eventuale presenza di differenze nei meccanismi di mediazione nelle diverse categorie diagnostiche, fornendo una comprensione più articolata delle dinamiche psicopatologiche sottostanti.

Nel Sottogruppo 1 Anoressia Nervosa Restrittiva (n=32), le analisi che abbiamo effettuato, indicano che l'effetto del predittore (ACE) sul primo mediatore (M1; sintomi del Disturbo post traumatico da stress) è significativo ($\beta=.64$; $p=.004$), mentre l'effetto del predittore (ACE) sul secondo mediatore (M2; disregolazione emotiva) non risulta significativo ($\beta=1.31$; $p=.225$). Inoltre, i nostri dati mostrano che l'effetto del primo mediatore (M1; sintomi del Disturbo post traumatico da stress) sul secondo mediatore (M2; disregolazione emotiva) è significativo ($\beta=4.5$; $p<.001$), mentre l'effetto diretto del predittore (ACE) sull'outcome (disturbi alimentari) non è significativo ($\beta=-.88$; $p=.526$). Analogamente, anche l'effetto del primo mediatore (M1; sintomi del Disturbo post traumatico da stress) sull'outcome (disturbi alimentari) non risulta significativo ($\beta=-.36$; $p=.811$), mentre il secondo mediatore (M2; disregolazione emotiva) sui disturbi alimentari è significativo ($\beta=1.25$; $p<.001$). Infine, i nostri risultati, evidenziano che le ACE esercitano un effetto indiretto sui disturbi alimentari attraverso una traiettoria (*Ind nr 3: X->M1->M2->Y*) in cui il predittore (ACE) favorisce i sintomi del Disturbo post traumatico da stress (M1), che a loro volta aumentano la disregolazione emotiva (M2), la quale promuove la sintomatologia alimentare ($\beta=3.55$; BootSE=1.56; Bootstrap 95%; CI= [.49; 6.7]). Non risultano invece significative la traiettoria (*Ind nr 1: X->M1->Y*), in cui il predittore (ACE) influenza l'outcome (disturbi alimentari) attraverso i sintomi del Disturbo post traumatico da stress come unico mediatore ($\beta=-.23$; BootSE=.91; Bootstrap 95%; CI= [-1.77; 2.0]), né la traiettoria (*Ind nr 2: X->M2->Y*), in cui il predittore agisce sull'outcome attraverso la sola disregolazione emotiva ($\beta=1.64$; BootSE=1.5; Bootstrap 95%; CI= [-.80; 5.0]). La

tabella 9 riporta gli effetti indiretti significativi della mediazione seriale effettuata nel campione Anoressia-Nervosa Restrittiva.

Tabella 9- Effetti indiretti dell'analisi di mediazione seriale condotti nel campione Anoressia Nervosa Restrittiva

Effetti indiretti	β	BootSE	LLCI	ULCI
<i>Ind 1: X->M1->Y</i>	-0.23	.91	-1.77	2.0
<i>Ind 2: X->M2->Y</i>	1.64	1.5	-.80	5.0
<i>Ind 3: X->M1->M2->Y</i>	3.6*	1.6	.49	6.7

Note. *effetto indiretto significativo; β =coefficiente di regressione; BootSE = errore standard stimato tramite bootstrapping; IC 95% = intervallo di fiducia bootstrap al 95% (LLCI = limite inferiore; ULCI = limite superiore)

Analogamente, nel Sottogruppo 2 Bulimia Binge (n=47), le analisi mostrano che l'effetto del predittore (ACE) sul primo mediatore (M1; sintomi del Disturbo post traumatico da stress) è significativo ($\beta=.43$; $p=.004$), mentre l'effetto del predittore (ACE) sul secondo mediatore (M2; disregolazione emotiva) non risulta significativo ($\beta=-1.08$; $p=.101$). Inoltre, i nostri dati indicano che l'effetto del primo mediatore (M1; sintomi del Disturbo post traumatico da stress) sul secondo mediatore (M2; disregolazione emotiva) è significativo ($\beta=2.80$; $p<.001$), mentre l'effetto diretto del predittore (ACE) sull'outcome (disturbi alimentari) non è significativo ($\beta=-1.50$; $p=.133$). Al contrario, sia il primo mediatore (M1; sintomi del Disturbo post traumatico da stress) sull'outcome (disturbi alimentari) è significativo ($\beta=3.11$; $p=.007$), sia secondo mediatore (M2; disregolazione emotiva) ha effetti significativi sui disturbi alimentari ($\beta=.64$; $p=.007$). Tra gli effetti indiretti, i nostri risultati, mostrano percorsi significativi. In particolare, attraverso 2 traiettorie; la prima prevede (*Ind nr 1: X->M1->Y*) che il predittore (ACE) favorisce i sintomi del Disturbo post traumatico da stress (M1), che a loro volta incrementano la sintomatologia alimentare ($\beta=1.34$; BootSE=.707; Bootstrap 95%; CI=[.19; 2.92]); la seconda via prevede (*Ind nr 3: X->M1->M2->Y*) che il predittore (ACE) favorisce i sintomi del Disturbo post traumatico da stress (M1), che a loro volta aumentano la disregolazione emotiva (M2), la quale promuove la sintomatologia alimentare ($\beta=.77$; BootSE=.51; Bootstrap 95%; CI=[.11; 2.1]). Non risulta invece significativo il percorso (*Ind nr 2: X->M2->Y*), in

cui il predittore (ACE) agisce sull'outcome (disturbi alimentari) attraverso la sola disregolazione emotiva ($\beta=-.69$; BootSE=.51; Bootstrap 95%; CI= [-1.95; .11]). La tabella 10 riporta gli effetti dell'analisi di mediazione seriale condotta nel campione Bulimia Binge.

Tabella 10- Effetti indiretti dell'analisi di mediazione seriale condotta nel gruppo 2 Bulimia Binge (n=47)

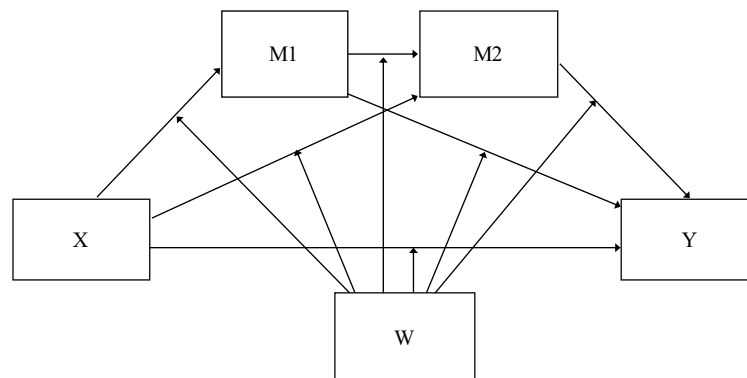
Effetti indiretti	β	BootSE	LLCI	ULCI
<i>Ind 1: X->M1->Y</i>	1.34*	.70	1.9	2.9
<i>Ind 2: X->M2->Y</i>	-0.69	.51	-1.9	.11
<i>Ind 3: X->M1->M2->Y</i>	.77*	.51	.11	2.1

Note. *effetto indiretto significativo; β =coefficiente di regressione; BootSE = errore standard stimato tramite bootstrapping; IC 95% = intervallo di fiducia bootstrap al 95% (LLCI = limite inferiore; ULCI = limite superiore)

4.1.5 Analisi di mediazione moderata

E' stato testato un modello di mediazione moderata al fine di esaminare se la sintomatologia depressiva moderi la relazione tra esperienze infantili avverse, sintomi post-traumatici da stress, disregolazione emotiva e disturbi alimentari. L'obiettivo era verificare se i livelli di depressione influenzassero l'intensità delle associazioni tra le variabili considerate. Abbiamo quindi applicato un modello di mediazione moderata (Modello 92; Figura 2) mediante la macro PROCESS (Hayes, 2018), in cui le ACE sono state considerate come predittore o variabile indipendente (X), i disturbi alimentari come variabile dipendente o outcome (Y), come mediatori i sintomi del Disturbo post traumatico da stress (M1) e la disregolazione emotiva (M2) e la depressione come variabile di moderazione (W).

Figura 2- Modello di Mediazione Moderata n. 92 (Hayes, 2018)



Le analisi condotte nel campione totale ($n=79$), indicano che l'effetto del predittore (ACE) sul primo mediatore (M1; sintomi del Disturbo post traumatico da stress) non è significativo ($\beta = -.16$; $SE = .20$; $t = -.82$; $p = .416$; IC 95% $[-.56; .23]$), così come il moderatore (W; depressione) sul primo mediatore (M1; sintomi del Disturbo post traumatico da stress) non è significativo ($\beta = .12$; $SE = 0,07$; $t = 1,83$; $p = .071$; IC 95% $[-.01; .26]$). Tuttavia, è emerso un effetto di interazione significativo tra il predittore (ACE) e il moderatore depressione (W) sul primo mediatore sintomi di DPTS (M1; $\beta = .02$; $SE = .00$; $t = 2.53$, $p = .014$; IC 95% $[.00; .02]$). Più specificatamente, le analisi indicano la presenza di un effetto significativo dell'ACE sui sintomi del DPTS, in presenza di livelli medi ($\beta = .25$; $SE = .09$; $p = .007$; IC 95% $[.07; .43]$) e ad alti livelli di depressione ($\beta = .48$; $SE = .12$; $p < .001$; IC 95% $[.24; .71]$). Diversamente, in presenza di bassi livelli di depressione le ACE non esercitano un effetto significativo sui sintomi del DPTS ($\beta = .04$; $SE = .13$; $p = .785$; IC 95% $[-.23; .30]$). L'indice di mediazione moderata non è stato riportato poiché l'output del modello statistico 92 utilizzato per le analisi non lo prevede. Considerando la disregolazione emotiva come variabile dipendente, i dati ottenuti, evidenziano che né le ACE ($\beta = -.97$, $p = .414$; CI $[-3.33; 1.39]$), né i sintomi post traumatici da stress ($\beta = 1.11$; $p = .353$; CI $[-1.26; 3.48]$), né la depressione ($\beta = .48$; $p = .323$; CI $[-.48; 1.44]$) predicono direttamente la disregolazione emotiva. Non risultano inoltre effetti significativi di interazione tra ACE e depressione ($\beta = .016$; $p = .691$; CI $[-.06; .10]$), né tra sintomi post traumatici da stress e depressione ($\beta = .029$; $p = .476$; CI $[-.05; .11]$).

Esaminando i disturbi alimentari come outcome, i risultati ottenuti mostrano che né le ACE ($\beta = -2.62$; $p = .103$; CI $[-5.79; .54]$), né i sintomi del DPTS ($\beta = .96$; $p = .594$; CI $[-2.61; 4.53]$) predicono direttamente la sintomatologia alimentare. Al contrario, la disregolazione emotiva ($\beta = 1.63$; $p < .001$; CI $[1.05; 2.21]$) e la depressione ($\beta = 3.89$; $p < .001$; CI $[1.81; 5.98]$) hanno un effetto significativo sull'outcome. Inoltre, è emerso un effetto di interazione significativo tra disregolazione

emotiva e depressione ($\beta = -.04$; $p = .001$; CI $[-.06; -.02]$) nella predizione dell'outcome: tale effetto è significativo a livelli bassi di depressione ($\beta = 1.15$; $p < .001$; CI $[.77; 1.53]$) e a livelli medi ($\beta = .63$; $p < .001$; CI $[.31; .95]$), mentre non risulta significativo a livelli alti ($\beta = .08$; $p = .767$; CI $[-0.43; 0.58]$). Non sono invece significative né l'interazione tra ACE e depressione ($\beta = .07$; $p = .186$; CI $[-.04; .18]$), né quella tra sintomi post traumatici da stress e depressione ($\beta = .01$; $p = .828$; CI $[-.11; .14]$) nella predizione della sintomatologia alimentare.

Capitolo 5 Risultati qualitativi della ricerca

5.1 Analisi qualitativa delle narrazioni: vissuti emotivi e percorso di cura

Sarà ora presentata l'analisi qualitativa delle narrazioni prodotte dalle pazienti in merito alle emozioni provate, e in generale all'esperienza da loro vissuta fin dalla diagnosi. Nell'ambito dello studio multimetodo realizzato, l'obiettivo era comprendere anche in modo più dettagliato i vissuti soggettivi delle pazienti in relazione alla patologia diagnosticata e al percorso di cura intrapreso negli anni. Nella presentazione e discussione dei risultati qualitativi si cercherà di integrare i vissuti delle pazienti con i risultati quantitativi precedentemente esposti, offrendo una prospettiva più ricca della complessità dell'esperienza di malattia portata dalle pazienti. Questa prospettiva integrata consentirà la promozione di modelli di cura centrati sul paziente e sosterrà l'importanza degli approcci metodologici misti nella ricerca in ambito sanitario.

In particolare, l'analisi si concentra sulle risposte fornite dalle pazienti a due domande aperte progettate per indagare, da un lato, gli episodi emotivamente significativi legati alla patologia diagnosticata e, dall'altro, le esperienze vissute nel percorso di cura:

- 1) Racconta un episodio in cui non hai sentito emozioni, o hai sentito emozioni forti in merito alla patologia che ti è stata diagnosticata;
- 2) Descrivi l'esperienza vissuta fino a oggi nel percorso di cura.

Il processo di codifica è stato condotto mediante codifica aperta (Saldana, 2015) e analisi tematica (Braun et al., 2006), garantendo rigore metodologico e trasparenza nell'identificazione dei temi emergenti dalle narrazioni dei partecipanti. Questo approccio ha permesso di riconoscere le dimensioni emotive della malattia, la tipologia delle narrazioni e la percezione del percorso di cura, contribuendo così a delineare un quadro complessivo della condizione vissuta dalle pazienti.

5.1.2 Procedura di analisi

La codifica delle domande aperte è stata effettuata in parallelo da due valutatori indipendenti. Entrambi i codificatori hanno seguito le fasi metodologiche descritte di seguito (codifica aperta, identificazione dei temi e categorizzazione) e hanno registrato i propri codici su un foglio Excel condiviso. Successivamente, i codici e i temi individuati sono stati confrontati in sessioni di consenso, in cui eventuali discrepanze sono state discusse fino al raggiungimento di un accordo condiviso. Questo processo ha permesso di assicurare la coerenza e replicabilità dei risultati, minimizzando

l'influenza delle interpretazioni soggettive. Inoltre, per favorire la trasparenza dell'analisi, sono state incluse citazioni testuali estese che illustrano i temi emergenti riportate nelle tabelle.

Sulle narrazioni raccolte è stata condotta un'analisi tematica e del contenuto, seguendo le linee guida proposte da Braun e colleghi (2006). Entrambi i metodi permettono al clinico-ricercatore di esplorare in profondità "cosa" il paziente ha raccontato nella propria narrazione. In particolare, l'analisi tematica rappresenta un approccio qualitativo volto a identificare temi o concetti presenti nel testo. A differenza dell'analisi del contenuto, essa presta meno attenzione alla quantificazione e si concentra invece sulla rilevazione, sia spontanea sia predefinita, di temi e concetti all'interno del materiale analizzato. All'analisi tematica non interessa solo riportare quante volte un tema ricorre all'interno di un testo, ma quali temi o concetti caratterizzano le narrazioni e in che modo questi temi sono interconnessi tra loro (French et al., 2005). Il metodo si basa sull'analisi delle motivazioni, delle idee, delle opinioni, delle sensazioni ed emozioni direttamente dalle parole del soggetto attraverso domande aperte, interviste, testi o documenti. I dati, inoltre, possono essere raccolti con l'utilizzo di interviste semi-strutturate o non strutturate, focus group in cui il soggetto è invitato a rispondere. Una delle caratteristiche dell'analisi tematica è la flessibilità, cioè non sono previste procedure rigide, tuttavia è consigliabile seguire delle linee guida per assicurare la coerenza metodologica e garantire una applicazione coerente e sistematica. Inoltre, è un processo non lineare ma ricorsivo in cui il ricercatore potrebbe avere la necessità di ripercorrere più volte le diverse fasi che la caratterizzano. Attride-Stirling e colleghi (2001) suggeriscono che in una corretta analisi tematica il ricercatore deve specificare nella parte metodologica il processo ed i dettagli dell'analisi condotta e, oltre a riportare ciò che sta facendo, dovrebbe specificare anche il *perché* ed il *come* è stata condotta l'analisi (Attride-Stirling et al., 2001). Braun e colleghi (2006) propongono le linee guida per l'analisi tematica suggerendo un percorso multifasico ricorsivo, suddiviso in 6 fasi. Questa metodologia rappresenta una procedura classica che permette di utilizzare l'analisi tematica qualitativa con il rigore scientifico previsto. Di seguito riportiamo le fasi che Braun e collaboratori suggeriscono e che abbiamo seguito nel nostro studio:

- **Fase 1: *Familiarizzazione con i dati***: in questa fase, è fondamentale effettuare una lettura ripetuta dei dati per familiarizzare. Se i dati provengono da interviste è opportuno trascrivere i dati in modo dettagliato cogliendo anche aspetti non verbali così come suggerito da Bird e colleghi (2005). In questa fase è possibile prendere appunti che serviranno successivamente.
- **Fase 2: *Generazione dei codici iniziali***, in questa fase, si suggerisce di produrre un elenco di idee di quanto contenuto nei dati e su quanto vi è di interessante. In questa fase, si producono dei codici iniziali che corrispondono ad una caratteristica dei dati, questo permetterà di

organizzare i dati in gruppi significativi (Tuckett, 2005).

- **Fase 3: Ricerca dei temi;** in questa fase in cui tutti i dati sono stati codificati, il ricercatore con l'aiuto di tabelle o mappe concettuali abbina i codici. Se possibile identifica i temi principali e i sottotemi, ma anche temi che apparentemente non rientrano in nessun tema. Questa fase termina nel momento in cui ci sono dei temi candidati a temi principali ed eventuali sottotemi.
- **Fase 4: Rivedere i temi:** questa fase è dedicata al perfezionamento dei temi precedentemente individuati, sono previsti due livelli di revisione, il primo in cui si dovrà verificare che i temi sono coerenti tra loro, ed un secondo livello in cui potrà essere necessario rivedere il tema e crearne uno nuovo o codificare dati aggiuntivi, o eliminarli. Questi passaggi permetteranno di realizzare una mappa tematica che servirà nelle fasi successive.
- **Fase 5: Definire e nominare i temi:** in questa fase la mappa tematica dovrà rispecchiare in modo soddisfacente i dati. Si dovranno definire i temi ed i sottotemi con una ulteriore rifinitura, assegnando il nome ai temi identificati con un titolo anche provvisorio.
- **Fase 6: Redigere il rapporto:** in questa fase dovrà essere redatto un rapporto finale che dovrà contenere una narrazione precisa, logica e non ripetitiva, con prove sufficienti dei temi all'interno dei dati per dimostrare la prevalenza dei temi. Si suggerisce anche di effettuare riferimenti alla letteratura esistente, collegamenti alla domanda di ricerca, inserendo all'interno estratti dei soggetti che descrivono quanto si sta riportando.

