



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia dello Sviluppo e dell'Educazione

Tesi di Laurea Magistrale

**Ortoressia Nervosa, alimentazione disfunzionale, caratteristiche
ossessivo-compulsive e costrutti trans-diagnostici in un campione
tratto dalla popolazione generale italiana**

*Orthorexia Nervosa, disordered eating, obsessive-compulsive characteristics and
transdiagnostic constructs in a non-clinical Italian sample*

Relatrice

Prof.ssa Caterina Novara

Laureando

Francesco Tosi

Matricola: 2080268

Anno accademico 2023/2024

Indice

Introduzione.....	1
Capitolo 1: Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione, Disturbi Ossessivo-Compulsivi e Ortoressia Nervosa	4
1.1 Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione	4
1.1.1 Picacismo	5
1.1.2 Disturbo da Ruminazione	5
1.1.3 Disturbo Evitante/Restrittivo dell’Assunzione di Cibo	6
1.1.4 Disturbo da Alimentazione Incontrollata.....	7
1.1.5 Bulimia Nervosa	8
1.1.6 Anoressia Nervosa	9
1.2 Disturbi Ossessivo-Compulsivi e Correlati	11
1.2.1 Disturbo Ossessivo-Compulsivo.....	12
1.2.2 Disturbo Ossessivo Compulsivo di Personalità	13
1.2.3 Disturbo da Dismorfismo Corporeo e Vigoressia	14
1.3 Ortoressia Nervosa	16
1.3.1 Una Definizione Condivisa.....	16
1.3.2 Criteri Diagnostici e Aspetti Clinici	17
1.3.3 Conseguenze dell’ON	21
1.3.4 ‘Healthy Orthorexia’, Comorbidità e Diagnosi Differenziali	22
1.3.5 Fattori di Rischio e di Protezione	25
1.3.6 Strumenti di Screening e Trattamento	26
Capitolo 2: Costrutti Trans-Diagnostici.....	29
2.1 Il Perfezionismo.....	29
2.2 La Paura di Perdere il Controllo.....	33
2.3 Difficoltà nella Regolazione Emotiva	36
Capitolo 3: La Ricerca	39
3.1. Obiettivi e Ipotesi di Ricerca.....	39
3.2 Metodologia di Ricerca.....	42
3.2.1 Modalità di Raccolta Dati	42
3.2.2 Caratteristiche del Campione.....	43
3.2.3 Strumenti di Ricerca e Relative Sottoscale.....	47
3.3 Metodologia di Analisi dei Dati.....	53
3.4 Risultati di Ricerca	56
3.4.1 Correlazioni nel Campione	56
3.4.2. Modelli di Regressione Lineare Multipla.....	62
Capitolo 4: Discussione	69

4.1 Interpretazione dei Rapporti di Correlazione Lineare	69
4.1.1 Ortoressia Nervosa e Disturbi del Comportamento Alimentare	69
4.1.2 Ortoressia Nervosa e Disturbo Ossessivo-Compulsivo.....	71
4.1.3 Ortoressia Nervosa e Perfezionismo	72
4.1.4 Ortoressia Nervosa e Credenze sulla Perdita di Controllo.....	74
4.1.5 Ortoressia Nervosa e Difficoltà nella Regolazione Emotiva	75
4.1.6 Ortoressia Nervosa, Abitudini Alimentari e Motivational Eating	76
4.2 Modelli di Regressione Multipla	79
4.2.1 Modello di Regressione con EHQ-21-Totale come Variabile Dipendente	79
4.2.2 Modello di Regressione con EHQ-21-Convinzioni come Variabile Dipendente	80
4.2.3 Modello di Regressione con EHQ-21-Problemi come Variabile Dipendente	81
4.2.4 Modello di Regressione con EHQ-21-Emozioni come Variabile Dipendente	82
4.3 Limitazioni, Punti di Forza e Prospettive Future.....	83
4.3.1 Limiti della Ricerca	83
4.3.2 Punti di Forza, Conclusioni e Prospettive Future	86
Riferimenti Bibliografici	89

Introduzione

Considerando i fattori che contribuiscono nel raggiungimento e mantenimento di una buona qualità della vita, sarebbe impossibile, nonché scorretto, evitare di soffermarsi sull'importanza di una dieta sana ed equilibrata; tuttavia, come per la maggior parte dei comportamenti, l'eccesso e la mancanza di equilibrio portano frequentemente a conseguenze negative, e l'ossessione per la dieta perfetta può trasformarsi in fattore di rischio sia per la salute del corpo che per quella della mente. Partendo da questa considerazione, il dietologo statunitense Steven Bratman (1997) coniò il termine Ortoressia (dal greco: *orto-*, “corretto, giusto”; e *-órexis*, “appetito”) per definire una particolare condizione psicologica, della quale Bratman stesso sostiene di aver sofferto, caratterizzata da una serie di convinzioni ed eccessive preoccupazioni riguardanti un'alimentazione percepita come sana, unite a condotte alimentari rigide e inflessibili (Bratman, 1997). Tale sintomatologia esordisce frequentemente in maniera controllata e non patologica, spesso come conseguenza di sforzi incentrati sul miglioramento della qualità della vita e sull'evitamento (o sulla gestione) di problematiche di salute; talvolta, tali manifestazioni possono peggiorare nel tempo, arrivando a diventare Ortoressia Nervosa (ON), condizione psicopatologica che si differenzia da un semplice desiderio di “mangiar sano” per la presenza di conseguenze negative pervasive e limitanti sulla vita dell'individuo (Dunn & Bratman, 2016).

Nonostante l'ON non sia, almeno per il momento, inserita all'interno di una specifica categoria diagnostica, il disturbo viene nominato nell'ultima versione del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5; American Psychiatric Association, APA, 2013) nel capitolo dedicato ai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, con diversi autori che supportano la classificazione del disturbo all'interno di tale categoria (Donini et al., 2022). Dalle review delle ricerche sul costrutto presenti in letteratura (Dunn & Bratman, 2016; Atchison & Zickgraf, 2022; Donini et al., 2022) emergono due caratteristiche fondamentali, che devono essere presenti per poter effettivamente parlare di ortoressia: la prima è, come

accennato, la presenza di convinzioni e preoccupazioni riguardanti abitudini alimentari salutari ritenute indispensabili per il mantenimento di una buona qualità della vita, alle quali si uniscono comportamenti compulsivi, regole ferree legate alla dieta e pensieri ricorrenti riguardo al cibo. La seconda caratteristica dell'ON è la significativa compromissione della qualità della vita dell'individuo come conseguenza dei sintomi; compromissione che può manifestarsi sotto forma di complicazioni mediche o psicologiche, di disagio clinicamente rilevante o, in generale, di un peggioramento del funzionamento in uno o più ambiti di vita. Definita in tal modo l'ON, ne risultano evidenti le similitudini con altri disturbi che comprendono sintomatologie che fanno riferimento sia a comportamenti e abitudini alimentari disfunzionali, sia alla presenza di pensieri ossessivi e comportamenti compulsivi (Pontillo et al., 2022); emergono altresì costrutti personologici, comportamentali e sintomatologici comuni a queste manifestazioni psicopatologiche, quali il perfezionismo (Novara, Piasentin, Mattioli, Pardini & Maggio, 2023), la paura di perdere il controllo (Tabri, Yung & Elliott, 2022) e le difficoltà nella regolazione emotiva (Vuillier, Robertson & Greville-Harris, 2020). Le parziali sovrapposizioni, le differenze e le associazioni tra l'ON e i disturbi e costrutti trans-diagnostici sopra menzionati vengono, di seguito, osservate e analizzate, con lo scopo di comprenderne al meglio le relazioni. Dopo un'introduzione teorica, una spiegazione relativa alle ipotesi e alla metodologia di ricerca e un'analisi dell'attendibilità degli strumenti di misura utilizzati, le associazioni tra la sintomatologia ortoressica e le manifestazioni relative agli altri costrutti (presi singolarmente) vengono osservate tramite procedure di analisi della correlazione; infine, si costruiscono modelli di regressione lineare multipla per osservare la relazione tra i vari aspetti dell'ON e i disturbi e costrutti trans-diagnostici che più si dimostrano associarsi con essi.

Se i rapporti dell'ON con tali manifestazioni, prese singolarmente, sono già state oggetto di svariate ricerche, la novità del presente elaborato sta proprio nell'analisi di tutti i costrutti menzionati all'interno di modelli a più variabili indipendenti, nonché nella strutturazione di modelli diversi che analizzano più nello specifico le varie sfaccettature dell'ON. Dalle analisi condotte nelle seguenti pagine, si conferma sia l'associazione dell'ON con alcune caratteristiche riguardanti i disturbi del comportamento alimentare e i disturbi ossessivo-compulsivi, sia la non totale sovrapposibilità di queste sintomatologie, a supporto della proposta, sopra menzionata, relativa alla la

concettualizzazione dell'ON come identità nosografica a sé stante. Inoltre, lo studio conferma la rilevanza di alcuni aspetti disfunzionali del perfezionismo, delle credenze sulla perdita di controllo e delle difficoltà nella regolazione emotiva nella psicopatologia ortoressica; ed offre altresì spunti interessanti sia per future (e auspiccate) ricerche, che per la prevenzione e il trattamento dell'ON.

Capitolo 1: Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione, Disturbi Ossessivo-Compulsivi e Ortoressia Nervosa

1.1 Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione

L’ultima edizione del DSM-5 contiene, sotto la voce ‘Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione’, ben otto categorie diverse, che comprendono sia i disturbi della nutrizione, spesso tipici del periodo infantile, sia i disturbi dell’alimentazione, più comuni nell’adolescenza e nell’età adulta. Di queste otto categorie, sei riguardano disturbi ben distinti uno dall’altro, mentre le ultime due, costituite dai disturbi della nutrizione e dell’alimentazione con altra specificazione e senza specificazione, vengono applicate nel caso in cui i sintomi del disturbo, nonostante siano comunque fonte di disagio o compromissione funzionale dell’individuo, non soddisfino pienamente i criteri diagnostici di nessuno dei disturbi alimentari riconosciuti (APA, 2013). Tuttavia, nonostante nel manuale compaiano ben sei DCA diversi, le diagnosi più frequentemente menzionati (sia dalla letteratura scientifica che dalla popolazione generale) sono l’anoressia nervosa (AN), la bulimia nervosa (BN) e il disturbo da alimentazione incontrollata o *binge-eating disorder* (BED). Questi tre disturbi, oltre a essere relativamente più conosciuti, sono altresì quelli che maggiormente si legano ad una sintomatologia di tipo ortoressico, presentando aspetti talvolta perfino sovrapponibili con essa (Parra-Fernández, Rodríguez-Cano, Onieva-Zafra, Perez-Haro, Casero-Alonso, Fernández-Martinez & Notario-Pacheco, 2018; Gramaglia, Gambaro, Delicato, Marchetti, Sarchiapone, Ferrante, Roncero, Perpiñá, Brytek-Matera, Wojtyna & Zeppegno, 2019).

1.1.1 Picacismo

Il primo di questi disturbi a essere trattato nel manuale è il picacismo (o allotriofagia), che consiste nella tendenza a ingerire sostanze non commestibili per un periodo di tempo superiore al mese. L'ingerire sostanze senza contenuto alimentare a scopo religioso o culturale non comporta una diagnosi di pica, in quanto comportamenti di questo genere sono considerati pratiche accettate nel contesto socioculturale di riferimento e non sintomi del disturbo (APA, 2013). In genere, questo disturbo trova la sua origine nel periodo infantile (casi di diagnosi nell'adolescenza o nell'età adulta sono, solitamente, legati ad altri disturbi mentali o disabilità intellettive) e presenta poche similitudini con la sintomatologia ortoressica. Tuttavia, secondo le ricerche di alcuni autori, le manifestazioni da pica sembrerebbero correlare, similmente ai DCA e all'ON, con comportamenti tipici del DOC e con tratti personologici di tipo controllante, che sono stati osservati esacerbarne la severità e la pervasività (Hartmann, Becker, Hampton & Bryant-Waugh, 2012).

1.1.2 Disturbo da Ruminazione

Seguendo la scia del DSM, Hartmann et al (2012), parlano poi di disturbo da ruminazione, la cui caratteristica principale è la tendenza a rigurgitare il cibo dopo l'assunzione in maniera sistematica. Per poter parlare di una diagnosi di disturbo da ruminazione, il rigurgito non deve essere conseguenza di problemi o malattie che coinvolgono il sistema gastrointestinale, e non deve essere messo in atto unicamente nel contesto di altri disturbi alimentari come l'AN, la BN o il BED (APA, 2013). Questo disturbo, seppur non condividendo particolari similitudini a livello di schemi cognitivi con l'ON (se non un generale senso di malessere, una possibile comorbidità con il DOC e la presenza di stress o tratti ansioso-depressivi come fattori di rischio) può, coerentemente con la continua espulsione di cibo, portare a problematiche fisiologiche simili, perlopiù riguardanti carenze nutritive, malnutrizione e sostanziale abbassamento della massa grassa (Hartmann et al., 2012).

1.1.3 Disturbo Evitante/Restrittivo dell'Assunzione di Cibo

Disturbo con caratteristiche più simili alla sintomatologia ortoressica è il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, o *avoidant/restrictive food disorder* (ARFID), che si manifesta con la mancanza persistente del raggiungimento dei requisiti energetici e nutritivi giornalieri compatibili con un corretto funzionamento corporeo. Gli individui con diagnosi da ARFID mettono in atto comportamenti atti a limitare, appunto, l'assunzione di cibo e, spesso, sono costretti ricorrere a sondini nasogastrici o metodi di supporto orale per far fronte alla carenza di sostanze nutritive, a volte dando vita a vere e proprie dipendenze da essi. Anche in questo caso, il rifiuto di cibo ricondotto a pratiche religiose o culturali non è da considerarsi un criterio valido per la diagnosi (APA, 2013). Thomas et al. (2017) riportano, oltre ad una frequente comorbidità del disturbo con il DOC, come il comportamento restrittivo possa, in alcuni casi, essere messo in atto con la convinzione che alcuni cibi possano causare dolore, reazioni avverse nell'organismo o essere, in modo più generale, nocivi per la salute (Thomas, Lawson, Micali, Misra, Deckersbach & Eddy, 2017). I punti in comune con una sintomatologia tipica dell'ON sono evidenti; tuttavia, nonostante i due disturbi manifestino comportamenti simili dal punto di vista della restrizione alimentare, l'ARFID si differenzia dall'Ortoressia Nervosa per una selettività alimentare che può essere totalmente slegata dalla volontà di seguire una dieta sana o dal valore nutrizionale dei cibi. Mentre la motivazione sottostante l'evitamento di alcuni cibi in una persona ortoressica si trova nella credenza che quei cibi siano poco salutari e non conformi ad una dieta sana (Novara, Pardini, Pastore & Mulatti, 2017), la selettività alimentare tipica dell'ARFID è totalmente arbitraria, variando da individuo a individuo; idee legate ad un alimento, ma anche consistenze, odori o sapori particolari possono portare all'evitamento (Thomas et al., 2017). Questo disturbo, essendo comune soprattutto nelle fasi dello sviluppo, può dare vita a ritardi della crescita, oltre che a sbalzi di umore, sintomi gastrointestinali, significativa perdita di peso e difficoltà emotive o sociali. Studi suggeriscono inoltre la possibilità, per bambini e adolescenti che presentano sintomatologia da ARFID, di essere più propensi a sviluppare sintomatologie psicologiche più gravi, tipicamente sempre nella sfera delle problematiche riguardanti l'alimentazione e la rigidità nel controllo (Fisher et al., 2013; Thomas et al., 2017).

