UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA E SCIENZE DELL'EDUCAZIONE
CORSO DI LAUREA IN SCIENZE DELL'EDUCAZIONE
Educatore dei servizi educativi per l'infanzia L-19
Anno Accademico 2020\21

Corso di Pedagogia Sperimentale
Roberto Trinchero

RAPPORTO DI RICERCA EMPIRICA

<<TRAUMI INFANTILI E INSORGENZA DI DISTURBI ALIMENTARI>>

A cura di:
ELISA DIGRAZIA n. matricola 923517
SIMONA QUATTROCCHI n. matricola 934177

INDICE

TEMA, PROBLEMA CONOSCITIVO DI PARTENZA E OBIETTIVO DI RICERCA……..3

QUADRO TEORICO……4-6

BIBLIOGRAFIA & SITOGRAFIA……..7

MAPPA CONCETTUALE……8

IPOTESI DI LAVORO……..9

FATTORI DIPENDENTI, INDIPENDENTI……9

DEFINIZIONE OPERATIVA DEI FATTORI……9-15

QUESTIONARIO……16-19

POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO, NUMEROSITA' DEL CAMPIONE E TIPOLOGIA DI CAMPIONAMENTO…..20

TECNICHE E STRUMENTI DI RILEVAZIONE DEI DATI……21

PIANO DI RACCOLTA DEI DATI……21

TECNICHE DI ANALISI DEI DATI……..22-34

INTERPRETAZIONE DEI DATI……35-36

AUTORIFLESSIONE SULL'ESPERIENZA COMPIUTA……37-39

SUDDIVISIONE LAVORO……40

TEMA, PROBLEMA CONOSCITIVO DI PARTENZA E OBIETTIVO DI RICERCA

TEMA DI RICERCA:

Relazione tra aver subito traumi infantili e l'insorgenza di disturbi del comportamento alimentare in età adolescenziale.

PROBLEMA DI RICERCA:

Vi è relazione tra traumi infantili e l'insorgenza di disturbi del comportamento alimentare?

OBIETTIVO DI RICERCA:

Il nostro obiettivo di ricerca è stabilire se esiste una relazione, una correlazione tra traumi infantili verificatesi durante l'infanzia, e la conseguente insorgenza di disturbi del comportamento alimentare in età adolescenziale.

QUADRO TEORICO

Il trauma psicologico è una condizione che ha avuto varie definizioni nel corso della storia, ed è un concetto derivato dalla medicina. Freud fu il primo a occuparsi del concetto di trauma, il quale considerò come traumatica una situazione, isolata o protratta nel tempo che, producendo un surplus di eccitazione psichica, provoca una profonda lacerazione nel precedente assetto elaborativo dell'individuo, le cui implicazioni soggettive quali idee, cognizioni ed emozioni ad essa collegata, sono complessivamente superiori alle capacità del soggetto di gestirle o di adeguarsi a esse, in quel determinato momento.
Possiamo intendere il trauma, secondo la psicologia clinica attuale, come una "ferita dell'anima" la quale rompe il consueto modo di vivere e di vedere il mondo, e la quale ha un impatto negativo sulla persona che lo vive. Il trauma infantile riguarda la prima fase della vita di una persona, la fase dell'infanzia, il periodo di sviluppo più critico e vulnerabile in quanto avvengono i cambiamenti più significativi in tutte le aree dello sviluppo, e fondamentalmente è il momento della vita in cui un bambino dipende in tutto e per tutto da chi si prende cura di lui.
Quando parliamo di traumi infantili possiamo riferirci ai Traumi con la "T" maiuscola, singoli eventi che si verificano in una determinata situazione, i quali comprendono una percezione di pericolo per il proprio corpo e i quali portano alla morte o minacciano l'integrità fisica propria o delle persone care, quali aggressioni, catastrofi naturali, incidenti (…) ; o ancora possiamo riferirci ai traumi con la "t" minuscola, una concatenazione di eventi o situazioni stressanti che si contraddistinguono per la presenza di un vissuto di paura o minaccia, e che dunque, sono caratterizzati da una percezione intesa di pericolo e da una natura cronica, i quali impediscono al bambino di elaborare ciò che sta vivendo, e di poter trovare una spiegazione efficace per poter sopravvivere a tale esperienza. I traumi infantili a cui intendiamo riferirci in questo rapporto di ricerca empirica, sono i traumi con la "t" minuscola, i maltrattamenti che si riconoscono in abusi per omissione i quali si riferiscono all'incuria e alla trascuratezza fisiche o psicologiche incluso l'abuso psicologico/emotivo; o per azione i quali sottopongono la vittima a pratiche fisiche e psicologicamente violente dunque ci riferiamo ad abusi di tipo sessuale e fisico; i quali inevitabilmente hanno un'incidenza sulla fase adolescenziale e sulla vita dell'adulto. Un trauma infantile può essere di natura relazionale il quale riguarda le esperienze del bambino con le figure di accudimento, qualora queste non siano in grado di fornire al bambino cure affettive ed emotive adeguate, e che, al contrario, forniscono cure inadeguate, come nel caso della patologia delle cure, definite anch'esse forme di abuso e violenza, nei confronti dei bambini.
In alcuni casi, sono le stesse persone che dovrebbero occuparsi dell'accudimento del bambino, a metterlo di fronte a una situazione di pericolo con la loro aggressività, con atteggiamenti che potrebbero far sentire il bambino minacciato, atteggiamenti che possono essere violenze fisiche, psicologiche, morali, o metodi educativi particolarmente rigorosi, rigidi, e intransigenti. Molti traumi si verificano all'interno del contesto famigliare e riguardano l'esposizione del bambino a scene o eventi famigliari caratterizzati da violenza e\o aggressività, da parte degli adulti nei confronti dei bambini, o tra di loro.
L'abuso all'infanzia può essere considerato un disturbo dell'empatia nel primo rapporto madre-bambino, come se la funzione genitoriale venisse a mancare. Il ruolo fondamentale dei genitori, secondo Bowlby, è quello di fornire una Base Sicura ai propri figli, permettendogli una formazione progressiva dell'autonomia, tenendo presente che essi necessitano costantemente del sostegno parentale.
Tutte le violenze, ma in particolare le forme di abuso psicologico, nascono da un'alterata percezione delle reali esigenze del figlio, il quale viene inteso come un oggetto e non come una persona portatrice di desideri, bisogni, paure, necessità.
Legami d'attaccamento ritenuti disfunzionali o inadeguati possono compromettere gli esiti evolutivi dei bambini, andando conseguentemente a danneggiare la capacità di regolazione dell'affettività e l'abilità di utilizzare le relazioni interpersonali per modulare gli stati affettivi interni. La personalità del bambino, a seguito di relazioni familiari disfunzionali, si strutturerà secondo quello che Winnicott (1975) definisce un Falso Sé che gradualmente distrugge il mondo interiore del bambino reale, dunque il suo Vero Sé. Quando un bambino viene abusato dai genitori i suoi processi di identificazione vengono profondamente disturbati, questo perché non è possibile l'interiorizzazione delle figure di riferimento.