Per quanto riguarda l'analisi del contenuto, essa consente di classificare e contare particolari caratteristiche presenti in un testo narrativo andando a rilevare soprattutto la frequenza con la quale si presentano determinate unità di testo (ad esempio, rilevando quante volte i pazienti utilizzano il termine "dolore", se esistono differenze tra maschi e femmine nell'utilizzo della parola, oppure se è possibile raggruppare alcuni termini in cluster). Tipica di questo modo di procedere è la procedura word-driven, che sta alla base di utilizzo di alcuni software per l'analisi testuale, come T-Lab (Lancia, 2004). In particolare, l'analisi di contenuto consiste nella scomposizione del messaggio in elementi che lo compongono più semplici. Così come l'analisi tematica, infatti, si avvale del contenuto di interviste semi – strutturate o non strutturate e focus group, ma può anche essere usata con qualsiasi forma di comunicazione, inclusi i programmi radio e televisivi, o ancora discorsi e film.

5.2 Risultati

Saranno ora presentati i risultati emersi dall'analisi delle risposte alle domande aperte citando anche alcuni esempi di risposte fornite con esempi di citazione, particolare attenzione sarà data alle emozioni riportate direttamente dalle parole delle pazienti ed al contesto in cui le stesse sono state vissute. Successivamente verranno illustrate le esperienze relative al percorso di cura riportate dalle pazienti, con particolare attenzione alle narrazioni prodotte e ai termini utilizzati per descrivere la propria condizione di salute, distinguendo tra le tre dimensioni di *disease*, *illness* e *sickness*. Tali narrazioni possono essere ricondotte a tre principali tipologie: 1) *restitution narrative* (narrazione di riparazione); 2) *chaos narrative* (narrazione caotica); 3) *quest narrative* (narrazione di ricerca) (Frank, 1995). Inoltre, verrà approfondita l'importanza dell'analisi tematica nella ricerca qualitativa, e saranno presentati la discussione dei risultati qualitativi e il processo di integrazione di tali dati con le evidenze quantitative precedentemente analizzate.

5.2.1 Racconta di un episodio in cui non ha sentito emozioni oppure emozioni forti

In merito alla domanda 1 “*Racconti un episodio in cui non ha sentito emozioni, o ha sentito emozioni forti in merito alla patologia che le è stata diagnosticata (cercando di ricordare il contesto in cui si è trovata, le persone che la circondavano)*”, non tutti hanno fornito una risposta valida. La risposta è stata codificata considerando due aspetti, il primo ha riguardato il contesto in cui si è verificato l'evento e l'altro l'emozione provata. Nello specifico, i partecipanti hanno utilizzato in media 48 parole ($M=48,4$), 44 partecipanti (55,70%) hanno fatto riferimento sia al contesto sia all'emozione vissuta, 17 soggetti (21,52%) hanno risposto in relazione al contesto in cui si è verificato l'evento, 5 partecipanti (6,33%) hanno risposto riferendosi solo alle emozioni provate e infine 8 soggetti (10,26%) hanno risposto di non ricordare o di non voler rispondere. Delle 79 risposte raccolte, 4 partecipanti hanno utilizzato una sola parola: “ricovero” ($n=2$), “lavoro”, “disperazione”. Inoltre, 13 risposte non sono state codificate a causa della mancanza di informazioni che riguardavano il contesto e/o l'emozione, di queste, 4 soggetti hanno risposto: “no”, “non me la sento di rispondere”, “non voglio”, “non ricordo” e in 2 risposte sono state riportate segni di interpunzione (.). La tabella 1 riporta la frequenza delle risposte.

Tabella 1 Focus della narrazione

Focus della narrazione	Frequenza	Percentuale (%)
Risposte riferite solo al contesto	17	21,52%
Risposte riferite solo alle emozioni vissute	5	6,33%
Risposte riferite sia al contesto che alle emozioni	44	55,70%
Non risponde (non ricordo, non voglio, no, etc...)	8	16,46%
Altro	5	6,33%

Relativamente al contesto in cui le emozioni si sono manifestate con maggiore frequenza, i dati mostrano che, all'interno del 77,22% del campione che ha fatto riferimento a un contesto specifico, il 34,42% dei soggetti riferisce situazioni che riguardano l'ambito familiare, il 16,40% ha riferito di aver vissuto tale emozione in solitudine, l'11,5% dei soggetti riporta situazioni legate al cibo, il 9,8% situazioni avvenute in un contesto clinico, l'8,2% in contesto ospedaliero e ricovero o con amici e il 4,92% nel contesto scolastico. Le categorie relative al contesto lavorativo, alla malattia e alle conseguenze della malattia mostrano una frequenza complessiva dell'1,64%, valore identico a quello delle categorie non valutabili per mancanza di informazioni. La tabella 2 riepiloga i contesti in cui i pazienti hanno sperimentato le emozioni, corredate da esempi di citazione rappresentative fornite direttamente dai partecipanti.

Tabella 2 Il racconto di un episodio ed esempio di citazione

Categoria	Frequenza	N (%)	Citazione
Contesto famiglia	21	34,42%	<i>Volevo che mio padre (con il cancro al cervello) si addormentasse per poter andare a prendere i biscotti per abbuffarmi anziché pensare al fatto che fosse stanco perché stava male</i>
Situazione sperimentata da sola	10	16,40%	<i>Ero appena rientrata a casa da un weekend di due giorni fuori, erano circa le dieci di sera e avevo già cenato in una pizzeria. Ero da sola in camera mia: ho ripercorso mentalmente che cosa avevo mangiato nei</i>

			<i>due giorni di vacanza appena trascorsi e quando ho realizzato che non si erano mai verificati episodi compensativi in quei due giorni: ho iniziato a pensare che stessi perdendo il controllo della situazione. Mi sono sentita in colpa e sola.</i>
Situazione legata al cibo	7	11,5%	<i>Pranzo di Natale</i>
Contesto clinico	6	9,8%	<i>Ero con mia madre e la nutrizionista e mi è stato consigliato di iniziare un percorso per disturbi alimentari. Mi sono sentita il mondo crollare addosso per giorni ho pianto, ho dovuto lasciare il lavoro e mi sentivo vuota.</i>
Contesto ospedaliero/ricovero	5	8,2%	<i>Il dolore lancinante nel petto e nello stomaco quando mia madre mi ha lasciata nel secondo centro in cui sono stata ricoverata, tutte le ragazze intorno a me e io che volevo solo scomparire, tornare a casa mia.</i>
Situazione in presenza di amici	5	8,2%	<i>Il giorno del mio 18esimo compleanno pensare assiduamente a come andare a vomitare invece che godermi i miei amici e la famiglia.</i>
Contesto Scolastico	3	4,92%	<i>Ero a scuola e mi vergognavo di farmi vedere mentre mangiavo dalle altre persone quindi mi sono nascosto in bagno per poter mangiare senza pensare che qualcuno mi stesse guardando, però non ha migliorato del tutto la cosa perché mi sono comunque abbuffato e ho mangiato in maniera vorace.</i>
Situazione legata alle conseguenze della malattia	1	1,64%	<i>Ero da sola a casa e ho iniziato a perdere sangue dal naso e dalla bocca dopo aver vomitato.</i>
Contesto lavorativo	1	1,64%	<i>Lavoro.</i>
Contesto legato alla malattia	1	1,64%	<i>Quando sentivo di non essere così malata e quindi da non meritarmi neanche l'acqua.</i>
Situazioni non valutabili	1	1,64%	<i>Non ricordo; Commenti sull'aspetto fisico.</i>

In merito alle emozioni maggiormente sperimentate dai partecipanti, il 37,97% del campione totale ha affermato di non aver sentito nessuna emozione. Dei 79 partecipanti, il 62% (N=49) ha fatto riferimento alle emozioni provate, ed alcuni partecipanti hanno indicato più di una emozione. I nostri dati mostrano che l'89,8% del campione che ha risposto ha dichiarato di aver sperimentato emozioni negative, in particolare sensazioni di vuoto, sensi di colpa, vergogna, fallimento, mentre l'8,16% ha dichiarato di aver provato emozioni miste (sia positive che negative) e solo il 6,12% ha dichiarato di aver sperimentato emozioni positive. Nella tabella 3 sono riportate le caratteristiche in merito alle emozioni provate con esempi di citazione.

Tabella 3 Il racconto di Emozioni

Categoria	Frequenza	N%	Citazione
Emozioni Negative (schifo, disgusto, vuoto, vergogna, etc..)	44	89,8%	<i>Mi ricordo quando mia mamma mi incolpava sempre di aver finito tutti i biscotti e tutte le patatine ed io per quanto mi facevo schifo davo tutta la colpa a mio fratello e lo mettevano in punizione.</i>
Emozioni Positive (calma, sollievo, stupore)	3	6,12%	<i>Mi capita sempre di provare forte ammirazione per la capacità che mia mamma ha avuto nel gestire la mia malattia. Tanta calma, tanto rispetto e grande accoglienza.</i>
Emozioni miste (sia positive che negative)	4	8,16%	<i>Sollievo: quando il mio psichiatra mi ha confermato il mio disturbo di personalità borderline. Rabbia: quando la mia psicoterapeuta mi ha negato il diritto di avere una diagnosi, in quanto secondo lei mi sarei nascosta dietro questa etichetta.</i>
Nessuna emozione	30	37,97%	<i>Non provo nessuna preoccupazione rispetto alla mia patologia</i>

5.3 Analisi dei contenuti, della forma e delle tematiche delle esperienze riportate nel percorso di cura

Per quanto riguarda la domanda 2: Descriva l'esperienza vissuta fino ad oggi nel percorso di cura, tutto il campione ha risposto. Il contenuto della risposta è stato codificato considerando tre aspetti: il *contenuto*, la *forma* e la *tematica*.

Per rilevare i temi ricorrenti all'interno delle narrazioni, abbiamo fatto riferimento alla distinzione proposta da Kleinmann (1988), sia in relazione al *contenuto* facendo riferimento alle tre dimensioni: la *Disease* (intesa come malattia biomedica, individuata da esami e test specifici), l'*Illness* (cioè il punto di vista del malato circa la sua condizione di salute,) e la *Sickness* (riferita alla malattia descritta fatto sociale ed istituzionale) (Kleinman, 1988), sia facendo riferimento alla *forma* così come prevede la distinzione proposta da Frank (2007), in tre diverse forme di narrazioni: 1) *the restitution narrative* (la narrazione di riparazione); 2) *the caos narrative* (la narrazione caotica); 3) *the quest narrative* (la narrazione di ricerca).

La distinzione in relazione al contenuto, ci ha permesso di individuare durante la narrazione spontanea, i termini o le espressioni utilizzate per descrivere la propria condizione di salute ed il peso attribuito a ciascuna dimensione della narrazione. In particolare, con il termine *Disease*, si intende la malattia come fatto biologico e/o lesione organica, in questo contesto, la malattia è considerata una categoria nosologica distinta, identificabile e trattabile attraverso interventi medici basati su evidenze

scientifiche. Tale approccio enfatizza gli aspetti fisiopatologici della condizione, differenziandosi da concetti più ampi o soggettivi come quelli legati al vissuto individuale del paziente o alle dimensioni sociali e psicologiche della salute. Il secondo aspetto, fa riferimento al concetto di *Illness*, in cui il contenuto è focalizzato non solo sui sintomi fisici percepiti, ma anche dal modo in cui la persona interpreta, attribuisce significato e reagisce alla propria condizione. L'*Illness* permette di comprendere come le esperienze di malattia sono profondamente soggettive e plurali, coinvolgendo dimensioni psicosociali che il modello biomedico non considera pienamente. Questo approccio sottolinea l'importanza di includere il punto di vista del paziente nella valutazione della salute, riconoscendo che la percezione soggettiva del malessere può influenzare il comportamento, l'aderenza alle cure e il processo di guarigione. Infine, il terzo aspetto ha riguardato la *Sickness*, intendendo la malattia come fatto riconosciuto socialmente dal punto di vista economico, politico e istituzionale. La *Sickness* non riguarda solo la condizione fisica del malato, ma include anche l'aspetto culturale e sociale che definisce chi può assumere il ruolo di malato.

In merito all'analisi delle narrazioni in relazione alla *forma*, abbiamo effettuato la distinzione così come proposta da Frank (2007) in tre dimensioni di narrazioni *the restitution narrative*, *the chaos narrative* e *the quest narrative*. Nel dettaglio, la *narrazione di riparazione* è strettamente legata al concetto di ruolo di malato di Parsons (1951), in cui i pazienti nelle loro narrazioni esprimono il desiderio di poter stare meglio e ripongono fiducia nel trattamento grazie al quale stanno man mano o hanno raggiunto uno stato di benessere/salute. Per quanto riguarda *la narrazione caotica*, essa, non è lineare, è poco strutturata e ordinata, spesso di difficile comprensione; è tipica dei pazienti con malattie croniche o terminali, e riflette una percezione di perdita di controllo di fronte a un evento travolgente come l'arrivo di una malattia. Offrire in questi casi ai pazienti tempo e spazio da parte dei medici, è di fondamentale importanza (Frank, 2007). Diversamente a quella caotica, *la narrazione di ricerca*, segue un ordine cronologico e spesso nelle narrazioni viene fatto riferimento alla sfida, alla missione. Coloro che utilizzano la narrazione di ricerca, tendono ad avere un maggiore senso di controllo della propria vita, accettano la sfida di apprendere dall'esperienza e interpretano la malattia come un percorso capace di ridefinire la propria identità. Spesso si verifica che, in queste persone, emerge il desiderio di condividere pubblicamente la propria storia, offrendo supporto e a chi, come loro, si trova ad affrontare la stessa condizione di malattia.

La dimensione *tematica*, invece, permette di identificare significati condivisi e pattern narrativi che attraverso il racconto delle diverse storie, rende possibile una comprensione più sistematica dei vissuti individuali (Braun et al., 2006; Riessman, 2008). Rintracciare ed analizzare i temi nelle narrazioni, consente di individuare diversi modi con cui le persone attribuiscono significato

agli eventi di malattia e al percorso di cura. Tale processo, permette inoltre, di collocare i vissuti in un quadro interpretativo più ampio, in cui le esperienze personali si intrecciano con dimensioni culturali e sociali (Nowell et al., 2017; Chase, 2018). Infine, l'individuazione dei temi, consente di ampliare ed arricchire l'interpretazione dei dati quantitativi individuando i costrutti teorici dei risultati empirici (Riessman, 2008; Braun et al., 2006).

I nostri dati, in merito al contenuto, sono stati codificati in base a tre aspetti precedentemente descritti: *Disease*, *Illness* e *Sickness*. Nel dettaglio, i partecipanti hanno utilizzato in media 40 parole ($M= 40,24$). Il nostro campione clinico, nel 69,62% dei casi ha descritto l'esperienza di cura riferendosi soprattutto all'*Illness*, il 15,19% ha indicato il percorso di cura riferendosi alla *Disease*, solo il 3,8% ha fatto riferimento sia all'*Illness* sia alla *Disease* e nessuno ha fatto riferimento alla *Sickness* (0%), l'11,39% delle risposte registrate non sono state codificate a causa della mancanza di informazioni. La tabella 4 sintetizza i risultati dell'analisi sulla definizione di malattia in termini di contenuto con esempi di citazione.

Tabella 4 Definizione di malattia (Contenuto) ed esempio di citazione

	Frequenza	Percentuale (%)	Citazione
Malattia come Illness	55	69,62%	<i>Percorso psicologico e visite nutrizionali, questioni familiari e altri problemi relativi ai sensi di colpa sono stati affrontati e si stanno vedendo risultati. Tuttavia la problematica legata al cibo non è stata risolta perciò ho deciso di affidarmi al centro perché più specializzato nel campo.</i>
Malattia come "Disease"	12	15,19%	<i>Ho capito che il peso non può essere un tabù.</i>
Malattia come "Disease/Illness"	3	3,80%	<i>Sicuramente il ricovero a Todi mi ha portata a capire la radice di molti miei pensieri e comportamenti disfunzionali prima del ricovero, mi ha aiutata a capire la radice del problema. Tuttavia nonostante siano passati anni, non sono riuscita ancora a prendere la mia vita in mano, prendere coraggio ed uscire da questo ormai "porto sicuro".</i>
Malattia come "Sickness"	0	0%	-
Risposte non codificabili	9	11,39%	<i>Molto difficile. Nessuna esperienza di cura.</i>

Per quanto riguarda la forma, i nostri dati sono stati codificati seguendo la distinzione proposta da Frank (1985) descritta precedentemente. I risultati evidenziano che la maggior parte del campione, il 53,16% ha utilizzato la narrazione di ricerca, il 6,33% la narrazione di riparazione e solo l'1,27% ha usato la narrazione caotica. Il 39,24% delle risposte non sono state codificate a causa della mancanza di informazioni. La tabella 5 riporta schematicamente il tipo di narrazione e l'esempio di citazione in merito alla forma.

Tabella 5 Tipo di narrazione (Forma) ed esempio di citazione

Tipo di Narrazione	Frequenza	Percentuale (%)	Citazione
Narrazione di ricerca (quest narrative)	43	53,16%	<i>Il percorso di cura mi sta aiutando a riprendere in mano la mia vita. Mi sta portando a mettermi in gioco di volta in volta, ad affrontare le mie paure e a cercare di scovarne le radici per avere maggior consapevolezza di chi sono e di chi posso diventare.</i>
Narrazione di riparazione (restitution narrative)	5	6,33%	<i>Molto altalenante: sono stata presso un centro diurno per disturbi alimentari per nove mesi e nell'ultimo periodo, precedente la dimissione, mi sentivo molto meglio... Ma con il passare del tempo le cose sono andate peggiorando, ma piano piano, grazie al supporto ambulatoriale, spero di poter tornare vivere, invece che sopravvivere e basta.</i>
Narrazione caotica (chaos narrative)	1	1,27%	<i>Ad esempio al mare, quando vedevo le cosce distendersi andavo subito a prendere un telo per coprirle e coprirmi oppure mi girava la testa e dovevo tornare a casa velocemente altrimenti svenivo data la mia restrizione sul cibo.</i>
Risposte non codificabili	31	39,24%	<i>Non voglio. Non mi va.</i>

In merito alla codifica sulla *tematica*, i nostri risultati indicano che il 40,51% del campione ha descritto il percorso di cura come un'esperienza positiva, il 7,59% come un'esperienza negativa e il 3,80% come un'esperienza difficile. Inoltre, il 15,19% dei partecipanti ha definito il percorso di cura come altalenante, solo il 5,06% ha descritto il percorso di cura in modo oggettivo con tutti i passaggi del percorso, ed il 22,68% delle risposte non sono state codificate a causa della mancanza

di informazioni. Il 5,08% del campione ha risposto alla domanda 2 evidenziando altri aspetti come fiducia negli operatori, difficoltà nell'accettazione del corpo, nessun supporto terapeutico, descrizione minima del percorso di cura. La tabella 6 riporta in modo schematico con esempi di citazione i risultati ottenuti in base alla tematica.