La peculiarità dei disturbi alimentari sopraelencati sta nell'assenza, almeno nella maggior parte dei casi, di significative distorsioni, disturbi o altre problematiche rilevanti riguardanti l'immagine corporea; peculiarità, questa, che sembrerebbe accomunarli con l'ON, nella quale (a differenza dell'AN e della BN e del BED) particolari idee o emozioni legate all'immagine corporea non costituiscono la motivazione principale sottostante l'insorgenza della sintomatologia tipica (Phillipou, Castle & Rossell, 2018; Donini et al., 2022).

1.1.4 Disturbo da Alimentazione Incontrollata

Il disturbo da alimentazione incontrollata (o *binge-eating disorder*, BED) presenta il minor numero di caratteristiche simili all'ON. Nonostante ciò, la tendenza dei DCA a migrare da un disturbo all'altro è ben nota in letteratura. Spesso, infatti, i comportamenti alimentari disfunzionali (siano essi maggiormente riconducibili alle perdite di controllo del BED e della BN, o più simili alla rigidità dell'ON e dell'AN) nascono da un iniziale cambiamento delle abitudini alimentari, dato dal desiderio di perdere peso o di seguire una dieta salutare (Fairburn, 2008; Polivy, Herman & Mills, 2020); effettivamente, non è difficile immaginare come una dieta (soprattutto se autogestita) possa precipitare l'individuo in un controllo rigido dell'alimentazione, rinforzato anche dalla perdita di peso o dagli iniziali effetti benefici sulla salute (Coniglio, Christensen, Haynos, Rienecke, & Selby, 2019), o, dal lato opposto, verso un abbandono della dieta insostenibile con conseguente alimentazione incontrollata, con o senza compensazione (Duarte, Ferreira, Pinto-Gouveia, Trindade, & Martinho, 2017).

Per quanto riguarda il BED in particolare, questo disturbo è caratterizzato da frequenti episodi di assunzione incontrollata di quantità di cibo superiori alla norma e da sentimenti di disagio, vergogna o sensi di colpa legati alle abbuffate; questo secondo aspetto del BED lo accomuna con l'ON, dove emozioni negative sono state osservate emergere in risposta anche alla minima trasgressione delle regole alimentari (Thorne, Hussain & Mantzios, 2023). Spesso associato ad una condizione di sovrappeso/obesità (in quanto il soggetto non mette in atto condotte di compensazione per rimediare alla grande quantità di cibo ingerita) il BED insorge principalmente in adolescenza e durante prima età adulta. Gli episodi di abbuffata del BED sono percepiti dall'individuo come una perdita di controllo

e, nonostante per la maggior parte degli individui con questo tipo di diagnosi le abbuffate siano associate a difficoltà nella regolazione emotiva e/o periodi di forte stress, l'alimentazione emotiva non ne costituisce l'unica causa scatenante (APA, 2013). Nonostante poi, nell'ultima edizione del DSM, i criteri diagnostici del disturbo non comprendano distorsioni dell'immagine corporea, studi riportano come alcuni individui con diagnosi di BED dimostrino distorsioni o insoddisfazioni nei confronti dell'immagine del proprio corpo e schemi cognitivi che vi sono strettamente legati: comportamenti di body-checking, come il controllarsi continuamente allo specchio o il toccarsi ossessivamente le parti che destano sentimenti negativi, sono frequentemente osservati nella pratica clinica (Lewer, Bauer, Hartmann & Silja, 2017). Oltre alle problematiche legate all'immagine corporea, il BED presenta, così come per la maggior parte dei DCA, comorbidità anche con stati ansioso-depressivi, disturbi della condotta, DDAI (disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività) e DOC. Lewer e colleghi (2017), tuttavia, riportano, all'interno del campione raccolto, l'esistenza di una percentuale di pazienti che non sembrerebbe presentare alcuno dei sintomi sopraelencati.

1.1.5 Bulimia Nervosa

Come il BED, la bulimia nervosa (BN) insorge spesso in adolescenza ed è caratterizzata da frequenti ed intensi episodi di iperfagia che comportano sentimenti di colpa, fallimento e malessere psicofisico; tuttavia, mentre nel BED non sono presenti particolari risposte comportamentali all'abbuffata, nella BN l'individuo mette in atto comportamenti di compensazione atti sia ad arginare e controllare l'aumento di peso, sia a lenire le sensazioni ed emozioni positive sperimentate dopo gli episodi di perdita di controllo (APA, 2013). La tipologia di comportamento compensativo varia da individuo a individuo, ma può tipicamente essere categorizzata in azioni di espulsione (come l'assunzione di diuretici e/o lassativi o pratiche di vomito autoindotto), di restrizione (comportamenti, quindi, che comprendono la severa limitazione calorica come principale strategia compensativa) e di iperinvestimento nell'attività fisica (Campbell & Peebles, 2014; Golden et al., 2016). La prima grande differenza tra ON e BN emerge dalla considerazione che, se comportamenti di tipo restrittivo e motorio possono effettivamente coincidere con una sintomatologia di tipo ortoressico, le condotte di espulsione sono

tipicamente viste da persone con ON come malsane, poco conformi allo stile di vita sano desiderato e, conseguentemente, accuratamente evitate (Moroze, Dunn, Holland, Yager & Weintraub, 2015). Un'altra distinzione tra BN e ON risiede nella presenza di forti sentimenti di disagio, disgusto o preoccupazione per l'immagine corporea, uniti a una grande paura di prendere peso che, come per l'AN, risultano uno dei criteri diagnostici fondamentali, costituendosi come motivazione principale alla base dei comportamenti tipici del disturbo (APA, 2013; Phillipou et al., 2017). Somiglianze con l'ON sono invece state riscontrate per quanto riguarda i fattori di rischio: come per l'ON (Novara, Mattioli, Piasentin, Pardini & Maggio, 2022), è stata infatti dimostrata l'influenza di una tendenza alla disregolazione emotiva nell'eziologia della BN (Lavender, Wonderlich, Engel, Gordon, Kaye & Mitchell, 2015), ed è altresì emersa una relazione con tratti perfezionistici (Stackpole, Greene, Bills & Egan, 2023), con la paura di perdere il controllo (Tiggemann & Raven, 1998) e con una sintomatologia da DOC (Finzi-Dottan & Zubery, 2009) dove, per alcuni pazienti con BN, le condotte compensative potrebbero svolgere un ruolo importante nella riduzione dell'ansia e della emotività negativa conseguente alle abbuffate (ruolo, questo, che rispecchia quello delle compulsioni tipiche del DOC).

1.1.6 Anoressia Nervosa

L'anoressia nervosa (AN), è un disturbo alimentare caratterizzato da un estremo tentativo di controllo dell'indice di massa corporea (o BMI, Body Mass Index) e, in particolare, della massa grassa. L'individuo esercita questo controllo tramite varie pratiche, quali eccessive condotte di restrizione, digiuno o compensazione (APA, 2013). Così come la grande maggioranza dei disturbi alimentari, l'AN raggiunge, nella maggior parte dei casi, il suo picco di insorgenza nel periodo adolescenziale o nella prima età adulta; origine che viene spesso ricondotta a eventi stressanti o perfino traumatici (Golden et al., 2016; APA, 2013; Vanderlinden & Vandereycken, 1997). Gli individui che presentano AN riportano un'intensa e limitante paura di ingrassare, unita a una percezione del sé totalmente distorta, che li porta a vedersi sovrappeso nonostante i livelli di grasso corporeo ben sotto la media, o a non riconoscere l'eccessiva magrezza del loro fisico (Phillipou et al., 2018). Questi soggetti tendono inoltre a ingigantire l'influenza dell'immagine corporea

sull'autostima, presentando sia livelli di autostima molto più bassi rispetto alla media, sia la convinzione di essere esclusi o in altro modo giudicati negativamente a causa della forma del proprio corpo (Gila, Castro, Gómez & Toro, 2005). Oltre alle manifestazioni fobico-ansiose conseguenti all'aumento di peso, i pazienti con AN esibiscono spesso una sintomatologia depressiva che può concretizzarsi sia in una diagnosi di depressione maggiore coesistente al DCA, sia come diretta conseguenza dello stesso (Della Grave, Sartirana & Calugi, 2019). Nelle diagnosi di AN, emerge frequentemente una confusione cognitiva che porta a sovrapporre l'idea di 'alimentazione sana' con quella di 'alimentazione ipocalorica' e, dunque, a considerare uno stato fisiologico di grande magrezza come l'ideale di salute fisica: coerentemente, è stato osservato come la dieta del paziente con AN sia spesso composta, come spesso accade per le diete tipiche dell'ON, prevalentemente da alimenti ipocalorici che, nella società contemporanea, vengono frequentemente promossi come salutari (Paslakis, Kühn, Schaubschläger, Schieber, Röder, Rauh & Erim, 2016). Oltre alla tendenza dei DCA a migrare da un disturbo all'altro, un'importante caratteristica comune nel BED, nel BN e nell'AN sta altresì nella natura ego-sintonica di alcune delle loro espressioni e, principalmente, delle convinzioni che caratterizzano questi disturbi: le persone che esibiscono sintomatologia da DCA, infatti, spesso non riescono a vedere queste manifestazioni come un problema e come parte di una malattia e, spesso, arrivano perfino ad esaltarle, sperimentando un profondo senso di realizzazione quando riescono a rispettare le estreme regole alimentari (Dalle Grave & Calugi, 2020). Tale caratteristica, che rende ancora più difficoltoso il trattamento terapeutico, è presente anche nell'ON, dove i soggetti non mettono in discussione le loro credenze e i loro comportamenti ferrei, andandone al contrario fieri e comportandosi con supponenza verso gli individui che non investono altrettante risorse nel perseguire un'alimentazione sana (Novara et al., 2017).

Data l'ampia sovrapposibilità della sintomatologia da ON con quella di altri DCA, è frequente riscontrare in letteratura opinioni e ipotesi contrastanti riguardo la classificazione dell'ON come disturbo a sé stante o, al contrario, come variante e/o specificazione di altri DCA già presenti nei manuali diagnostici (Vandereycken, 2011; Dell'Osso, Abelli, Carpita, Pini, Castellini, Carmassi & Ricca, 2016). Tuttavia, nonostante l'ON evidenzii caratteristiche che possano sembrare superficialmente molto simili agli altri DCA, e nonostante la sintomatologia manifesta e le conseguenze

psicofisiche di essa siano spesso paragonabili, molti ricercatori sono concordi nel sottolinearne le differenze, citandone soprattutto la sostanziale distinzione nelle cause sottostanti i comportamenti patologici. Se nell'AN, nel BED e nella BN, infatti, le condotte restrittivo-compensatorie hanno come movente principale un desiderio di controllo sulle forme corporee e la paura di ingrassare, nell'ON sono invece frutto delle rigide convinzioni del paziente riguardo le caratteristiche più o meno salutari di determinati alimenti e dalla volontà di raggiungere uno stato di benessere tramite una dieta sana (Donini et al., 2022).

1.2 Disturbi Ossessivo-Compulsivi e Correlati

I tratti relativi allo spettro ossessivo-compulsivo si possono concettualizzare nella presenza di pensieri ricorrenti e intrusivi, spesso accompagnati da comportamenti ritualizzati utilizzati per controllare il disagio conseguente ai pensieri; tratti, questi, considerati da sempre come clinicamente rilevanti nell'eziopatogenesi di alcune tipologie di DCA e che si presentano frequentemente in comorbidità con essi. Nell'ultima versione del DSM, il DOC acquista un'entità nosografica autonoma, lasciandosi alle spalle la classificazione come disturbo d'ansia e andando a costituire, assieme ad altri disturbi correlati, una categoria diagnostica a sé stante (APA, 2013): tale nuova categoria è composta da otto disturbi simili ma con caratteristiche cliniche diverse, che delineano in maniera più specifica sintomatologie che, nel DSM-IV-TR, venivano comprese o nel DOC stesso, o in altri disturbi dello spettro ansioso. La differenziazione dei diversi tipi di manifestazioni sintomatologiche ossessivo-compulsive permette un'analisi più accurata di quelle che sono più strettamente correlate ai DCA (e all'ON), consentendo alla letteratura di separarle dai tratti che invece tendono a manifestarsi con minor intensità in questo tipo di pazienti. Per quanto riguarda il rapporto con l'ON e, più in generale, con i comportamenti alimentari disfunzionali, i disturbi ossessivo-compulsivi più rilevanti sono il DOC vero e proprio, il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità (DOCP) e il disturbo da dimorfismo corporeo (DDC). Una specificazione riguarda il DOCP che, essendo un disturbo di personalità tipico del Cluster C, non fa parte della categorizzazione dei Disturbi Ossessivo-Compulsivi e Disturbi Correlati (APA, 2013).

Come conseguenza della parziale sovrapposibilità tra la sintomatologia da ON e le manifestazioni riconducibili allo spettro ossessivo-compulsivo, l'ipotesi di classificazione dell'ON come sottocategoria o specificazione caratteristica dello spettro ossessivo-compulsivo sembrerebbe, a primo acchito, plausibile (Vaccari, Cutino, Luisi, Giambalvo, Daneshmand, Pinelli, Maina, Galeazzi, Kaleci, Albert, Atti & Ferrari, 2021): tuttavia, svariati studi, oltre a confermare le similitudini tra questi disturbi, ne evidenziano le differenze che contribuiscono a distinguerli (Brytek-Matera, Pardini, Modrzejewska, Modrzejewska, Szymańska, Czepczor-Bernat & Novara, 2022; Duradoni, Gursesli, Fiorenza & Guazzini, 2023)

1.2.1 Disturbo Ossessivo-Compulsivo

Il DOC vero e proprio è un disturbo che si caratterizza per la presenza di ossessioni e/o di compulsioni, con la maggior parte dei pazienti che presenta entrambi i sintomi. Le ossessioni sono immagini, idee, pensieri o impulsi involontari e persistenti, che si presentano in modo ricorrente, pervasivo e intrusivo e che causano grande ansia e disagio alla persona. Le compulsioni invece sono rituali e azioni fisiche e/o mentali stereotipate, rigide e spesso ripetitive che l'individuo mette in atto conseguentemente alle ossessioni; nonostante le compulsioni possano avere svariate funzioni all'interno della psicopatologia, il ruolo cardine di questi comportamenti è quello di prevenire o lenire l'ansia generata dalle ossessioni (Starcevic, Berle, Brakoulis, Sammut, Moses, Milicevic & Hannan, 2011). Per una diagnosi di DOC, il DSM-5 specifica come sia necessaria la presenza di almeno una delle due tipologie di sintomi tipici (criterio A), che devono necessariamente causare significativo disagio all'individuo e che non devono poter essere attribuibili ad un altro disturbo mentale o agli effetti di sostanze o condizioni mediche (APA, 2013). Come anticipato, è comune nella pratica clinica osservare una grande prevalenza di sintomatologia tipica da DOC in pazienti con DCA e ON, con svariati studi che confermano sia la frequenza con cui tali disturbi si presentano in comorbidità (Altman & Shankman, 2009; Halmi et al., 2005), sia l'influenza della sintomatologia da DOC sulla gravità e pervasività delle tendenze ortoressiche (Rossi, Mannarini, Donini, Castelnuovo, Simpson & Pietrabissa, 2024); in modo simile, ricerche evidenziano come schemi cognitivi rigidi tipici del DOC si costituiscano come uno dei fattori di rischio

nell'insorgenza dell'ON in adolescenti e giovani adulti (McComb & Mills, 2019; Mahfoud, Pardini, Mróz, Hallit, Obeid, Akel, Novara & Brytek-Matera, 2023). Altri aspetti sovrapponibili delle sintomatologie da DOC (Wetterneck, Little, Chasson, Smith, Hart, Stanley & Björgvinsson, 2011) e da ON (Novara et al., 2022) sono la presenza di tratti personologici di rigidità e di perfezionismo, che si evidenziamo come favorenti anche nello sviluppo e nel mantenimento dei DCA (Buzichelli, Marzola, Amianto, Fassino & Abbate-Daga, 2018). Non è difatti difficile immaginare come la presenza di questi tratti e di pensieri ossessivi riconducibili ad una sintomatologia da DOC possano, in alcuni individui, incentrarsi sulle qualità nutrizionali e salutari di alcuni alimenti, con conseguenti compulsioni di aderenza ferrea ad una dieta sana e di evitamento dei cibi 'malsani' fobici: effettivamente, uno studio che confronta individui con differenti livelli di caratteristiche ortoressiche riporta come il campione con maggiori tratti da ON evidenzi sintomi e credenze DOC significativamente più intensi (Brytek-Matera et al., 2022). Nonostante i due disturbi possano presentarsi in comorbidità, condividano radici e caratteristiche simili e presentino costrutti trans-diagnostici in comune, studi mettono in luce le sostanziali differenze tra DOC e ON (Novara et al., 2022). Come esposto da Pontillo e colleghi, infatti, una grande differenza tra i due disturbi risiede nella tipologia di pensiero ossessivo: gli autori sottolineano infatti come i pensieri e le fissazioni tipiche dell'ON siano coerenti con i propri ideali e obiettivi di salute e che i comportamenti ritualizzati non vengano utilizzati, come le compulsioni del DOC, per alleviare il disagio generato dalle ossessioni (Pontillo et al., 2022).