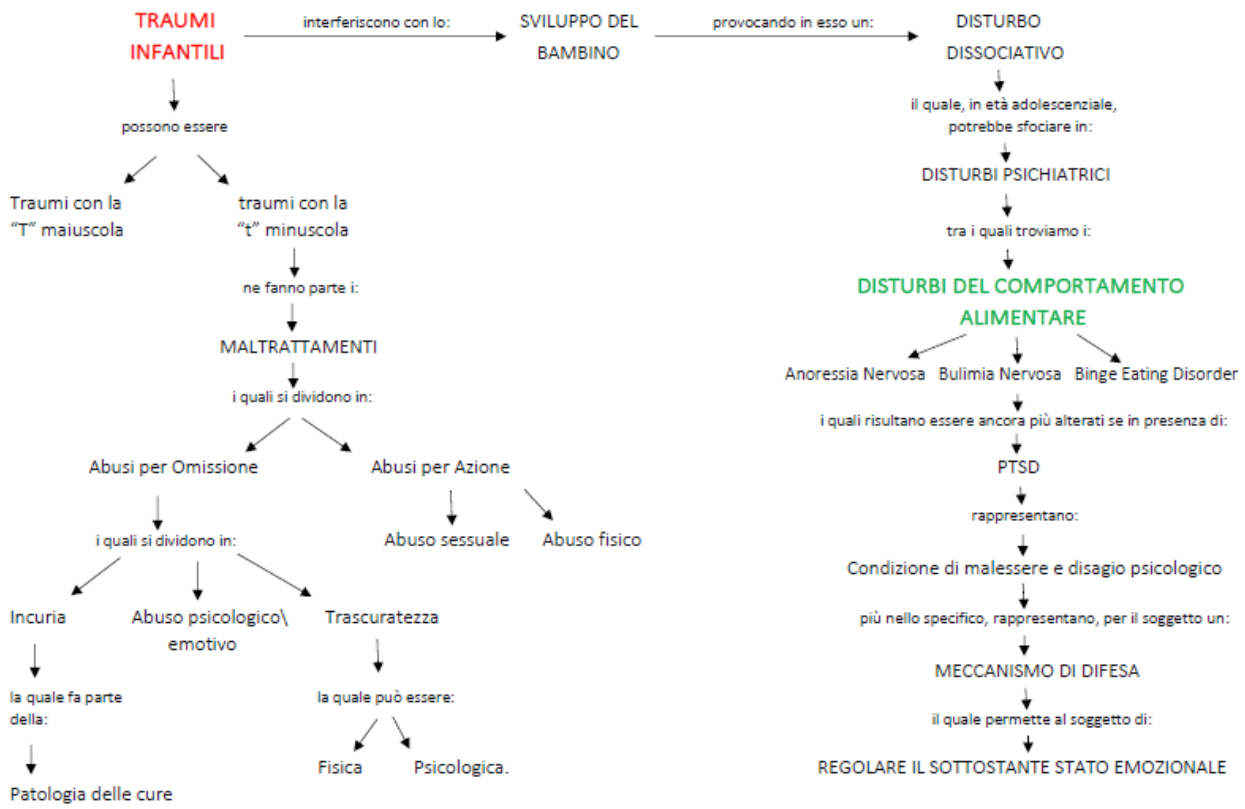
Un soggetto, vittima di un trauma, teme per la sua integrità fisica ed emotiva, e sperimenta emozioni quali paure, angoscia e terrore, le quali ripetute e prolungate nel tempo aumentano, portando così il soggetto a percepire l'evento traumatico senza una reale soluzione e senza una possibilità di difesa. L'individuo si sente impotente, e l'unica via d'uscita risulterebbe essere il distacco dalla realtà, dunque il soggetto prende distanza dalle proprie emozioni, e tale sospensione della coscienza, favorisce quella che viene definita la "dissociazione", attraverso la quale si crea un'assenza di connessione con la memoria e con il ricordo, rappresentando, dunque, una strategia di "sopravvivenza" per le persone che hanno affrontato traumi infantili precoci, in particolare se in mancanza di un adeguato supporto emotivo da parte di altre persone.
Anche secondo Freud, la principale difesa in una situazione traumatica, potrebbe essere la dissociazione, ma non solo, anche Janet affermò che la dissociazione può essere conseguenza diretta di emozioni violente di natura traumatica. Questo perché l'esperienza traumatica, essendo emotivamente troppo carica risulta non essere gestibile dal soggetto in questione, dunque l'evento traumatico molto spesso viene dissociato, separato dalla coscienza, provocando così nel soggetto che lo ha vissuto, un disturbo dissociativo. Vi è un consenso generale relativo al fatto che i principali disturbi dissociativi si sviluppano tipicamente durante l'infanzia, soprattutto per i bambini che vivono gravi trascuratezze ed abusi, in quanto i bambini piccoli hanno meno capacità di integrare esperienze traumatiche, rispetto agli adulti, per il fatto che i loro cervelli sono ancora immaturi, la loro personalità e il senso di sé ancora non abbastanza solidi e coesi.
Molti studi mostrano una coesistenza tra episodi traumatici infantili, sintomi dissociativi e disturbi del comportamento alimentare (Palmisano et al., 2018). A tal proposito, Janet, alla fine del XIX secolo, presentò un primo studio volto ad ipotizzare la presenza di meccanismi di tipo dissociativo nello sviluppo dei DCA. Fu uno dei primi ricercatori a evidenziare che una violenza sessuale subita durante l'infanzia, sembra possa aumentare il rischio di sviluppo di un disturbo psichiatrico, tra cui i disturbi della condotta alimentare.
I disturbi del comportamento alimentare, secondo il DSM-V "sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti collegati con l'alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale." I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono un gruppo articolato di malattie comprese e classificate fra i disturbi psichiatrici, i quali esprimono una condizione di profondo disagio e di malessere psicologico. I principali disturbi alimentari sono l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il binge eating disorder.
Come per molti disturbi psichiatrici, anche nei disturbi dell'alimentazione le cause sono molteplici e multifattoriali, e non sempre facili da definire; è però importante sottolineare che, possono esservi diversi fattori di rischio, e, inoltre, possono esservi cause psicologiche molto profonde, le quali portano il disturbo del comportamento alimentare a diventare l'espressione di una sofferenza profonda, spesso nascosta. Gli eventi traumatici costituiscono un fattore di rischio per lo sviluppo dei disturbi psichiatrici, nei quali sono compresi, per l'appunto, i DCA. La ricerca ha dimostrato che, una storia di trauma nell'infanzia dovuta a maltrattamenti, violenze sessuali o trascuratezza, è più frequente negli individui con DCA. L'esposizione traumatica sembra essere più comune nei disturbi alimentari del sottotipo binge, purge, nelle quali vi sono regolari condotte di eliminazione.
L'incidenza della bulimia durante l'adolescenza sembra essere fortemente correlata al trauma, infatti la bulimia nervosa, secondo alcuni studi, si è dimostrata 2.5 volte maggiore tra le ragazze che avevano riportato un episodio di abuso sessuale infantile e ben 4.9 volte più alta in coloro che ne avevano riportato due o più, rispetto alle ragazze che non avevano riferito alcun episodio (Sanci et al., 2008). Gli autori a seguito di questi dati, hanno confermato che l'abuso sessuale infantile rappresenta un importante fattore di rischio per lo sviluppo della bulimia nervosa.
A tal proposito riportiamo un altro recente studio, il quale ha anch'esso dimostrato che i sintomi dissociativi sono più evidenti nei pazienti con caratteristiche bulimiche e disturbo da alimentazione incontrollata (binge eating disorder).
Ma non solo, anche lo studio di Carter e collaboratori (2006), condotto su persone affette da anoressia

nervosa, ha mostrato che il 48% del campione esaminato riferiva una storia di abusi sessuali infantili precedenti l'esordio del disturbo alimentare.
Negli ultimi anni si è assistito ad un crescente interesse per l'idea secondo cui i disturbi del comportamento alimentare possano costituire un meccanismo difensivo messo in atto dal soggetto per ridurre il proprio stato emozionale negativo; sembrerebbe essere lo stato emotivo negativo, seguente al trauma, ad aumentare il rischio di sviluppare un disturbo del comportamento alimentare.
I modelli alimentari risultano essere ancora più alterati quando ai traumi viene associata una diagnosi di disturbo post-traumatico da stress (PTSD), condizione psicopatologica classificata nel DSM-IV all'interno dei disturbi d'ansia ed è caratterizzata da una sintomatologia di tipo ansioso-depressivo che compare in seguito ad un episodio traumatico. Il PTSD viene definito come la conseguenza naturale di un trauma, e il disturbo alimentare aiuta la vittima a contenere lo stato emozionale negativo e l'aumentata attivazione emotiva associata allo stesso PTSD.
I pazienti, con tale diagnosi, mostrano frequentemente comportamenti bulimici e una serie di sintomi relativi a bassa autostima. Per confermare ed esaminare tali ipotesi, relative al collegamento tra il disturbo post-traumatico da stress derivante da traumi infantili, e i disturbi alimentari, i ricercatori hanno ulteriormente ipotizzato che i sintomi tipici dei disturbi alimentari, quali alimentazione incontrollata o restrizioni alimentari, potrebbero facilitare la fuga dal ricordo, dai pensieri e dai sentimenti legati al trauma subito. Diversi studi hanno osservato come le abbuffate alimentari possano svolgere la funzione di aiutare il soggetto ad evitare lo stato emotivo negativo, e come, soggetti vittime di esperienze traumatiche che sviluppano un PTSD, hanno notevole probabilità di sviluppare un disturbo alimentare allo scopo di regolare il sottostante stato emozionale.

BIBLIOGRAFIA & SITOGRAFIA

- Antonella Montano e Roberta Borzì - MANUALE DI INTERVENTO SUL TRAUMA - Comprendere, valutare e curare il PTSD semplice e complesso https://static.erickson.it/prod/files/ItemVariant/itemvariant_sfoglialibro/123356_9788859019114_y279_manuale-di-intervento-sul-trauma.pdf
- Elena Simonetta e Francine Shapiro - Esperienze traumatiche di vita in età evolutiva – EMDR come terapia https://www.francoangeli.it/Area_PDFDemo/1250.161_demo.pdf
- Angelica Arace - Quando i bambini iniziano a... Psicologia dell'infanzia e primi passi nello sviluppo del sé.
- Longo P, Marzola E, De Bacco C, Demarchi M, Abbate-Daga G. Young Patients with Anorexia Nervosa: The Contribution of Post-Traumatic Stress Disorder and Traumatic Events. Medicina (Kaunas). 2020 Dec 22;57(1):2. doi: 10.3390/medicina57010002. PMID: 33375161; PMCID: PMC7822187. file:///C:/Users/simon/Downloads/Longoetal.2021YoungPatientswithAnorexiaNervosa%20(1).pdf
- Longo P, Panero M, Amodeo L, Demarchi M, Abbate-Daga G, Marzola E. Psychoform and somatoform dissociation in anorexia nervosa: A systematic review. Clin Psychol Psychother. 2020 Sep 12. doi: 10.1002/cpp.2517. Epub ahead of print. PMID: 32918777 file:///C:/Users/simon/Downloads/2020Psychoformandsomatoformdissociationinanorexianervosa%20(1).pdf
- Longo P, Bertorello A, Panero M, Abbate-Daga G, Marzola E. Traumatic events and post-traumatic symptoms in anorexia nervosa. Eur J Psychotraumatol. 2019 Nov 1;10(1):1682930. doi: 10.1080/20008198.2019.1682930. PMID: 31723378; PMCID: PMC6830292. file:///C:/Users/simon/Downloads/Longoetal.2019Traumaticeventsandposttraumaticsymptomsinanorexianervosa%20(2).pdf
- Klas Backholm, Rasmus Isomaa & Andreas Birgegård – La prevalenza e l'impatto della storia traumatica nei pazienti con disturbi alimentari – 20 novembre 2013 https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.3402/ejpt.v4i0.22482?needAccess=true
- Timothy D Brewerton, Medical University of South Carolina – Eating Disorders, Trauma, and Comorbidity: Focus on PTSD – August 2007 file:///C:/Users/simon/Downloads/EatingDisordersTraumaandComorbidity--FocusonPTSDfinal1.pdf
- Lena A. Sanci, Craig A. Olsson, Sophie Reid, George C. Patton – Childhood Sexual Abuse and Eating Disorders in Females: Findings From the Victorian Adolescent Health Cohort Study – April 2008 file:///C:/Users/simon/Downloads/2008_Sanci_Olsson_ArchPedAdolMed.pdf
- Maura Silvestri – Per un allargamento del campo: le molteplici figure della dissociazione e il recupero del pensiero di Pierre Janet https://sipreonline.it/wp-content/uploads/2016/12/2_Silvestri_Per-un-allargamento-del-campo.-Le-molteplici-figure-della-dissociazione-e-il-recupero-del-pensiero-di-Pierre-Janet.pdf
- Domenico Bumbaca – Psicoanalisi e trauma https://www.studiobumbaca.it/2016/03/14/psicoanalisi-e-trauma/
- Natascia Duca - Il trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo post-traumatico da Stress. http://lnx.psicoterapeutiinformazione.it/wp-content/uploads/2017/01/n1-Giugno-2008-duca.pdf
- Giuditta Saba - DPTS semplice e complesso nell'abuso in età infantile http://www.acp-italia.it/rivista/2003/Giuditta_saba_-_dpts_semplice_e_complesso_nell_abuso_in_eta_infantile.pdf

MAPPA CONCETTUALE



IPOTESI DI LAVORO:

Dopo aver definito le premesse teoriche, l'ipotesi di partenza della nostra ricerca è relativa al fatto che esiste una relazione tra l'aver subito traumi infantili e la conseguente insorgenza dei disturbi legati al comportamento alimentare, in età adolescenziale. Al termine dell'analisi dei dati potremmo confermare l'ipotesi o confutarla.