Tabella 6 Caratteristiche delle risposte in base alla tematica

	Frequenza	Percentuale (%)	Citazione
Descrizione del percorso di cura positivo	32	40,51%	<i>Positiva, ho superato tantissimi ostacoli e oggi riesco a vivere una vita normale, con le preoccupazioni normali di una persona di 20 anni.</i>
Descrizione del percorso di cura negativo	6	7,59%	<i>Non mi sento di aver fatto alcun passo avanti.</i>
Descrizione del percorso di cura come difficile	3	3,80%	<i>E' un'esperienza dura, giorni più complicati degli altri in cui ti senti sfinito mentalmente e altri in cui ti senti svuotato dalle emozioni. A volte hai tante domande e poche risposte, altre volte ti senti più sicuro.</i>
Descrizione del percorso di cura come altalenante	12	15,19%	<i>Il mio percorso di cura lo definirei pieno di alti e bassi, ci sono periodi in cui sto meglio e periodi in cui sto peggio, ma ancora oggi non so scegliere, tra la malattia e il recovery.</i>
Descrizione oggettiva di tutti i passaggi del percorso	4	5,06%	<i>Molto difficile. Nessuna esperienza di cura.</i>
Non ha ricevuto supporto terapeutico	1	1,27%	<i>Non ho attualmente avuto alcun aiuto riguardo il disturbo alimentare. I professionisti che ho incontrato non sono specializzati nell'ambito per cui non ho ricevuto il supporto adeguato.</i>
Fiducia negli operatori	1	1,27%	<i>Sto cercando di fidarmi di persone che ne sanno molto più di quello che pensavo di sapere</i>
Descrizione minima del percorso di cura	1	1,27%	<i>Ho fatto inizialmente svariate diete, sono andata da psicologi e psichiatri e quest'anno sono stata ricoverata in</i>

			<i>un centro per disturbi alimentari</i>
Difficoltà nell'accettazione del corpo	1	1,27%	<i>Ad esempio al mare, quando vedevo le cosce distendersi andavo subito a prendere un telo per coprirle e coprirmi oppure mi girava la testa e dovevo tornare a casa velocemente altrimenti svenivo data la mia restrizione sul cibo</i>
Risposte non codificabili	28	22,68%	<i>Nessuna esperienza di cura</i>

5.3.1 Integrazione dei dati quantitativi e qualitativi

L'analisi teorica delle trascrizioni relative alle due domande aperte proposte nello studio permette di approfondire le vissuti soggettivi dei partecipanti, evidenziando come i costrutti teorici indagati nello studio quantitativo si intrecciano con i vissuti emotivi e i percorsi di cura direttamente dalle narrazioni dei partecipanti. Le risposte alle domande poste permettono di fare riferimento ai costrutti teorici già indagati con gli strumenti self-report nella parte dello studio quantitativo, della disregolazione emotiva, dei sintomi del Disturbo Post Traumatico da Stress, delle esperienze avverse e della sintomatologia alimentare. Non emergono nelle trascrizioni riferimenti alla depressione, anche se sono presenti emozioni negative, vuoto e cambiamenti d'umore.

In particolare, per quanto riguarda la domanda 1 *“Racconti un episodio in cui non ha sentito emozioni, o ha sentito emozioni forti in merito alla patologia che le è stata diagnosticata”*, molti partecipanti descrivono episodi di difficoltà nel riconoscere, gestire o esprimere le proprie emozioni. In diversi casi emerge un vuoto emotivo o una risposta eccessivamente intensa in situazioni legate alla patologia. L'intensità emotiva e il vuoto diventano difficili da gestire e influenzano il comportamento alimentare e sociale. Ad esempio, una paziente racconta: (B2270) *“Mi sono sentita vuota, priva di emozioni... l'obiettivo era non far notare il mio disagio, ma con la mia inespressività facevo capire che qualcosa non andava”*. Un'altra riferisce: (J1759) *“Momenti in cui perdo il controllo e poi mi sentivo bloccata...mi sembrava di ripartire da zero”*; ancora, una partecipante (CC1812) scrive: *“Non saprei descrivere le emozioni provate sul momento perché non riesco a riconoscerle”*. La **difficoltà a riconoscere e nominare le emozioni**, le sensazioni di vuoto interiore, la percezione di perdita di controllo e i vissuti di blocco sperimentati dai partecipanti, rappresentano

manifestazioni cliniche frequentemente riscontrate nei disturbi alimentari, in particolare tra coloro che presentano significative problematiche nella regolazione emotiva. La difficoltà a dare un nome o ad identificare ciò che provano porta a un senso di confusione interiore ed a un ricorso maggiore a strategie disfunzionali come la restrizione, le abbuffate, o il vomito per gestire emozioni non supportabili. Queste evidenze sono in linea con i nostri risultati quantitativi, secondo i quali la disregolazione emotiva mostra una associazione con la sintomatologia alimentare sia nel campione totale dei soggetti considerati ($r = .703$) sia nel sottogruppo con Anoressia Nervosa Restrittiva ($r = .833$), emergendo come la correlazione più forte osservata tra le variabili analizzate. Inoltre, le analisi di mediazione seriale hanno mostrato che la disregolazione emotiva media l'effetto dei sintomi del Disturbo Post Traumatico da Stress sui disturbi alimentari, sia nel campione totale sia nei due sottogruppi diagnostici, Anoressia Nervosa Restrittiva e Bulimia Binge confermando il ruolo centrale delle difficoltà emotive come meccanismo attraverso cui l'esperienza traumatica si traduce in sintomatologia alimentare. La concordanza tra le evidenze emerse nelle analisi dei dati qualitativi e quantitativi evidenzia come le esperienze di vuoto, perdita di controllo e confusione emotiva espresse dai partecipanti non rappresentino soltanto vissuti soggettivi, ma riflettano un pattern relazionale e psicopatologico riscontrato nelle analisi quantitative, in cui le ACE predicono i sintomi alimentari mediante i sintomi post traumatici da stress e la disregolazione emotiva.

Anche la ***perdita di controllo*** è una caratteristica del disturbo alimentare, sia sul piano comportamentale, come ad esempio nelle abbuffate in cui il soggetto sperimenta l'impossibilità di fermarsi, sia sul piano emotivo, in cui la persona sperimenta pianti improvvisi, scatti di rabbia e ansia incontrollabile. La caratteristica del controllo rappresenta un indicatore sia dell'incapacità a gestire le emozioni, sia come conseguenza del Disturbo da stress post traumatico nella forma dell'iperattivazione, anche se non esplicitato in modo chiaro nelle risposte. Inoltre, anche l'aspetto del "***blocco***", inteso come impossibilità di agire, di muoversi o reagire, è tipico delle reazioni da stress post-traumatiche, esso nei pazienti con disturbo alimentare riflette sia la difficoltà di affrontare emozioni e conflitti interni, sia la rigidità cognitiva che spesso accompagna questi disturbi.

Alcuni partecipanti hanno evidenziato di aver sperimentato in alcune situazioni momenti di ***iperattivazione*** con sintomatologia ansiogena, accompagnata da reazioni fisiche e pensieri intrusivi. Ad esempio, una paziente (R2760) scrive: "*Ero in macchina... sono stata presa da una forte crisi d'ansia con pensieri suicidi*", oppure, un'altra (A2269) afferma: "*A tavola con i miei familiari mi sono trovata nel panico, avevo tremore alle mani e mi mancava l'aria*", ancora una partecipante (L1269) evidenzia: "*Mi sono sforzata di finirla...alla fine ho iniziato a tremare e mi sembrava di non avere abbastanza aria*". Questi episodi indicano un forte coinvolgimento del sistema di allerta,

innescato da situazioni connesse al cibo, al corpo o a interazioni sociali percepite come minacciose o intollerabili dal soggetto. Inoltre, la presenza nei racconti di episodi di iperattivazione post traumatica da stress, caratterizzati da ansia intensa, difficoltà respiratorie e sensazione di perdita di controllo, conferma ulteriormente il ruolo dei sintomi post traumatici da stress come meccanismo di collegamento tra la disregolazione emotiva e l'insorgenza del disturbo alimentare. Considerando il quadro complessivo dei risultati e in parallelo ai dati ottenuti, i nostri dati quantitativi hanno mostrato che i sintomi del Disturbo Post Traumatico da Stress risultano significativamente associati sia alla disregolazione emotiva nel campione totale ($r = .617$), nel sottogruppo Anoressia Nervosa Restrittiva ($r = .767$) e nel sottogruppo Bulimia Binge ($r = .531$), sia ai disturbi alimentari nel campione totale ($r = .564$) nel sottogruppo Anoressia Nervosa Restrittiva ($r = .593$) e nel sottogruppo Bulimia Binge ($r = .549$).

Inoltre, per il costrutto teorico delle *esperienze infantili avverse*, pur non descrivendo direttamente tali eventi, alcune risposte riportano a dinamiche familiari e relazionali disfunzionali vissute dai partecipanti. Ad esempio, (G1476) una paziente scrive: *“Mia mamma mi incolpava sempre di aver finito i biscotti e le patatine, e io davo la colpa a mio fratello che veniva punito”*. Questo tipo di esperienza favorisce la vulnerabilità psicologica che permette l'esordio di pattern di colpa, vergogna e conflitto familiare che possono favorire comportamenti alimentari disfunzionali come abbuffata, vomito e restrizione. Questi meccanismi inoltre, aumentano la probabilità che, il disturbo alimentare si sviluppi e si mantenga come strategia di adattamento disfunzionale per proteggersi dalle relazioni vissute come pericolose o intollerabili. In linea con il modello transdiagnostico di Fairburn (2008), i comportamenti alimentari disfunzionali rappresentano strategie maladattive di regolazione emotiva, utilizzate dai soggetti per gestire o ridurre stati affettivi vissuti come dolorosi e intollerabili. Come mostrato dai contributi di Wonderlich e colleghi (2001) e da Brewerton e colleghi (2007, 2022), tali comportamenti possono essere interpretati come tentativi di protezione dalla sofferenza psichica associata a esperienze avverse vissute. In particolare, così come i nostri risultati quantitativi hanno evidenziato e l'analisi qualitativa mostra le ACE favoriscono la disregolazione emotiva che a sua volta promuove la sintomatologia alimentare.

Infine, diversi partecipanti descrivono *comportamenti alimentari disfunzionali* e una marcata *percezione negativa della propria immagine corporea*, collegandola a reazioni emotive eccessive e difficili da regolare. Per quanto riguarda la percezione negativa della propria immagine, le partecipanti si esprimono come segue: (V2673) *“Una mia amica mi ha presa in braccio e mi ha detto ‘hai preso peso!’ Ho sentito il voltastomaco come la necessità di vomitare e di restringere ancora di più”*. Un'altra descrive: (A1869) *“Dopo aver provato un paio di jeans, mi sono vista ingrassata e*

la cosa mi aveva paralizzata". Per quanto riguarda i comportamenti alimentari disfunzionali, una partecipante (L2568) evidenzia: *"Mentre mi autoinducevo il vomito, mia madre bussava alla porta... io continuavo come se non mi importasse nulla continuavo a vomitare"*. Oppure, un paziente (MF365) sottolinea: *"Ero solo in camera facendo affannosamente iperattività...ho iniziato a piangere, a tremare...sentivo la mente ricolma di voci che mi rimproveravano"*. Anche, la partecipante (C1812) scrive: *"Non saprei descrivere le emozioni...non riesco a riconoscerle...in realtà mi travolgono, non ho il controllo...e finisco nel mangiare"*. Queste risposte, in accordo con i nostri dati quantitativi, evidenziano la necessità da parte dei soggetti, di ricorrere a comportamenti alimentari disfunzionali come il vomito, l'abbuffata e l'iperattività per gestire le esperienze vissute come dolorose. Le emozioni intense, come la vergogna, la paura, il disgusto sono collegate a condotte alimentari compensatorie o di controllo del corpo *"necessità di vomitare e restringere ancora di più"*. Questo modo di gestire le emozioni richiama la funzione di mediazione evidenziata nella parte quantitativa dello studio, della disregolazione emotiva nella relazione tra vissuto doloroso e sintomatologia alimentare.

Analogamente alla domanda 1, l'analisi teorica della domanda 2, in cui si chiedeva: *"Descriva l'esperienza vissuta fino a oggi nel percorso di cura"*, le risposte mostrano collegamenti con i costrutti teorici della disregolazione emotiva, dei sintomi del Disturbo da Stress Post Traumatico, delle esperienze avverse e della sintomatologia alimentare già indagate in modo quantitativo. In particolare, anche nella descrizione del percorso di cura emergono difficoltà nel regolare le emozioni. Ad esempio, una paziente (C677) scrive: *"L'esperienza è partita bene con molta grinta...ma ora si è affievolita, come se mi fossi arresa"*. Oppure, la partecipante (AM268) descrive: *"Il mio percorso di cura...ancora oggi non so scegliere, tra la malattia e il recovery"*, un'altra, (V2673) scrive: *"All'inizio del percorso avevo tanta grinta...io ho ripreso peso...l'umore è crollato nuovamente in basso, facendomi perdere via via la forza per combattere"*. **L'instabilità emotiva** che i partecipanti mostrano attraverso il loro vissuto nel percorso di cura evidenzia una difficoltà profonda nella regolazione degli stati affettivi. Queste narrazioni evidenziano un andamento altalenante tra speranza di guarire e rinuncia, tra momenti di carica e di crollo emotivo, che richiama i pattern quantitativi emersi nel campione analizzato. La disregolazione emotiva emerge infatti come la variabile centrale della sintomatologia alimentare, evidenziando un quadro di instabilità affettiva e di difficoltà nella modulazione degli stati emotivi. In linea con questi dati, anche i sintomi di iperattivazione post traumatica da stress mostrano un'associazione significativa con la disregolazione emotiva, suggerendo che l'incapacità di gestire emozioni intense possa compromettere la continuità e l'efficacia del percorso terapeutico.

Anche nelle risposte della domanda 2, i partecipanti in alcune narrazioni non si riferiscono alla sintomatologia da stress post traumatica, ma attraverso i loro vissuti è possibile rintracciare situazioni **di evitamento e di iperattivazione**, riconducibili alla sintomatologia da stress post traumatico. Una paziente (MF365) racconta: *“Il ricovero a Todi mi ha portata a capire la radice di molti miei pensieri e comportamenti... ma non sono riuscita ancora a uscire da questo ‘porto sicuro’, un’altra paziente (V2673) scrive: “All’inizio del percorso avevo tanta grinta...ad oggi sento di essere debole in tutti i sensi”, una partecipante (G0972) afferma: “Non voglio”, ancora una paziente (AF2978) scrive: “Non mi sento di aver fatto alcun passo in avanti”.* Queste risposte mostrano un’alternanza tra fasi di iperattivazione e di evitamento, entrambi, come confermano i nostri risultati quantitativi, possono accentuare la disregolazione emotiva e quindi favorire la vulnerabilità del soggetto a ricorrere a comportamenti alimentari disfunzionali come abbuffate, restrizione o vomito autoindotto per tentare di gestire l’ansia e l’agitazione interna. I nostri dati quantitativi, come evidenziato in precedenza, hanno infatti mostrato una forte associazione tra sintomi post traumatici da stress e disregolazione emotiva nel campione totale ($r = .617, p < .01$), nel sottogruppo Anoressia Nervosa Restrittiva ($r = .767, p < .01$) e nel sottogruppo Bulimia Binge ($r = .531, p < .01$), nonché con la sintomatologia alimentare nel campione totale ($r = .564, p < .01$). Questi risultati suggeriscono che l’alternanza tra iperattivazione e evitamento osservata nelle narrazioni dei partecipanti sono coerenti con i meccanismi psicopatologici riscontrati nei dati quantitativi, in cui la compromissione dei processi di regolazione emotiva sembra favorire l’utilizzo delle condotte alimentari disfunzionali, come abbuffate, restrizione o vomito autoindotto, per gestire la tensione interna.

Inoltre, pur non descrivendo direttamente eventi infantili avversi, alcune risposte mostrano **un legame tra il percorso di cura e dinamiche familiari e relazionali disfunzionali** vissute dal soggetto. Ad esempio, (A0473) scrive: *“Ho capito che non sono ciò che mi è successo... sto imparando a volermi bene anche nella mia imperfezione”, un’altra partecipante (MG467) afferma: “Percorso psicologico e visite nutrizionali, questioni familiari e altri problemi relativi ai sensi di colpa sono stati affrontati e si stanno vedendo risultati. Tuttavia la problematica legata al cibo non è stata risolta perciò ho deciso di affidarmi al centro perché più specializzato nel campo”.* Le narrazioni offrono una visione completa del processo di cura come percorso di trasformazione sia intrapsichica sia interpersonale. Come evidenziato nelle risposte, il percorso di cura diventa occasione per mettere in discussione e trasformare modelli di autovalutazione interiorizzati durante esperienze relazionali negative come conflitti familiari, critica o mancanza di supporto, che alimentano la difficoltà a regolare forti emozioni negative e che a loro volta contribuiscono all’esordio ed al mantenimento dei sintomi alimentari. In linea con i risultati quantitativi di mediazione, dalle

narrazioni è possibile evidenziare il legame tra esperienze relazionali negative, pattern emotivi maladattivi e sintomatologia alimentare.

Infine, molti partecipanti riportano come il lavoro terapeutico abbia contribuito a modificare la percezione del proprio corpo e dei pensieri disfunzionali strettamente interconnessi al disturbo alimentare. Ad esempio, una partecipante (C0173) scrive: *“Iniziato il percorso...sono tornata a mangiare normalmente, ho imparato a non saltare i pasti...continuo però ad avere sempre i pensieri sul corpo e sul cibo”*, ancora, un'altra paziente (S1474) riporta: *“Ora sono io che voglio guarire dalla malattia...ancora non riesco ad accettare il mio corpo”*, oppure, una partecipante (A2173) scrive: *“Inizialmente ero spaventata...oggi vivo serenamente con il mio corpo e i pensieri sul peso, nonostante sono rimasti, sono meno frequenti”*, un'altra ragazza (P2565) evidenzia: *“Non sono ancora riuscita ad eliminare tutti i miei comportamenti disfunzionali...mi capita ancora spesso di ricorrere alla restrizione per stare più tranquilla”*, oppure, una paziente (L2568) scrive: *“Nascondevo i biscotti e vomitavo...sono riuscita finalmente a parlarne”*. Le dichiarazioni dei partecipanti evidenziano come il percorso di cura abbia modificato almeno in parte la sintomatologia alimentare e sottolineano sia la necessità di consolidare gli obiettivi raggiunti sia di porre l'attenzione su aspetti sottostanti il disturbo alimentare.