1.2.2 Disturbo Ossessivo Compulsivo di Personalità

Quando nell'individuo è presente, spesso fin dalla giovinezza o dalla prima età adulta, un modello personologico poco flessibile, incentrato sull'eccessiva tendenza al perfezionismo, all'ordine e al controllo, si parla di disturbo ossessivo-compulsivo di personalità (DOCP), disturbo di personalità che si differenzia dal DOC per la mancanza delle tipiche ossessioni e conseguenti compulsioni. Il DOCP comprende otto tratti di personalità distinti, che si suddividono in aspetti legati al perfezionismo, alla rigidità, alla preoccupazione per i dettagli, all'iperinvestimento nella carriera, all'inflessibilità nei confronti delle regole, all'avarizia, all'incapacità di separarsi da oggetti inutili e alla

difficoltà nel delegare il lavoro (APA, 2013). Questo tipo di strutturazione personologica è stata vista correlare positivamente con l'intensità della sintomatologia DOC, soprattutto per quanto riguarda la presenza di tratti perfezionistici e di rigidità (Wetterneck et al., 2011), che si associano spesso ad una maggiore severità delle manifestazioni ossessivo-compulsive. Per quanto riguarda il rapporto con i DCA, i tratti personologici tipici del DOCP si presentano frequentemente in comorbidità con questi disturbi (Basile, D'Angerio, Russo & Semerari, 2007); alcune caratteristiche personologiche ed ego-sintoniche tipiche del DOCP (come la tendenza al controllo, al perfezionismo, all'eccessiva attenzione ai dettagli, all'iper-moralità e al rispetto delle regole) sono altresì sovrapponibili con aspetti dell'ON ed emergono spesso in comorbidità con essa, strutturandosi anche come possibile fattore di rischio e di mantenimento (Koven & Abry, 2015; Kiss-Leizer & Rigò, 2019). A tal proposito, individui con caratteristiche ortoressiche sono stati osservati esibire una maggiore presenza e pervasività di questi tratti, che potrebbero contribuire a spiegare l'inflessibile aderenza alla dieta tipica dell'ON (Vaccari et al., 2021; Novara et al., 2022). Almeno due ricerche riscontrano infatti un forte legame tra la presenza di personalità di tipo ossessivo in infanzia e la severità dei comportamenti alimentari disfunzionali in adolescenza ed età adulta (Davis & Kaptein, 2006; Anderluh, Tchanturia, Rabe-Hesketh, Collier & Treasure, 2009), risultati che confermano l'importanza dell'assessment di questi tratti nella ricerca, nella terapia e soprattutto nella prevenzione di disturbi quali l'AN e L'ON.

1.2.3 Disturbo da Dismorfismo Corporeo e Vigoressia

Nonostante il disturbo da dismorfismo corporeo (DDC) non presenti di per sé aspetti particolarmente affini all'ON, la sintomatologia relativa a questo disturbo emerge spesso in pazienti con DCA e DOC; vale altresì la pena menzionare alcune specificazioni di tale categoria diagnostica anche per quanto riguarda l'analisi dei tratti ortoressici. Il DDC è infatti un disturbo dell'immagine corporea che si presenta come un'eccessiva preoccupazione per difetti o inestetismi percepiti del proprio aspetto fisico che sembrano lievi o non evidenti alle altre persone. I pazienti con DDC avvertono un forte senso di disagio legato a queste preoccupazioni e spesso mettono in atto comportamenti ripetitivi (come, per esempio, il body-checking) in risposta ad esse. Questo disturbo viene spesso

confuso con una diagnosi da DCA, soprattutto qualora il disagio si dovesse concentrare unicamente sul peso e sulle forme corporee; effettivamente, il DDC e i DCA si presentano frequentemente in comorbidità, con problematiche legate all'alimentazione che nascono da una scarsa accettazione del proprio fisico. Tuttavia, si ricorda che nel DDC il disagio può riguardare qualsiasi parte del corpo (e, quindi, non solo la percentuale di massa grassa) e, coerentemente, può strutturarsi anche senza la presenza di comportamenti alimentari disfunzionali (APA, 2013).

Interessante menzionare il DDC soprattutto per quanto riguarda una delle sue specificazioni, ossia la sottocategoria riguardante il disturbo da dismorfismo muscolare (DDM) o vigoressia. Questa specificazione concerne individui che manifestano preoccupazioni incentrate sull'idea che la propria conformazione corporea sia troppo piccola o insufficientemente muscolosa (APA, 2013); individui con tale diagnosi, infatti, possono esibire sintomi simili (e spesso confusi con) l'ON, quali l'aderenza ad una dieta salutare e iperproteica, l'evitamento di cibi considerati nutrizionalmente inadeguati e l'iperinvestimento nell'attività sportiva (Duran, Çiçekoğlu & Kaya, 2020). Sia il DDC che la vigoressia presentano tratti in comune con i DCA e con l'ON, quali il bisogno di controllo e il perfezionismo, tali per cui esiste un elevato tasso di comorbidità tra le patologie, con autori che evidenziano un'elevata co-presenza di sintomatologie ortoressiche e vigoressiche in alcune categorie di persone (Parisi, La Grutta, Lo Baido, Epifanio, Carotenuto, Operto, Testa, Vetri & Roccella, 2021), e altri che annoverano il DDC tra i fattori di rischio per l'insorgenza dell'ON (Lucka, Mazur, Łucka, Sarzyńska, Trojniał & Kopańska, 2024). Nonostante le preoccupazioni verso l'immagine corporea non facciano parte dei criteri diagnostici proposti per l'ortoressia (nonostante, quindi, l'evidente distinzione tra DDM e ON), lo studio di Duran e colleghi (2020) mette in luce come l'ON aumenti in concomitanza con le caratteristiche vigoressiche (Duran et al., 2020) e, allo stesso modo, altri ricercatori sostengono che gli individui a rischio di sviluppare sintomatologia da ON sono ugualmente a rischio per la vigoressia (Carraro, Gorrasi, Roppolo, Daga, Bo & Gilli, 2014). Tenendo infatti in considerazione che la massa grassa e la massa muscolare (i cui livelli sono spesso associati ad un buon stato di salute) vengono influenzati sia dall'alimentazione sana che dall'esercizio fisico, non è raro che l'ossessione per la dieta salutare dell'ON si estenda anche all'ossessione per l'esercizio fisico e, allo stesso modo, che il voler raggiungere una certa qualità muscolare

porti l'individuo ad attenersi in rigide condotte alimentari in modo ossessivo (Oberle & Lipschuetz, 2018).

1.3 Ortoressia Nervosa

Seppur sotto molti aspetti simile ai disturbi sopracitati, la letteratura più recente sostiene come l'ON sia, a tutti gli effetti, una manifestazione psicopatologica diversa dai DCA già conosciuti e dai disturbi ossessivo-compulsivi (Donini et al., 2022). Sembra altresì esserci un generale accordo nello specificare come l'ON differisca dal semplice desiderio di mantenere uno stile di vita salutare per le conseguenze negative sulla salute e sulla vita della persona (Dunn & Bratman, 2016); ma, nonostante l'esistenza dell'ON sembri ormai appurata, la vera e propria definizione del disturbo presenta di per sé delle sfide difficili da ignorare.

1.3.1 Una Definizione Condivisa

Riferimenti all'ON, concettualizzata come condizione psicologica caratterizzata dall'eccessiva preoccupazione riguardante un'alimentazione percepita come sana e da rigide condotte alimentari atte a mantenere una dieta salutare, sembrano essere sempre più presenti in letteratura. Tuttavia, la mancanza di una vera e propria definizione condivisa, unita all'assenza di criteri diagnostici standardizzati, fa emergere confusione nei tentativi di identificazione della psicopatologia del fenomeno, dei fattori di rischio e protezione, delle conseguenze a breve e lungo termine e dei possibili approcci terapeutici. Analizzando la letteratura, i termini utilizzati da autori e ricercatori per descrivere i sentimenti e le emozioni legati alla qualità del cibo e all'alimentazione sana risultano essere "fissazione", "ossessione" e "preoccupazione", spesso enfatizzati poi tramite diversi aggettivi come "esagerata/eccessiva", "ossessiva", "malsana", "compulsiva", "patologica", etc. Il cibo consumato viene solitamente definito con aggettivi positivi come "sano/salutare", "organico", "puro", "sano", mentre quello evitato viene definito "malsano" e, più raramente, "impuro". Le abitudini alimentari legati all'ortoressia vengono poi descritte più comunemente come "restrittive", "selettive" e, occasionalmente, "ritualizzate" e "distorte". Le conseguenze e i rischi più frequentemente

menzionati dai ricercatori sono infine “mancanza di nutrienti essenziali”, “malnutrizione” e “cambiamenti nelle relazioni sociali” (Cena, Barthels, Cuzzolaro, Bratman, Brytek-Matera, Dunn, Varga, Missbach & Donini, 2019). La grande varietà della terminologia utilizzata dai diversi ricercatori nella definizione funzionale dell’ON risulta, quindi, evidente; varietà che produce risultati di ricerca difficilmente generalizzabili e che rende il confronto tra studi diversi particolarmente difficoltoso. Alcuni ricercatori (Barthels, Barrada & Roncero, 2019; Zickgraf & Barrada, 2021) si sono poi soffermati sulle differenze tra ortoressia nervosa e le manifestazioni non psicopatologiche riconducibili ad uno schema ortoressico (definite ‘*healthy orthorexia*’ in letteratura), di cui si parlerà più approfonditamente tra qualche pagina.

1.3.2 Criteri Diagnostici e Aspetti Clinici

Per quanto riguarda l’individuazione di criteri diagnostici standardizzati specifici per l’ON, non c’è, ad oggi, un consenso universale su quali tratti, caratteristiche e manifestazione sintomatologiche debbano costituire il fulcro della patologia. In molti studi, infatti, si adattano all’ON criteri di altri disturbi già presenti nel DSM-IV o nel DSM-5 (Anoressia Nervosa, Disturbo Evitante-Restrittivo dell’Assunzione di Cibo, Disturbo di Dismorfismo Corporeo); altri autori, invece, utilizzano, nei loro studi, nuove proposte di criteri diagnostici specifici (Cena et al., 2019). Tra queste proposte di criteri specifici, solo quattro vengono pubblicate (Setnick, 2013; Moroze et al., 2015; Barthels, Meyer & Pietrowsky, 2015; Dunn & Bratman, 2016): tramite un’analisi comparativa, se ne sottolineano di seguito i punti di sovrapposizione e le differenze, che rendono evidente la necessità di raggiungere un accordo nella definizione dell’ON.

Nella prima (e meno recente) lista di criteri diagnostici, proposta da Setnick nel 2013 e riportata da Cena e colleghi (2019), si individua come *Criterio A* la presenza di una preoccupazione patologica per la nutrizione che va oltre ciò che sarebbe necessario per il mantenimento di un buon stato di salute, aggiungendo inoltre la rilevante influenza di suddetta dieta sull’autovalutazione e sull’attribuzione di valore personale. A seguire, il *Criterio B* evidenzia come le abitudini alimentari disfunzionali non debbano essere il risultato di fattori ambientali o che appartengono alla storia della civiltà, delle credenze, dei modi di vita di un gruppo etnico, tali per cui l’individuo pratica diete e/o restrizioni a

fini culturali, religiosi o di pura sopravvivenza (nel caso, per esempio, di povertà o carestie). Il *Criterio C* sottolinea infine che la motivazione sottostante a queste abitudini non deve risiedere nel desiderio di perdere peso o di perseguire forme corporee particolari, bensì deve incentrarsi principalmente sulla volontà di mantenere un buono stato di salute o di migliorare la propria qualità della vita; l'ultimo criterio specifica, inoltre, che la sintomatologia non deve poter essere attribuibile a condizioni mediche o ad altri disturbi mentali (Setnick, 2013). In modo simile, la proposta diagnostica di Moroze e colleghi (2015), ripropone un *Criterio A* che riguarda la preoccupazione patologica, cui segue la necessità di rilevante compromissione psicofisiologica (*Criterio B*) e, nel *Criterio C*, la specificazione che la sintomatologia non debba essere causata da altri disturbi, quali il disturbo ossessivo-compulsivo, i disturbi schizofrenici o altri tipi di disturbi psicotici; infine, il *Criterio D*, oltre a parlare di pratiche culturali o religiose, esclude quei comportamenti restrittivo-evitanti frutto di allergie o altre condizioni mediche che richiedono una dieta specifica (Moroze et al., 2015). Barthels e colleghi (2015) propongono una terza lista di criteri diagnostici, che comprende sempre la fissazione patologica come primo criterio diagnostico. Come *Criterio B* Barthels e colleghi propongono la marcata presenza di ansia e sistematico evitamento dei cibi considerati poco salutari, e nel *Criterio C* si ipotizza la necessità, ai fini diagnostici, della presenza di almeno due idee di ipervalutazione degli effetti positivi del cibo sulla salute e/o la presenza di regole e rituali rigidi di acquisto/preparazione/consumo del cibo nati da queste idee. Per soddisfare il *Criterio D* proposto da questi autori il paziente deve manifestare compromissione del funzionamento socio-emotivo, compromissione delle capacità di cura dei figli e/o sindrome da iponutrizione (l'insight non è necessario e, anzi, l'assenza di esso costituisce un'aggravante del disturbo). Infine, il *Criterio E*, contrariamente a quanto affermato da Setnick (2013), viene soddisfatto anche se persistono nella persona preoccupazioni legate alle forme corporee e alla perdita di peso, purché queste non costituiscano la motivazione principale dei comportamenti tipici del disturbo (Barthels et al., 2015). L'ultima proposta, pubblicata da Dunn e Bratman (2016), descrive il *Criterio A* come la presenza di un focus ossessivo sull'alimentazione sana, definita tale da una serie di credenze o teorie le cui specifiche possono differire da persona a persona; la fissazione deve essere accompagnata da un marcato distress emotivo scatenato dai cibi considerati come poco salutari, con comportamenti compulsivo e/o

eccessive preoccupazioni, restrizioni alimentari e sentimenti di paura, ansia o vergogna associati all'assunzione di tali cibi. Il *Criterio B* relativo a quest'ultima proposta viene infine soddisfatto qualora il comportamento compulsivo causi compromissioni nelle aree della salute fisica (e.g.: complicanze ormonali e metaboliche, malnutrizione, grave perdita di peso), delle relazioni (sociali, accademiche o lavorative), dell'immagine corporea, dell'autostima o dell'identità personale (Dunn & Bratman, 2016).