FATTORI DIPENDENTI, INDIPENDENTI, MODERATI.

Dall'ipotesi abbiamo estratto i fattori grazie ai quali si possono individuare i livelli di influenza tra gli stessi

- Fattore INDIPENDENTE: Traumi infantili
- Fattore DIPENDENTE: Disturbi alimentari

DEFINIZIONE OPERATIVA DEI FATTORI

FATTORI	INDICATORI	ITEM	VARIABILI
FATTORI DI SFONDO	Genere dell'intervistato	"Lei è?"	• Maschio • Femmina
	Identificazione della professione dell'intervistato	"Quale professione svolge?"	• Psicologo e\o psicoterapeuta • Medico neuropsichiatra • Medico specialista in scienze dell'alimentazione • Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva • Altro...
	Anni di esercizio della professione	"Da quanti anni esercita la sua attuale professione?"	• Meno di un anno • 1-5 anni • Meno di 10 • Più di 10

	Attività formative	“ha mai partecipato ad un congresso sul maltrattamento, abusi (…) infantili?”	• Si • No • No, però mi piacerebbe partecipare.
		“ha mai partecipato ad un congresso sui disturbi del comportamento alimentare?”	• Si • No • No, però mi piacerebbe partecipare
FATTORE INDIPENDENTE: Traumi Infantili.	Sospetto di un evento traumatico	“Ha mai sospettato o incontrato in un soggetto, durante il suo percorso, una situazione di maltrattamento, abusi fisici o psicologici, o traumi relativi ad essi?”	• Si • No • Altro...
			• Si

	Dialogo sull'accaduto	"Se sì, il soggetto ha parlato apertamente con lei di quanto successo?	• No
	Presa di consapevolezza sull'accaduto	"Se sì, il soggetto riconosce di essere stato vittima di abusi, maltrattamenti (…)?"	• Si • No
		"Se sì, il soggetto tende a reprimere l'accaduto o mostra di averne un ricordo nitido?"	• Reprime • Ha un ricordo nitido
		"Tutti gli abusi, che siano per omissione o per azione, vanno considerati "traumi psicologici", i quali provocano danni concreti e duraturi."	• Si • No
	Individuazione dei fattori di rischio	"L'abuso sessuale può essere considerato un fattore di rischio nello sviluppo dei DCA?"	• Si • No • Non necessariamente • Altro...

	Opinioni del professionista	“Si ritiene che sia possibile una relazione indiretta tra abuso sessuale intrafamiliare e disturbi del comportamento alimentare attraverso l’influenza mediatrice dell’attaccamento, una connessione diretta dove il disturbo alimentare esprime il tentativo di riguadagnare una sensazione di controllo sul proprio corpo. Lei è d’accordo?”	• D’accordo • Indifferente • In disaccordo • Altro...
		“La trascuratezza fisica e affettiva possono essere causa di danni fisici e psicologici, spesso anche disturbi del comportamento alimentare. Lei è d’accordo con tale affermazione?”	• D’accordo • Indifferente • In disaccordo • Altro...
		“Uno dei problemi più comuni di un disturbo da stress post traumatico è la presenza di un disturbo alimentare, tra cui anoressia, bulimia e alimentazione incontrollata. Quanto è d’accordo con la seguente	• D’accordo • In disaccordo

		affermazione?”	
		“La relazione tra il disturbo da stress post traumatico e disturbi alimentari, secondo lei, può essere correlata a una forma di comportamento “auto-medicante”?	• Si • È probabile • No • Assolutamente no
FATTORE DIPENDENTE: DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE	Frequenza del disturbo	“I disturbi dell’alimentazione sono più frequenti nella popolazione maschile o femminile?”	• Maschile • Femminile
		“Le è mai capitato di riscontrare, in un soggetto DCA disturbi d’ansia e\o tratti ossessivi presenti sin dalla nascita?”	• Si • No

	Analisi dei comportamenti		
		“I soggetti con DCA e precedenti storie di abuso e maltrattamento, presentano quadri sintomatici più gravi e complessi rispetto ai soggetti con DCA senza tale tipo di esperienza pregressa?”	• Si, presentano sintomi più gravi e complessi • No, non presentano sintomi più gravi • Presentano gli stessi sintomi
		“Secondo la sua esperienza, i disturbi del comportamento alimentare possono essere un modo per comunicare sofferenze?”	• Si • No • Altro...
	Cure genitoriali	“Una relazione disfunzionale con i genitori può, secondo lei, provocare in età adolescenziale e adulta, problemi molto gravi come disturbi del comportamento alimentare?”	• Si • No • Altro...

	Sintomatologia	“E’ ricorrente che l’individuo con DCA assuma sia il ruolo di vittima che quello di aggressore?”	• Si • Mai
	Relazioni genitoriali	“Generalmente, quando si ha di fronte un soggetto con DCA, si ricerca l’origine nelle relazioni familiari, in particolare nella diade madre-figlia?”	• Si • No

QUESTIONARIO

Vi è relazione tra traumi infantili e disturbi alimentari?

Salve, siamo due studentesse dell'Università degli studi di Torino.
Stiamo conducendo una ricerca per stabilire se esista una relazione tra traumi infantili e l'insorgenza di disturbi alimentari in età adolescenziale.
Chiediamo la sua collaborazione nella compilazione del questionario, il quale garantisce l'anonimato. Garantiamo, inoltre, che le risposte da lei fornite verranno utilizzate esclusivamente per elaborazione statistica**.**

Compili la seguente sezione prima di procedere
Confermo di voler partecipare alla ricerca e acconsento al trattamento dei miei dati puramente a scopo di ricerca

- ❑ Si, acconsento e intendo continuare.
- ❑ No, non autorizzo e non intendo partecipare alla ricerca.

Prima parte: Informazioni personali
Ribadiamo che verranno usate solo ed esclusivamente a fini statistici

Lei è

- ❑ Maschio
- ❑ Femmina

Quale professione svolge?

- ❑ Psicologo e\o Psicoterapeuta
- ❑ Medico Neuropsichiatra
- ❑ Medico specialista in Scienze dell'Alimentazione
- ❑ Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva
- ❑ Altro...

Da quanti anni esercita la sua attuale professione?

- ❑ Meno di un anno
- ❑ Dai due ai cinque anni
- ❑ Meno di dieci anni
- ❑ Più di dieci anni

Ha mai partecipato ad un congresso sul maltrattamento, abusi (...) infantili?

- ❑ Si
- ❑ No
- ❑ No, però mi piacerebbe partecipare.

Ha mai partecipato ad un congresso disturbi del comportamento alimentare?

- ❑ Si
- ❑ No
- ❑ No, però mi piacerebbe partecipare.

Seconda parte: la sua esperienza con i DCA e i traumi infantili
I disturbi dell'alimentazione sono più frequenti nella popolazione maschile o femminile?

- ❑ Maschile
- ❑ Femminile

Le è mai capitato di riscontrare, in un soggetto DCA disturbi d'ansia e/o tratti ossessivi presenti sin dall'infanzia?

- ❑ Si
- ❑ No

Secondo la sua esperienza, i disturbi del comportamento alimentare possono essere un modo per comunicare sofferenze?

- ❑ Si
- ❑ No
- ❑ Altro...

Una relazione disfunzionale con i genitori può, secondo lei, provocare in età adolescenziale e adulta, problemi molto gravi come disturbi del comportamento alimentare?

- ❑ Si
- ❑ No
- ❑ Altro...

Ha mai sospettato o incontrato in un soggetto, durante il suo percorso, una situazione di maltrattamento, abusi fisici o psicologici, o traumi relativi ad essi?

- ❑ Si
- ❑ No

Se sì, il soggetto ha parlato apertamente con lei di quanto successo?

- ❑ Si
- ❑ No

Se sì, il soggetto riconosce di essere stato vittima di abusi, maltrattamenti (...)?

- ❑ Si
- ❑ No

Se sì, il soggetto tende a reprimere l'accaduto o mostra di averne un ricordo nitido?

- ❑ Reprime
- ❑ Ha un ricordo nitido

I soggetti con DCA e con precedenti storie di abuso e maltrattamento, presentano quadri sintomatici più gravi e complessi rispetto ai soggetti con DCA senza tale tipo di esperienza pregressa?

- ❑ Si, presentano sintomi più gravi e complessi
- ❑ No, non presentano sintomi più gravi
- ❑ Presentano gli stessi sintomi

L'abuso sessuale può essere considerato un fattore di rischio nello sviluppo dei DCA?

- ❑ Si
- ❑ No
- ❑ Non necessariamente
- ❑ Altro...

È ricorrente che l'individuo con DCA assuma sia il ruolo di vittima che quello di aggressore?

- ❑ Si
- ❑ Mai

Generalmente, quando si ha di fronte un soggetto con DCA, si ricerca l'origine nelle relazioni familiari, in particolare nella diade madre-figlia?

- ❑ Si
- ❑ no

Terza parte: feedback

In questa sezione le chiediamo di esprimere il suo parere in merito alle affermazioni che seguono. Le chiediamo anche di motivare brevemente la risposta nel caso in cui si trova IN DISACCORDO con l'affermazione proposta.

"Si ritiene che sia possibile una relazione indiretta tra abuso sessuale intrafamiliare e i disturbi del comportamento alimentare attraverso l'influenza mediatrice dell'attaccamento, una connessione diretta dove il disturbo alimentare esprime il tentativo di riguadagnare una sensazione di controllo sul proprio corpo. Lei è d'accordo?" N.B Specificare nell'opzione "ALTRO" il MOTIVO per cui lei è IN DISACCORDO.

- ❑ D'accordo
- ❑ In disaccordo
- ❑ Altro...

"La trascuratezza fisica e affettiva possono essere causa di danni fisici e psicologici, spesso anche disturbi del comportamento alimentare". Lei è d'accordo con tale affermazione? N.B. Specificare nell'opzione "ALTRO" il MOTIVO per cui lei è IN DISACCORDO

- ❑ D'accordo
- ❑ Indifferente
- ❑ In disaccordo
- ❑ Altro...