5.4 Discussione

I risultati qualitativi del presente studio confermano e arricchiscono la letteratura esistente, evidenziando come la disregolazione emotiva, le esperienze infantili avverse e la sintomatologia post-traumatica da stress siano strettamente interconnesse nello sviluppo e nel mantenimento dei disturbi alimentari. I risultati dell'analisi qualitativa hanno confermato quanto precedentemente previsto, nelle narrazioni delle pazienti emergono vissuti di vuoto interiore, vergogna, colpa, rabbia e perdita di controllo, alternati a momenti di iperattivazione e a episodi di blocco o evitamento. Questi elementi riflettono difficoltà profonde nel riconoscimento e nella modulazione delle emozioni, che si traducono in comportamenti alimentari disfunzionali come la restrizione, l'abbuffata o il vomito autoindotto, confermando la funzione regolativa del sintomo alimentare. Questi vissuti supportano i modelli già descritti in letteratura, secondo cui i comportamenti alimentari disfunzionali permettono ai soggetti di regolare emozioni negative o vissute come intollerabili (Bridger et al., 1997; Starkman et al., 2005; Breland et al., 2018; Roer et al., 2021). I nostri dati, infatti, confermano che i comportamenti alimentari disfunzionali come la restrizione, l'abbuffata e il vomito autoindotto sono utilizzati come strategie per fronteggiare ansia, vergogna o senso di colpa, confermando la funzione di coping affettivo documentata nel contributo di Breland e colleghi (2018) ed in quello di Roer e colleghi

(2021). Questo modo di fronteggiare le esperienze avverse vissute suggerisce la presenza di variabili psicologiche che mediano l'associazione tra ACE e disturbi alimentari così come confermato dai nostri risultati quantitativi. Molte risposte, sebbene non sempre esplicite, hanno richiamato dinamiche familiari disfunzionali, in linea con quanto osservato da De Lara (2022) e da Wattick e colleghi (2023). La letteratura qualitativa ha mostrato come le esperienze avverse siano associate alla disregolazione emotiva e all'insorgenza dei sintomi alimentari (Breland et al., 2018; Roer et al., 2021). Tali esperienze avverse, infatti, sembrano favorire pattern di colpa, vergogna e conflitti che a loro volta possono promuovere comportamenti alimentari disfunzionali come abbuffata, restrizione o vomito autoindotto. I partecipanti inoltre, hanno descritto episodi di iperattivazione, ansia intensa e pensieri intrusivi in situazioni legate al cibo, al corpo o alle interazioni sociali. Questi elementi rimandano alla letteratura che evidenzia come la sintomatologia post traumatica da stress ravvisabile nell'iperattivazione e/o nell'evitamento contribuisca alla manifestazione dei sintomi alimentari (Bridger et al., 1997; Trotter et al., 2017; Roer et al., 2021). Più in generale, tali evidenze si inseriscono all'interno del filone di ricerca secondo cui i sintomi post traumatici da stress e la disregolazione emotiva rappresentano meccanismi centrali attraverso i quali le esperienze avverse si traducono in sintomatologia alimentare (Wonderlich et al., 2001; Brewerton, 2007, 2022). Questo modello è coerente anche con la teoria transdiagnostica dei disturbi alimentari promossa da Christopher Fairburn e colleghi (2003), secondo cui tutti i disturbi alimentari condividono gli stessi meccanismi psicologici che spiegano sia l'insorgenza sia il mantenimento dei disturbi alimentari. Tra questi meccanismi la difficoltà nel regolare e nel gestire emozioni percepite come dolorose e intollerabili fa sì che i sintomi alimentari vengano usati come strategia di coping, ovvero come modalità disfunzionale, per far fronte al disagio emotivo (Aldao et al., 2010; Haynos et al., 2011).

Infine, le narrazioni relative al percorso di cura indicano difficoltà persistenti nella regolazione delle emozioni, comportamenti di alternanza tra evitamento ed iperattivazione e resistenze nel percorso di recovery. In aggiunta il percorso di cura è stato descritto come un'esperienza complessa e ambivalente, caratterizzata da momenti di speranza e miglioramento alternati a fasi di ricaduta e disinvestimento. La maggior parte delle narrazioni si colloca nella dimensione dell'*Illness* (69,6%), in cui la malattia è vissuta come esperienza soggettiva, emotiva e relazionale, mentre solo una minoranza si riferisce alla *Disease* come condizione biomedica (15,2%). Per quanto riguarda la forma narrativa, prevale la *quest narrative* (53,2%), che riflette un percorso di ricerca e trasformazione personale, mentre le *restitution narratives* e le *chaos narratives* risultano minoritarie. Infine, a livello tematico, la maggior parte dei racconti descrive il percorso terapeutico come positivo o altalenante, evidenziando la centralità del lavoro sulla consapevolezza emotiva e sulla regolazione affettiva.

Questi risultati rimandano a quanto osservato negli studi qualitativi precedenti, in cui l'intervento terapeutico permette di rielaborare vissuti traumatici e modificare gradualmente la percezione corporea e i pensieri disfunzionali riferiti al cibo ed alle forme corporee (Wattick et al., 2023; De Lara, 2022). La letteratura infatti evidenzia l'importanza di interventi integrati multidisciplinari, l'integrazione di strategie di coping emotivo e lavoro sul significato del corpo (Breland et al., 2018; Roer et al., 2021). Sarebbe auspicabile anche l'integrazione di approcci sensibili al trauma con modelli centrati sui pazienti, interventi mirati alla disregolazione emotiva ed al trattamento dei sintomi post traumatici da stress.

L'approfondimento qualitativo che abbiamo condotto valorizza e completa l'interpretazione dei risultati quantitativi emersi, e ribadisce il valore dei disegni di ricerca a metodo misto in ambito sanitario. Tuttavia, diversi sono i limiti dello studio che non compromettono il valore che l'analisi qualitativa apporta in termini di comprensione dell'esperienza soggettiva, ma indicano aree di miglioramento e approfondimento per ricerche future. In primo luogo, la limitazione della generalizzabilità dei risultati in altri contesti o gruppi dovuti all'ampiezza del campione. Nonostante il campione clinico risulti adeguato per l'analisi qualitativa, il numero complessivo dei pazienti arruolati potrebbe non essere rappresentativo dell'intera popolazione di pazienti con disturbo alimentare che hanno subito traumi. Tuttavia, il nostro obiettivo è di tipo descrittivo e volto a integrare i dati quantitativi, pertanto tale caratteristica risulta coerente con le finalità dello studio. In secondo luogo, non tutti i partecipanti hanno risposto alle domande aperte fornendo risposte complete o esaustive, ed alcuni non hanno descritto gli episodi emotivi vissuti. Questo potenziale bias può incidere sulla completezza e sulla ricchezza dei dati raccolti. Allo stesso tempo, tale aspetto offre un'indicazione sulla difficoltà di scrivere in relazione al proprio stato emotivo che spesso è caratterizzato da disregolazione emotiva. Inoltre, dal punto di vista clinico, il fatto che alcuni soggetti non abbiano prodotto risposte può rappresentare un segnale rilevante rispetto alla gravità della condizione vissuta o alla difficoltà di esprimere le proprie emozioni verbalmente, come osservato nei casi di vuoto emotivo o nel verbalizzare e dare significato all'esperienza. In terzo luogo, pur avendo fatto riferimento a metodologie rigorose, come la codifica aperta e l'analisi tematica, l'interpretazione delle narrazioni mantiene una componente inevitabile di soggettività, legata alle competenze e alle prospettive di tutti i ricercatori coinvolti. Infine, dobbiamo considerare la potenziale influenza del contesto culturale, le narrazioni e le interpretazioni infatti possono risentire delle specificità culturali dei partecipanti, riducendo la trasferibilità dei risultati ad altri contesti socio-culturali.

5.5 Conclusioni

I risultati dell'analisi qualitativa mostrano la complessità dei disturbi alimentari e, attraverso le narrazioni dei vissuti emotivi, consentono di integrare e ampliare i dati quantitativi precedentemente raccolti. L'analisi ha permesso di esplorare il vissuto delle pazienti legato alla malattia e al percorso di cura; seppur non in modo esplicito, è stato possibile individuare nelle narrazioni alcuni aspetti che fanno riferimento alle esperienze avverse ad esempio, vissute in famiglia, a costrutti come la disregolazione emotiva e la sintomatologia post traumatica da stress. Vissuti interiori come vuoto emotivo, difficoltà nel riconoscere le proprie emozioni, episodi di evitamento, di blocco, e di intensa iperattivazione e angoscia, sono tra i più sperimentati dal campione clinico. Queste vissuti soggettivi influenzano direttamente i comportamenti alimentari disfunzionali, in linea con quanto osservato nella letteratura (Lavender et al., 2015; Racine et al., 2015; Leppanen et al., 2022; Ljubičić et al., 2023). Spesso comportamenti come la restrizione, le abbuffate o il vomito autoindotto, possono rappresentare strategie di coping emotivo per gestire esperienze percepite come intollerabili, confermando il ruolo la funzione di regolazione svolta dalla sintomatologia alimentare. Anche nel percorso di cura, l'indagine, ha mostrato come la componente emotivo - affettiva è un elemento determinante, che influenza sia la manifestazione dei sintomi disfunzionali sia la consapevolezza e il coinvolgimento dei pazienti durante il trattamento, così come l'alternanza di fasi di iperattivazione ed evitamento, sottolinea l'importanza di considerare la sintomatologia post-traumatica da stress come elemento centrale nella comprensione della sintomatologia alimentare disfunzionale. Alcune narrazioni dettagliate hanno evidenziato l'importanza del contesto familiare e sociale in cui esperienze relazionali disfunzionali contribuiscono a mantenere ed a incrementare la sofferenza psicologica ed i comportamenti disfunzionali alimentari. Questi risultati, supportano la necessità di approcci multidisciplinari integrati centrati sul paziente che attribuiscono importanza non solo all'aspetto biomedico (disease), ma anche alla prospettiva soggettiva (illness) e sociale (sickness). Anche l'analisi delle narrazioni ci ha permesso di rintracciare ed approfondire le tre forme principali di narrazione, quella di riparazione, quella caotica e quella di ricerca. Questo percorso, ci ha consentito di andare oltre il semplice contenuto delle storie, esplorando la loro struttura e il modo in cui le esperienze vengono organizzate e rese significative, nonché le modalità con cui le pazienti articolano i propri vissuti legati alla malattia e al percorso di cura. In particolare, la distinzione tra le tre tipologie di narrazione ha offerto diversi modi di raccontare la malattia tracciando indicazioni utili ai professionisti, suggerendo la necessità di integrare l'assessment standardizzato con approcci narrativi in grado di esplorare il significato soggettivo attribuito alle emozioni, al corpo e al cibo. L'analisi delle tipologie narrative proposte da Frank (1985), quali *restitution narrative*, *quest*

narrative e *chaos narrative*, può costituire una guida utile nella pianificazione del trattamento. L'utilizzo ad esempio delle narrazioni caotiche da parte del paziente, può segnalare il bisogno di contenimento e stabilizzazione emotiva, mentre le narrazioni di ricerca possono indicare la disponibilità all'elaborazione e al cambiamento, ed infine quelle di riparazione possono rappresentare un tentativo di ricomporre l'esperienza di malattia attraverso la terapia.

In conclusione, questi risultati mostrano l'importanza di integrare dati qualitativi e quantitativi per comprendere in modo approfondito la complessità dei disturbi alimentari e sottolinea l'esigenza di promuovere approcci integrati, centrati sul paziente che valorizzino i vissuti soggettivi la dimensione emotiva e narrativa e tengano conto dei fattori psicopatologici rilevabili attraverso strumenti standardizzati.

Capitolo 6 Discussione e Conclusioni

6.1 Discussione

Il presente studio multimodale si è proposto di indagare il ruolo delle esperienze infantili avverse nello sviluppo e nel mantenimento dei disturbi alimentari, con l'obiettivo di comprendere il ruolo esplicativo dei sintomi post traumatici da stress e della disregolazione emotiva. Parallelamente, è stato esaminato il ruolo della depressione come variabile di moderazione, al fine di valutare se essa intervenga nelle relazioni tra le variabili studiate. Inoltre, lo studio ha previsto un approfondimento qualitativo, precedentemente discusso, che ci ha permesso di esplorare ed approfondire la dimensione soggettiva dei partecipanti attraverso la raccolta delle narrazioni relative ai vissuti emotivi legati alla disregolazione emotiva ed al percorso di cura.

I risultati ottenuti si inseriscono in un quadro teorico ampiamente supportato dalla letteratura recente, che riconosce la stretta connessione tra ACE, disregolazione emotiva, sintomi del disturbo post traumatico da stress e disturbi alimentari (Monteleone et al., 2021; Messman-Moore et al., 2017). Nei soggetti con diagnosi di disturbo alimentare, il quadro sintomatologico è complesso e sono presenti tra gli altri, evitamento, iperattivazione, sensazione di vuoto, difficoltà nel riconoscere, esprimere e modulare le emozioni tutti comportamenti che possono favorire strategie maladattive disfunzionali (Harrison et al., 2010). I risultati ottenuti confermano le ipotesi dei modelli eziopatogenetici multifattoriali dei disturbi alimentari (American Psychiatric Association, 2022), secondo i quali l'interazione tra vulnerabilità individuale, esperienze traumatiche precoci e difficoltà di regolazione emotiva rappresenta un meccanismo chiave nello sviluppo e nel mantenimento della psicopatologia alimentare (Treasure et al., 2020; Monteleone et al., 2022). L'elevata incidenza di esperienze avverse osservata nel nostro campione suggerisce che le ACE costituiscano non solo un fattore di vulnerabilità, ma anche un possibile precursore di traiettorie psicopatologiche complesse, caratterizzate da difficoltà di regolazione emotiva, condotte di controllo del peso e disturbi dell'immagine corporea (Brewerton, 2023; Gaffari et al., 2024).

Un primo dato rilevante, che conferma parzialmente la nostra prima ipotesi (H1), indica che i soggetti con diagnosi di disturbo alimentare hanno subito traumi pregressi e che la presenza di tali traumi correla con i sintomi post traumatici da stress, disregolazione emotiva e depressione. La quasi totalità del campione ha riportato ACE, con percentuali più elevate nell'abuso familiare (98.7%) e nell'abuso emotivo (75.9%). Questo andamento, si conferma nei sottogruppi di Anoressia Nervosa Restrittiva e Bulimia Binge, supportando l'associazione tra ACE e disturbi alimentari, ampiamente

documentata in letteratura (Anda et al., 2006; Brewerton, 2020, 2023; Palmisano et al., 2016; Molendijk et al., 2017; Scharff et al., 2021; Zerkowitz et al., 2021; Convertino et al., 2022), ed evidenza nel sottogruppo Bulimia Binge una maggiore incidenza di violenze subite rispetto al gruppo Anoressia Nervosa Restrittiva. Tale risultato, indica che le esperienze traumatiche nei soggetti con profili bulimici potrebbe indicare una differente organizzazione difensiva rispetto a quella dei soggetti con profili restrittivi. I comportamenti di abbuffata, vomito e condotte di eliminazione, infatti, rappresentano risposte impulsive a stati emotivi percepiti come insopportabili (Tasca et al., 2009; Lavender et al., 2015).

Differenze significative sono emerse tra i due sottogruppi quando è stato condotto il t test per campioni indipendenti per confrontare i punteggi medi dei due sottogruppi Anoressia Nervosa Restrittiva e Bulimia Binge. I partecipanti con diagnosi di Bulimia Binge hanno riportato, in media, punteggi più elevati ($M=11,43$) rispetto al gruppo Anoressia Nervosa Restrittiva ($M=8,75$) nella violenza fisica, nella vittimizzazione sessuale e nel numero complessivo di ACE riferite. Questo risultato è in linea con i dati della letteratura, che evidenziano una maggiore associazione tra abuso infantile e disturbi alimentari della sfera bulimica e/o caratterizzati da condotte di eliminazione (Molendijk et al., 2017; Hicks White et al., 2018; Rienecke et al., 2022b; Amiri et al., 2024) rispetto ai disturbi anoressici. Nei soggetti con Bulimia Binge si registra anche una maggiore difficoltà nella sottodimensione della disregolazione emotiva: controllo degli impulsi; il sottogruppo Bulimia Binge ha riportato punteggi medi significativamente più elevati ($M=18,87$) rispetto al gruppo Anoressia Nervosa Restrittiva ($M=15,25$). Questo risultato, indica una maggiore difficoltà nella gestione degli impulsi nei soggetti con Bulimia Binge e conferma gli studi precedenti, che identificano la disregolazione emotiva come variabile transdiagnostica nei disturbi alimentari (Svaldi et al., 2012; Lavender et al., 2015). Questo risultato, inoltre, sostiene la teoria secondo la quale alcuni tipi di abuso favoriscano comportamenti alimentari incontrollati come abbuffate e vomito, usati per cercare di gestire emozioni negative vissute come intollerabili (Racine et al., 2015; Brewerton et al., 2023). In termini clinici, questi dati rafforzano la tesi secondo cui esperienze di abuso sessuale e fisico favoriscono comportamenti incontrollanti quali abbuffate e vomito, intesi come strategie disfunzionali finalizzate a regolare emozioni intense o intollerabili (Cloitre et al., 2009; van der Kolk, 2014).

Infine, le analisi correlazionali hanno mostrato che nel sottogruppo Bulimia Binge, le ACE non correlano con la depressione ($r=.221$), tuttavia, nel campione totale e nei due sottogruppi Anoressia Nervosa Restrittiva e Bulimia Binge, le ACE correlano con i sintomi post traumatici da stress e con i sintomi depressivi. Questi risultati trovano conferma nell'attuale letteratura, che documenta una

maggior frequenza sia di sintomi post traumatici da stress sia di sintomi depressivi nelle persone che hanno subito traumi infantili (Scharff et al., 2021). Inoltre, i nostri dati evidenziano che i pazienti con diagnosi di disturbo alimentare, presentano frequentemente una comorbidità con sintomi post traumatici da stress (DPTS), come evidenziato in letteratura (Brewerton et al., 2023). Le associazioni tra sintomi del DPTS e disturbi alimentari risultano rilevanti: i nostri risultati indicano una prevalenza significativa della sintomatologia post traumatica da stress nel campione totale e tra i soggetti con Anoressia Nervosa Restrittiva e Bulimia Binge. Sebbene queste due categorie diagnostiche si differenziano per le manifestazioni comportamentali, condividono diversi tratti comuni, tra cui l'impulsività, la difficoltà nella regolazione emotiva, l'iperattivazione e l'evitamento. Il vissuto traumatico può infatti compromettere la consapevolezza corporea e generare un rifiuto o evitamento dal proprio corpo, configurandosi come meccanismo di coping disfunzionale osservato spesso nei disturbi alimentari (Treasure et al., 2020; Brewerton et al., 2019). Infine, l'elevata presenza di sintomi post traumatici da stress nel campione, conferma quanto riportato da studi precedenti (Boumpa et al., 2024; Eielsen et al., 2024), secondo cui le esperienze traumatiche precoci e la sintomatologia del DPTS rappresentano fattori di rischio significativi nei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

Per quanto riguarda la correlazione delle ACE con la disregolazione emotiva, i nostri risultati non hanno mostrato associazioni significative né nel campione totale, né nel sottogruppo con Bulimia Binge. Solo nel sottogruppo Anoressia Nervosa Restrittiva la correlazione è significativa ($r=.510$), in linea con quanto riportato da Racine e colleghi (2015). Questo dato, spiega il ruolo della disregolazione emotiva come un elemento transdiagnostico centrale nei disturbi alimentari, rafforzato dalle esperienze traumatiche precoci. Inoltre, suggerisce che, pur condividendo alcune caratteristiche psicopatologiche, le diverse tipologie di disturbi alimentari possono differire nei meccanismi emotivi sottostanti, come la disregolazione emotiva che gioca un ruolo maggiormente determinante nei pazienti con Anoressia Nervosa Restrittiva. Inoltre, questo risultato amplia la comprensione clinica della complessità dei disturbi alimentari, evidenziando l'importanza di considerare sia la presenza di traumi, di sintomi post traumatici da stress, sia le specifiche dinamiche emotive di ciascun sottogruppo diagnostico. Tale approccio può favorire modelli terapeutici più personalizzati ed efficaci, capaci di indirizzare sia la sintomatologia alimentare sia le componenti traumatiche, emotive e di stress ad essa correlata.