Mettendo a confronto queste proposte diagnostiche, si notano affinità per quanto riguarda i primi tre criteri: tutti e quattro considerano la fissazione patologica per un'alimentazione sana, l'impatto di tale fissazione sul benessere psicologico e la presenza di compromissione in una (o più) aree del funzionamento dell'individuo come fondamentale per la diagnosi di ON. Sia Setnick (2013) che Barthels e colleghi (2015) fanno riferimento all'ipervalutazione degli effetti positivi del cibo "sano" e dell'aderenza alla dieta selettiva, con Barthels e colleghi che sottolineano la centralità di questi pensieri, annoverandoli tra i sintomi necessari per la diagnosi. L'immagine corporea viene menzionata in tre delle quattro proposte, con la specifica che, nonostante la volontà di perdere peso o di raggiungere particolari forme corporee possa sì essere presente, tale motivazione non debba essere il movente principale dei comportamenti disfunzionali. Dunn e Bratman (2016) definiscono inoltre la soddisfazione per la propria immagine corporea, insieme al senso di valore personale, come dipendenti dall'aderenza del soggetto alle regole alimentari auto-imposte. Come accennato, dal confronto delle proposte emergono anche delle differenze, con ogni autore che presenta dei criteri o degli aspetti che non vengono presi in considerazione dalle altri: Setnick ipotizza un criterio specifico che esclude pratiche culturali o la scarsità di cibo come causa della sintomatologia, Moroze e colleghi annoverano tra i criteri diagnostici un'eccessiva quantità di tempo e denaro spesa per informarsi su, acquistare e preparare tipologie particolari di cibo percepite come sane e Barthels e colleghi sottolineano come la presenza o meno di insight dell'individuo non costituisca un criterio necessario per la diagnosi. Ancora, la proposta di Dunn e colleghi contiene l'aumento progressivo dell'irrigidimento e della pervasività delle pratiche alimentari selettive come criterio a sé stante, insieme alla presenza di compulsioni (e non, come per gli altri autori, unicamente di idee ossessive).

Nonostante le differenze in opinioni e idee che, almeno fino a poco tempo fa, ruotavano ancora attorno ad alcuni aspetti specifici della patologia, nel 2022 viene pubblicata una

review condotta da un gruppo di esperti multidisciplinari, che si propone come scopo l'individuazione della prima definizione standardizzata dell'ON; tale articolo, che comprende una lista di criteri diagnostici condivisi da 47 ricercatori provenienti da 14 stati diversi, può essere usata come base per la diagnosi, per lo sviluppo di protocolli di trattamento e per futuri sviluppi sulla letteratura del disturbo e, per la prima volta, un'immagine coesa e unitaria dell'ON (Donini et al., 2022). Grazie a questo studio, sembra che la maggior parte dei ricercatori che trattano di ON abbia raggiunto un accordo per quanto riguarda la definizione del costrutto, degli aspetti clinici e della durata della patologia (*Categoria A*), le conseguenze legate al disturbo (*Categoria B*), il periodo di insorgenza (*Categoria C*) e i possibili fattori di rischio e diagnosi differenziali (*Categoria D*) (Donini et al., 2022). Ma cos'è, quindi, secondo questi esperti, l'Ortoressia Nervosa?

Innanzitutto, la maggior parte dei ricercatori è unanime nell'affermare che la patologia si struttura su una forte preoccupazione legata alle proprie abitudini alimentari, che presuppone un grande investimento di risorse nella gestione dell'alimentazione e la devota aderenza ad un set di regole rigide e stringenti. I criteri secondo i quali il cibo viene definito 'sano' possono altresì variare da individuo a individuo, così come le teorie e le credenze legate all'alimentazione, che vengono influenzate sia da fattori individuali (esperienze, conoscenze, momento della vita) che da variabili ambientali (come, per esempio, il contesto socioculturale e familiare). L'ON così definita causa disagio emotivo, unito a sentimenti di ansia e di colpa qualora le regole alimentari auto-imposte non vengano rispettate; gli autori specificano, inoltre, la grande influenza esercitata dall'aderenza a queste regole sul sistema di autovalutazione dell'individuo (Donini et al., 2022). Vengono così incorporate le diverse sfaccettature dell'ON indagate e ipotizzate dalla letteratura: spaziando dalla preoccupazione legata all'alimentazione sana e dalla presenza di ferreo un set di regole alimentari (che vengono incluse, in un modo o in un altro, in tutte le definizioni di ON già precedentemente proposte), fino ad arrivare all'iperinvestimento di tempo e risorse sulla dieta (Varga, Dukay-Szabó, Túry & Van Furth, 2013; Koven & Abry, 2015), alla presenza di *distress* emotivo (Cheshire, Berry & Fixsen, 2020) e al ruolo dell'aderenza alla dieta sana nell'attribuzione di valore di sé e degli altri (Novara et al., 2017). Come già riportato da diversi autori (Morozze et al., 2015; Gramaglia et al, 2019), viene sottolineato anche lo scarso insight di questi pazienti, che, come nell'AN (Arbel, Koren, Klein & Latzer, 2013), costituisce un'aggravante

abbastanza comune della sintomatologia da ON. Effettivamente, almeno uno studio (McGovern, Gaffney & Trimble, 2021), che analizza l'ON dal punto di vista degli ortoressici stessi, suggerisce che tali individui sperimentino, nei confronti della patologia, sentimenti frequentemente contrastanti: da un lato, può esserci consapevolezza del disagio psicologico e fisico; dall'altro, la causa di questo disagio viene spesso identificata non tanto nella presenza della patologia, bensì nell'occasionale violazione delle regole alimentari 'sane'. Per parlare di diagnosi da ON, Donini e colleghi ipotizzano una sintomatologia che dura da almeno 6 mesi (che, tuttavia, possono ridursi a 3 in manifestazioni particolarmente gravi o pervasive).

1.3.3 Conseguenze dell'ON

Per poter parlare di diagnosi clinica da ON, la sintomatologia sopra descritta deve ricondurre a delle condotte alimentari disfunzionali che comportano delle ripercussioni sulla qualità della vita e sulla salute psicofisica dell'individuo (Scarff, 2017). La maggior parte degli esperti (Donini et al., 2022) è concorde nell'affermare che tali conseguenze, ulteriormente esacerbate dall'eccessiva quantità di tempo e di risorse che vengono dedicate alla dieta, debbano essere abbastanza significative da avere un impatto negativo sulla sfera cognitiva e sulla vita personale, scolastica, lavorativa o sociale della persona. Per quanto riguarda l'aspetto cognitivo, sembra che l'ON comporti (indipendentemente da manifestazioni più riconducibili a DCA e DOC) dei deficit in alcune aree delle funzioni esecutive e che, in particolare, comporti carenze nel *set-shifting*, nell'automonitoraggio e nella memoria di lavoro (Koven & Senbonmatsu, 2013). Inoltre, conseguenze quali l'isolamento sociale, la diminuzione delle prestazioni lavorative o scolastiche, e una riduzione nel ventaglio di hobby e interesse sono conseguenze spesso osservate in pazienti con ON (McGovern et al., 2021). Oltre a comportare solitamente un abbassamento dei livelli di massa grassa (con o senza concomitante aumento di massa muscolare), studi recenti (Horovitz & Argyrides, 2023) confermano come la restrittività della dieta e la tendenza dei pazienti con ON a privarsi di alcune tipologie di alimenti potrebbero far altresì emergere le carenze nutrizionali e le conseguenti problematiche ormonali, muscolari e ossee già osservate in altri DCA (Rock & Yager, 1987; Powers, 1999; Macros, 2000); allo stesso tempo, alcuni pazienti con ON potrebbero limitarsi

all'assunzione di cibo non processato, esponendosi a possibili contaminazioni e infezioni alimentari (Mitrofanova, Mulrooney & Petróczi, 2020). Infine, parallelamente agli effetti sulla vita di chi manifesta la sintomatologia, alcuni autori si domandano se, e come, l'ON possa influenzare anche amici e famigliari del paziente: in particolare, Cuzzolaro e Donini (2016) ipotizzano, partendo dall'osservazione di genitori vegani o ligi ad altre diete (Lemale, Mas, Jung, Bellaiche & Tounian, 2019), che caregiver ortoressici possano imporre il loro sistema di controllo alimentare, e lo schema di idee e regole che lo sostiene, sui bambini di cui sono responsabili (Cuzzolaro & Donini, 2016).

1.3.4 'Healthy Orthorexia', Comorbidità e Diagnosi Differenziali

1.3.4.a Healthy Orthorexia

Prima di parlare delle comorbidità e delle diagnosi differenziali relative all'ON, è fondamentale una specificazione riguardo al disturbo stesso. Barrada e Roncero (2018) sono, infatti, i primi a evidenziare la differenza tra i comportamenti ortoressici problematici, tipici dell'ON, e le tendenze ortoressiche non patologiche, che gli autori definiscono 'healthy orthorexia' (HO) (Barrada & Roncero, 2018). Nonostante, infatti, questi due aspetti dell'ortoressia condividano un nucleo comune (attenzione alla qualità dei cibi), l'ON comporta a tal riguardo una preoccupazione ossessiva, l'aderenza ad una dieta rigida e la presenza di compromissione in ambito psicologico, medico o legato al funzionamento dell'individuo (Cena et al., 2019), mentre l'HO comporta un interesse non patologico verso una dieta salutare come parte del senso di identità dell'individuo (Depa, Barrada & Roncero, 2019). Successive ricerche confermano l'utilità, sia in ambito di ricerca che in ambito clinico, di questa differenziazione, e sostengono che non si possano considerare entrambe le dimensioni dell'ortoressia come facenti parte della categoria diagnostica dei DCA: almeno una ricerca mette infatti in luce la correlazione positiva dell'HO con manifestazioni legate all'emotività positiva, e l'associazione tra ON e una maggior presenza di distress e di emozioni negative (Barthels et al., 2019). Inoltre, le associazioni tra una sintomatologia da ON e manifestazione tipiche da DCA (discusse nei paragrafi precedenti) potrebbero essere interpretate come evidenza a sostegno dell'ipotesi che delinea l'ON (e non l'HO) come costrutto psicopatologico facente parte di questa

categoria diagnostica; con l'accorgimento che, se per gli altri DCA la motivazione sottostante le condotte disfunzionali risiede nel controllo del peso e della quantità di cibo ingerito, nell'ON essa si trova principalmente nel controllo della qualità degli alimenti (Barthels et al., 2019; Donini et al., 2022). Infine, l'HO è stata osservata associarsi ad un buon funzionamento psicologico, sociale e lavorativo dell'individuo, ed è altresì plausibile che essa si strutturi come fattore di protezione per la severità di manifestazioni da ON e da DCA coesistenti (Barrada & Roncero, 2018; Zickgraf & Barrada, 2022).

1.3.4.b Comorbidità e Diagnosi Differenziali

Svariati studi riportano come l'ON presenti caratteristiche in comune con altri disturbi psichiatrici, quali i DCA, i disturbi legati alla sfera ansioso-depressiva, i disturbi ossessivo-compulsivi e i disturbi psicotici (Rania, De Filippis, Caroleo, Carbone, Aloï, Bratman & Segura-Garcia, 2021): l'importanza di una diagnosi differenziale e di un corretto assessment delle comorbidità si rivela dunque fondamentale sia nella ricerca che nella strutturazione dell'intervento terapeutico per l'ON.

La parziale sovrapposizione della sintomatologia da ON con manifestazioni più riconducibili a DCA quali BED, BN e (soprattutto) AN è stata oggetto di svariati studi e dibattiti in letteratura. Come accennato nei paragrafi precedenti, le similitudini tra ON e AN hanno portato alcuni autori a supporre una classificazione dell'ON non come disturbo a sé stante, bensì come specificazione dell'AN (Vandereycken, 2011; Dell'Osso et al., 2016). Nonostante la maggior parte dei ricercatori sia ormai concorde nel considerare l'ON come entità nosografica distinta dagli altri DCA, la letteratura e la pratica clinica mostrano come questo disturbo presenti caratteristiche che lo accomunano agli altri DCA; non è raro infatti riscontrare quadri clinici caratterizzati da una sintomatologia che migra da un DCA all'altro (dove, ad esempio, manifestazioni anoressiche possono virare verso sintomatologie ortoressiche, o viceversa) ed è altresì comune osservare l'ON in comorbidità con altre abitudini alimentari disfunzionali o con veri e propri disturbi dell'alimentazione (Dell'Osso, Carpita, Muti, Cremone, Massimetti, Diadema, Gesi & Carmassi, 2018; Parra-Fernández et al., 2018; Brytek-Matera et al., 2022). Ancora, Donini e colleghi (2022) sottolineano che l'ON può precedere il radicarsi di un altro DCA, coesistere con esso oppure esordire in seguito all'insorgenza di DCA di altro tipo e,

sempre per quanto riguarda l'importanza della diagnosi differenziale con l'AN, almeno uno studio sostiene come l'ON possa essere, per alcuni pazienti, un modo socialmente accettabile di manifestare comportamenti restrittivi di tipo anoressico (McGovern et al., 2021). Se i comportamenti manifesti dell'ON possono essere facilmente confusi con sintomi tipici di altri DCA, centrali nella diagnosi differenziale sono invece le motivazioni sottostanti la restrittività alimentare, focalizzate sulla qualità dei cibi e sul mantenimento di un buono stato di salute: non sono, infatti, né puramente arbitrarie e differenti da individuo a individuo (come nel caso dell'evitamento alimentare dell'ARFID), né dettate da un desiderio di controllo sul peso e sulle forme del corpo (come per il BED, la BN e l'AN) (Donini et al., 2022).

Anche la comorbidità tra ON e disturbi relativi alla sfera ansioso-depressiva è stata oggetto di studio, con ricerche che riportano maggiori livelli di sintomatologia ansiosa (Strahler, Hermann, Walter & Stark, 2018; Novara et al., 2022) e depressiva (Lopes, Melo & Dias-Pereira, 2020) in individui con ON. Importante, soprattutto a livello terapeutico, sottolineare la presenza di comorbidità tra questi disturbi: in pazienti con disturbi ansioso-depressivi in comorbidità che si dimostrano particolarmente resistenti all'intervento terapeutico disturbo-specifico per l'ON, infatti, una terapia (clinica e farmacologica) per migliorare la sintomatologia ansioso-depressiva potrebbe avere un effetto positivo indiretto sui comportamenti ortoressici (Messer, Liu & Linardon, 2023).