Uno dei problemi più comuni di un disturbo da stress post traumatico è la presenza di un disturbo alimentare, tra cui anoressia, bulimia e alimentazione incontrollata. Quanto è d'accordo con la seguente affermazione?

- ❑ D'accordo
- ❑ In disaccordo

La relazione tra il disturbo da stress post traumatico e disturbi alimentari, secondo lei può essere correlata a una forma di comportamento "auto-medicante"?

- ❑ Si
- ❑ E' probabile
- ❑ No
- ❑ Assolutamente no

Tutti gli abusi, che siano per omissione o per azione, vanno considerati "traumi psicologici", i quali provocano danni concreti e duraturi

- ❑ Si
- ❑ No

Il questionario è terminato!

La ringraziamo per aver partecipato.

POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO, NUMEROSITÀ DEL CAMPIONE E TIPOLOGIA DI CAMPIONAMENTO

POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO: Come popolazione di riferimento per il nostro rapporto di ricerca empirica, sono stati presi in considerazione 28 professionisti di competenza nell'ambito dei disturbi del comportamento alimentare e\o dei traumi infantili.

NUMEROSITÀ DEL CAMPIONE: 28 professionisti competenti nell'ambito dei disturbi del comportamento alimentare e\o dei traumi infantili.

TIPOLOGIA DI CAMPIONAMENTO: la tecnica di campionamento utilizzata è il campionamento non probabilistico ragionato, scelto al fine di garantire la presenza di soggetti che rispondano a determinate caratteristiche funzionali alla nostra ricerca. Abbiamo quindi scelto di indirizzare il questionario, da noi ideato, alle figure professionali che più hanno a che fare con il problema oggetto di ricerca: (psicologi/psicoterapeuti, medici neuropsichiatri, medici specialisti in scienze dell'alimentazione, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva et al.).

TECNICHE E STRUMENTI DI RILEVAZIONE DEI DATI

Per condurre la nostra ricerca abbiamo scelto di utilizzare delle tecniche e degli strumenti ad alta strutturazione. Ci siamo servite di un questionario online auto-compilato a domande chiuse e aperte, introducendo le variabili presenti nella definizione operativa, e anche le variabili di sfondo come l'età, il sesso e la professione dei soggetti presi in esame.

Il questionario è stato creato con Google Moduli, piattaforma che consente di creare questionari. Abbiamo riportato nel questionario una breve presentazione all'interno della quale è stato esplicitato che sarebbe stato garantito l'anonimato e che le risposte fornite sono esclusivamente utilizzate per le elaborazioni statistiche.

Abbiamo trovato utile suddividere il questionario in tre parti:

1. la prima contenente informazioni personali
2. la seconda è relativa all'esperienza con i DCA e i traumi infantili
3. nella terza è stato richiesto un feedback

il questionario contiene, in totale, 22 domande.

PIANO DI RACCOLTA DEI DATI

Siccome il nostro obiettivo di ricerca è stabilire se esiste una relazione tra traumi infantili verificatisi durante l'infanzia e la conseguente insorgenza di disturbi del comportamento alimentare, in età adolescenziale, abbiamo deciso di somministrare il questionario ai vari specialisti.

Vista la mancata possibilità di recarci personalmente dagli stessi, dopo aver creato lo strumento di raccolta dei dati, abbiamo inviato una mail con allegato il link ai 28 professionisti di competenza in materia. Il tempo di compilazione previsto è stato di una settimana, al termine della quale abbiamo raccolto un totale di 28 risposte, dalle quali abbiamo estrapolato una matrice dati, utilizzando Excel, utile per la realizzazione delle analisi monovariata e bivariata.

TECNICHE DI ANALISI DEI DATI

Il passo successivo è stato caricare la matrice dei dati sul sistema operativo JsStat.
La nostra ricerca è di tipo standard, pertanto l'analisi monovariata viene fatta per calcolare:

- distribuzione di frequenza
- indici di tendenza centrale
- indici di dispersione

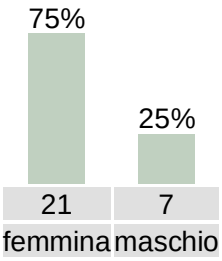
Successivamente, abbiamo effettuato l'analisi bivariata con l'obiettivo di valutare se esiste una relazione tra variabili, incrociando la variabile dipendente con quella indipendente in una tabella a doppia entrata.

ANALISI MONOVARIATA

FATTORI DI SFONDO

1. **Distribuzione di frequenza:**
   Lei è

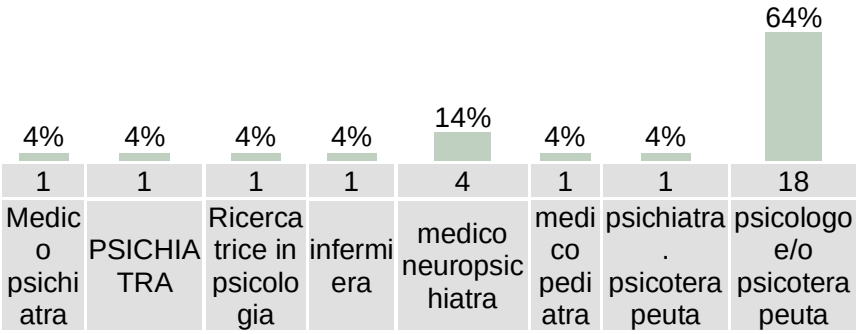
Modalità	Frequenza semplice	Percent. semplice	Frequenza cumulata	Percent. cumulata	Int. Fid. 95%
femmina	21	75%	21	75%	57%:93%
maschio	7	25%	28	100%	7%:43%



Campione:
Numero di casi= 28
Indici di tendenza centrale:
Moda = femmina
Mediana = femmina
Indici di dispersione:
Squilibrio = 0.63

2. **Distribuzione di frequenza:**
   Quale professione svolge?

Modalità	Frequenza semplice	Percent. semplice	Frequenza cumulata	Percent. cumulata	Int. Fid. 95%
Medico psichiatra	1	4%	1	4%	0%:14%
PSICHIATRA	1	4%	2	7%	0%:14%
Ricercatrice in psicologia	1	4%	3	11%	0%:14%
infermiera	1	4%	4	14%	0%:14%

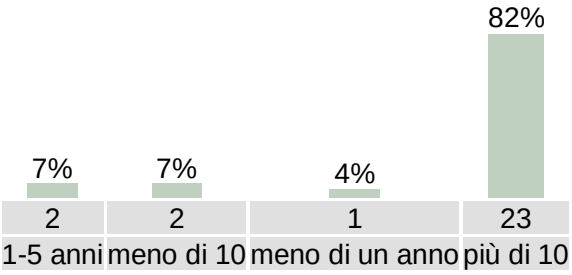


medico neuropsichiatra	4	14 %	8	29 %	0%:29 %
medico pediatra	1	4%	9	32 %	0%:14 %
psichiatra. psicoterapeuta	1	4%	10	36 %	0%:14 %
psicologo e/o psicoterapeuta	18	64 %	28	100 %	46%:82%

Campione:
Numero di casi= 28
Indici di tendenza centrale:
Moda = psicologo e/o psicoterapeuta
Mediana = psicologo e/o psicoterapeuta
Indici di dispersione:
Squilibrio = 0.44

3. **Distribuzione di frequenza:**
Da quanti anni esercita la sua attuale professione?

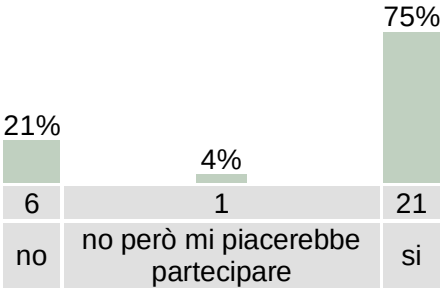
Modalità	Frequenza semplice	Percent. semplice	Frequenza cumulata	Percent. cumulata	Int. Fid. 95%
1-5 anni	2	7%	2	7%	0%:21%
meno di 10	2	7%	4	14%	0%:21%
meno di un anno	1	4%	5	18%	0%:14%
più di 10	23	82%	28	100%	64%:96%



Campione:
Numero di casi= 28
Indici di tendenza centrale:
Moda = più di 10
Mediana = più di 10
Indici di dispersione:
Squilibrio = 0.69

4. **Distribuzione di frequenza:**
Ha mai partecipato ad un congresso sul maltrattamento, abusi (...) infantili?

Modalità	Frequenza semplice	Percent. semplice	Frequenza cumulata	Percent. cumulata	Int. Fid. 95%
no	6	21%	6	21%	4%:39%
no però mi piacerebbe partecipare	1	4%	7	25%	0%:14%
si	21	75%	28	100%	57%:93%

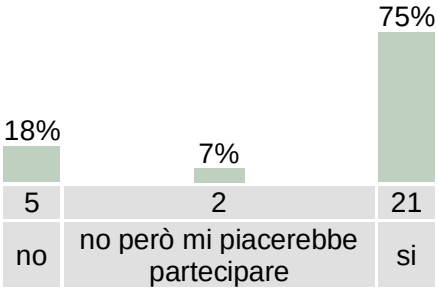


Campione:
Numero di casi= 28
Indici di tendenza centrale:
Moda = si
Mediana = si

Indici di dispersione:
Squilibrio = 0.61

5. **Distribuzione di frequenza:**
Ha mai partecipato ad un congresso disturbi del comportamento alimentare?

Modalità	Frequenza semplice	Percent. semplice	Frequenza cumulata	Percent. cumulata	Int. Fid. 95%
no	5	18%	5	18%	4%:36%
no però mi piacerebbe partecipare	2	7%	7	25%	0%:21%
si	21	75%	28	100%	57%:93%

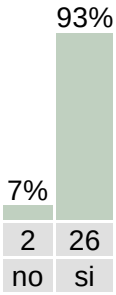


Campione:
Numero di casi= 28
Indici di tendenza centrale:
Moda = si
Mediana = si
Indici di dispersione:
Squilibrio = 0.6

FATTORE INDIPENDENTE

6. **Distribuzione di frequenza:**
Ha mai sospettato o incontrato in un soggetto, durante il suo percorso, una situazione di maltrattamento, abusi fisici o psicologici, o traumi relativi ad essi?