In merito alla correlazione osservata tra sintomi del DPTS e disregolazione emotiva, in tutti i gruppi analizzati è emersa una correlazione positiva, solo nel sottogruppo con disturbi della sfera bulimica risulta leggermente meno intensa ($r=.53$) rispetto al gruppo totale ($r=.62$) ed al sottogruppo con Anoressia Nervosa Restrittiva ($r=.77$). Questi risultati, suggeriscono che il trauma può

compromettere nel tempo le capacità di riconoscere, tollerare e modulare gli stati affettivi. In particolare, sintomi come l'iperattivazione, i ricordi intrusivi e le strategie di evitamento interferiscono con la regolazione emotiva, mantenendo il sistema di risposta allo stress in uno stato di allerta cronico e pertanto ostacolando l'uso di strategie di coping adattive (Ehring et al., 2010; Nelson et al., 2022). Queste dinamiche spiegano come i sintomi del DPTS possano favorire la disregolazione emotiva e promuovere risposte maladattive espresse nella sintomatologia alimentare.

Un secondo dato centrale riguarda il possibile effetto delle ACE sulla sintomatologia alimentare, attraverso la mediazione dei sintomi del disturbo post traumatico da stress e della disregolazione emotiva. I risultati, confermando la nostra seconda ipotesi (H2), mostrano che le ACE agiscono indirettamente sui disturbi alimentari mediante un percorso di mediazione seriale in cui il disturbo post traumatico da stress alimenta la disregolazione emotiva, che a sua volta esercita un effetto predittivo sui sintomi alimentari. Nel dettaglio, i nostri dati, suggeriscono l'esistenza di una specifica traiettoria comune sia nel campione totale sia nei due sottogruppi: l'effetto delle ACE (predittore) sui disturbi alimentari (outcome) è spiegato dal ruolo dei sintomi post traumatici da stress, i quali promuovono la disregolazione emotiva, che a sua volta contribuisce sulla sintomatologia alimentare. Questo risultato trova conferma negli studi che sottolineano come le ACE favoriscano lo sviluppo di sintomi post traumatici da stress, che successivamente incrementano a sua volta la disregolazione emotiva (Holzer et al., 2008; Mitchell et al., 2016; Liebman et al., 2020; Nelson et al., 2022; Longo et al., 2024) la quale è strettamente associata alla sintomatologia alimentare (Racine et al., 2015; Millis et al., 2015). La relazione significativa tra sintomi post traumatici da stress e disregolazione emotiva, evidenziata dai nostri risultati, conferma che il trauma può compromettere le capacità di riconoscere, tollerare e modulare gli stati affettivi ed emotivi. Il ruolo di mediatore della disregolazione emotiva, inoltre, indica che le difficoltà nella gestione delle emozioni costituiscono un meccanismo centrale nel mantenimento del disturbo. Le strategie alimentari disfunzionali quali la restrizione o le condotte di eliminazione possono essere interpretate come tentativi di gestire emozioni intense e intollerabili: la restrizione per diminuire l'iperattivazione e ritrovare un senso di controllo; l'abbuffata per attenuare temporaneamente il vuoto o l'angoscia provata (Fairburn, 2008; Harrison et al., 2010). In accordo con la letteratura, i sintomi alimentari sembrano quindi rappresentare un tentativo strategico di regolazione maladattiva finalizzata a gestire emozioni dolorose connesse al trauma subito (Palmisano et al. 2016; Rabito-Alcón et al., 2021). Inoltre, i nostri risultati confermano che i sintomi del disturbo post traumatico da stress e la disregolazione emotiva, rappresentano meccanismi chiave nella relazione tra ACE e psicopatologia alimentare (Cloitre et al., 2009; Ehring et al., 2010; Moulton et al., 2015; Longo et al., 2024). Complessivamente, i dati ottenuti confermano

la necessità di considerare la sintomatologia post traumatica da stress e la disregolazione emotiva come componenti centrali nel profilo clinico dei disturbi alimentari.

Un ulteriore risultato, che conferma parzialmente la nostra terza ipotesi (H3), riguarda il ruolo della sintomatologia depressiva come variabile moderatrice. Le nostre analisi di mediazione moderata hanno identificato due interazioni significative: la prima tra ACE e depressione nella predizione dei sintomi post traumatici da stress; la seconda tra disregolazione emotiva e depressione nella predizione della sintomatologia alimentare. In particolare l'effetto delle ACE sulla sintomatologia post traumatica da stress risulta significativo solo a livelli medi e alti di depressione. Allo stesso modo, la relazione tra disregolazione emotiva e gravità dei sintomi alimentari varia in funzione dei livelli di depressione. I dati mostrano che la depressione amplifica l'impatto della disregolazione emotiva sui sintomi alimentari (Tasca et al., 2009; Lavender et al., 2015). Più specificatamente, a livelli medi di depressione, le ACE (predittore) predicono un incremento dei sintomi alimentari (outcome) attraverso un percorso che coinvolge prima i sintomi post traumatici da stress e successivamente la disregolazione emotiva. I nostri risultati sono in linea con i dati presenti in letteratura, che sottolinea il ruolo della depressione nell'aumentare la vulnerabilità ai sintomi post traumatici nei soggetti traumatizzati (Horesh et al., 2017; Chang et al., 2017) e nel favorire strategie maladattive per regolare le emozioni negative (Dingemans et al., 2017; Leppänen et al., 2022). In questo senso, la depressione può sia amplificare la probabilità che le ACE si traducano in psicopatologia post traumatica da stress, sia ridurre la capacità di regolazione emotiva, facilitando il ricorso a strategie alimentari maladattive come la restrizione, il vomito e le condotte di eliminazione (Trottier et al., 2017; Luz et al., 2023). In sintesi, l'interazione significativa tra la depressione e la disregolazione emotiva nella predizione dei disturbi alimentari, evidenzia un possibile effetto combinato da un lato la presenza di sintomi depressivi può amplificare la vulnerabilità emotiva, e dall'altro ridurre la capacità di mettere in atto strategie di coping adattive (Sander et al., 2021; Brewerton, 2023). Tale combinazione di fattori potrebbe contribuire a mantenere il disturbo alimentare nel tempo, attraverso un circolo vizioso di disregolazione emotiva, senso di colpa e comportamenti di controllo sul cibo e forme corporee. I risultati del modello supportano una visione integrata secondo la quale le ACE aumentano il rischio di sviluppo di sintomi post traumatici da stress, questi a loro volta, compromettono la regolazione emotiva che favorisce la sintomatologia alimentare, e la depressione contribuisce a mantenere o ad aggravare la psicopatologia alimentare. Nel complesso, i risultati del modello di mediazione seriale e mediazione moderata supportano una visione integrata dei disturbi alimentari come espressione multifattoriale di processi traumatici ed emotivi. La disregolazione emotiva si configura come l'anello di congiunzione tra esperienze traumatiche, sintomi post traumatici da stress e sintomatologia

alimentare, mentre la depressione amplifica gli effetti disfunzionali, influenzando negativamente la capacità di autoregolazione e favorendo la disregolazione emotiva. La co-occorrenza di ACE, sintomi post-traumatici e depressione conferma un modello di vulnerabilità cumulativa; l'esposizione a traumi multipli compromette lo sviluppo di strategie di coping adattive e accresce la sensibilità allo stress, rendendo più probabile la comparsa di disregolazione emotiva e sintomatologia alimentare (Messman-Moore et al., 2017; Boumpa et al., 2024). In conclusione, i nostri risultati evidenziano come le ACE siano associate ai disturbi alimentari attraverso il coinvolgimento di variabili psicologiche quali il disturbo post traumatico da stress e della disregolazione emotiva, e come entrambi possano essere influenzati dalla presenza della depressione.

Nonostante i risultati ottenuti, è opportuno segnalare alcuni limiti dello studio. In primo luogo, la ridotta dimensione del campione potrebbe non essere rappresentativa dell'intera popolazione di pazienti con disturbo alimentare che hanno vissuto esperienze traumatiche, limitando così la generalizzabilità dei risultati. Inoltre, l'elevata prevalenza di pazienti di sesso femminile rispetto a quelli di sesso maschile può aver influenzato i risultati. In secondo luogo, lo studio indaga retrospettivamente la presenza di traumi durante l'infanzia e questo può determinare bias di memoria o di rievocazione emotiva, soprattutto in individui che presentano sintomatologia attuale, ciò può influire sull'accuratezza dei ricordi e sulla tendenza a sovra o sottostimare la gravità delle ACE (Hardt et al., 2004). Studi longitudinali e multimetodo futuri saranno indispensabili per chiarire l'ordine temporale e le relazioni di causalità, oltre a espandere il campione e analizzare i mediatori e moderatori in gioco. Sarebbe inoltre utile ampliare il campione includendo popolazioni maschili e non binarie, poco rappresentate nella letteratura. Infine, il modello di mediazione seriale e mediazione moderata, pur evidenziando effetti significativi, spiega solo una parte della varianza dei sintomi alimentari; sarebbe pertanto utile includere in ricerche future altre variabili come il genere, i tratti di personalità quali il perfezionismo, l'impulsività, i processi interpersonali come l'attaccamento, la mentalizzazione e indicatori neurocognitivi e fisiologici, così da costruire modelli teorici più accurati e integrati (Tasca et al., 2009) e ampliare la comprensione dei meccanismi di vulnerabilità e mantenimento del disturbo. Un altro limite riguarda l'impiego di strumenti self report che, seppur ampiamente utilizzati nella ricerca clinica, sono suscettibili a bias di desiderabilità sociale e distorsioni mnestiche. L'impiego di misure osservative, valutazioni cliniche strutturate e tecniche ecologiche in tempo reale come l'*ecological momentary assessment* potrebbe migliorare ulteriormente la robustezza metodologica, riducendo la dipendenza dagli strumenti self-report. Tuttavia, l'adozione di un approccio multimetodo, che ha integrato l'analisi delle narrazioni, ha permesso di ridurre parzialmente tali criticità, offrendo una prospettiva più ampia e completa dei dati.

Questo ha contribuito a rafforzare la validità complessiva dei risultati, pur rendendo auspicabile, in studi futuri, l'inclusione di valutazioni cliniche strutturate e misure osservazionali al fine di migliorare ulteriormente la robustezza metodologica.

In termini di intervento, i nostri risultati, sottolineano l'importanza di un assessment approfondito delle ACE, della sintomatologia post traumatica da stress e dei sintomi depressivi nei soggetti con disturbi alimentari, al fine di valutarne l'impatto e la prevalenza. Inoltre, l'inclusione di strumenti di screening specifici per il trauma nei contesti di cura può migliorare la personalizzazione dei trattamenti e ridurre il rischio di cronicizzazione. La traiettoria identificata tra ACE e disturbi alimentari, mediata dalla sintomatologia post traumatica da stress e della disregolazione emotiva, suggerisce la necessità di interventi efficaci orientati non solo alla riduzione della sintomatologia alimentare ma anche interventi orientati alla rielaborazione del trauma, al fine di ridurre la sintomatologia post traumatica da stress e migliorare la regolazione emotiva (Brewerton, 2023). In quest'ottica, l'integrazione di interventi focalizzati sull'identificazione e sul trattamento della sintomatologia post traumatica da stress, sulla disregolazione emotiva e sulla gestione della sintomatologia depressiva potrebbe migliorare l'efficacia complessiva dei trattamenti e prevenire le ricadute. Dal punto di vista preventivo, i risultati sottolineano l'importanza di identificare precocemente le esperienze traumatiche e la disregolazione emotiva in adolescenti e giovani adulti con sintomi alimentari. Inoltre, interventi psicoeducativi rivolti alle famiglie possono, favorire la comprensione dei fattori emotivi implicati nel disturbo, promuovendo un clima relazionale più sicuro e supportivo (Nicholls et al., 2012).

In conclusione, la costruzione di modelli integrati come quello proposto dal nostro studio può contribuire a ridurre la frammentazione teorica e clinica, promuovendo una comprensione più coerente dei processi psicopatologici e un dialogo più stretto tra ricerca e pratica terapeutica.

6.2 Conclusioni

Lo studio multimetodo ha contribuito a chiarire e ad ampliare i processi attraverso cui le esperienze infantili avverse influenzano i disturbi alimentari, evidenziando il ruolo centrale dei sintomi post traumatici da stress e della disregolazione emotiva. Il lavoro offre un contributo importante alla comprensione dei meccanismi che sottendono la relazione tra ACE e disturbi alimentari, anche grazie all'approfondimento dei risultati qualitativi. In conclusione, i risultati di

questa ricerca, sottolineano l'importanza di considerare la psicopatologia alimentare non solo come un'espressione di disagio sul piano corporeo, ma come fenomeno complesso e multifattoriale. Promuovere interventi integrati, centrati sul paziente, rappresenta una sfida imprescindibile per la clinica, con l'obiettivo di offrire protocolli terapeutici efficaci, personalizzati e orientati al recupero della salute dei pazienti. In conclusione, i risultati del nostro studio consentono di superare una visione strettamente sintomatologica dei disturbi alimentari, collocandoli all'interno di un continuum psicopatologico che include trauma, regolazione emotiva e disregolazione emotiva. Tale prospettiva favorisce una comprensione più profonda del significato del sintomo alimentare come risposta adattiva a esperienze di dolore, vergogna o perdita di controllo, aprendo la strada a interventi più mirati e personalizzati.

Riferimenti Bibliografici

- Afifi, T. O., Sareen, J., Fortier, J., Taillieu, T., Turner, S., Cheung, K., & Henriksen, C. A. (2017). Child maltreatment and eating disorders among men and women in adulthood: Results from a nationally representative United States sample. *The International journal of eating disorders*, 50(11), 1281–1296. <https://doi.org/10.1002/eat.22783>
- Akdemir, A., İnandı, T., Akbaş, D., Kahiloğulları, A. K., Eren, M., & Canpolat, B. I. (2011). *Validity and reliability of a Turkish version of the Body Shape Questionnaire among female high school students: Preliminary examination*. *European Eating Disorders Review*, 20(5), e114–e121. <https://doi.org/10.1002/erv.1133>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3th edn. American Psychiatric Association: Washington, DC. Traduzione italiana a cura di Masson, Milano, 1983.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* 4th edn. American Psychiatric Association: Washington, DC doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787
- American Psychiatric Association. (2013) DSM-5 Task Force. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.. doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing, doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787.
- Amianto, F., Spalatro, A. V., Rainis, M., Andriulli, C., Lavagnino, L., Abbate-Daga, G., & Fassino, S. (2018). Childhood emotional abuse and neglect in obese patients with and without binge eating disorder: Personality and psychopathology correlates in adulthood. *Psychiatry research*, 269, 692–699. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.089>
- Amiri, S., & Sabzehparvar, M. (2024). Childhood maltreatment and the risk of eating disorders: a meta-analysis of observational studies. *Misshandlung in der Kindheit und das Risiko von Essstörungen: eine Metaanalyse von Beobachtungsstudien*. *Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater*, 10.1007/s40211-024-00505-3. Advance online publication. doi.org/10.1007/s40211-024-00505-3
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A

- convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Angelone, S., et al. (2016). Comorbidity of eating disorders and PTSD: Impact on clinical outcomes. *Journal of Clinical Psychiatry*, 77(7), 896–903. <https://doi.org/10.4088/JCP.15m10177>
 - Anguera, M. T., Blanco-Villaseñor, A., Jonsson, G. K., Losada, J. L., & Portell, M. (2020). Editorial: Best practice approaches for mixed methods research in psychological science. *Frontiers in psychology*, 11, 590131. Doi: [10.3389/fpsyg.2020.590131](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.590131).
 - Armour, C., Müllerová, J., Fletcher, S., Lagdon, S., Burns, C. R., Robinson, M., & Robinson, J. (2016). Assessing childhood maltreatment and mental health correlates of disordered eating profiles in a nationally representative sample of English females. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51(3), 383–393. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1154-7>
 - Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research* 1, 385_ 405
 - Bahji, A., Mazhar, M. N., Hudson, C. C., Nadkarni, P., MacNeil, B. A., & Hawken, E. (2019). Prevalence of substance use disorder comorbidity among individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 273, 58–66. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.007>
 - Baldwin, J. R., Wang, B., Karwatowska, L., Schoeler, T., Tsaligopoulou, A., Munafò, M. R., & Pingault, J. B. (2023). Childhood Maltreatment and Mental Health Problems: A Systematic Review and Meta-Analysis of Quasi-Experimental Studies. *The American journal of psychiatry*, 180(2), 117–126. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20220174>
 - Barakat, S., McLean, S. A., Bryant, E., Le, A., Marks, P., National Eating Disorder Research Consortium, Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of eating disorders*, 11(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00717-4>
 - Barone E, Carfagno M, Marafioti N, Bello R, Arsenio E, Marone L, Volpicelli A, Cascino G, Monteleone AM. (2024). Impact of emotional abuse on eating disorder psychopathology: A multiple mediation analysis, *Comprehensive Psychiatry*, 134, doi.org/10.1016/j.comppsy.2024.152515
 - Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186–3191.
 - Bird, C. M. (2005). How I Stopped Dreading and Learned to Love Transcription. *Qualitative Inquiry*, 11, 226-248. <https://doi.org/10.1177/1077800404273413>
 - Boumpa, V., Papatoukaki, A., Kourti, A., Mintzia, S., Panagouli, E., Bacopoulou, F., Psaltopoulou, T., Spiliopoulou, C., Tsofia, M., Sergeantanis, T. N., & Tsitsika, A. (2024). Sexual abuse and post-traumatic stress disorder in childhood, adolescence and young adulthood: a systematic review and

- meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*, 33(6), 1653–1673. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02015-5>
- Bowlby, J. (1960). Separation anxiety. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 89–113. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13803480/>
 - Brainstorm C, Anttila V, Bulik-Sullivan B, Finucane HK, Walters RK, Bras J, et al Analysis of shared heritability in common disorders of the brain. *Science*. (2018);360: [6395. 10.1126/science.aap8757](https://doi.org/10.1126/science.aap8757)
 - Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
 - Breland, J. Y., Donalson, R., Dinh, J. V., & Maguen, S. (2018). Trauma exposure and disordered eating: A qualitative study. *Women & health*, 58(2), 160–174. <https://doi.org/10.1080/03630242.2017.1282398>
 - Brewerton, T. D. (2007). Eating disorders, trauma, and comorbidity: Focus on PTSD. *Eating Disorders*, 15(4), 285–304. <https://doi.org/10.1080/10640260701454311>
 - Brewerton, T. D., Dansky, B. S., O’Neil, P. M., & Kilpatrick, D. G. (2015). The number of divergent purging behaviors is associated with histories of trauma, PTSD, and comorbidity in a national sample of women. *Eating Disorders*, 23(5), 422–429. <https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1013394>
 - Brewerton, TD, Perlman, MM, Gavidia, I, Suro, G, Genet, J, and Bunnell, DW. The association of traumatic events and posttraumatic stress disorder with greater eating disorder and comorbid symptom severity in residential eating disorder treatment centers. *Int J Eat Disorders* (2020) 53:2061–6. doi: [10.1002/eat.23401](https://doi.org/10.1002/eat.23401)
 - Brewerton T. D. (2022). Mechanisms by which adverse childhood experiences, other traumas and PTSD influence the health and well-being of individuals with eating disorders throughout the life span. *Journal of eating disorders*, 10(1), 162. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00696-6>
 - Brewerton T. D. (2023). The integrated treatment of eating disorders, posttraumatic stress disorder, and psychiatric comorbidity: a commentary on the evolution of principles and guidelines. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1149433. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.114943>
 - Bridger C. (1997). An Exploration of the Relationship Between Eating Disorders and Traumatic Experiences, *Unpublished doctoral thesis*, New York University, New York.
 - Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet (London, England)*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

- Brustenghi, F., Mezzetti, F. A. F., Di Sarno, C., Giulietti, C., Moretti, P., & Tortorella, A. (2019). Eating Disorders: the Role of Childhood Trauma and the Emotion Dysregulation. *Psichiatria Danubina*, 31(Suppl 3), 509–511.
- Burns EE, Fischer S, Jackson JL, Harding HG. (2012). Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. *Child Abuse Neglect*. 2012 Jan;36(1):32-9. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.08.005.
- Camisasca, E., Miragoli, S., & Di Blasio, P. (2014). Strategie di coping e coping efficacy nei bambini esposti al conflitto genitoriale: il ruolo dell'attaccamento. *Attaccamento e sistemi complessi*, 1(1), 91-111.
- Carter, J. C., Bewell, C., Blackmore, E., & Woodside, D. B. (2006). The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. *Child abuse & neglect*, 30(3), 257–269. doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.09.004
- Caslini, M., Bartoli, F., Crocamo, C., Dakanalis, A., Clerici, M., & Carrà, G. (2016). Disentangling the Association Between Child Abuse and Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosomatic medicine*, 78(1), 79–90. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000233>
- Cassioli, E., Rossi, E., D'Anna, G., Martelli, M., Hazzard, V. M., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Ricca, V., & Castellini, G. (2021). A 1-year follow-up study of the longitudinal interplay between emotion dysregulation and childhood trauma in the treatment of anorexia nervosa. *The International journal of eating disorders*, 55(1), 98–107. <https://doi.org/10.1002/eat.23647>
- Cassioli, E., Rossi, E., Martelli, M., Arganini, F., Giuranno, G., Siviglia, S., Tarchi, L., Faldi, M., Castellini, G., & Ricca, V. (2023). Longitudinal Coupling between Eating Disorder Psychopathology and Depression in Patients with Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa Treated with Enhanced Cognitive Behavior Therapy: A One-Year Follow-Up Study. *Brain sciences*, 13(4), 535. <https://doi.org/10.3390/brainsci13040535>
- Castellini, G., Cassioli, E., Rossi, E., Innocenti, M., Gironi, V., Sanfilippo, G., Felciai, F., Monteleone, A. M., & Ricca, V. (2020). The impact of COVID-19 epidemic on eating disorders: A longitudinal observation of pre versus post psychopathological features in a sample of patients with eating disorders and a group of healthy controls. *The International journal of eating disorders*, 53(11), 1855–1862. <https://doi.org/10.1002/eat.23368>
- Chase, S. E. (2018). *Narrative inquiry: Toward theoretical and methodological maturity*. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (5th ed., pp. 546–560). SAGE Publications.

- Chang, J.-C., Yen, A. M.-F., Chen, H.-H., Chen, S. L., Chiu, S. Y.-H., Fann, J. C.-Y., ... Lee, C.-S. (2017). *Comorbid diseases as risk factors for incident posttraumatic stress disorder (PTSD) in a large community cohort*. *Scientific Reports*, 7, Article 41276. <https://doi.org/10.1038/srep41276>.
- Christ, C., de Waal, M. M., Dekker, J. J. M., van Kuijk, I., van Schaik, D. J. F., Kikkert, M. J., Goudriaan, A. E., Beekman, A. T. F., & Messman-Moore, T. L. (2019). Linking childhood emotional abuse and depressive symptoms: The role of emotion dysregulation and interpersonal problems. *PloS one*, 14(2), e0211882. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211882>
- Chuku, B. A., Obi, N. J., Anats, C. J., Hambolu, O. Z., Aderibigbe, F. D., Akpabio, N. N., & Odion-Omonhimi, L. O. (2023). The Relationship Between Childhood Sexual Abuse and Eating Disorders Among African American Adolescents in the United States. *Cureus*, 15(4), e37949. <https://doi.org/10.7759/cureus.37949>
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of traumatic stress*, 22(5), 399–408. <https://doi.org/10.1002/jts.20444>
- Cloitre M, Roberts NP, Bisson JI, Brewin CR. (2015). The International Trauma Questionnaire (ITQ). *Unpublished Measure*.
- Colman, I., Kingsbury, M., Garad, Y., Zeng, Y., Naicker, K., Patten, S., Jones, P. B., Wild, T. C., & Thompson, A. H. (2016). Consistency in adult reporting of adverse childhood experiences. *Psychological medicine*, 46(3), 543–549. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002032>
- Conti, L., Fiorentino, A., Sessa, G., Votino, C., & D’Urso, V. (2023). *Emotional dysregulation and post-traumatic stress symptoms: A systematic review of the interplay between emotion dysregulation and trauma exposure in youth and young adults*. *Brain Sciences*, 13(12), 1743. <https://doi.org/10.3390/brainsci13121730>
- Conversano, C., Di Giuseppe, M., & Lingiardi, V. (2023). Case report: Changes in defense mechanisms, personality functioning, and body mass index during psychotherapy with patients with anorexia nervosa. *Frontiers in psychology*, 14, 1081467. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1081467>
- Convertino, A. D., Morland, L. A., & Blashill, A. J. (2022). Trauma exposure and eating disorders: Results from a United States nationally representative sample. *The International journal of eating disorders*, 55(8), 1079–1089. <https://doi.org/10.1002/eat.23757>
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (1987). *Body Shape Questionnaire (BSQ)* (Database record]. APA PsycTests) <https://doi.org/10.1037/t06040-000>

- Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia (CISMAI) (2021). Seconda Indagine Nazionale sul maltrattamento di bambini e adolescenti in Italia. Terre Des Hommes, CISMAI, Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza.
- Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia (CISMAI) (2025). III Indagine Nazionale sul Maltrattamento di bambini e adolescenti in Italia. Terre Des Hommes, CISMAI, Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza.
- Capusan, A. J., Yao, S., Kuja-Halkola, R., Bulik, C. M., Thornton, L. M., Bendtsen, P., Marteinsdottir, I., Thorsell, A., & Larsson, H. (2017). Genetic and environmental aspects in the association between attention-deficit hyperactivity disorder symptoms and binge-eating behavior in adults: a twin study. *Psychological medicine*, 47(16), 2866–2878. <https://doi.org/10.1017/S0033291717001416>
- Chu J, Raney JH, Ganson KT, Wu K, Rupanagunta A, Testa A, Jackson DB, Murray SB, Nagata JM. Adverse childhood experiences and binge-eating disorder in early adolescents. *J Eat Disord.* (2022) PARENTESI Nov 16;10(1):168. [doi: 10.1186/s40337-022-00682-y](https://doi.org/10.1186/s40337-022-00682-y)
- Cogodi, E., Ranieri, J., Martelli, A., & Di Giacomo, D. (2024). Emotional Dysregulation in Anorexia Nervosa: Scoping Review of Psychological Treatments. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(14), 1388. <https://doi.org/10.3390/healthcare12141388>
- Cortés-García, L., Takkouche, B., Seoane, G., & Senra, C. (2019). Mediators linking insecure attachment to eating symptoms: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 14(3), e0213099. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213099>
- Cox, D. W., Bakker, A. M., & Naifeh, J. A. (2017). Emotion Dysregulation and Social Support in PTSD and Depression: A Study of Trauma-Exposed Veterans. *Journal of traumatic stress*, 30(5), 545–549. <https://doi.org/10.1002/jts.22226>
- Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders - a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 56(11), 1141–1164. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12441>
- Dalle Grave, R., Rigamonti, R., Todisco, P., & Oliosi, E. (1997). Dissociation and traumatic experiences in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 4, pp. 232-240.
- Dalle Grave, R., Eckhardt, S., Calugi, S., & Le Grange, D. (2019). A conceptual comparison of family-based treatment and enhanced cognitive behavior therapy in the treatment of adolescents with eating disorders. *Journal of eating disorders*, 7, 42. <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0275-x>

- Dalla Ragione, L., & Giombini, L. (a cura di) (2013). *Solitudini Imperfette: Le buone Pratiche nei Disturbi del Comportamento Alimentare*. Ministero della Salute, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Gioventù.
- Dalla Ragione L., Vanzetta R. (2023) *Social Fame*, *Il Pensiero Scientifico Editore*, ISBN: 9788849007534
- Dalla Ragione, L., Corsi, E., & Ministero della Salute. (2023). *I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione in Italia: Rapporto epidemiologico 2023*. Ministero della Salute.
- Dansky, B. S., Brewerton, T. D., Kilpatrick, D. G., & O'Neil, P. M. (1997). The National Women's Study: relationship of victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa. *The International journal of eating disorders*, 21(3), 213–228. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199704\)21:3<213::aid-eat2>3.0.co;2-n](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199704)21:3<213::aid-eat2>3.0.co;2-n)
- De Lara E. W. (2022). Family Bullying in Childhood: Consequences for Young Adults. *Journal of interpersonal violence*, 37(3-4), NP2206–NP2226. <https://doi.org/10.1177/0886260520934450>
- Degortes, D., Santonastaso, P., Zanetti, T., Tenconi, E., Veronese, A., & Favaro, A. (2014). Stressful life events and binge eating disorder. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 22(5), 378–382. <https://doi.org/10.1002/erv.2308>
- Derogatis, L. R., & Lazarus, L. (1994). SCL-90—R, Brief Symptom Inventory, and matching clinical rating scales. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (pp. 217–248). Lawrence Erlbaum Associates.
- De Toro, V., Aedo, K., & Urrejola, P. (2021). Trastorno de Evitación y Restricción de la Ingesta de Alimentos (ARFID): Lo que el pediatra debe saber [Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): What the pediatrician should know]. *Andes pediátrica: revista Chilena de pediatría*, 92(2), 298–307. <https://doi.org/10.32641/andespediatr.v92i2.2794>
- Devries, K. M., Mak, J. Y., Child, J. C., Falder, G., Bacchus, L. J., Astbury, J., & Watts, C. H. (2014). Childhood sexual abuse and suicidal behavior: a meta-analysis. *Pediatrics*, 133(5), e1331–e1344. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2166>
- Dingemans, A., van Furth, E., & van Furth, E. F. (2017). Emotion regulation in binge eating disorder: A review. *Nutrients*, 9(11), 1274. <https://doi.org/10.3390/nu9111274>
- Donini L., Nizzoli U., Bosello O., Melchionda N., Spera G., Cuzzolaro M., (2017) *Manuale per la cura e la prevenzione dei Disturbi dell'Alimentazione e delle Obesità (DA&O) - SICS* ISBN/EAN: 9788890685286.
- Dosanjh, L. H., Lauby, S., Fuentes, J., Castro, Y., Conway, F. N., Champagne, F. A., Franklin, C., & Goosby, B. (2025). *Five hypothesized biological mechanisms linking adverse childhood*

- experiences with anxiety, depression, and PTSD: A scoping review. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 171*, 106062. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2025.106062>
- Dubosc, A., Capitaine, M., Franko, D. L., Bui, E., Brunet, A., Chabrol, H., & Rodgers, R. F. (2012). Early adult sexual assault and disordered eating: the mediating role of posttraumatic stress symptoms. *Journal of traumatic stress, 25*(1), 50–56. <https://doi.org/10.1002/jts.21664>
 - Dunkley, D. M., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2010). Childhood maltreatment, depressive symptoms, and body dissatisfaction in patients with binge eating disorder: the mediating role of self-criticism. *The International journal of eating disorders, 43*(3), 274–281. <https://doi.org/10.1002/eat.20796>
 - Duncan, L., Yilmaz, Z., Gaspar, H., Walters, R., Goldstein, J., Anttila, V., Bulik-Sullivan, B., Ripke, S., Eating Disorders Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, Thornton, L., Hinney, A., Daly, M., Sullivan, P. F., Zeggini, E., Breen, G., & Bulik, C. M. (2017). Significant Locus and Metabolic Genetic Correlations Revealed in Genome-Wide Association Study of Anorexia Nervosa. *The American journal of psychiatry, 174*(9), 850–858. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16121402>
 - Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M., & Frazier, J. A. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard review of psychiatry, 22*(3), 149–161. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000014>
 - Ehring, T., & Quack, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors: the role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behavior therapy, 41*(4), 587–598. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.04.004>
 - Eielsen, H. P., Ulvenes, P., Hoffart, A., Rø, Ø., Rosenvinge, J. H., & Vrabel, K. (2024). Childhood trauma and outcome trajectories in patients with longstanding eating disorders across 17 years. *The International journal of eating disorders, 57*(1), 81–92. doi.org/10.1002/eat.24067
 - Espel-Huynh, H. M., Muratore, A. F., Virzi, N., Brooks, G., & Zandberg, L. J. (2019). Mediating role of experiential avoidance in the relationship between anxiety sensitivity and eating disorder psychopathology: A clinical replication. *Eating behaviors, 34*, 101308. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.101308>
 - 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. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.

- Faravelli, C., Lo Sauro, C., Godini, L., Lelli, L., Benni, L., Pietrini, F., Lazzeretti, L., Talamba, G. A., Fioravanti, G., & Ricca, V. (2012). Childhood stressful events, HPA axis and anxiety disorders. *World journal of psychiatry*, 2(1), 13–25. <https://doi.org/10.5498/wjp.v2.i1.13>
- Fassino S., Daga G.A., Leombruni P. Manuale di psichiatria biopsicosociale. *Centro scientifico editore*, 2007.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- Felitti V.J., Anda R.F. (2003) *Origins and Essence of the study*. ACE Reporter Volume 1, Number 1.
- Felitti, V.J. Anda, R.F. (2010). "Il rapporto tra esperienze sfavorevoli infantili e malattie somatiche, disturbi psichiatrici e comportamento sessuale nell'adulto: implicazioni per la politica sanitaria". In Lanius, R., Vermetten, E., Pain, C. (a cura di). *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia. L'epidemia nascosta*. Tr. It. Giovanni Fioriti. Roma 2012, pp. 131-150
- Fernández-Aranda, F., Casas, M., Claes, L., Bryan, D. C., Favaro, A., Granero, R., Gudiol, C., Jiménez-Murcia, S., Karwautz, A., Le Grange, D., Menchón, J. M., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2020). COVID-19 and implications for eating disorders. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 28(3), 239–245. <https://doi.org/10.1002/erv.2738>
- Forbes, C. N., Tull, M. T., Rappaport, D., Xie, H., Kaminski, B., & Wang, X. (2020). Emotion Dysregulation Prospectively Predicts Posttraumatic Stress Disorder Symptom Severity 3 Months After Trauma Exposure. *Journal of traumatic stress*, 33(6), 1007–1016. <https://doi.org/10.1002/jts.22551>
- Forrest, L. N., Grilo, C. M., & Udo, T. (2021). Suicide attempts among people with eating disorders and adverse childhood experiences: Results from a nationally representative sample of adults. *The International journal of eating disorders*, 54(3), 326–335. <https://doi.org/10.1002/eat.23457>
- French Dp., Yardley L., Sutton S. (2005). Research Methods in Health Psychology. In Sutton S., Baum A. and Johnston M. (Eds), *The Sage handbook of health psychology*, London: Sage Publication.
- Frank A.W. (2007). Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness, in “*Literature and Medicine*”, 26(2), pp. 408-412
- Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics*. University of Chicago Press.
- Gander, M., Sevecke, K., & Buchheim, A. (2015). Eating disorders in adolescence: Attachment issues from a developmental perspective. *Frontiers in Psychology*, 6, 1136. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01136>

- Ghaffari, A., Graves, K. Y., Hogans-Mathews, S., Flowers, K., & Harman, J. S. (2024). Associations of adverse childhood events with disordered eating behaviors among US adolescents. *Eating behaviors*, 55, 101929. doi.org/10.1016/j.eatbeh.2024.101929
- Ghaderi, A., & Scott, B. (2004). *The reliability and validity of the Swedish version of the Body Shape Questionnaire*. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45(4), 319–324. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2004.00413.x>
- Gratz KL, Roemer L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26:41–54. (Erratum published December 2008, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30, 315) adattamento italiano a cura di Sighinolfi, C., Norcini Pala, A., Chiri, L., Marchetti, I., Sica, C. (2010). Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): *Psicoterapia Cognitiva E Comportamentale*, 16(2), 141-170.
- Grant, B. F., Goldstein, R. B., Smith, S. M., Jung, J., Zhang, H., Chou, S. P., Pickering, R. P., Ruan, W. J., Huang, B., Saha, T. D., Aivadyan, C., Greenstein, E., & Hasin, D. S. (2015). The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-5 (AUDADIS-5): reliability of substance use and psychiatric disorder modules in a general population sample. *Drug and alcohol dependence*, 148, 27–33. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.11.026>
- Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2001). Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: frequency and associations with gender, obesity, and eating-related psychopathology. *Obesity research*, 9(5), 320–325. <https://doi.org/10.1038/oby.2001.40>
- Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Crosby, R. D. (2012). Predictors and moderators of response to cognitive behavioral therapy and medication for the treatment of binge eating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(5), 897–906. <https://doi.org/10.1037/a0027001>
- Groleau, P., Steiger, H., Bruce, K., Israel, M., Sycz, L., Ouellette, A. S., & Badawi, G. (2012). Childhood emotional abuse and eating symptoms in bulimic disorders: an examination of possible mediating variables. *The International journal of eating disorders*, 45(3), 326–332. doi.org/10.1002/eat.20939
- Groth, T., Hilsenroth, M., Boccio, D., & Gold, J. (2019). Relationship between Trauma History and Eating Disorders in Adolescents. *Journal of child & adolescent trauma*, 13(4), 443–453. <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00275-z>
- Guetterman, T. C., Fetters, M. D., & Creswell, J. W. (2015). Integrating Quantitative and Qualitative Results in Health Science Mixed Methods Research Through Joint Displays. *Annals of family medicine*, 13(6), 554–561. <https://doi.org/10.1370/afm.1865>