Doveroso anche un riferimento alla possibile diagnosi differenziale con il DOC, che condivide svariate caratteristiche con l'ON, si presenta frequentemente in comorbidità con esso e le cui caratteristiche fungono da fattore di rischio per la gravità della sintomatologia ortoressica (McComb & Mills, 2019; Mahfoud et al., 2023). Per la diagnosi differenziale si ricorda che nell'ON il contenuto dei pensieri ossessivi e dei relativi comportamenti compulsivi deve essere riferito unicamente alla qualità, alla preparazione del cibo e, in generale, all'ambito di un'alimentazione percepita come salutare (Koven & Abry, 2015; Kiss-Leizer & Rigò, 2019; Donini et al., 2022).; un altro punto che potrebbe aiutare il clinico nella diagnosi differenziale è la caratteristica ego-sintonica delle credenze ortoressiche, che si differenziano da quelle intrusive ed ego-distoniche più propriamente tipiche del DOC (Pontillo et al., 2022).

Per quanto riguarda la possibile comorbidità con i disturbi psicotici, è interessante notare come, in almeno uno studio, le abitudini tipicamente riconducibili all'ON si strutturano come fase prodromica di un disturbo schizofrenico (Sahoo, Babu & Chandra, 2011). Effettivamente, pensieri fantastici e ossessivi sul cibo (e.g.: l'ipervalutazione, tipica dell'ON, del ruolo dell'alimentazione nel mantenimento di un buono stato di salute) sono stati osservati, in altri DCA (come l'AN), precedere l'insorgenza di psicosi, deliri e disturbi psicotici (Lindeman, Keski-Vaara & Roschier, 2000; Aarnio & Lindeman, 2004). Inoltre, l'ON stessa può manifestarsi, nella pratica clinica, in comorbidità con deliri e altri comportamenti riconducibili alla sfera psicotica e presenta altresì caratteristiche che possono essere confuse con tali disturbi (Rania et al., 2021).

Infine, si menzionano alcune specificazioni, riportate da Donini e colleghi (2022), che sottolineano come la selettività alimentare tipica dell'ON non dovrebbe essere motivata unicamente dall'aderenza a prescrizioni alimentari medico-cliniche e che, nel caso queste prescrizioni siano presenti in concomitanza con l'insorgenza della psicopatologia ortoressica, le regole alimentari adottate dal paziente dovrebbe essere inappropriatamente più pervasive e restrittive di quanto richiesto dalla prescrizione medica. Inoltre, questi ricercatori specificano che, per poter parlare di ON, la restrittività alimentare non deve poter essere attribuita a particolari condizioni economiche, credenze socioculturali o pratiche religiose dell'individuo.

1.3.5 Fattori di Rischio e di Protezione

L'ultimo tassello riguardante l'analisi dell'ON riguarda i possibili fattori di rischio e di protezione. In particolare, per quanto riguarda i fattori di rischio più di tipo personologico si ricordano il perfezionismo e la tendenza ad una bassa autostima (Mahfoud et al., 2023) e la presenza di una personalità di tipo ansioso-depressivo, ossessivo-compulsivo, nevrotico o narcisistico (Oberle, Samaghadi & Hughes, 2017). Altri fattori di rischio, più legati ad abitudini e comportamenti dell'individuo, risultano essere le scelte professionali (atleti d'élite, persone che praticano sport competitivi, che investono molto tempo in attività fisiche, che lavorano ambito medico-nutrizionale o, più in generale, che svolgono professioni a stretto contatto con il cibo e la salute, sembrano essere più vulnerabili di altre per quanto riguarda l'insorgere di pensieri di tipo ortoressico)

(Malmborg, Bremander, Olsson & Bergman, 2017; Tremelling, Sandon, Vega & McAdams, 2017) e l'aderenza a particolari diete (come, per esempio, la dieta vegetariana) (Reynolds, 2018; Novara et al., 2022). Per ultimo, anche caratteristiche individuali come una storia personale dove emergono altri disturbi psicologici (in particolare, DOC, DCA, disturbi ansioso-depressivi e disturbi relativi alla sfera dell'immagine corporea), una particolare difficoltà a gestire le emozioni, o una vulnerabilità a influenze socioculturali (prevalentemente all'influenza dei social media) sembrano essere legate all'insorgenza dell'ON (McComb & Mills, 2019).

I fattori di protezione che potrebbero contribuire a ridurre la severità delle manifestazioni ortoressiche non sono stati, ad oggi, altrettanto ampiamente studiati. Nonostante ciò, Davies e colleghi (2022) identificano l'alimentazione emotiva positiva (ossia la tendenza dell'individuo a mangiare in risposta a emozioni positive) come possibile fattore di protezione per l'ON, riportando, nel loro studio, correlazione negativa tra i due costrutti. Un altro fattore di protezione, recentemente riscontrato da Athanasaki e colleghi (2023), sembra essere il ruolo dei genitori (o, in generale dei caregiver): questi autori riportano, in particolare, come uno stile genitoriale percepito dai figli come accudente e autoritario possa fungere da fattore di protezione nell'insorgenze e nella gravità della sintomatologia ortoressica (Athanasaki, Lakoumentas, Milani, Agostoni, Berghea, Ionescu & Vassilopoulou, 2023). Infine, anche l'interesse non patologico per l'alimentazione sana, definito 'healthy orthorexia' da Barrada e Roncero (2018), è stato visto correlare con un buon funzionamento psicofisico e sociale dell'individuo, ed è stato ipotizzato contribuire ad alleviare manifestazioni coesistenti di ON e di DCA (Barrada & Roncero, 2018; Zickgraf & Barrada, 2021).

1.3.6 Strumenti di Screening e Trattamento

La letteratura odierna e la ricerca sull'ON si basano su una metodologia *self-report* di assessment della sintomatologia ortoressica. Nel corso degli anni, infatti, sono stati costruiti e validati svariati strumenti (tutti, appunto, strutturati come questionari nei quali i partecipanti riportano le loro sensazioni e percezioni riguardo i propri sintomi e comportamenti ortoressici) per lo screening dell'ON: tuttavia, anche a causa dei pregressi dibattiti e disaccordi riguardanti la definizione e la strutturazione di criteri diagnostici

condivisi per il disturbo, alcuni di questi strumenti (e, soprattutto, le scale meno recenti) evidenziano una mancanza di item che indagano una o più tra le diverse sfaccettature fondamentali nell'analisi dell'ON (Yargic & Celen, 2022). Tra gli strumenti più conosciuti si ricordano: il *Bratman Orthorexia Test* (BOT; Bratman, 2000) e la sua versione più recente (*Authorized Bratman Orthorexia Self-Test*, ABOST; Dunn & Bratman, 2016), aggiornata secondo criteri diagnostici più recenti (Dunn & Bratman, 2016); l'ORTO-15 (Donini, Marsili & Graziani., 2005) e il relativo aggiornamento ORTO-R (Rogoza & Donini, 2021), strumenti maggiormente utilizzati in letteratura per lo screening dell'ON, nonché tradotti e validati per il maggior numero di lingue e popolazioni diverse (Yargic & Celen, 2022); la *Teruel Orthorexia Scale* (TOS; Barrada & Roncero, 2018), strumento utile per una differenziazione mirata tra ON e HO. La presente ricerca si avvale dell'*Eating Habits Questionnaire* (EHQ-21; Gleaves, Graham & Ambwani, 2013) e, in particolare, della versione italiana dello strumento validata da Novara e colleghi (2017): il questionario, infatti, rispetto alle scale sopra menzionate, indaga in modo più dettagliato e accurato i vari aspetti del disturbo così come differenziati dalle classificazioni diagnostiche discusse in questo capitolo, ed è considerato un valido strumento per lo screening dell'ON in una popolazione italiana (Novara et al., 2017).

Passando poi alle metodologie al trattamento dell'ON, la terapia *evidence-based* d'elezione sembra essere di tipo cognitivo-comportamentale (*Cognitive-Behavioural Therapy*, CBT), utile sia per quanto riguarda l'aspetto di psicoeducazione del paziente, sia per la messa in discussione dei pensieri e comportamenti maladattivi dell'ON: questa terapia, infatti, si concentra sulla ristrutturazione delle credenze tipiche dell'ON e, allo stesso tempo, fornisce all'individuo tecniche e strategie per fronteggiare le emozioni negative conseguenti all'ON, per la re-integrazione degli alimenti fobici e per il monitoraggio e la gestione dei trigger relativi al disturbo (Koven & Abry, 2015). Come per la maggior parte dei disturbi psicologici e psichiatrici (e, in particolare, per i DCA), un intervento multidisciplinare, che integra approcci diversi, si rivela essere il migliore: oltre alla CBT, infatti, nella terapia per l'ON si utilizzano anche sedute di counselling nutrizionale (Herrin & Larkin, 2013), tecniche che fanno riferimento all'*intuitive eating* (Linardon, 2021), trattamenti *acceptance-based* e di *mindfulness* (Moskowitz, Schechter & Sala, 2023) oltre che, come per i DCA, interventi di tipo sistemico-famigliare incentrati

sul coinvolgimento della cerchia degli affetti del paziente e sul supporto alla famiglia (Fleming, Le Brocque & Healy, 2021).

Capitolo 2: Costrutti Trans-Diagnostici

Avendo parlato dell'ON e degli altri disturbi oggetto della presente ricerca, si passa ora all'analisi di quei costrutti che sono stati osservati correlare frequentemente sia con l'ON, che con i DCA e il DOC: lo studio di questi costrutti trans-diagnostici, comuni a tutte e tre le manifestazioni disfunzionali menzionate, infatti, è fondamentale per comprendere al meglio le sfaccettature delle diverse sintomatologie. Nonostante in letteratura siano emersi, in riferimento a tali disturbi, svariati tratti personologici e comportamentali di questo tipo, i costrutti trans-diagnostici indagati dal presente elaborato sono il perfezionismo, la paura di perdere il controllo e la presenza di difficoltà nella regolazione emotiva; costrutti, questi, la cui rilevanza nella psicopatologia dell'ON è stata altresì confermata da svariate ricerche (Vuillier et al., 2020; Tabri et al., 2022; Novara et al., 2023).

2.1 Il Perfezionismo

Tratti relativi al costrutto del perfezionismo sono stati visti correlare con la gravità della sintomatologia dei DCA (Ralph-Nearman, Williams, Ortiz & Levinson, 2024), del DOC (Pinto, Dargani, Wheaton, Cervoni, Rees & Egan, 2017) e dell'ON (Miley, Egan, Wallis & Mantzios, 2022; Mahfoud et al., 2023; Novara et al., 2023). Partendo dalla definizione di questo costrutto, Frost e colleghi (1990) descrivono il perfezionismo come costrutto personologico complesso e multidimensionale, in cui aspetti diversi risultano più o meno rilevanti a seconda delle caratteristiche individuali dell'individuo, dell'ambiente nel quale esso è inserito e della sintomatologia psicopatologica in comorbidità. Partendo dalla definizione proposta da Frost e colleghi (1990), in letteratura si osserva una sostanziale unanimità nel sostenere che, per poter effettivamente parlare di perfezionismo, sia, innanzitutto, necessaria la presenza di auto-imposizione, da parte del soggetto, di standard personali particolarmente elevati e dalla tendenza ad un'autocritica rigida e severa (Pinto et al., 2017). Sono altresì presenti, in letteratura, varie sfaccettature relative ad una tendenza al perfezionismo, che variano dal perfezionismo come tratto personologico (Frost, Marten, Lahart & Rosenblate, 1990), alla presenza di tratti perfezionistici

eterodiretti (derivanti da altre persone e, principalmente, dall'ambiente familiare) a manifestazioni di perfezionismo socialmente prescritte (Hewitt, Flett, Turnbull-Donovan & Mikail, 1991). In particolare, Hewitt & Flett (1990) identificano tre dimensioni cardine di questo costrutto, che può dunque essere concettualizzato come composto da: perfezionismo autodiretto (caratterizzato da standard personali elevati o irrealistici, dai grandi sforzi messi in pratica nel tentativo di raggiungere questi standard, dalla presenza di iper-attenzione agli errori e da episodi di emotività negativa legati al mancato raggiungimento dei propri ideali), perfezionismo eterodiretto (che si manifesta attraverso la frequente imposizione di questi standard anche agli altri, all'investimento di grandi aspettative sulle figure relazionali significative e al giudizio negativo dell'altro qualora esso non dovesse raggiungere tali aspettative) e perfezionismo socialmente prescritto (ossia la convinzione che gli altri abbiano grandi aspettative verso il soggetto, con conseguente paura del giudizio e della delusione altrui) (Hewitt & Flett, 1990). In generale, la letteratura identifica due dimensioni principali di perfezionismo, le cui manifestazioni possono quindi essere relative agli sforzi messi in atto per raggiungere la perfezione (*perfectionistic strivings*, PS), oppure riguardanti le preoccupazioni riguardanti il perfezionismo (*perfectionistic concerns*, PC) (Kim, Chen, MacCann, Karlov & Kleitman, 2015; Haynos et al., 2018); a tal proposito, studi mostrano che, mentre la prima, che può essere sia adattiva che maladattiva, riguarda principalmente la presenza di standard personali elevati e di aspirazioni alla perfezione, la seconda, prevalentemente maladattiva, concerne la paura di commettere errori, la paura del giudizio altrui e l'emotività negativa legata al mancato raggiungimento dei propri standard (Novara et al., 2023). Parallelamente a tale modello multidimensionale del perfezionismo, che comprende sia il perfezionismo adattivo che la dimensione disadattiva di questo costrutto, alcuni autori descrivono invece la dimensione del perfezionismo clinico come monodimensionale e sostanzialmente maladattiva (Bieling, Israeli & Antony, 2004; Huynh, Miles & Nedeljkovic, 2023). Hewitt & Flett (2015) sostengono poi che, nonostante la dimensione del 'perfezionismo positivo' possa effettivamente favorire, in alcuni periodi della vita dell'individuo, un miglior adattamento al contesto, tale caratteristica può diventare maladattiva in concomitanza con l'insorgenza di una psicopatologia o di situazioni ambientali stressanti o particolarmente sfidanti (Flett & Hewitt, 2015); a tal proposito, in un articolo pubblicato nel 2002 dagli stessi autori, si

sostiene l'ipotesi di una concettualizzazione del perfezionismo come costrutto dicotomico che si attiva principalmente in situazioni di stress (Hewitt & Flett, 2002).

Per quanto riguarda il rapporto di questo costrutto con le manifestazioni psicopatologiche prese in considerazione dal presente elaborato, svariate ricerche ne evidenziano la rilevanza come fattore di rischio e di mantenimento della sintomatologia di questi disturbi. Partendo dai DCA, tutte le dimensioni del perfezionismo (adattivo, maladattivo e clinico) sono state osservate correlare con la gravità dell'alimentazione disfunzionale: in particolare, studi recenti evidenziano alti livelli di perfezionismo in pazienti con AN e BN e maggior presenza di perfezionismo maladattivo in individui con AN e BN rispetto a pazienti con altre diagnosi psicopatologiche (Dahlenburg, Gleaves & Hutchinson, 2019; Longo, Bevione, Amodeo, Martini, Panero & Abbate-Daga, 2024). Inoltre, la recente metanalisi condotta da Vicent e colleghi (2023) mette altresì in evidenza il ruolo dei costrutti relativi al perfezionismo nella strutturazione e nell'esacerbazione della sintomatologia da BED (Vicent, González, Quiles & Sánchez-Meca, 2023). In generale, nella pratica clinica è frequente osservare come, in pazienti con DCA, le regole alimentari e la strutturazione di ideali relativi al peso o alle forme del corpo diventino il fulcro delle credenze e dei comportamenti perfezionistici, con il raggiungimento (o il mancato raggiungimento) di tali ideali come metro del giudizio personale (spesso, di sé tanto quanto degli altri) (Ralph-Nearman et al., 2024). Allo stesso modo, il pensiero dicotomico, derivante da uno schema cognitivo di tipo perfezionistico (*“o faccio in modo perfetto, o evito di fare”*), è stato visto correlare con la gravità della sintomatologia da DCA (Ralph-Nearman, Hooper & Filik, 2021).