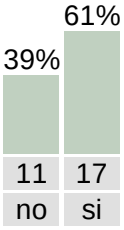
Modalità	Frequenza semplice	Percent. semplice	Frequenza cumulata	Percent. cumulata	Int. Fid. 95%
no	2	7%	2	7%	0%:21%
si	26	93%	28	100%	79%:100%



Campione:
Numero di casi= 28
Indici di tendenza centrale:
Moda = si
Mediana = si
Indici di dispersione:
Squilibrio = 0.87

7. **Distribuzione di frequenza:**
Se sì, il soggetto ha parlato apertamente con lei di quanto successo?

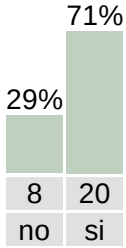
Modalità	Frequenza semplice	Percent. semplice	Frequenza cumulata	Percent. cumulata	Int. Fid. 95%
no	11	39%	11	39%	21%:57%
si	17	61%	28	100%	43%:79%



Campione:
Numero di casi= 28
Indici di tendenza centrale:
Moda = si
Mediana = si
Indici di dispersione:
Squilibrio = 0.52

8. **Distribuzione di frequenza:**
Se sì, il soggetto riconosce di essere stato vittima di abusi, maltrattamenti (...)?

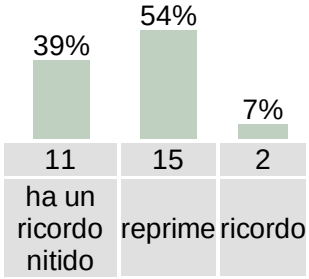
Modalità	Frequenza semplice	Percent. semplice	Frequenza cumulata	Percent. cumulata	Int. Fid. 95%
no	8	29%	8	29%	11%:46%
si	20	71%	28	100%	54%:89%



Campione:
Numero di casi= 28
Indici di tendenza centrale:
Moda = si
Mediana = si
Indici di dispersione:
Squilibrio = 0.59

9. **Distribuzione di frequenza:**
Se sì, il soggetto tende a reprimere l'accaduto o mostra di averne un ricordo nitido?

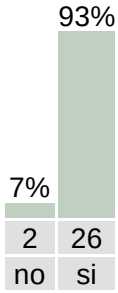
Modalità	Frequenza semplice	Percent. semplice	Frequenza cumulata	Percent. cumulata	Int. Fid. 95%
ha un ricordo nitido	11	39%	11	39%	21%:57%
reprime	15	54%	26	93%	32%:75%
ricordo	2	7%	28	100%	0%:21%



Campione:
Numero di casi= 28
Indici di tendenza centrale:
Moda = reprime
Mediana = reprime
Indici di dispersione:
Squilibrio = 0.45

10. **Distribuzione di frequenza:**
Tutti gli abusi, che siano per omissione o per azione, vanno considerati "traumi psicologici", i quali provocano danni concreti e duraturi

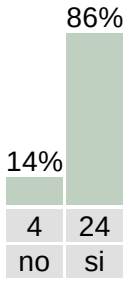
Modalità	Frequenza semplice	Percent. semplice	Frequenza cumulata	Percent. cumulata	Int. Fid. 95%
no	2	7%	2	7%	0%:21%
si	26	93%	28	100%	79%:100%



Campione:
Numero di casi= 28
Indici di tendenza centrale:
Moda = si
Mediana = si
Indici di dispersione:
Squilibrio = 0.87

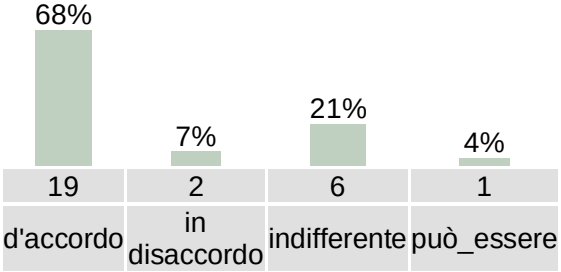
11. **Distribuzione di frequenza:**
L'abuso sessuale può essere considerato, secondo lei, un fattore di rischio nello sviluppo dei DCA?

Modalità	Frequenza semplice	Percent. semplice	Frequenza cumulata	Percent. cumulata	Int. Fid. 95%
no	4	14%	4	14%	0%:29%
si	24	86%	28	100%	71%:100%



Campione:
Numero di casi= 28
Indici di tendenza centrale:
Moda = si
Mediana = si
Indici di dispersione:
Squilibrio = 0.76

12. **Distribuzione di frequenza:**
Si ritiene che sia possibile una relazione indiretta tra abuso sessuale intrafamiliare e disturbi del comportamento alimentare attraverso l'influenza mediatrice dell'attaccamento, una connessione diretta dove il disturbo alimentare esprime il tentativo di riguadagnare una sensazione di controllo sul proprio corpo. Lei è d'accordo? N.B. Specificare nell'opzione "ALTRO" il MOTIVO per cui lei è IN DISACCORDO

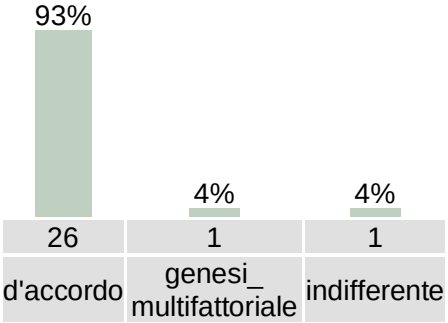


Modalità	Frequenza semplice	Percent. semplice	Frequenza cumulata	Percent. cumulata	Int. Fid. 95%
d'accordo	19	68%	19	68%	50%:86%
in disaccordo	2	7%	21	75%	0%:21%
indifferente	6	21%	27	96%	4%:39%
può_essere	1	4%	28	100%	0%:14%

Campione:
Numero di casi= 28
Indici di tendenza centrale:
Moda = d'accordo
Mediana = d'accordo
Indici di dispersione:
Squilibrio = 0.51

13. **Distribuzione di frequenza:**
"La trascuratezza fisica e affettiva possono essere causa di danni fisici e psicologici, spesso anche disturbi del comportamento alimentare". Lei è d'accordo con tale affermazione? N.B. Specificare nell'opzione "ALTRO" il MOTIVO per cui lei è IN DISACCORDO

Modalità	Frequenza semplice	Percent. semplice	Frequenza cumulata	Percent. cumulata	Int. Fid. 95%
d'accordo	26	93%	26	93%	79%:100%
genesi_ multifattoriale	1	4%	27	96%	0%:14%
indifferente	1	4%	28	100%	0%:14%

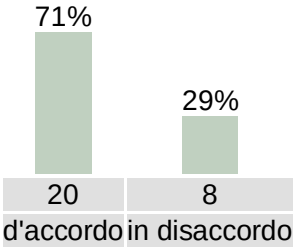


Campione:
Numero di casi= 28

Indici di tendenza centrale:
Moda = d'accordo
Mediana = d'accordo
Indici di dispersione:
Squilibrio = 0.86

14. **Distribuzione di frequenza:**
Uno dei problemi più comuni di un disturbo da stress post traumatico è la presenza di un disturbo alimentare, tra cui anoressia, bulimia e alimentazione incontrollata. Quanto è d'accordo con la seguente affermazione?

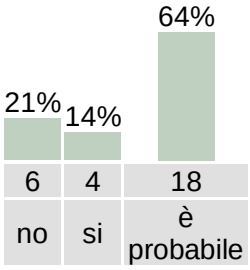
Modalità	Frequenza semplice	Percent. semplice	Frequenza cumulata	Percent. cumulata	Int. Fid. 95%
d'accordo	20	71%	20	71%	54%:89%
in disaccordo	8	29%	28	100%	11%:46%



Campione:
Numero di casi= 28
Indici di tendenza centrale:
Moda = d'accordo
Mediana = d'accordo
Indici di dispersione:
Squilibrio = 0.59

15. **Distribuzione di frequenza:**
La relazione tra il disturbo da stress post traumatico e disturbi alimentari, secondo lei può essere correlata a una forma di comportamento "auto-medicante"?

Modalità	Frequenza semplice	Percent. semplice	Frequenza cumulata	Percent. cumulata	Int. Fid. 95%
no	6	21%	6	21%	4%:39%
si	4	14%	10	36%	0%:29%
è probabile	18	64%	28	100%	46%:82%



Campione:
Numero di casi= 28
Indici di tendenza centrale:
Moda = è probabile
Mediana = è probabile
Indici di dispersione:
Squilibrio = 0.48

FATTORE DIPENDENTE

16. **Distribuzione di frequenza:**
I disturbi dell'alimentazione sono più frequenti nella popolazione maschile o femminile?

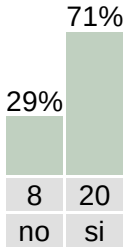
Modalità	Frequenza semplice	Percent. semplice	Frequenza cumulata	Percent. cumulata	Int. Fid. 95%
femminile	28	100%	28	100%	NaN%:NaN%

Campione:
Numero di casi= 28
Indici di tendenza centrale:
Moda = femminile
Mediana = femminile

Indici di dispersione:
Squilibrio = 1

17. **Distribuzione di frequenza:**
Le è mai capitato di riscontrare, in un soggetto DCA disturbi d'ansia e/o tratti ossessivi presenti sin dall'infanzia?

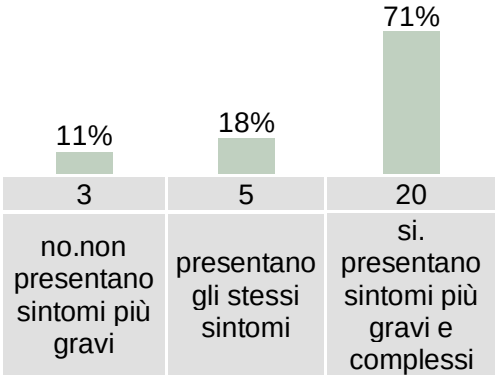
Modalità	Frequenza semplice	Percent. semplice	Frequenza cumulata	Percent. cumulata	Int. Fid. 95%
no	8	29%	8	29%	11%:46%
si	20	71%	28	100%	54%:89%



Campione:
Numero di casi= 28
Indici di tendenza centrale:
Moda = si
Mediana = si
Indici di dispersione:
Squilibrio = 0.59

18. **Distribuzione di frequenza:**
I soggetti con DCA e con precedenti storie di abuso e maltrattamento, presentano quadri sintomatici più gravi e complessi rispetto ai soggetti con DCA senza tale tipo di esperienza pregressa?