- Guillaume, S., Jaussent, I., Maimoun, L., Ryst, A., Seneque, M., Villain, L., Hamroun, D., Lefebvre, P., Renard, E., & Courtet, P. (2016). Associations between adverse childhood experiences and clinical characteristics of eating disorders. *Scientific reports*, 6, 35761. doi.org/10.1038/srep35761
- Hayes, A.F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis second edition: A regression -based approach*. New York, NY: Ebook The Guilford Press.
- Hambleton, A., Pepin, G., Le, A., Maloney, D., National Eating Disorder Research Consortium, Touyz, S., & Maguire, S. (2022). Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: findings from a rapid review of the literature. *Journal of eating disorders*, 10(1), 132. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00654-2>
- Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 45(2), 260–273. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00218.x>
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2010). Emotional functioning in eating disorders: Attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological Medicine*, 40(11), 1887–1897. <https://doi.org/10.1017/S0033291710000036>
- Haynos, A. F., & Fruzzetti, A. E. (2011). Emotion regulation and the development of anorexia nervosa. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(3), 183–202. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01249.x>
- Hemmingsen, S. D., Wesselhoeft, R., Lichtenstein, M. B., Sjögren, J. M., & Støving, R. K. (2021). Cognitive improvement following weight gain in patients with anorexia nervosa: A systematic review. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 29(3), 402–426. <https://doi.org/10.1002/erv.2796>
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. Basic Books/Hachette Book Group.
- Hicks White, A. A., Pratt, K. J., & Cottrill, C. (2018). The relationship between trauma and weight status among adolescents in eating disorder treatment. *Appetite*, 129, 62–69. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.06.034>
- Holzer, S. R., Uppala, S., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., & Simonich, H. (2008). Mediation significance of PTSD in the relationship of sexual trauma and eating disorders. *Child abuse & neglect*, 32(5), 561–566. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.07.011>
- Hoover, L. V., Yu, H. P., Duval, E. R., & Gearhardt, A. N. (2022). Childhood trauma and food addiction: The role of emotion regulation difficulties and gender differences. *Appetite*, 177, 106137. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.106137>

- Horesh, D., Lowe, S. R., Galea, S., Aiello, A. E., Uddin, M., & Koenen, K. C. (2017). *An in-depth look into PTSD–depression comorbidity: A longitudinal study of chronically-exposed Detroit residents*. *Journal of Affective Disorders*, 208, 653–661. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.053>.
- Hübel, C., Abdulkadir, M., Herle, M., Loos, R. J. F., Breen, G., Bulik, C. M., & Micali, N. (2021). One size does not fit all. Genomics differentiates among anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder. *The International journal of eating disorders*, 54(5), 785–793. <https://doi.org/10.1002/eat.23481>
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr, & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), 348–358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public health*, 2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Hughes, K., Ford, K., Bellis, M. A., Glendinning, F., Harrison, E., & Passmore, J. (2021). Health and financial costs of adverse childhood experiences in 28 European countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public health*, 6(11), e848–e857. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00232-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00232-2)
- Hund, A. R., & Espelage, D. L. (2006). Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: Mediating influence of alexithymia and distress. *Child Abuse & Neglect*, 30(4), 393–407. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.11.003>
- Jaite C, Schneider N, Hilbert A, Pfeiffer E, Lehmkuhl U, Salbach-Andrae H. (2012). Etiological role of childhood emotional trauma and neglect in adolescent anorexia nervosa: a cross-sectional questionnaire analysis. *Psychopathology*. 2012;45(1):61–6. <https://doi.org/10.1159/000328580>.
- Janet, P. (1889). *L'automatismo psicologico. Saggio di psicologia sperimentale sulle forme inferiori dell'attività umana*. Milano: Raffaello Cortina Editore (ed. it. 2013)
- Jewell, T., Lacey, H., & Eisler, I. (2016). Attachment and mentalization and their association with child and adolescent eating pathology: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 354–373. <https://doi.org/10.1002/eat.22491>
- Johnsen, K. M., Nielsen, K. F., Nilsson, K. K., & Kjaersdam Telléus, G. (2024). Non-interpersonal traumatic events in patients with eating disorders: a systematic review. *Frontiers in psychology*, 15, 1397952. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1397952>
- Kambanis, P. E., Kuhnle, M. C., Wons, O. B., Jo, J. H., Keshishian, A. C., Hauser, K., Becker, K. R., Franko, D. L., Misra, M., Micali, N., Lawson, E. A., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2020).

- Prevalence and correlates of psychiatric comorbidities in children and adolescents with full and subthreshold avoidant/restrictive food intake disorder. *The International journal of eating disorders*, 53(2), 256–265. <https://doi.org/10.1002/eat.23191>
- Khan M. R. (1963). Das kumulative Trauma: The concept of cumulative trauma: the psychoanalytic study of the child 18(1): 286–306. Vol 37; Forum der Psychoanalyse, 10.1007/s00451-020-00403-8
 - Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current opinion in psychiatry*, 29(6), 340–345. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>
 - Kjaersdam Tellés, G., Lauritsen, M. B., & Rodrigo-Domingo, M. (2021). Prevalence of Various Traumatic Events Including Sexual Trauma in a Clinical Sample of Patients With an Eating Disorder. *Frontiers in psychology*, 12, 687452. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.687452>
 - Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.
 - Kong, S., & Bernstein, K. (2009). Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of clinical nursing*, 18(13), 1897–1907. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02740.x>
 - Konttinen H. (2020). Emotional eating and obesity in adults: the role of depression, sleep and genes. *The Proceedings of the Nutrition Society*, 79(3), 283–289. <https://doi.org/10.1017/S0029665120000166>
 - Koppold A, Kastrinogiannis A, Kuhn M, Lonsdorf TB. (2023). Watching with Argus eyes: characterization of emotional and physiological responding in adults exposed to childhood maltreatment and/or recent adversity. *Psychophysiology* 2023:60. <https://doi.org/10.1111/psyp.14253>
 - Kovács-Tóth, B., Oláh, B., Kuritárné Szabó, I., & Túry, F. (2022). Adverse childhood experiences increase the risk for eating disorders among adolescents. *Frontiers in psychology*, 13, 1063693. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1063693>
 - Kowalewska, E., Bzowska, M., Engel, J., & Lew-Starowicz, M. (2024). Comorbidity of binge eating disorder and other psychiatric disorders: a systematic review. *BMC psychiatry*, 24(1), 556. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05943-5>
 - Lagan, S., Shott, M. E., & Frank, G. K. W. (2024). Adverse childhood experiences, low self-esteem, and salient stimulus response in eating disorders. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 32(4), 618–632. <https://doi.org/10.1002/erv.3064>
 - Lancia, F. (2004). Strumenti per l'analisi dei testi. *Introduzione all'uso di T-LAB*.
 - Lasegue E-C. *On hysterical anorexia*. Med Times and Gazette 1873, pp 265-266, 367-9.

- Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H., & Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical psychology review*, 40, 111–122. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.010>
- Lee H. K. (2014). Success of 2013-2020 World Health Organization action plan to control non-communicable diseases would require pollutants control. *Journal of diabetes investigation*, 5(6), 621–622. <https://doi.org/10.1111/jdi.12247>
- Lejounclou, Annika & Nilsson, Doris & Holmqvist, Rolf. (2014). Variants of Potentially Traumatizing Life Events in Eating Disorder Patients. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 6. [doi:10.1037/a0034926](https://doi.org/10.1037/a0034926)
- Leppänen, J., et al. (2022). The role of emotion regulation in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 793094. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.793094>
- Lie, S. Ø., Bulik, C. M., Andreassen, O. A., Rø, Ø., & Bang, L. (2021). Stressful life events among individuals with a history of eating disorders: a case-control comparison. *BMC psychiatry*, 21(1), 501. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03499-2>
- Liebman, R. E., Becker, K. R., Smith, K. E., Cao, L., Keshishian, A. C., Crosby, R. D., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2021). Network Analysis of Posttraumatic Stress and Eating Disorder Symptoms in a Community Sample of Adults Exposed to Childhood Abuse. *Journal of traumatic stress*, 34(3), 665–674. <https://doi.org/10.1002/jts.22644>
- Lingiardi, V., & Gazzillo, F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi: Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Liu RT, Scopelliti KM, Pittman SK, Zamora AS. (2018). Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*.2018;5(1):51–64.
- Liveri, K., Dagla, M., Sarantaki, A., Orovou, E., & Antoniou, E. (2023). Abuse of Girls During Childhood and Its Impacts on the Health of Their Adult Lives: A Systematic Review. *Cureus*, 15(2), e34981. <https://doi.org/10.7759/cureus.34981>
- Longo, P., Amodeo, L., Toppino, F., Abbate-Daga, G., Panero, M., Martini M. (2024). An updated report on trauma in Anorexia Nervosa: Confirmation and novel data, *European Journal of Trauma & Dissociation*, Volume 8, Issue 1, 2024, 100372, ISSN 2468-7499, <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2023.100372>.
- Ljubičić, M., Matek Sarić, M., Klarin, I., Rumbak, I., Colić Barić, I., Ranilović, J., Dželalija, B., Sarić, A., Nakić, D., Djekic, I., Korzeniowska, M., Bartkiene, E., Papageorgiou, M., Tarcea, M., Černelič-Bizjak, M., Klava, D., Szűcs, V., Vittadini, E., Bolhuis, D., & Guiné, R. P. F. (2023).

- Emotions and Food Consumption: Emotional Eating Behavior in a European Population. *Foods (Basel, Switzerland)*, 12(4), 872. <https://doi.org/10.3390/foods12040872>
- Luz, F. Q., Mohsin, M., Jana, T. A., Marinho, L. S., Santos, E. d., Lobo, I., Pascoareli, L., Gaeta, T., Ferrari, S., Teixeira, P. C., Cordás, T., & Hay, P. (2023). *An Examination of the Relationships between Eating-Disorder Symptoms, Difficulties with Emotion Regulation, and Mental Health in People with Binge Eating Disorder*. *Behavioral Sciences*, 13(3), 234. <https://doi.org/10.3390/bs13030234>
 - Madowitz, J., Matheson, B. E., & Liang, J. (2015). The relationship between eating disorders and sexual trauma. *Eating and Weight Disorders*, 20, 281–293. <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0195-y>
 - Marzola, E., Martini, M., Longo, P., Toppino, F., Bevione, F., Delsedime, N., Abbate-Daga, G., & Preti, A. (2022). *Psychometric properties of the Italian version of the Body Shape Questionnaire (BSQ-34): An investigation of its reliability, factorial, concurrent, and criterion validity*. *Eating and Weight Disorders*, 27(8), 3637–3648. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01503-6>
 - McKay, M. T., Kilmartin, L., Meagher, A., Cannon, M., Healy, C., & Clarke, M. C. (2022). A revised and extended systematic review and meta-analysis of the relationship between childhood adversity and adult psychiatric disorder. *Journal of psychiatric research*, 156, 268–283. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.10.015>
 - Mares, L., Davenport, R., & Kiropoulos, L. (2023). Adverse Childhood Experiences and Depression, Anxiety, and Eating Disorders: The Mediating Role of Intolerance of Uncertainty and Emotion Regulation Difficulty. *Traumatology*, 30(3). doi.org/10.1037/trm0000442
 - McLaughlin K. A. (2016). Future Directions in Childhood Adversity and Youth Psychopathology. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 45(3), 361–382. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1110823>
 - Meneguzzo, P., Cazzola, C., Castegnaro, R., Buscaglia, F., Bucci, E., Pillan, A., Garolla, A., Bonello, E., & Todisco, P. (2021). Associations Between Trauma, Early Maladaptive Schemas, Personality Traits, and Clinical Severity in Eating Disorder Patients: A Clinical Presentation and Mediation Analysis. *Frontiers in psychology*, 12, 661924. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.661924>
 - Messman-Moore, T. L., & Bhuptani, P. H. (2017). A review of the long-term impact of child maltreatment on posttraumatic stress disorder and its comorbidities: An emotion dysregulation perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(2), 154–169. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12193>

- Mills, P., Newman, E. F., Cossar, J., & Murray, G. (2015). Emotional maltreatment and disordered eating in adolescents: testing the mediating role of emotion regulation. *Child abuse & neglect*, *39*, 156–166. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.05.011>
- Michopoulos, V., Powers, A., Moore, C., Villarreal, S., Ressler, K. J., & Bradley, B. (2015). The mediating role of emotion dysregulation and depression on the relationship between childhood trauma exposure and emotional eating. *Appetite*, *91*, 129–136. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.03.036>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2019). Attachment orientations and emotion regulation. *Current opinion in psychology*, *25*, 6–10. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.006>
- Minnich, A. M., Gordon, K. H., Kwan, M. Y., & Troop-Gordon, W. (2017). Examining the mediating role of alexithymia in the association between childhood neglect and disordered eating behaviors in men and women. *Psychology of Men & Masculinity*, *4*, 414–421. doi.org/10.1037/men0000060
- Mitchell, K. S., & Mazzeo, S. E. (2005). Mediators of the association between abuse and disordered eating in undergraduate men. *Eating behaviors*, *6*(4), 318–327. doi.org/10.1016/j.eatbeh.2005.03.004
- Mitchell, K. S., Mazzeo, S. E., Schlesinger, M. R., Brewerton, T. D., & Smith, B. N. (2012). Comorbidity of partial and subthreshold PTSD among men and women with eating disorders in the National Comorbidity Survey- Replication Study. *International Journal of Eating Disorders*, *45*, 307–315. <https://doi.org/10.1002/eat.20965>
- Mitchell, K. S., & Wolf, E. J. (2016). PTSD, food addiction, and disordered eating in a sample of primarily older veterans: The mediating role of emotion regulation. *Psychiatry Research*, *243*, 23–29. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.013>
- Merrick, M. T., Ford, D. C., Ports, K. A., Guinn, A. S., Chen, J., Klevens, J., Metzler, M., Jones, C. M., Simon, T. R., Daniel, V. M., Ottley, P., & Mercy, J. A. (2019). Vital Signs: Estimated Proportion of Adult Health Problems Attributable to Adverse Childhood Experiences and Implications for Prevention - 25 States, 2015-2017. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, *68*(44), 999–1005. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6844e1>
- Micali, N., Martini, M.G., Thomas, J.J. *et al.* Lifetime and 12-month prevalence of eating disorders amongst women in mid-life: a population-based study of diagnoses and risk factors. *BMC Med* **15**, 12 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0766-4>
- Ministero della Salute. (2021). *Survey epidemiologica sui disturbi alimentari in Italia*, A cura di Laura Dalla Ragione
- Mitchison, D., Hay, P., Slewa-Younan, S., & Mond, J. (2014). The changing demographic profile of eating disorder behaviors in the community. *BMC public health*, *14*, 943. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-943>

- Molendijk, M. L., Hoek, H. W., Brewerton, T. D., & Elzinga, B. M. (2017). Childhood maltreatment and eating disorder pathology: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychological medicine*, 47(8), 1402–1416. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003561>
- Momen, N. C., Plana-Ripoll, O., Yilmaz, Z., Thornton, L. M., McGrath, J. J., Bulik, C. M., & Petersen, L. V. (2022). Comorbidity between eating disorders and psychiatric disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 55(4), 505–517. <https://doi.org/10.1002/eat.23687>
- Monteleone, A. M., Cascino, G., Pellegrino, F., Ruzzi, V., Patriciello, G., Pellegrino, F., & Monteleone, P. (2018). Emotional dysregulation and traumatic experiences in eating disorders: Clinical implications. *Frontiers in Psychology*, 9, 2303. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02303>
- Monteleone, A. M., Cascino, G., Pellegrino, F., Ruzzi, V., Patriciello, G., Marone, L., De Felice, G., Monteleone, P., & Maj, M. (2019). The association between childhood maltreatment and eating disorder psychopathology: A mixed-model investigation. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 61, 111–118. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.08.002>
- Monteleone, A. M., Ruzzi, V., & Monteleone, P. (2021). The role of trauma and emotion dysregulation in eating disorders: Emerging evidence. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 129, 1–10.
- Monteleone, A. M., Cascino, G., Ruzzi, V., Pellegrino, F., Patriciello, G., Barone, E., Carfagno, M., Monteleone, P., & Maj, M. (2021). Emotional traumatic experiences significantly contribute to identify a maltreated ecophenotype sub-group in eating disorders: Experimental evidence. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 29(2), 269–280. doi.org/10.1002/erv.2818
- Monteleone, A. M., Pellegrino, F., Croatto, G., Carfagno, M., Hilbert, A., Treasure, J., Wade, T., Bulik, C. M., Zipfel, S., Hay, P., Schmidt, U., Castellini, G., Favaro, A., Fernandez-Aranda, F., Il Shin, J., Voderholzer, U., Ricca, V., Moretti, D., Busatta, D., Abbate-Daga, G., ... Solmi, M. (2022). Treatment of eating disorders: A systematic meta-review of meta-analyses and network meta-analyses. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 142, 104857. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104857>
- Morris AS, Hays-Grudo J. (2023). Protective and compensatory childhood experiences and their impact on adult mental health. *World Psychiatry* 2023;22:150–1. <https://doi.org/10.1002/WPS.21042>.
- Morrison, G. (2021). A meta-review exploring adverse childhood experiences (ACEs) and eating disorders and a grounded theory analysis investigating experiences of negative childhood events, *ClinPsy Thesis*, Cardiff University.