Come accennato poco sopra, tratti di perfezionismo sono frequentemente presenti anche in individui con diagnosi di DOC, e la presenza di questi tratti è altresì stata confermata come fattore ostacolante nell'intervento terapeutico per il disturbo (Pinto, Liebowitz, Foa & Simpson, 2011). Rapporti di correlazione positiva sono stati riscontrati tra sintomatologia da DOC e tratti perfezionistici, e individui con DOC presentano livelli di perfezionismo (autodiretto, eterodiretto e socialmente prescritto) significativamente elevati se paragonati a soggetti non patologici, con maggiori riscontri nell'ambito dell'eccessiva preoccupazione verso gli errori e dei dubbi relativi alle azioni (Pinto et al., 2017). Ulteriori ricerche riportano inoltre il ruolo del perfezionismo nel predire la severità e la pervasività di alcune delle manifestazioni sintomatologiche tipiche del DOC (quali il

washing, il *checking* e l'*ordering*) (Wu & Cortesi, 2009), nonché l'importanza di questi comportamenti, in bambini con DOC, nel predire tendenze perfezionistiche nei genitori (Calvo, Lázaro, Castro-Fornieles, Font, Moreno & Toro, 2009). Il perfezionismo presenta inoltre forti rapporti di correlazione anche con altri disturbi della sfera ossessivo-compulsiva, come il DOCP, il DDC (Pinto et al., 2017), e la Vigoressia (Arslan, Ayhan, Sarıyer, Çolak & Çevik, 2022).

Partendo dall'analisi della rilevanza di questo costrutto nello studio e nel trattamento sia dei DCA che del DOC, non stupisce riscontrare maggiori livelli di perfezionismo anche in individui con ON. Dalle ricerche di Barnes & Caltabiano (2017) si evince come tutti gli aspetti del perfezionismo si caratterizzino come fattori di rischio e di mantenimento nella sintomatologia ortoressica, e ulteriori studi confermano l'associazione tra ON le varie dimensioni del perfezionismo (Barnes & Caltabiano, 2017; Mahfoud et al., 2023); in particolare, Miley e colleghi (2022) riportano come, nonostante l'ON sembri correlare con tutti gli aspetti del perfezionismo indagati, la dimensione legata alla rigidità delle tendenze perfezionistiche è quella che maggiormente predice la severità dei sintomi ortoressici (Miley et al., 2022): questo tipo di perfezionismo rigido, che comporta anche bassi livelli di cooperazione, è stato visto correlare particolarmente anche con tendenze ossessivo-compulsive e con i DCA di tipo restrittivo (Loscheider, 2016). A tal proposito, una recente ricerca, condotta da Novara e colleghi (2023) analizza vari aspetti di questo costrutto in relazione con l'ON, con lo scopo di rilevare quali tra le molteplici dimensioni del perfezionismo meglio rappresentassero l'ON: dai risultati di tale ricerca, emerge una significativa associazione tra una maggiore sintomatologia ortoressica e gli aspetti del perfezionismo riconducibili sia ad alti standard personali e alla ricerca autodiretta della perfezione (*perfectionistic strivings*, PS), sia alla tendenza a dubitare delle proprie azioni, a temere gli errori e del giudizio degli altri e a manifestare emotività negativa quando qualcosa non è 'perfetto' (*perfectionistic concerns*, PC); emerge altresì associazione tra ON e gli aspetti del perfezionismo legati ai DCA (perfezionismo autodiretto e socialmente prescritto) e al DOC (convizione che sia necessario fare le cose in modo perfetto, e che anche il minimo errore possa comportare gravi conseguenze), confermando la rilevanza del perfezionismo come costrutto trans-diagnostico (Novara et al., 2023).

Non è difficile dunque supporre come, in persone con ON, maggiori tratti perfezionistici si traducano in maggiore rigidità nella strutturazione e nell'aderenza alla dieta (esacerbata

dagli standard personali particolarmente elevati), maggiore investimento di tempo e di risorse nella ricerca e nella preparazione del cibo (con lo scopo di prevenire errori alimentari, considerati estremamente dannosi per la salute) e più pervasiva ritualizzazione delle abitudini alimentari (nata dalla credenza che la perfetta e rigorosa aderenza alla dieta sia, effettivamente, auspicabile e possibile); ed è altresì lecito ipotizzare che, come nel caso dei DCA e del DOC, la presenza di alti livelli di perfezionismo possa strutturarsi come ostacolo alla messa in discussione dei pensieri ortoressici e, in generale, al trattamento dell'ON (Novara et al., 2023).

2.2 La Paura di Perdere il Controllo

I costrutti relativi al controllo sono stati ampiamente studiati in letteratura, dimostrandosi altresì rilevanti nella psicopatologia di un gran numero di disturbi, che includono, ma non si limitano a condizioni quali i DCA, i disturbi ossessivo-compulsivi, i disturbi relativi alla sfera ansioso-depressiva, i disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti, e altri. Nonostante tutti i costrutti che fanno riferimento al controllo siano importanti nella psicopatologia e nei relativi trattamenti, nella presente ricerca si prende in considerazione principalmente l'aspetto legato alla paura di perdere il controllo. Effettivamente, non è raro, nella pratica clinica, che pazienti con varie sfumature di disagio psicologico riportino paure relative alla perdita di controllo su vari aspetti (cognitivi, fisiologici, contestuali, comportamentali ed emotivi) della loro vita, e una recente ricerca di Radomsky (2022) ne conferma l'associazione con diverse psicopatologie, mettendo altresì in evidenza come tali paure possano riguardare sia la perdita stessa di controllo, sia l'incapacità di riacquisire il controllo dopo averlo perso. Lo stesso autore riporta poi come psicopatologie diverse facciano emergere aspetti diversi relativi alla perdita di controllo; mentre le paure relative alla perdita di controllo di pazienti con DOC possono riguardare la perdita di controllo sui propri pensieri e sul proprio ambiente, individui con manifestazioni tipiche dei DCA potrebbero temere maggiormente di perdere il controllo sui propri comportamenti (Radomsky; 2022).

Costrutto centrale nella psicopatologia dei DCA e del DOC, il controllo si struttura come variabile importante anche nell'analisi dell'ON, associandosi all'intensità delle

manifestazioni cognitive e comportamentali di tipo ortoressico. Per quanto riguarda, innanzitutto, il rapporto con i DCA, dalla letteratura emerge, in pazienti con questo tipo di diagnosi, la frequenza e severità dei pensieri e delle sensazioni relative ad una generale mancanza di (o, paura di perdere il) controllo non solo sull'alimentazione, sul peso o sulle proprie forme corporee, bensì su vari aspetti della vita (Sassaroli, Gallucci & Ruggiero, 2008). Mentre Tiggemann e Raven (1998), infatti, suggeriscono come soggetti con diagnosi da DCA non esibiscano particolare interesse verso il controllo e la manipolazione dell'altro, secondo altri autori le manifestazioni sintomatologiche tipiche dei DCA potrebbero essere usate, da alcuni di questi pazienti, come strumento di controllo (più o meno consapevole) anche sulle persone facenti parte della cerchia stretta di amici e familiari (Froreich, Vartanian, Grisham & Touyz, 2016). In diversi studi, la paura di perdere il controllo si delinea come il predittore più forte e significativo sia per la severità delle manifestazioni tipiche dei DCA in una popolazione clinica, che per la presenza di alimentazione disfunzionale in un campione tratto dalla popolazione generale (Tiggemann & Raven, 1998); tale correlazione tra sintomatologia da BN e AN e la paura di perdere il controllo viene altresì riportata anche da studi più recenti, che ipotizzano come, in pazienti che percepiscono uno scarso controllo su diverse aree della propria vita, il focus sul comportamento alimentare diventi veicolo principale atto ad aumentare la propria percezione di controllo, strutturandosi sia come uno dei principali fattori di mantenimento del DCA, sia come strumento di coping per far fronte alla generale e pervasiva paura di perdere il controllo sul proprio ambiente (Ricca, Castellini, Fioravanti, Sauro, Rotella, Ravaldi, Lazzeretti & Faravelli, 2012; Froreich et al., 2016). A tal proposito, Froreich e colleghi (2016) mettono in luce un rapporto simile anche nella sintomatologia del DOC, nel quale la discrepanza tra desiderio di controllo e controllo percepito potrebbe essere uno dei fattori motivanti il comportamento compulsivo: tali comportamenti, infatti, come le restrizioni o le compensazioni tipiche dei DCA, contribuiscono a lenire il desiderio di controllo, e il disagio relativo alla mancanza di esso, percepito da tali pazienti (che, frequentemente, esibiscono anche tratti riconducibili ai costrutti del perfezionismo). Effettivamente, questi autori sottolineano l'associazione tra le dimensioni di controllo rilevanti nella psicopatologia dei DCA e i sintomi ossessivo-compulsivi, riportando come la paura di perdere il controllo (in particolare, sui pensieri e

sulle emozioni) sia il predittore più importante della severità delle manifestazioni del DOC (Foreich et al., 2016).

Studi recenti evidenziano, in individui con manifestazioni riconducibili ai DCA e al DOC, l'associazione di questo costrutto con un'idea del sé e del proprio valore personale principalmente incentrata sull'apparenza, sull'aspetto fisico, sulla perfezione e sul raggiungimento di standard elevati (Ricca et al, 2012; Forrest, Perkins, Lavender & Smith, 2019); a tal proposito, Tabri e colleghi (2022) ipotizzano come un meccanismo simile possa strutturarsi in pazienti con ON, nei quali la paura di perdere il controllo sull'alimentazione si assocerebbe ad una valutazione del sé che si basa sul raggiungimento e sul mantenimento di un buono stato di salute (Tabri et al., 2022); questi autori sottolineano dunque che, in persone con idea del sé incentrata sul peso e sulle forme del corpo, la paura di perdere il controllo sull'alimentazione possa fungere da meccanismo di mantenimento di DCA quali AN e BN, mentre in presenza di un'idea del sé basata sulla salute, tali paure sarebbero potenziali fattori di mantenimento dell'ON. Sarebbe dunque lecito ipotizzare come la paura di perdere il controllo sull'alimentazione e sulla qualità degli alimenti (e, conseguentemente alle convinzioni relative all'iper valutazione del ruolo di queste variabili sulla salute, anche sul proprio benessere generale) sia uno dei fattori sottostanti l'aderenza ortoressica alla dieta e la grande quantità di tempo e di risorse investita in essa (McGovern et al., 2021). Come riportato, infatti, nell'articolo di Ng e colleghi (2024), individui che esibiscono manifestazione cliniche riconducibili alla sfera ortoressica pongono grande importanza sul controllo della qualità (piuttosto che, come nel caso dei DCA, della quantità) del cibo assunto, e tendono a percepire qualsiasi "sgarro" alimentare come fallimento nell'autocontrollo ed effettiva perdita di controllo (Ng et al., 2024). L'associazione tra costrutti relativi al controllo e ON viene altresì riportata anche da Novara e colleghi (2017) in un articolo che concerne la validazione del test EHQ-21 per l'assessment dell'ON in una popolazione italiana, nel quale si sottolinea che la percezione di mantenere il controllo sulla dieta e sulla qualità degli alimenti viene esperita da individui ortoressici come estremamente gratificante (con vari item del test che rilevano questa tipologia di sensazione come facente parte della sintomatologia ortoressica) (Novara et al., 2017). Inoltre, alcuni autori ipotizzano come la perdita del controllo alimentare possa altresì dar vita ad una serie di risposte emotive negative, esacerbate dalle convinzioni legate alle conseguenze nocive sulla salute e dalla percezione

di fallimento personale (Thorne et al., 2023); conseguentemente, soggetti ortoressici sperimenterebbero frequentemente la paura di perdere nuovamente tale controllo, che si delinerebbe così anche come ulteriore ostacolo ad un qualsiasi trattamento centrato sulla messa in discussione delle idee tipiche dell'ON (Donini et al., 2022).

2.3 Difficoltà nella Regolazione Emotiva

L'ultimo tra i costrutti presi in esame dalla presenta ricerca fa riferimento alla sfera della regolazione emotiva e, in particolare, alla difficoltà sperimentate in tale ambito. Lo scarso accesso a strategie di regolazione emotiva, unito a basse capacità di tolleranza, riconoscimento e accettazione delle emozioni, è spesso identificato come uno dei maggiori fattori di rischio per lo sviluppo di un gran numero di difficoltà psicologiche e comportamenti clinicamente rilevanti.

Deficit nella regolazione e nella gestione dell'emotività sono stati associati alla severità della sintomatologia dei disturbi legati all'alimentazione disfunzionale, con ricerche che mettono in evidenza la correlazione tra disregolazione emotiva e DCA quali il BED, la BN e l'AN (Pinaquy, Chabrol, Simon, Louvet, Barbe, 2003; Leppanen, Brown, McLinden, Williams, Tchaturia, 2022). Individui con diagnosi da DCA esibiscono altresì deficit non solo nella regolazione emotiva, ma anche nell'accettazione e nel riconoscimento di emozioni diverse, nonché nella capacità di cambiare e modificare il proprio stato emotivo (Ruscitti, Rufino, Goodwin & Wagner, 2016). Un'altra caratteristica comune in pazienti con diagnosi da DCA è la scarsa tolleranza per l'emotività (e, in particolare, per l'emotività negativa), per cui l'eccessiva assunzione di cibo o l'estrema restrizione vengono utilizzate come primarie e inflessibili strategie disfunzionali di controllo emotivo (Cole & Diaz, 2024). Effettivamente, uno dei comportamenti più frequenti in individui che presentano sia difficoltà nella regolazione emotiva, sia condotte alimentari disfunzionali, è l'alimentazione emotiva (o *emotional eating*), ossia la tendenza a modificare il proprio comportamento alimentare in risposta alle emozioni. Nonostante associazioni con questo tipo di comportamento siano state riscontrate sia per il BED (Pinaquy et al., 2012), che per la BN e l'AN (Meule et al., 2021; Leppanen et al., 2022), Meule e colleghi (2021) specificano come disturbi diversi

presentino differenti dimensioni di *emotional eating*. Nella BN, ad esempio, si riscontra una tendenza a mangiare di più in risposta ad emozioni negative (*negative emotional eating*), mentre le emozioni positive comportano una minor assunzione di cibo; al contrario, individui con AN riportano una tendenza opposta (*positive emotional eating*), con aumentata assunzione di cibo conseguente a emozioni positive e comportamenti alimentari restrittivi che emergono in risposta a emozioni negative (Meule et al., 2021). Ad ulteriore conferma della rilevanza di questi costrutti nello studio e nel trattamento di difficoltà psicologiche legate all'alimentazione, Trompeter e colleghi (2021) ne riportano l'importanza all'interno di un modello trans-diagnostico dei disturbi alimentari basato sull'approccio cognitivo-comportamentale (modello CBT-E). Secondo questo modello, infatti, un intervento terapeutico basato sul fronteggiamento della disregolazione emotiva sarebbe particolarmente indicato in individui con comportamenti alimentari restrittivo-anoressici (Trompeter, Bussey, Forbes & Mitchison, 2021); partendo da tale considerazione e dalle similitudini nelle manifestazioni sintomatologiche dell'AN e dell'ON, sarebbe lecito ipotizzare la rilevanza trans-diagnostica dei costrutti relativi alla disregolazione emotiva nel trattamento clinico dell'ON.