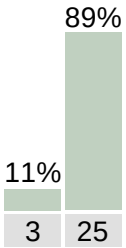
Modalità	Frequenza semplice	Percent. semplice	Frequenza cumulata	Percent. cumulata	Int. Fid. 95%
no.non presentano sintomi più gravi	3	11%	3	11%	0%:25%
presentano gli stessi sintomi	5	18%	8	29%	4%:36%
si. presentano sintomi più gravi e complessi	20	71%	28	100%	54%:89%



Campione:
Numero di casi= 28
Indici di tendenza centrale:
Moda = si. presentano sintomi più gravi e complessi
Mediana = si. presentano sintomi più gravi e complessi
Indici di dispersione:
Squilibrio = 0.55

19. **Distribuzione di frequenza:**
Secondo la sua esperienza, i disturbi del comportamento alimentare possono essere un modo per comunicare sofferenze?

Modalità	Frequenza semplice	Percent. semplice	Frequenza cumulata	Percent. cumulata	Int. Fid. 95%
no	3	11%	3	11%	0%:25%
si	25	89%	28	100%	75%:100%

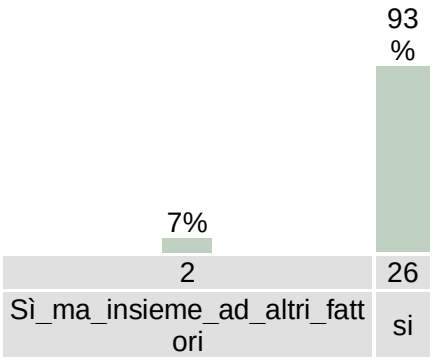


Campione:
Numero di casi= 28

Indici di tendenza centrale:
Moda = si
Mediana = si
Indici di dispersione:
Squilibrio = 0.81

20. **Distribuzione di frequenza:**
Una relazione disfunzionale con i genitori può, secondo lei, provocare in età adolescenziale e adulta, problemi molto gravi come disturbi del comportamento alimentare?

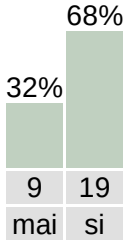
Modalità	Frequenza semplice	Percent. semplice	Frequenza cumulata	Percent. cumulata	Int. Fid. 95%
Sì_ma_insieme_ad_altri_fattori	2	7%	2	7%	0%:21%
si	26	93%	28	100%	79%:100%



Campione:
Numero di casi= 28
Indici di tendenza centrale:
Moda = si
Mediana = si
Indici di dispersione:
Squilibrio = 0.87

21. **Distribuzione di frequenza:**
é ricorrente che l'individuo con DCA assuma sia il ruolo di vittima che quello di aggressore?

Modalità	Frequenza semplice	Percent. semplice	Frequenza cumulata	Percent. cumulata	Int. Fid. 95%
mai	9	32%	9	32%	14%:50%
si	19	68%	28	100%	50%:86%



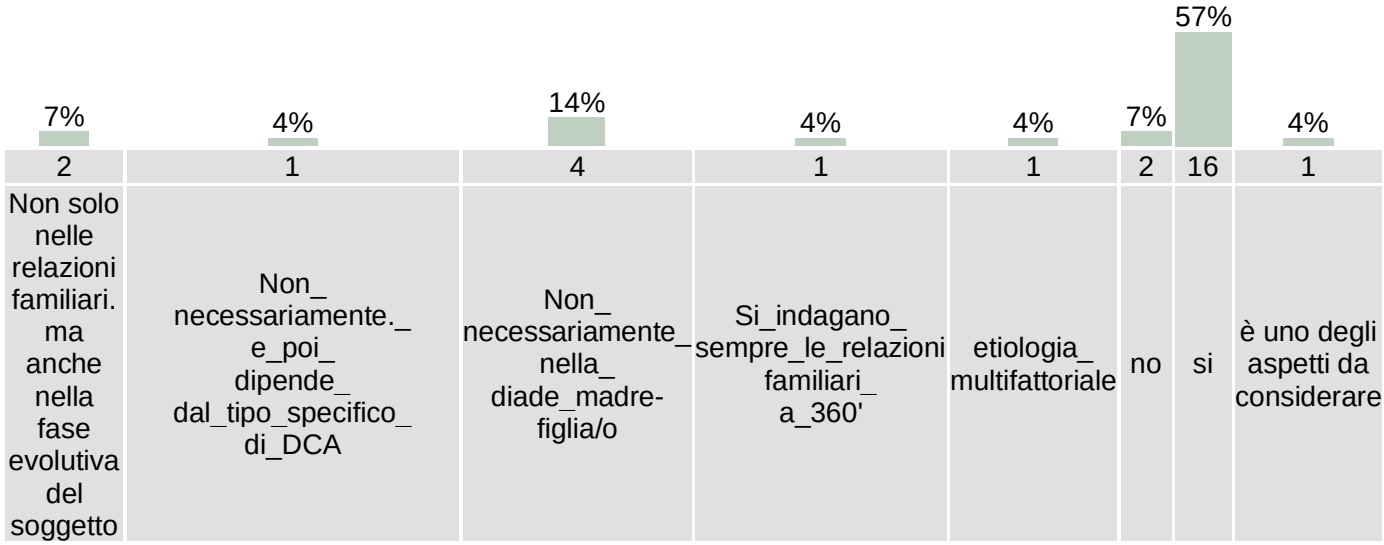
Campione:
Numero di casi= 28
Indici di tendenza centrale:
Moda = si
Mediana = si
Indici di dispersione:
Squilibrio = 0.56

22. **Distribuzione di frequenza:**
Generalmente quando si ha di fronte un soggetto con DCA, si ricerca l'origine dei DCA nelle relazioni familiari, in particolare nella diade mamma-figlia?

Modalità	Frequenza semplice	Percent. semplice	Frequenza cumulata	Percent. cumulata	Int. Fid. 95%
Non solo nelle relazioni familiari. ma anche nella fase evolutiva del soggetto	2	7%	2	7%	0%:21%
Non_necessariamente._e_poi_dipende_dal_tipo_specifico_di_DCA	1	4%	3	11%	0%:14%

Non_necessariamente_nella_diade_madre-figlia/o	4	14%	7	25%	0%:29%
Si_indagano_sempre_le_relazioni_familiari_a_360'	1	4%	8	29%	0%:14%
etiologia_multifattoriale	1	4%	9	32%	0%:14%
No	2	7%	11	39%	0%:21%
Si	16	57%	27	96%	36%:75 %
è uno degli aspetti da considerare	1	4%	28	100%	0%:14%

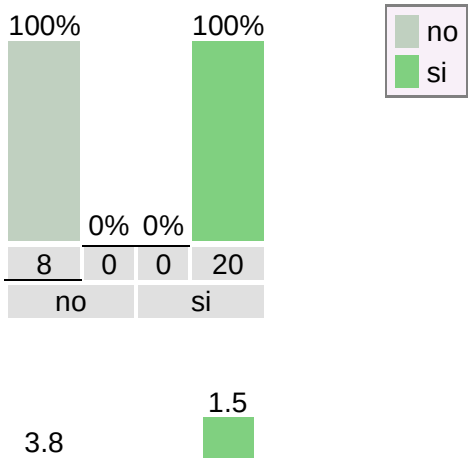
Campione:
Numero di casi= 28
Indici di tendenza centrale:
Moda = si
Mediana = si
Indici di dispersione:
Squilibrio = 0.36



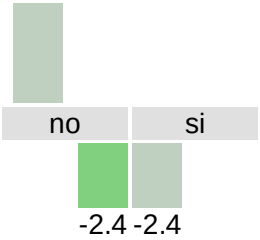
ANALISI BIVARIATA

Tabella a doppia entrata:
Se sì, il soggetto riconosce di essere stato vittima di abusi, maltrattamenti (...)? x Le è mai capitato di riscontrare, in un soggetto DCA disturbi d'ansia e/o tratti ossessivi presenti sin dall'infanzia?

Le è mai capitato di riscontrare, in un soggetto DCA disturbi d'ansia e/o tratti ossessivi presenti sin dall'infanzia?-> Se sì, il soggetto riconosce di essere stato vittima di abusi, maltrattamenti (...)?	**no**	**si**	Marginale di riga
no	8 *2.3* **3.8**	0 *5.7* **-2.4**	8



si	0 *5.7* **-2.4**	20 *14.3* 1.5	20
Marginale di colonna	8	20	28



X quadro = 28. Significatività = **0**
V di Cramer = 1

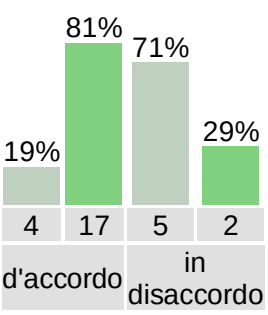
Probabilità esatta (dal test di Fisher) = **0**

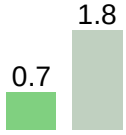
Nelle celle della tabella sono indicati:

- la frequenza osservata O
- la frequenza attesa A
- il residuo standardizzato di cella, ossia lo scarto tra frequenza osservata e attesa rapportato alla radice quadrata della frequenza attesa (O-A)/radq(A): se superiore a +1,96 vi è attrazione significativa tra le due modalità delle variabili (a livello di fiducia 0,05), se inferiore a -1,96 vi è repulsione significativa tra le modalità delle due variabili

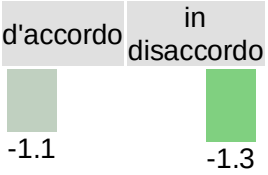
Tabella a doppia entrata:
Uno dei problemi più comuni di un disturbo da stress post traumatico è la presenza di un disturbo alimentare, tra cui anoressia, bulimia e alimentazione incontrollata. Quanto è d'accordo con la seguente affermazione? x é ricorrente che l'individuo con DCA assuma sia il ruolo di vittima che quello di aggressore?