- Moulton, S. J., Newman, E., Power, K., Swanson, V., & Day, K. (2015). Childhood trauma and eating psychopathology: a mediating role for dissociation and emotion dysregulation?. *Child abuse & neglect*, 39, 167–174. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.07.003>
- Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *The American journal of psychiatry*, 169(2), 141–151. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11020335>
- Nagata, J. M., Ganson, K. T., & Austin, S. B. (2020). Emerging trends in eating disorders among sexual and gender minorities. *Current opinion in psychiatry*, 33(6), 562–567. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000645>
- Nelson, J. D., Cuellar, A. E., Cheskin, L. J., & Fischer, S. (2022). Eating Disorders and Posttraumatic Stress Disorder: A Network Analysis of the Comorbidity. *Behavior therapy*, 53(2), 310–322. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2021.09.006>
- Nicholls, D. E., & Yi, I. (2012). Early intervention in eating disorders: a parent group approach. *Early intervention in psychiatry*, 6 (4), 357–367. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2012.00373.x>
- Nicolais, G., Speranza, A.M., Bacigalupi M. & Gentile, L. (2005) *Il trauma in età evolutiva: inquadramento diagnostico e correlati neurobiologici*, in www.infanziaeadolescenza.it/archivio/954/articoli/10448
- Nivison, M. D., Filetti, C. R., Carlson, E. A., Jacobvitz, D. B., & Roisman, G. I. (2024). Agreement between retrospective and prospective assessments of childhood abuse revisited. *Development and Psychopathology*, 1–10. doi: 10.1017/S0954579424001032
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1). <https://doi.org/10.1177/1609406917733847> (Original work published 2017)
- O’Loughlen, E., Galligan, R. & Grant, S. Childhood maltreatment, shame, psychological distress, and binge eating: testing a serial mediational model. *J Eat Disord*, 11, 96 (2023). <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00819-7>
- Oral, R., Ramirez, M., Coohy, C., Nakada, S., Walz, A., Kuntz, A., Benoit, J., & Peek-Asa, C. (2016). Adverse childhood experiences and trauma informed care: the future of health care. *Pediatric research*, 79 (1-2), 227–233. <https://doi.org/10.1038/pr.2015.197>
- Palmisano, G. L., Innamorati, M., & Vanderlinden, J. (2016). Life adverse experiences in relation with obesity and binge eating disorder: A systematic review. *Journal of behavioral addictions*, 5(1), 11–31. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.018>

- Parker, L. L., & Harriger, J. A. (2020). Eating disorders and disordered eating behaviors in the LGBT population: a review of the literature. *Journal of eating disorders*, 8, 51. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00327-y>
- Parsons, T. (1951). *The social system*. Free Press.
- Pauls, A., Dimitropoulos, G., Marcoux-Louie, G., Singh, M., & Patten, S. B. (2022). Psychological characteristics and childhood adversity of adolescents with atypical anorexia nervosa versus anorexia nervosa. *Eating disorders*, 30(2), 210–222. doi.org/10.1080/10640266.2020.1836907
- Pencea, I., Munoz, A. P., Maples-Keller, J. L., Fiorillo, D., Schultebrucks, K., Galatzer-Levy, I., Rothbaum, B. O., Ressler, K. J., Stevens, J. S., Michopoulos, V., & Powers, A. (2020). Emotion dysregulation is associated with increased prospective risk for chronic PTSD development. *Journal of psychiatric research*, 121, 222–228. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.12.008>
- Plana-Ripoll, O., Pedersen, C. B., Holtz, Y., Benros, M. E., Dalsgaard, S., de Jonge, P., Fan, C. C., Degenhardt, L., Ganna, A., Greve, A. N., Gunn, J., Iburg, K. M., Kessing, L. V., Lee, B. K., Lim, C. C. W., Mors, O., Nordentoft, M., Prior, A., Roest, A. M., Saha, S., ... McGrath, J. J. (2019). Exploring Comorbidity Within Mental Disorders Among a Danish National Population. *JAMA psychiatry*, 76(3), 259–270. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3658>
- Prefit, A. B., Căndea, D. M., & Szentagotai-Tătar, A. (2019). Emotion regulation across eating pathology: A meta-analysis. *Appetite*, 143, 104438. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104438>
- Preti, A., Incani, E., Camboni, M. V., Petretto, D. R., & Masala, C. (2006). Sexual abuse and eating disorder symptoms: the mediator role of bodily dissatisfaction. *Comprehensive psychiatry*, 47(6), 475–481. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.03.004>
- Pugh, M., Waller, G., & Esposito, M. (2018). Childhood trauma, dissociation, and the internal eating disorder ‘voice’. *Child Abuse & Neglect*, 86, 197–205. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.10.005>
- Pugach, C. P., & Wisco, B. E. (2023). Emotion regulation repertoires in trauma-exposed college students: Associations with PTSD symptoms, emotional awareness, and emotional clarity. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 15(Suppl 1), S37–S46. <https://doi.org/10.1037/tra0001200>
- Prunas, A., Sarno, I., Preti, E., Madeddu, F., & Perugini, M. (2012). Psychometric properties of the Italian version of the SCL-90-R: A study on a large community sample. *European Psychiatry*, 27(8), 591-597
- Racine, S. E., & Wildes, J. E. (2013). Emotion dysregulation and symptoms of anorexia nervosa: the unique roles of lack of emotional awareness and impulse control difficulties when upset. *The International journal of eating disorders*, 46(7), 713–720. <https://doi.org/10.1002/eat.22145>

- Racine, S. E., & Wildes, J. E. (2015). Emotion dysregulation and anorexia nervosa: an exploration of the role of childhood abuse. *The International journal of eating disorders*, 48(1), 55–58. <https://doi.org/10.1002/eat.22364>
- Rabito-Alcón, M. F., Baile, J. I., & Vanderlinden, J. (2021). Mediating Factors between Childhood Traumatic Experiences and Eating Disorders Development: A Systematic Review. *Children (Basel, Switzerland)*, 8(2), 114. <https://doi.org/10.3390/children8020114>
- Ragonese, N., e Crisafi, C. (2015). Trauma evolutivo e disturbo del comportamento alimentare nella prima infanzia. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, vol. 17, n. 1 (mar.), p. 73-94.
- Reyes-Rodríguez, M. L., Von Holle, A., Ulman, T. F., Thornton, L. M., Klump, K. L., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Huber, T., Johnson, C., Jones, I., Kaplan, A. S., Mitchell, J. E., Strober, M., Treasure, J., Woodside, D. B., Berrettini, W. H., Kaye, W. H., & Bulik, C. M. (2011). Posttraumatic stress disorder in anorexia nervosa. *Psychosomatic medicine*, 73(6), 491–497. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31822232bb>
- Reuben, A., Moffitt, T. E., Caspi, A., Belsky, D. W., Harrington, H., Schroeder, F., Hogan, S., Ramrakha, S., Poulton, R., & Danese, A. (2016). *Lest we forget: Comparing retrospective and prospective assessments of adverse childhood experiences in the prediction of adult health*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(10), 1103–1112. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12621>
- Rienecke, R. D., Johnson, C., Mehler, P. S., Le Grange, D., Manwaring, J., Duffy, A., McClanahan, S., & Blalock, D. V. (2022a). Adverse childhood experiences among a treatment-seeking sample of adults with eating disorders. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 30(2), 156–167. doi.org/10.1002/erv.2880
- Rienecke, R. D., Johnson, C., Le Grange, D., Manwaring, J., Mehler, P. S., Duffy, A., McClanahan, S., & Blalock, D. V. (2022b). Adverse childhood experiences among adults with eating disorders: comparison to a nationally representative sample and identification of trauma. *Journal of eating disorders*, 10(1), 72. doi.org/10.1186/s40337-022-00594-x
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Sage.
- Roenholt, S., Beck, N. N., Karsberg, S. H., & Elklit, A. (2012). Post-traumatic stress symptoms and childhood abuse categories in a national representative sample for a specific age group: associations to body mass index. *European journal of psychotraumatology*, 3, 10.3402/ejpt.v3i0.17188. doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.17188
- Roer, G. E., Solbakken, H. H., Abebe, D. S., Aaseth, J. O., Bolstad, I., & Lien, L. (2021). Inpatients experiences about the impact of traumatic stress on eating behaviors: an exploratory focus group study. *Journal of eating disorders*, 9(1), 119. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00480-y>

- Rod, N. H., Bengtsson, J., Elsenburg, L. K., Taylor-Robinson, D., & Rieckmann, A. (2021). Hospitalisation patterns among children exposed to childhood adversity: a population-based cohort study of half a million children. *The Lancet. Public health*, 6 (11), e826–e835. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00158-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00158-4)
- Romans, S. E., Gendall, K. A., Martin, J. L., & Mullen, P. E. (2001). Child sexual abuse and later disordered eating: a New Zealand epidemiological study. *The International journal of eating disorders*, 29(4), 380–392. doi.org/10.1002/eat.1034
- Rossi, R., Socci, V., Pacitti, F., Carmassi, C., Rossi, A., Di Lorenzo, G., & Hyland, P. (2022). The Italian Version of the International Trauma Questionnaire: Symptom and Network Structure of Post-Traumatic Stress Disorder and Complex Post-Traumatic Stress Disorder in a Sample of Late Adolescents Exposed to a Natural Disaster. *Frontiers in psychiatry*, 13, 859877. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.859877>
- Rossi, A. A., Panzeri, A., & Mannarini, S. (2023). The Italian Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale – Short Form (IT-DERS-SF): A Two-step Validation Study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 45(2), 572–590. <https://doi.org/10.1007/s10862-022-10006-8>
- Russell G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9 (3), 429–448. <https://doi.org/10.1017/s0033291700031974>
- Saldana, J. (2015). *The coding manual for qualitative researchers*. SAGE.
- Sancı, L., Coffey, C., Olsson, C., Reid, S., Carlin, J. B., & Patton, G. (2008). Childhood sexual abuse and eating disorders in females: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 162(3), 261–267. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2007.58>
- Sander, J., Moessner, M., & Bauer, S. (2021). Depression, Anxiety and Eating Disorder-Related Impairment: Moderators in Female Adolescents and Young Adults. *International journal of environmental research and public health*, 18(5), 2779. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052779>
- Scharff, A., Ortiz, S. N., Forrest, L. N., & Smith, A. R. (2021). Comparing the clinical presentation of eating disorder patients with and without trauma history and/or comorbid PTSD. *Eating disorders*, 29(1), 88–102. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1642035>
- Santomauro, D. F., Melen, S., Mitchison, D., Vos, T., Whiteford, H., & Ferrari, A. J. (2021). The hidden burden of eating disorders: an extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. *The lancet. Psychiatry*, 8 (4), 320–328. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00040-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00040-7)

- Silén, Y., & Keski-Rahkonen, A. (2022). Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Current opinion in psychiatry*, 35(6), 362–371. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000818>
- Speranza, M., Atger, F., Corcos, M., Loas, G., Guilbaud, O., Stéphan, P., Perez-Diaz, F., Halfon, O., Venisse, J. L., Bizouard, P., Lang, F., Flament, M., & Jeammet, P. (2003). Depressive psychopathology and adverse childhood experiences in eating disorders. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 18(8), 377–383. doi.org/10.1016/j.eurpsy.2003.04.001
- Starkman H.B. (2005). A qualitative study of binge eating disorder in women: experiences of body and self, *Unpublished doctoral thesis*, New York University, New York
- Steinhausen, H. C., Villumsen, M. D., Hørdér, K., Winkler, L. A., Bilenberg, N., & Støving, R. K. (2021). Comorbid mental disorders during long-term course in a nationwide cohort of patients with anorexia nervosa. *The International journal of eating disorders*, 54(9), 1608–1618. <https://doi.org/10.1002/eat.23570>
- Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B., & Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: a marker of eating pathology or general psychopathology?. *Psychiatry research*, 197(1-2), 103–111. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.11.009>
- Swedo, E. A., D'Angelo, D. V., Fasula, A. M., Clayton, H. B., & Ports, K. A. (2023). Associations of Adverse Childhood Experiences With Pregnancy and Infant Health. *American journal of preventive medicine*, 64 (4), 512–524. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2022.10.017>
- Tagay, S., Schlegl, S., & Senf, W. (2010). Traumatic events, posttraumatic stress symptomatology and somatoform symptoms in eating disorder patients. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 18(2), 124–132. <https://doi.org/10.1002/erv.972>
- Tagay, S., Schlottbohm, E., Reyes-Rodriguez, M. L., Repic, N., & Senf, W. (2014). Eating disorders, trauma, PTSD, and psychosocial resources. *Eating disorders*, 22(1), 33–49. <https://doi.org/10.1080/10640266.2014.857517>
- Tardieu A. (1868) Etude medico-légale des blessures. Bardin D. Ed., Saint Germain in http://archive.org/stream/tudemdico100tard/tudemdicol00tard_djvu.txt
- Tasca, G. A., Szadkowski, L., Illing, V., Trinneer, A., Grenon, R., Demidenko, N., Krysanski, V., Balfour, L., & Bissada, H. (2009). Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. *Personality and Individual Differences*, 47(6), 662–667. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.06.006>
- Terr, L.C. (1991). *Childhood traumas: an outline and overview*, in *The American Journal of Psychiatry*, January, 148 (1):10-20

- Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *The Lancet*, 395(10227), 899–911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
- Teicher, M. H., & Parigger, A. (2015). The 'Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure' (MACE) scale for the retrospective assessment of abuse and neglect during development. *PloS one*, 10(2), e0117423. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117423>
- Thompson, C. J., & Martin-Wagar, C. A. (2024). Cognitive Flexibility and Emotion Regulation in Eating Disorder Patients with Comorbid Generalized Anxiety and Posttraumatic Stress Symptoms. *Research square*, rs.3.rs-4326208. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4326208/v1>
- Thornton, L. M., Mazzeo, S. E., & Bulik, C. M. (2011). The heritability of eating disorders: methods and current findings. *Current topics in behavioral neurosciences*, 6, 141–156. https://doi.org/10.1007/7854_2010_91
- Thornton, L. M., Welch, E., Munn-Chernoff, M. A., Lichtenstein, P., & Bulik, C. M. (2016). Anorexia Nervosa, Major Depression, and Suicide Attempts: Shared Genetic Factors. *Suicide & life-threatening behavior*, 46(5), 525–534. <https://doi.org/10.1111/sltb.12235>
- Troop, N. A., & Treasure, J. L. (1997). Setting the scene for eating disorders, II. Childhood helplessness and mastery. *Psychological medicine*, 27(3), 531–538. <https://doi.org/10.1017/s0033291797005096>
- Trottier, K., & MacDonald, D. E. (2017). Update on Psychological Trauma, Other Severe Adverse Experiences and Eating Disorders: State of the Research and Future Research Directions. *Current psychiatry reports*, 19 (8), 45. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0806-6>
- Tuckett A. G. (2005). Applying thematic analysis theory to practice: a researcher's experience. *Contemporary nurse*, 19(1-2), 75–87. <https://doi.org/10.5172/conu.19.1-2.75>
- Tull, M. T., Bardeen, J. R., DiLillo, D., Messman-Moore, T. L., & Gratz, K. L. (2019). A prospective investigation of emotion dysregulation as a mediator of the relation between posttraumatic stress symptoms and substance use severity. *Journal of Anxiety Disorders*, 62, 26–34. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.12.004>
- Ulfvebrand, S., Birgegård, A., Norring, C., Högdahl, L., & von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry research*, 230 (2), 294–299. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.008>
- Van der Kolk, B. A., Stone, L., West, J., Rhodes, A., Emerson, D., Suvak, M., & Spinazzola, J. (2014). Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(6), e559–e565. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08561>
- Van der Kolk, B.A. (2015) Il corpo accusa il colpo, Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche. *Raffaello Cortina Editore*, Milano

- Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2020). Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Current opinion in psychiatry*, 33 (6), 521–527. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000641>
- Vartanian, L. R., Nicholls, K., & Fardouly, J. (2023). Testing the Identity Disruption Model among Adolescents: Pathways Connecting Adverse Childhood Experiences to Body Dissatisfaction. *Journal of youth and adolescence*, 52(1), 134–148. <https://doi.org/10.1007/s10964-022-01683-5>
- Yamagishi, M., Satomura, Y., Sakurada, H., Kanehara, A., Sakakibara, E., Okada, N., Koike, S., Yagishita, S., Ichihashi, K., Kondo, S., Jinde, S., Fukuda, M., & Kasai, K. (2022). Retrospective chart review-based assessment scale for adverse childhood events and experiences. *PCN reports: psychiatry and clinical neurosciences*, 1 (4), e58. <https://doi.org/10.1002/pcn5.58>
- Yao, S., Kuja-Halkola, R., Martin, J., Lu, Y., Lichtenstein, P., Noring, C., Birgegård, A., Yilmaz, Z., Hübel, C., Watson, H., Baker, J., Almqvist, C., Eating Disorders Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, Thornton, L. M., Magnusson, P. K., Bulik, C. M., & Larsson, H. (2019). Associations Between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Various Eating Disorders: A Swedish Nationwide Population Study Using Multiple Genetically Informative Approaches. *Biological psychiatry*, 86 (8), 577–586. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.04.036>
- Yao, S., Larsson, H., Noring, C., Birgegård, A., Lichtenstein, P., D’Onofrio, B. M., Almqvist, C., Thornton, L. M., Bulik, C. M., & Kuja - Halkola, R. (2021). Genetic and environmental contributions to diagnostic fluctuation in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychological medicine*, 51 (1), 62–69. <https://doi.org/10.1017/S0033291719002976>
- Yilmaz, Z., Szatkiewicz, J. P., Crowley, J. J., Ancalade, N., Brandys, M. K., van Elburg, A., de Kovel, C. G. F., Adan, R. A. H., Hinney, A., Hebebrand, J., Gratacos, M., Fernandez-Aranda, F., Escaramis, G., Gonzalez, J. R., Estivill, X., Genetic Consortium for Anorexia Nervosa, Wellcome Trust Case Control Consortium 3, Zeggini, E., Sullivan, P. F., & Bulik, C. M. (2017). Exploration of large, rare copy number variants associated with psychiatric and neurodevelopmental disorders in individuals with anorexia nervosa. *Psychiatric genetics*, 27(4),152–158.
- Zhang, H., Liu, Z., Zheng, H. *et al.* Multiple mediation of the association between childhood emotional abuse and adult obesity by anxiety and bulimia – a sample from bariatric surgery candidates and healthy controls. *BMC Public Health*, 24, 653 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18015-w>
- Zekowitz, R. L., Zerubavel, N., Zucker, N. L., & Copeland, W. E. (2021). Longitudinal associations of trauma exposure with disordered eating: Lessons from the Great Smoky Mountains Study. *Eating disorders*, 29 (3), 208–225. <https://doi.org/10.1080/10640266.2021.1921326>.

- Wade, T. D., Fairweather-Schmidt, A. K., Zhu, G., & Martin, N. G. (2015). Does shared genetic risk contribute to the co-occurrence of eating disorders and suicidality? *The International journal of eating disorders*, 48 (6), 684–691. <https://doi.org/10.1002/eat.22421>
- Wattick, R. A., Olfert, M. D., Claydon, E., Hagedorn-Hatfield, R. L., Barr, M. L., & Brode, C. (2023). Early life influences on the development of food addiction in college attending young adults. *Eating and weight disorders: EWD*, 28(1), 14. <https://doi.org/10.1007/s40519-023-01546-3>
- Weider, S., Rø, Ø., Bjørnelv, S., & Danielsen, M. (2025). The impact of childhood sexual abuse and childhood traumatic events on outcome in adult inpatients with eating disorders. *Journal of eating disorders*, 13(1), 117. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01316-9>
- Welch, E., Lagerström, M., Ghaderi, A., & Stice, E. (2012). *Body Shape Questionnaire: Psychometric properties of the short version (BSQ-8C) and its usefulness in screening for eating disorders*. *Body Image*, 9(4), 520–523. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.07.003>
- Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Thompson, K. M., Redlin, J., Demuth, G., Smyth, J., & Haseltine, B. (2001). Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *The International journal of eating disorders*, 30(4), 401–412. <https://doi.org/10.1002/eat.1101>
- Wonderlich, S. A., Llera, S. J., Erickson, T. M., Przeworski, A., & Castonguay, L. G. (2017). Worry and generalized anxiety disorder: A review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 275–297. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185544>
- World Health Organization. (2002). World report on violence and health. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/