Avendo appurato il ruolo delle difficoltà legate alla sfera emotiva nella strutturazione e nel mantenimento dei DCA, alcuni studi si domandano, infatti, se tali disfunzioni possano delinearci come costrutti trans-diagnostici rilevanti anche nella ricerca e nel trattamento dell'ON. Come per i DCA, varie ricerche riscontrano una generale disregolazione di processi emotivi e una minor capacità di riconoscimento e controllo delle emozioni in soggetti con ON (Vuillier et al., 2020; Obeid, Hallit, Akel & Brytek-Matera, 2021); ricerche più recenti supportano questi risultati, aggiungendo come la presenza di difficoltà nella regolazione emotiva possa fungere da predittore della severità e pervasività della sintomatologia ortoressica (Demirgöl & Rigó, 2023). Parallelamente, almeno due studi mettono in evidenza una correlazione positiva tra le manifestazioni ortoressiche e la presenza di *negative emotional eating* (Barthels et al., 2019; Davies, Kalika, Hussain, Egan & Mantzios, 2022), per cui (come capita frequentemente nell'AN), il comportamento restrittivo ortoressico si assocerebbe a emozioni positive, mentre forti emozioni negative vengono associate ad episodi di soggettiva perdita di controllo alimentare. A sostegno della rilevanza trans-diagnostica dell'*emotional eating* nella psicopatologia dell'ON, Miley e colleghi riscontrano, in soggetti ortoressici, minore

tendenza alla *mindful eating* (la capacità di prestare attenzione critica e senza giudizio all'esperienza alimentare e alle relative emozioni e sensazioni) che, a sua volta, è stata osservata associarsi negativamente all'alimentazione emotiva (Miley et al., 2022). L'assessment di deficit nella regolazione emotiva è fondamentale non solo nella ricerca, ma anche nel trattamento clinico dell'ON: Gerges e colleghi (2023) suggeriscono infatti come, in soggetti ortoressici, la mancanza di strategie adattive efficaci per gestire la sfera emotiva sia uno dei fattori che rinforzano il comportamento alimentare restrittivo (percepito come la modalità di controllo più efficace sulle proprie emozioni): la messa in atto di questo comportamenti, infatti, verrebbe utilizzata come strategia per promuovere sia emozioni positive, sia la propria percezione di controllo e valore personale (Gerges, Azzi, Bianchi, Laghi, Pompili, Malaeb, Obeid, Soufia & Hallit, 2023). Come conseguenza di ciò, l'insegnamento di tecniche adattive di regolazione emotiva e l'intervento clinico mirato sul riconoscimento, sull'accettazione, sulla tolleranza e sulla gestione dell'emotività vengono annoverate tra gli interventi clinici atti alla progressiva riduzione della severità delle manifestazioni ortoressiche (Gerges et al., 2023).

Capitolo 3: La Ricerca

3.1. Obiettivi e Ipotesi di Ricerca

Il presente lavoro si inserisce in un progetto di ricerca cross-culturale più ampio, nato con lo scopo di indagare la presenza di possibili relazioni tra l'ON, differenti disturbi psicologici o psichiatrici, altri costrutti trans-diagnostici e abitudini e motivazioni alimentari in due diversi campioni, composti uno da studenti universitari italiani, e l'altro da studenti universitari polacchi. Nell'approfondimento oggetto di questo elaborato, invece, verrà analizzato un campione unicamente italiano, all'interno del quale verranno indagate le relazioni tra l'ON e i DCA, il DOC, il perfezionismo, le credenze relative alla perdita di controllo, l'alimentazione emotiva (*emotional eating*), le abitudini alimentari e le motivazioni sottostanti le scelte alimentari dell'individuo (*motivational eating*).

Basandosi sul primo criterio diagnostico condiviso dell'ON (Donini et al., 2022) si ipotizza, in persone che manifestano una sintomatologia riconducibile al disturbo, la presenza di schemi cognitivi disfunzionali legati a un'eccessiva preoccupazione per l'alimentazione sana, all'evitamento o alla restrizione di alcune categorie alimentari e alla presenza di un set di regole che riguardano l'assunzione e/o la preparazione del cibo. In particolare, per quanto riguarda il rapporto tra ON e una sintomatologia più propriamente attribuibile a manifestazioni psicopatologiche di DCA, si ipotizza, coerentemente con i risultati emersi in letteratura, la presenza di comportamenti alimentari restrittivi e forti preoccupazioni riguardanti il cibo. Ci si aspetta invece punteggi più bassi in item che riguardano più propriamente episodi di alimentazione incontrollata, la messa in atto di condotte compensative, la paura di ingrassare e la presenza di problematiche riguardanti l'immagine corporea; comportamenti, questi, tipici di DCA che, pur presentandosi occasionalmente in comorbidità con l'ON, non dovrebbero costituirne il fulcro (Morozet et al., 2015; Rania et al., 2021; Zagaria, Vacca, Cerolini, Ballesio & Lombardo, 2022).

Partendo dal lavoro di Bratman (1997), che definisce i pensieri e le credenze sul cibo tipiche dell'ON come ego-sintoniche e non intrusive, e, come menzionato da Alvarenga

e colleghi (2014) a proposito del livello di insight esibito dai pazienti ortoressici, ci si aspetta debole correlazione tra i pensieri e le credenze di tipo ortoressico e le manifestazioni da DOC (Alvarenga, Koritar, Pisciolaro, Mancini, Cordás & Scagliusi, 2014; Zagaria et al., 2022). Come suggerito poi dalle ricerche di Novara e colleghi (2021), l'ON sembra condividere con il DOC sia la presenza di abitudini ritualizzate e di comportamenti rigidi (che, spesso, portano un individuo ortoressico a sperimentare problemi quali, ad, esempio, l'iper-investimento di tempo e di risorse nella ricerca e preparazione del cibo e l'evitamento di situazioni sociali), sia la presenza di forti emozioni in risposta a questi comportamenti (emozioni che possono essere positive o negative come conseguenza, rispettivamente, della trasgressione delle proprie regole alimentari o della corretta aderenza alla dieta); di conseguenza, ci si aspetta di trovare una relazione tra i problemi e le emozioni legati all'ON e la sintomatologia da DOC.

In linea con la concettualizzazione del perfezionismo come costruito trans-diagnostico tra ON, DCA e DOC, si ipotizza poi una correlazione positiva tra ON, tendenze perfezioniste e preoccupazioni legate al perfezionismo. Come evidenziato dalle ricerche di Novara et al. (2023), infatti, entrambe gli aspetti del perfezionismo si possono strutturare come fattori di rischio e di mantenimento per l'ON, oltre che per i DCA (Ralph-Nearman et al., 2024; Fekih-Romdhane, Pardini, Hallit, Novara & Brytek-Matera, 2024) e per il DOC (Moretz & McKay, 2008; Pinto et al., 2017). In particolare, coerentemente con quanto emerso dalle precedenti ricerche (Novara et al., 2021; Brytek-Matera et al., 2022; Novara et al., 2022; Mahfoud et al., 2023), si ipotizza di osservare la presenza un legame tra perfezionismo 'positivo' (caratterizzato da altri standard personali, alti livelli di organizzazione e ricerca della perfezione), perfezionismo 'negativo' (dubbi e paure legate al fallimento, al non raggiungimento di standard elevati e alla critica dell'altro) e la presenza di tratti ortoressici.

Partendo dagli studi che suggeriscono come il costruito trans-diagnostico della paura di perdere il controllo (e, in particolare, di perdere il controllo sull'alimentazione) possa costituire un fattore di rischio e di mantenimento sia nei DCA e nel DOC (Tiggemann & Raven, 1998; Ricca et al., 2012; Froleich et al., 2016), che nell'ON (Tabri et al., 2022), si ipotizza di riscontrare un rapporto di questo tipo anche all'interno di questo campione. In particolar modo per quanto riguarda la relazione tra i vari aspetti dell'ON (ossia le convinzioni tipiche di un paziente ortoressico, e i problemi e le emozioni legate alla

patologia), la paura di perdere il controllo (e, più precisamente, di perdere il controllo sui propri comportamenti e sulle proprie emozioni) e l'importanza di mantenere questo controllo.

Svariate ricerche supportano l'associazione tra, disregolazione emotiva, *emotional eating* e comportamenti alimentari patologici, tra cui il BED (Pinaquy et al., 2003), la BN e l'AN (Meule et al., 2021; Leppanen et al., 2022). Per quanto riguarda il rapporto con l'ON, nonostante Strahler et al. (2018) non abbiano trovato particolare relazione tra le due, ricerche più recenti suggeriscono la presenza di un'associazione tra la tendenza atipica a utilizzare il cibo come risposta alle emozioni negative e l'intensità delle manifestazioni ortoressiche (Barthels et al., 2019). Davies e colleghi, in uno studio del 2022, indagano la relazione tra l'ON ed episodi di alimentazione emotiva in risposta ad emozioni negative (*negative emotional eating*) e positive (*positive emotional eating*), riscontrando una correlazione positiva con la prima e un'interessante correlazione negativa con la seconda (Davies et al., 2022), che mostra come i soggetti ortoressici tendano a ricorrere all'alimentazione principalmente come modalità di controllo delle emozioni negative e come, al contrario, utilizzare il cibo come risposta alle emozioni positive possa essere un fattore di protezione per l'ON. Effettivamente, soggetti con DCA e ON sono stati spesso osservati esibire una scarsa consapevolezza alimentare (*mindful eating*) (Miley et al., 2022), una ridotta attitudine a riconoscere e controllare propriamente le emozioni, e una generale disregolazione nei processi emotivi (Vuillier et al., 2020; Obeid et al., 2021). Inoltre, la presenza di emozioni negative e di colpa viene spesso sperimentata da soggetti ortoressici come risposta all'assunzione di quantità o tipologie di cibo 'proibito' (Thorne et al., 2023). Il rapporto tra emozioni e ON si suppone seguire questo andamento anche all'interno del presente campione, dove si ipotizza riscontrare, all'aumentare dell'intensità dell'ON, una minor capacità di riconoscimento e accettazione delle proprie emozioni e un aumento dell'alimentazione emotiva negativa e della difficoltà nella regolazione delle emozioni.

Per quanto riguarda infine le ultime due ipotesi di ricerca, ci si aspetta che le scelte, le motivazioni e le abitudini alimentari dell'individuo siano particolarmente influenzate dalle convinzioni tipiche dell'ON (come, per esempio, la convinzione che la propria dieta sia migliore di quella degli altri, o che le proprie conoscenze rispetto all'alimentazione sana siano superiori alla media), oltre che dai problemi e dalle emozioni relative alla

stessa, coerentemente con la definizione stessa di ON e con le ricerche già presenti in letteratura (Brytek-Matera, Czepczor-Bernat, Jurzak, Kornacka & Kołodziejczyk, 2019; Barthels et al., 2020). In particolar modo, riferendosi alle abitudini alimentari, si ipotizza di osservare una maggiore severità della sintomatologia ortoressica in persone che riportano di essere maggiormente interessate all'alimentazione sana, light o naturale, e meno interessate ai cibi dolci e all'utilizzo del cibo come ricompensa. Per quanto riguarda invece le motivazioni sottostante queste scelte e abitudini, si ipotizza una relazione positiva tra ON e motivazioni incentrate sulla salute (in concomitanza con l'*emotional eating*, come supposto poco sopra), piuttosto che motivazioni riguardanti aspetti pecuniari, etici e socioculturali legati al cibo.

3.2 Metodologia di Ricerca

3.2.1 Modalità di Raccolta Dati

L'analisi oggetto del presente lavoro riguarda un campione tratto dalla popolazione generale italiana. I partecipanti, tutti volontari, sono stati reclutati tramite contatto diretto con lo studente autore dell'elaborato, oppure attraverso canali social media e applicazioni di messaggistica online (*WhatsApp, Instagram, Telegram*). L'indagine dei costrutti si è avvalsa della somministrazione di una batteria di questionari, composta da otto test già presenti in letteratura e validati per una popolazione italiana; all'interno della batteria è stata inoltre inserita una serie di domande riguardanti le caratteristiche demografiche del soggetto partecipante. Il questionario, programmato dall'autore del presente elaborato sul software di somministrazione *Qualtrics*, è stato fornito ad ogni partecipante tramite un link di accesso inviato sulle piattaforme sopra menzionate, o con un *QR-Code* scannerizzabile dalla fotocamera del cellulare. La compilazione, di durata compresa indicativamente tra i 30 e i 45 minuti, prevedeva la presa di visione di un modulo iniziale contenente tutte le informazioni riguardanti la ricerca, i diritti del partecipante e le modalità e finalità del trattamento dei dati personali dello stesso (protocollo approvato dal Comitato Etico; codice del progetto: *95-d*). Tutti i partecipanti hanno, tramite l'apposizione di una firma digitale, prestato il proprio consenso informato sia per quanto riguarda la partecipazione alla ricerca, sia per il trattamento dei dati; inoltre, per garantire

la massima riservatezza, integrità e confidenzialità nel trattamento dei dati personali, ad ogni partecipante è stato assegnato un codice identificativo randomizzato. Infine, data la natura e il contenuto di alcune domande, che indagavano in modo specifico possibili tendenze autolesioniste e/o suicidarie, il partecipante veniva invitato a fornire un indirizzo e-mail: in caso di riscontro del rischio/intenzione suicidaria, infatti, il partecipante poteva essere contattato dalla responsabile della ricerca con lo scopo di offrire una consulenza rispetto a quanto emerso durante la compilazione.

3.2.2 Caratteristiche del Campione

Per quanto riguarda i criteri di esclusione, è stato scelto di raccogliere un campione con range di età compreso tra i 18 e i 40 anni. Sono stati quindi esclusi, dai 132 partecipanti iniziali, 3 soggetti che non rientravano in questa categoria (17, 17 e 42 anni); sono state inoltre escluse le compilazioni incomplete di 24 partecipanti e le compilazioni di 5 partecipanti che presentavano evidenti *pattern* di risposta. La scelta di non escludere i partecipanti che riportavano complicanze mediche e/o diagnosi psicologico-psichiatriche verrà discussa a breve.