é ricorrente che l'individuo con DCA assuma sia il ruolo di vittima che quello di aggressore?-> Uno dei problemi più comuni di un disturbo da stress post traumatico è la presenza di un disturbo alimentare, tra cui anoressia, bulimia e alimentazione incontrollata. Quanto è d'accordo con la seguente affermazione?	**mai**	**si**	Marginale di riga
d'accordo	4 *6.8* -1.1	17 *14.3* 0.7	21





in disaccordo	5 *2.3* 1.8	2 *4.8* -1.3	7
Marginale di colonna	9	19	28



X quadro = 6.6. Significatività = **0.01**
V di Cramer = 0.49

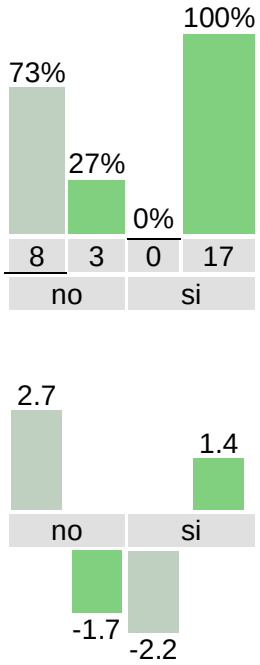
Probabilità esatta (dal test di Fisher) = **0.018**

Nelle celle della tabella sono indicati:

- la frequenza osservata O
- la frequenza attesa A
- il residuo standardizzato di cella, ossia lo scarto tra frequenza osservata e attesa rapportato alla radice quadrata della frequenza attesa (O-A)/radq(A): se superiore a +1,96 vi è attrazione significativa tra le due modalità delle variabili (a livello di fiducia 0,05), se inferiore a -1,96 vi è repulsione significativa tra le modalità delle due variabili

Tabella a doppia entrata:
Se sì, il soggetto ha parlato apertamente con lei di quanto successo? x Le è mai capitato di riscontrare, in un soggetto DCA disturbi d'ansia e/o tratti ossessivi presenti sin dall'infanzia?

Le è mai capitato di riscontrare, in un soggetto DCA disturbi d'ansia e/o tratti ossessivi presenti sin dall'infanzia?-> Se sì, il soggetto ha parlato apertamente con lei di quanto successo?	**no**	**si**	Marginale di riga
no	8 *3.1* **2.7**	3 *7.9* -1.7	11
si	0 *4.9* **-2.2**	17 *12.1* 1.4	17
Marginale di colonna	8	20	28



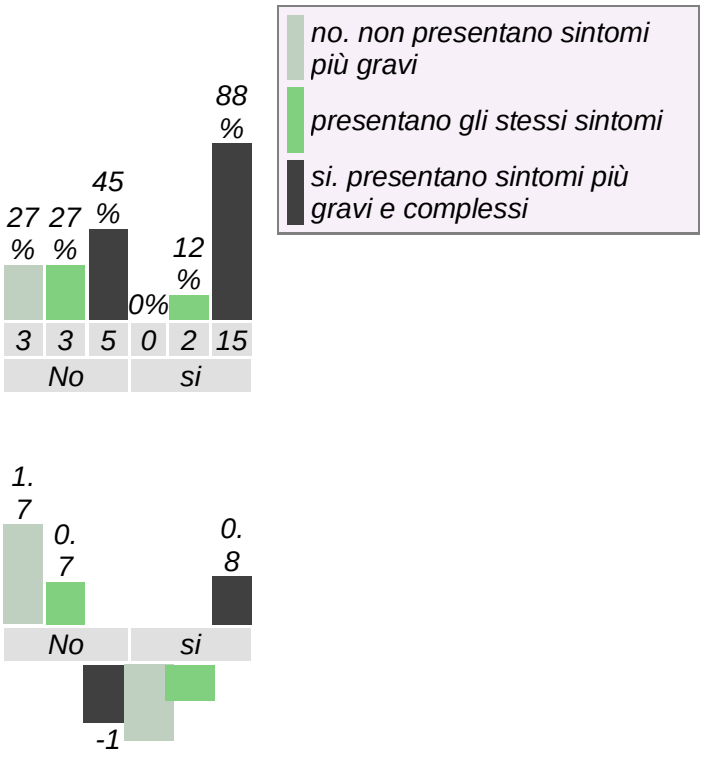
X quadro = 17.31. Significatività = **0**
V di Cramer = 0.79

Probabilità esatta (dal test di Fisher) = **0**

Nelle celle della tabella sono indicati:

- la frequenza osservata O
- la frequenza attesa A
- il residuo standardizzato di cella, ossia lo scarto tra frequenza osservata e attesa rapportato alla radice quadrata della frequenza attesa (O-A)/radq(A): se superiore a +1,96 vi è attrazione significativa tra le due modalità delle variabili (a livello di fiducia 0,05), se inferiore a -1,96 vi è repulsione significativa tra le modalità delle due variabili

Tabella a doppia entrata:
Se sì, il soggetto ha parlato apertamente con lei di quanto successo? x I soggetti con DCA e con precedenti storie di abuso e maltrattamento, presentano quadri sintomatici più gravi e complessi rispetto ai soggetti con DCA senza tale tipo di esperienza pregressa?



I soggetti con DCA e con precedenti storie di abuso e maltrattamento, presentano quadri sintomatici più gravi e complessi rispetto ai soggetti	***no. non presentano sintomi più gravi***	***presentano gli stessi sintomi***	***si. presentano sintomi più gravi e complessi***	*Marginale di riga*

con DCA senza tale tipo di esperienza pregressa ?-> Se sì, il soggetto ha parlato apertamente con lei di quanto successo?				
no	*3 1.2 1.7*	*3 2 0.7*	*5 7.9 -1*	*11*
si	*0 1.8 -1.3*	*2 3 -0.6*	*15 12.1 0.8*	*17*
Marginale di colonna	*3*	*5*	*20*	*28*

-1.3

-0.6

*X quadro = 7.25. Significatività = **0.027***
V di Cramer = 0.51

Nelle celle della tabella sono indicati:

- *la frequenza osservata O*
- *la frequenza attesa A*
- *il residuo standardizzato di cella, ossia lo scarto tra frequenza osservata e attesa rapportato alla radice quadrata della frequenza attesa (O-A)/radq(A): se superiore a +1,96 vi è attrazione significativa tra le due modalità delle variabili (a livello di fiducia 0,05), se inferiore a -1,96 vi è repulsione significativa tra le modalità delle due variabili*

INTERPRETAZIONE DEI DATI E DEI RISULTATI OTTENUTI

- Analisi monovariata

Dalle singole analisi monovariate è emerso che delle 28 persone che hanno risposto al questionario, il 75% è di genere femminile e il 25% maschile. Il 64% degli intervistati svolge la professione di psicologo/psicoterapeuta (18 persone) e l'82% del campione svolge la sua attuale professione da più di 10 anni. Il 75% di loro ha partecipato sia a congressi su maltrattamenti e abusi, sia a congressi sul comportamento alimentare da cui si può capire che la maggior parte di loro continua la sua formazione teorica anche fuori dal campo.

Il 93% dei professionisti afferma di aver incontrato una situazione di abusi fisici o psicologici e di questi: il 61% dei pazienti ha parlato con il professionista di quanto accaduto, il 71% dei pazienti riconosce di essere vittima di abusi e maltrattamenti ma il 54% di essi tende a reprimere il ricordo dell'evento.

26 persone, ovvero il 93% del campione considera tutti gli abusi (per azione o omissione) "traumi psicologici", i quali provocano danni concreti e duraturi. In particolare, l'abuso sessuale abbiamo scoperto essere un fattore di rischio nello sviluppo di DCA per l'86% degli intervistati.

Segue a ciò una serie di affermazioni, alle quali è stato richiesto di esprimere la propria opinione. È risultato che il 68% ritiene che sia possibile una relazione indiretta tra abuso sessuale intra familiare e disturbi del comportamento alimentare attraverso l'influenza mediatrice dell'attaccamento, una connessione diretta dove il disturbo alimentare esprime il tentativo di riguadagnare una sensazione di controllo sul proprio corpo. Il 93%, invece, afferma che la trascuratezza fisica e affettiva possono essere causa di danni fisici e psicologici, spesso anche disturbi del comportamento alimentare. Il 71% del campione è d'accordo con l'affermazione: "uno dei problemi più comuni di un disturbo da stress post traumatico è la presenza di un disturbo alimentare, tra cui anoressia, bulimia e alimentazione incontrollata".

Elaborando il quadro teorico, una domanda sorta spontanea è la seguente: "la relazione tra il disturbo da stress post traumatico e disturbi alimentari, secondo lei può essere correlata a una forma di comportamento "auto-medicante?". IL 64% degli intervistati pensa che sia probabile.

Dopo esserci soffermate sul fattore indipendente, abbiamo analizzato quello dipendente.

Abbiamo rilevato che i disturbi dell'alimentazione sono molto più frequenti nelle femmine (100%).

Il 71% ha riscontrato in un soggetto DCA disturbi d'ansia e/o tratti ossessivi presenti sin dall'infanzia e i sintomi che presenta sono più gravi e complessi rispetto ad un soggetto che non ha storie di abuso e maltrattamento pregresse (71%).

I disturbi del comportamento alimentare sono un modo per comunicare sofferenze (89%), spesso causate da una relazione disfunzionale con i genitori che, in età adolescenziale e adulta può provocare problemi come i DCA (93%). Come si può vedere dai dati, l'individuo con DCA assume sia il ruolo di vittima che quello di aggressore (68%). Ci siamo poste un'ulteriore domanda: "generalmente quando si ha di fronte un soggetto con DCA, si ricerca l'origine dei DCA nelle relazioni familiari, in particolare nella diade mamma-figlia?". Il 57% ha risposto affermando, seguito poi da un 14% convinto del fatto che non si debba necessariamente ricercare l'origine dei DCA nella diade madre/figlio-a.

- Analisi bivariata

Dopo aver fatto l'analisi monovariata di ciascun fattore, servendoci sempre di Jsstat, abbiamo svolto l'analisi bivariata. Essa consiste nel controllare, attraverso l'utilizzo della tabella a doppia entrata, la presenza o meno di relazioni significative tra ciascuna variabile generata dal fattore indipendente e ciascuna variabile generata dal fattore dipendente, con lo scopo di confermare la nostra ipotesi di partenza. Nella tabella a doppia entrata, la frequenza osservata corrisponde a quella osservata sul campione. La frequenza attesa, invece, è quella che si verificherebbe in caso di assenza di relazione.

Le relazioni che abbiamo trovato più significative sono state:

1. Se sì, il soggetto riconosce di essere stato vittima di abusi, maltrattamenti (...)? x Le è mai capitato di riscontrare, in un soggetto DCA disturbi d'ansia e/o tratti ossessivi presenti sin dall'infanzia?

2. Uno dei problemi più comuni di un disturbo da stress post traumatico è la presenza di un disturbo alimentare, tra cui anoressia, bulimia e alimentazione incontrollata. Quanto è d'accordo con la seguente affermazione? x é ricorrente che l'individuo con DCA assuma sia il ruolo di vittima che quello di aggressore?

3. Se sì, il soggetto ha parlato apertamente con lei di quanto successo? x Le è mai capitato di riscontrare, in un soggetto DCA disturbi d'ansia e/o tratti ossessivi presenti sin dall'infanzia?

4. Se sì, il soggetto ha parlato apertamente con lei di quanto successo? x I soggetti con DCA e con precedenti storie di abuso e maltrattamento, presentano quadri sintomatici più gravi e complessi rispetto ai soggetti con DCA senza tale tipo di esperienza pregressa?

In queste relazioni abbiamo studiato i seguenti parametri:

- <u>X quadro</u>: Nel primo e nel terzo caso vi è una **fortissima relazione** tra le frequenze attese e le frequenze osservate, al contrario, nei restanti due casi, il secondo e il quarto, vi è solo una **forte relazione**.
- <u>Significatività</u>: Tutte le **relazioni** prese in esame risultano essere **significative** in quanto hanno un valore di significatività inferiore a 0,05.
- <u>V di Cramer</u>: Tutte le **relazioni sono forti** in quanto presentano valori strettamente minori o uguali ad 1.
- <u>Residuo standardizzato</u>: Nella prima e nella terza relazione, il residuo standardizzato è superiore a 1.96, pertanto esiste un'**attrazione significativa** tra le corrispondenti modalità delle due variabili.

Dallo studio condotto e dai dati statistici rilevati, possiamo affermare che la nostra ipotesi di partenza è **<u>CONFERMATA</u>** esiste, dunque, una relazione tra il fattore indipendente (traumi infantili) e il fattore dipendente (disturbi alimentari).

AUTORIFLESSIONE SULL'ESPERIENZA COMPIUTA

Abbiamo scelto, per la stesura del nostro rapporto di ricerca empirica, una tematica che si discosta da quelle generalmente proposte, relativa ai traumi infantili e all'insorgenza dei disturbi del comportamento alimentare, le quali riteniamo siano due tematiche fondamentali.
Siamo consapevoli di aver affrontato un problema di ricerca estremamente delicato e distintivo, ma al tempo stesso molto interessante e, purtroppo, seppur siano due tematiche attuali, risultano ancora poco approfondite e trattate.
La realizzazione di questo rapporto di ricerca empirica, ci ha permesso di "riempire" il nostro bagaglio di conoscenze e informazioni riguardanti tali tematiche, e di entrare in contatto con aspetti molto delicati e significativi della vita di un bambino.

Non si può nascondere che nella stesura di questo rapporto di ricerca empirica, vi siano stati diversi punti di debolezza. Avremmo preferito collaborare direttamente, in quanto questo aspetto sarebbe stato positivo e maggiormente produttivo, e ci avrebbe permesso di confrontarci nell'immediato, ma purtroppo, abbiamo potuto confrontarci mediante videochiamate.
Inoltre, sarebbe stato interessante poter ampliare il tema trattato, in tutte le sue sfumature e in tutti i suoi particolari, e poter interagire, colloquiare con i professionisti in prima persona, presentargli personalmente il questionario, per poter entrare ancora di più nel vivo del tema della nostra ricerca.

Nonostante questo, nonostante la distanza e la mancanza di un rapporto sociale, ognuna di noi ha messo in campo le proprie potenzialità, le proprie conoscenze, abbiamo condiviso le nostre idee, abbiamo collaborato e comunicato portandoci sempre rispetto.
Dunque, tenendo conto dei risultati ottenuti, ci riteniamo soddisfatte del nostro lavoro.

PUNTI DI FORZA	**PUNTI DI DEBOLEZZA**
• Il tema di ricerca da noi trattato è sicuramente un tema attuale e molto interessante. • Abbiamo ricevuto un buon feedback da parte di coloro che hanno compilato il questionario, i quali non si sono esclusivamente limitati a rispondere alle domande, ma hanno interagito con noi via mail, fornendoci, inoltre, utili articoli per una maggior argomentazione del quadro teorico. • Abbiamo costruito il questionario con grande cura per i particolari, accertandoci che fosse tutto comprensibile per i	• Sarebbe stato interessante ampliare il tema trattato, in tutte le sue sfumature e in tutti i suoi particolari, in quanto sia i traumi infantili, sia i disturbi del comportamento alimentare sono temi molto ampi e profondi, i quali meriterebbero maggior attenzione e approfondimento. • Ci sarebbe piaciuto consegnare personalmente il questionario ai professionisti, per aver l'opportunità di interagire con loro, e per poter entrare ancora di più nel vivo del tema della nostra ricerca.

professionisti che avrebbero dovuto compilarlo. • Grazie a questo rapporto di ricerca è nata in noi un'amicizia, abbiamo condiviso le nostre idee, momenti di conforto e sconforto, abbiamo collaborato, e, soprattutto, abbiamo sempre mantenuto una buona comunicazione, chiara, trasparente e rispettosa.	• Abbiamo modificato diverse volte le domande del questionario prima di inviarlo, ciò ha indubbiamente comportato una perdita di tempo • Campione ristretto, il quale non rispecchia quello che potrebbe essere il pensiero della popolazione. • Non siamo riuscite ad utilizzare il programma WMap per la creazione della mappa concettuale, nonostante i numerosi tentativi. Abbiamo, dunque, optato per l'utilizzo di Word.
COSA RIFAREMMO ALLO STESSO MODO	**COSA RIFAREMMO IN MODO DIVERSO**
• Lavorare in gruppo insieme. Ognuna di noi ha messo in campo le proprie potenzialità che sono risultate essenziali e al contempo complementari per svolgere al meglio la ricerca. • Inserire nel questionario poche domande a risposta aperta, in quanto ci siamo rese conto che i professionisti hanno utilizzato le domande per ampliare, argomentare e motivare le risposte forniteci in domande precedenti. • Inserire l'obbligo di risposta nelle domande che abbiamo ritenuto più importanti ai fini dell'indagine.	• Sarebbe stato interessante e ancor più produttivo poter lavorare insieme personalmente, e non attraverso internet, ma la situazione sanitaria attuale non ce l'ha permesso. • Situazione permettendo, sarebbe stato interessante rilevare i dati mediante il rilascio di un questionario o intervista libera ai professionisti, in prima persona. Questo ci avrebbe permesso, senza ombra di dubbio, di ricavare maggiori informazioni, pensieri personali e professionali relativi alle varie tematiche trattate. Ci avrebbe permesso di interagire con i professionisti e di creare con loro un rapporto comunicativo, il quale ci avrebbe particolarmente arricchite dal punto di vista teorico e perché no, anche umanistico. • Avremmo potuto scegliere una popolazione di riferimento differente, come potrebbero essere i pazienti delle case di cura e riabilitazione per i disturbi del comportamento alimentare, recandoci direttamente in struttura. • Pochi uomini hanno partecipato al questionario, ci sarebbe piaciuto, dal momento che il campione era ragionato, avere più feedback da parte della popolazione maschile.
COSA HO IMPARATO	
• Abbiamo imparato che la collaborazione, in un gruppo, è fondamentale, così come lo è	

la condivisione ben chiara e definita degli obiettivi, e la suddivisione del lavoro. • Abbiamo imparato che la comunicazione, in un lavoro di gruppo è essenziale. Ci siamo mostrate rispetto e ci siamo sentite libere l'una con l'altra di esprimere i propri pensieri, le proprie opinioni e le proprie possibili soluzioni ad un problema, qualora questo si presentasse. • Abbiamo imparato a condividere ciascuna le proprie conoscenze, competenze, abilità. • Abbiamo imparato che è fondamentale non dare mai nulla per scontato. Inizialmente avevamo dato per scontata la definizione di "trauma infantile", la quale si è successivamente rivelata necessaria nella creazione del questionario e del quadro teorico, per far sì che non vi fossero fraintendimenti sulla tematica in questione. • Abbiamo imparato a mettere in pratica le diverse fasi del metodo scientifico sperimentale. • Abbiamo imparato a selezionare le fonti. • Abbiamo imparato ad avere un approccio più specifico e a descrivere ogni singola fase in modo rigoroso e meno approssimativo, con l'obiettivo di far intendere, a chi legge, cosa è stato fatto. • Abbiamo appreso la definizione tra indicatori e item grazie alla costruzione della griglia di osservazione. • Abbiamo imparato ad utilizzare il programma statistico JsStat.	

SUDDIVISIONE DEL LAVORO

Ogni fase della ricerca è stata pensata con cura da entrambe, per far sì che entrambe conoscessimo ogni singola fase del processo di creazione del nostro rapporto di ricerca empirica.
Per pensare alla suddivisione, sono state messe in campo le potenzialità di entrambe.
Digrazia Elisa ha applicato le sue potenzialità e le sue conoscenze nella parte più statistica della ricerca, intendiamo quindi la rilevazione dei dati, la costruzione della matrice dei dati, l'analisi monoviariata, bivariata e il controllo delle ipotesi.
Quattrocchi Simona ha applicato le sue potenzialità e conoscenze nella parte più teorica della ricerca, intendiamo la stesura del quadro teorico, dell'ipotesi, delle variabili di sfondo, popolazione di riferimento, numerosità del campione e tecnica di campionamento e nella creazione della mappa concettuale.
Il problema, il tema e l'obiettivo di ricerca sono stati pensati da entrambe.
L'auto riflessione sull'esperienza compiuta è stata ideata da entrambe, così come i punti di forza, di debolezza, cosa si rifarebbe allo stesso modo e cosa in modo diverso, cosa si ha imparato, ognuna ha espresso i propri pensieri e sono nati da qui i vari punti che si possono leggere in tabella.
Come affermato in precedenza, ogni fase della ricerca è stata revisionata da entrambe, e ognuna ha avuto la possibilità di esprimere il proprio pensiero in merito a quanto stato fatto. A riguardo, riteniamo che sia fondamentale sottolineare che, i lavori non sono solo stati fatti, messi insieme e consegnati, ma al contrario, dietro a ogni suddivisione e dietro ad ogni svolgimento del lavoro, c'è stata un'attenta revisione da parte di entrambe.

A CURA DI
DIGRAZIA ELISA
QUATTROCCHI SIMONA