Il campione così individuato comprende 100 partecipanti, con una distribuzione di genere di 74 donne e 26 uomini. Il range d'età varia dai 19 (min.) ai 36 (max.) anni, con un'età media di 23.91 anni ($ds = 5.77$). Un'analisi sulla distribuzione dell'età rivela una distribuzione leptocurtica ($kurtosi = 4.4$) con una forte asimmetria positiva ($skewness = 1.6$); effettivamente, solo 3 dei 100 partecipanti hanno più di 30 anni (32, 32 e 36). Nonostante una rimozione di questi soggetti avrebbe sicuramente migliorato l'asimmetria, la scelta di mantenere i tre outlier d'età all'interno del campione nasce dall'analisi di diversi studi che non hanno riscontrato particolari relazioni tra ON e differenze d'età, soprattutto per quanto riguarda il range preso in considerazione da questa ricerca (Aksoydan & Camci, 2009; Valera, Acuña-Ruiz, Romero-Valdespino & Visioli, 2014; Bundros, Clifford, Silliman & Morris, 2016; Depa, Schweizer, Bekers, Hilzendege & Stroebele-Benschop, 2017; Grammatikopouou, Gkiouras, Markaki, Theodoridis, Tsakiri, Mavridis, Dardavessis & Chourdakis, 2018; Reynolds, 2018; Turner & Lefevre, 2017). In media, gli anni di istruzione sono 16.92 ($ds = 5.6$), con un range che va da un minimo di 6 anni ad un massimo di 23. Come evidenziato dal grafico **Livello di**

Istruzione riportato nella **Tabella 1**, solo una persona riporta meno di 13 anni di scolarità (6 anni). Il campione riporta un'altezza media di 168cm (ds = 16.3), con distribuzione relativamente normale (skewness = 0.5, kurtosi = 0.4); sono infatti presenti solo 2 soggetti con altezza maggiore di 190cm (192cm e 193cm) e un soggetto con altezza inferiore ai 150cm (143cm). Il peso corporeo medio riportato è di 63.2kg (ds = 22.84), con una distribuzione asimmetrica positiva (skewness = 1.3) e kurtosi = 1.5. Dei 100 partecipanti, 6 hanno riportato un peso corporeo superiore agli 85kg (88kg, 92kg e 98kg), e 3 persone sopra i 100kg (105kg, 105kg e 108kg); 2 soggetti riferiscono invece un peso inferiore a 45kg (42kg e 40kg); un'ipotesi riguardante il peso corporeo medio relativamente basso (se paragonato alla media italiana, che si aggira intorno ai 73kg) potrebbe far riferimento alla grande asimmetria di genere del campione, composto prevalentemente da donne. Infatti, osservando il BMI (Body-Mass Index), il 75% del campione è normopeso (BMI medio = 22.2, ds = 7; con il range normopeso che va da BMI = 18.50 a BMI = 24.99, secondo le indicazioni dell'OMS), l'8% sottopeso (7 sottopeso, $16 < \text{BMI} < 25.99$; 1 in grave magrezza, $\text{BMI} < 15.99$) e il 17% sovrappeso (14 pre-obesi, $25 < \text{BMI} < 29.99$; 2 obesi classe I, $30 < \text{BMI} < 34.99$; 1 obeso classe II, $35 < \text{BMI} < 39.99$) (**Tabella 1**); prendendo in considerazione l'asimmetria di genere, il range d'età del campione e le variazioni di BMI date dalla massa muscolare, questi valori risultano essere coerenti con le statistiche della popolazione generale italiana (Ministero della Salute, 2021; Istituto Nazionale di Statistica, 2024).

Tabella 1	
Distribuzione di Frequenza delle Variabili Sociodemografiche del Campione (n = 100)	
Genere	
Femmina	74
Maschio	26
Età (Anni)	
Minimo	19
1^Quartile	23
Mediana	23
Media	23.91
3^Quartile	25
Massimo	36
Livello di Istruzione (Anni di Frequenza Scolastica)	
Minimo	6
1^Quartile	16
Mediana	18
Media	16.92
3^Quartile	18
Massimo	23
Altezza (cm)	
Minimo	143
1^Quartile	163
Mediana	167.5
Media	168.1
3^Quartile	173
Massimo	193
Peso Corporeo (kg)	
Minimo	40
1^Quartile	55
Mediana	60
Media	63.2
3^Quartile	68
Massimo	108
Body Mass Index (BMI)	
Minimo	14.71
1^Quartile	20.08
Mediana	21.54
Media	22.23
3^Quartile	23.06
Massimo	36

Età

Livello di Istruzione

Body Mass Index

I partecipanti, tutti residenti o cittadini italiani, sono per la maggior parte studenti (76%), coerentemente con le modalità di raccolta dati utilizzate e con il range d'età individuato. Per quanto riguarda l'ambito occupazionale, il 47% del campione riporta attività universitarie e/o lavorative non inerenti ai costrutti indagati nel presente elaborato; dei restanti partecipanti, il 32% riporta invece di lavorare e/o studiare in ambito psicologico, il 3% in ambito sportivo, il 2% in ambito psicologico-sportivo, il 4% di svolgere attività

legate alla nutrizione e all'alimentazione e il 12% attività legate alla salute (**Tabella 2**). La percentuale di partecipanti che si occupano di tematiche inerenti alla psicologia o ad ambiti alimentari è sicuramente da ricondurre alle modalità di raccolta dati, nonché ad un possibile *bias* di interesse per cui persone già interessate ai costrutti presi in analisi sarebbero più propensi ad indagarli ulteriormente tramite la partecipazione alla ricerca.

Tabella 2	
Distribuzione di Frequenza delle Variabili Sociodemografiche del Campione (n = 100)	
<i>Ambiente di vita</i>	
Urbano	72
Periferico	19
Rurale	9
<i>Stato Civile</i>	
Single - Fidanzato/a non convivente	88
Sposato/a - Convivente	11
Separato/a - Divorziato/a	1
<i>Occupazione</i>	
Studente/studentessa	76
Occupata/o a tempo pieno	13
Part-time	6
Disoccupato/a	3
Precario/a	1
Altro	1
<i>Attività professionale o di studio</i>	
Ambito psicologico	32
Ambito psicologico/sportivo	2
Ambito sportivo	3
Attività legate alla salute	12
Ambito alimentare/nutrizionale	4
Altro	47

Per quanto concerne le variabili di benessere psicofisico, riassunte nella **Tabella 3**, il 40% dei partecipanti riporta disagio psicologico in passato, e 24 soggetti su 100 rispondono in modo affermativo alla presenza problematiche psicologiche al momento della compilazione. In totale, 9 individui affermano di aver ricevuto una vera e propria diagnosi di disturbo mentale (in particolare, emergono 6 diagnosi legate a disturbi depressivi e/o disturbi d'ansia, 2 diagnosi di DCA e 1 di DOC), con una percentuale di prevalenza in linea con le evidenze epidemiologiche italiane riportati dall'ISS (Istituto Superiore di Sanità, 2024). Costituendo meno del 10% delle compilazioni, i soggetti con diagnosi conclamata (e quindi appartenenti alla popolazione clinica), sono stati volutamente mantenuti all'interno del campione. Inoltre, 15 partecipanti dichiarano di frequentare

sedute di terapia in modo continuativo, e 5 di assumere psicofarmaci con regolarità (tutti e 5 riportano utilizzo di SSRI con l'aggiunta, in un caso, di farmaci antipsicotici). Il 18% dei soggetti coinvolti nello studio riporta diagnosi mediche, con 3 diagnosi che riguardano in modo più diretto le scelte alimentari dell'individuo, come ad esempio problematiche gastrointestinali o renali. Infine, il 17% partecipanti evidenziano allergie o intolleranze alimentari di vario tipo.

Tabella 3	
Distribuzione di Frequenza delle Variabili Psicofisiche del Campione (n = 100)	
<i>Variabili Psicologiche</i>	
Problematiche psicologiche in passato	40
Diagnosi psicologiche in passato	9
Problematiche psicologiche al momento della compilazione	24
Diagnosi psicologiche al momento della compilazione	2
Utilizzo di psicofarmaci	5
<i>Variabili Mediche</i>	
Diagnosi mediche	18
Diagnosi mediche legate all'alimentazione	3
Allergie/intolleranze alimentari	17

3.2.3 Strumenti di Ricerca e Relative Sottoscale

Come già accennato, lo strumento di raccolta dati consiste in una batteria di questionari, da compilare sul software *Qualtrics*, composta da otto test diversi che indagano tematiche legate all'ON, ai DCA, al DOC, ai costrutti trans-diagnostici e alle motivazioni e abitudini alimentari. Al fine di evitare dati parziali, il software di somministrazione è stato costruito così da non permettere ai partecipanti di proseguire la compilazione senza aver prima risposto a tutte le domande della sezione precedente, con un'opzione di non-risposta inserita per prevenire *bias* derivanti da risposte forzate. Per limitare distorsioni d'ordine, il software è stato impostato in modo da presentare i test, dopo la sezione introduttiva di consenso informatico e scheda anagrafica, in ordine randomizzato. Oltre alla scheda socio-anagrafica, che raccoglie informazioni anamnestiche con particolare attenzione alle abitudini alimentari, gli strumenti utilizzati sono i seguenti:

- 1) *Eating Habits Questionnaire a 21 Item* (EHQ-21; Gleaves et al. 2013; Novara et al., 2017): test self-report a 21 item per l'indagine delle caratteristiche dell'ON, strutturato su scala di risposta Likert a 4 punti (che va da 'Falso,

assolutamente non vero' a 'Assolutamente vero') e basato su 3 fattori (*Convinzioni*: 5 item; *Problemi*: 12 item; *Emozioni*: 4 item). Le sottoscale indagano rispettivamente le convinzioni e conoscenze del soggetto rispetto all'alimentazione sana (*Convinzioni*), i relativi problemi (*Problemi*) e le sensazioni ed emozioni correlate (*Emozioni*). La versione inglese del modello presenta buona consistenza interna (con α tra 0.82 e 0.90) e una buona affidabilità test-retest delle sottoscale (2-4 settimane; r compreso tra 0.72 e 0.81). Il questionario ha inoltre mostrato un'adeguata validità convergente, divergente e di criterio (Gleaves et al., 2013). La versione italiana del test, ottenuta tramite *forward* e *back translation*, evidenzia buona validità e stabilità nel tempo; dallo studio di validazione (Novara et al., 2017), che comprende procedure di analisi fattoriale esplorativa e confermativa, emerge un modello sovrapponibile a quello di Gleaves et al. (2013), con indici di affidabilità adeguati all'utilizzo dello strumento nella popolazione italiana (Modello Totale Italiano: *Comparative Fit Index*, CFI = 0.99; *Non-Normed Fit Index*, NNFI = 0.99; *Root Mean Square Error of Approximation*, RMSEA = 0.05). Rispetto ad altri strumenti costruiti per l'analisi dell'ON (come, ad esempio, il test *ORTO-15*), questo modello indaga in modo più dettagliato e accurato i vari aspetti del disturbo così come differenziati dalle classificazioni diagnostiche discusse nel Capitolo 1. Nel campione analizzato dal presente lavoro, il valore del coefficiente di *alfa di Cronbach* è alto per il totale ($\alpha = 0.92$) e per i fattori *Problemi* ($\alpha = 0.91$) e *Convinzioni* ($\alpha = 0.78$), evidenziando buona consistenza interna sia per il totale che per le due sottoscale. Risulta poi accettabile, anche se più basso, il valore di alfa per la scala che misura le *Emozioni* ($\alpha = 0.64$).

- 2) *Eating Attitude Test a 26 Item* (EAT-26; Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982; Dotti & Lazzari, 1998): test self-report a 26 item per l'assessment della sintomatologia tipica dei Disturbi del Comportamento Alimentare. Lo strumento comprende tre sottoscale (*Dieting*, 13 item, che riflette i pensieri legati alle forme del corpo e la tendenza a evitare cibi ingrassanti; *Bulimia & Food Preoccupation*, 6 item, che prende in considerazione possibili condotte compensative oltre alle problematiche riguardanti l'immagine corporea; e *Oral Control*, 7 item, che indaga comportamenti di controllo legati al cibo), con

domande su scala Likert a 6 punti (da ‘*Mai*’ a ‘*Sempre*’). Dalle analisi fattoriali condotte da Dotti e Lazzari (Dotti & Lazzari, 1998), la versione italiana dell’EAT-26 adotta un modello simile a quello originario di Garner e colleghi (1982) che, nonostante i limiti evidenziati, presenta $\alpha = 0.86$ (a conferma dell’attendibilità del test) e valori specifici per le sottoscale di $\alpha = 0.87$ per la scala *Dieting*, $\alpha = 0.7$ per la scala *Bulimia* e 0.62 per la scala *Oral Control*. Anche l’analisi più recente di Siervo et al. (2005), ne conferma la buona validità del test e l’utilità come strumento di screening per la popolazione italiana generale (Siervo, Boschi, Papa, Bellini & Falconi, 2005). Nel presente campione, la coerenza interna risulta ottima sia per il totale ($\alpha = 0.94$) che per i singoli fattori (*Dieting*: $\alpha = 0.91$; *Bulimia & Food Preoccupation*: $\alpha = 0.82$; *Oral Control*: $\alpha = 0.82$).

- 3) *Obsessive Compulsive Inventory-Revised* (OCI-R; Foa, Huppert, Leiberg, Langner, Kichic, Hajcak, & Salkovskis, 2002; Sica, Ghisi, Altoè, Chiri, Franceschini, Coradeschi & Melli, 2009): strumento self-report che valuta i sintomi del DOC con 18 item suddivisi in 6 fattori, di 3 item ciascuno, legati alle ossessioni (*Mental Neutralizing* e *Obsessing*) e alle compulsioni (*Hoarding*, *Checking*, *Ordering* e *Washing*). Il test si struttura su scala Likert a 5 punti che va da ‘*Per nulla*’ a ‘*Moltissimo*’. La versione *revised* del test, messa a punto da Foa et al. (2002), presenta buona coerenza interna (α che va da 0.72 a 0.93), attendibilità (1-2 settimane; r tra 0.74 e 0.91 per i soggetti DOC, e tra 0.57 e 0.87 per i soggetti non DOC) e capacità discriminativa (Foa et al., 2002). Il modello della versione italiana del test si struttura, come il test originale, in 6 sottoscale con coerenza interna accettabile (valori di α sopra lo 0.7 per tutte le scale tranne *Washing* con 0.6 e *Mental Neutralizing* con 0.61), ottima stabilità temporale (intervallo di un mese, r compreso tra 0.76 e 0.99) ed eccellente capacità discriminativa, così come riportato da Sica e colleghi (Sica et al., 2009; Marchetti et al., 2010). Nel presente studio si ottengono valori in linea con le precedenti ricerche; emerge infatti una buona coerenza interna sul totale ($\alpha = 0.89$) e valori di alfa simili per le sottoscale (più di 0.7 in tutti i fattori, fatta eccezione per le scale *Washing* e *Mental Neutralizing*, che comunque rientrano nel range di accettabilità).

- 4) *Multidimensional Perfectionism Scale* (MPS; Frost et al., 1990; Strober, 1998; Lombardo, 2008): test self-report a 35 item su scala Likert che valuta varie dimensioni (sia adattive che disfunzionali) legate al perfezionismo. Esistono due versioni della MPS: una a 3 fattori costruita da Hewitt e Flett (Hewitt & Flett, 1991), e una a 6 fattori ideata da Frost e colleghi (Frost et al., 1990). In questo lavoro, è stata scelta la seconda versione che si enfatizza gli aspetti individuali e personologici del perfezionismo, contrariamente alla prima che indaga in egual misura gli aspetti autoimposti, eterodiretti e sociali di questa tendenza. La versione originale del test di Frost e colleghi, in lingua inglese, si suddivide quindi in 6 scale (tutte con α che varia da 0.77 a 0.93) che misurano gli standard personali elevati (*Personal Standards*, PS), la preoccupazione per gli errori (*Concern over Mistakes*, CM), i dubbi sulle azioni (*Doubting of actions*, D), le aspettative genitoriali elevate (*Parental Expectations*, PE), le critiche genitoriali (*Parental Criticism*, PC) e la tendenza all'organizzazione e all'ordine (*Organisation*, O). Per quanto riguarda la versione italiana utilizzata in questo elaborato, Lombardo (2008) riporta una maggior stabilità della struttura fattoriale del modello se si riduce il numero di sottoscale (da 6 a 4, come Strober suggeriva anche per il test in inglese): le scale CM e D convergono quindi in un unico fattore (CMD), e lo stesso accade per le scale PE e PC (PEPC) (Strober, 1998; Lombardo, 2008). Ciò considerato, i risultati dello studio di Lombardo indicano come la versione italiana del test così ottenuta (che presenta, come evidenziato dall'autrice, consistenza interna e validità soddisfacenti) possa essere considerata uno strumento affidabile per misurare le tendenze legate al perfezionismo nella popolazione italiana. Anche i valori di consistenza interna per questo campione sono eccellenti (0.92 per il test, e α da 0.82 a 0.92 per i singoli fattori).
- 5) *Beliefs About Losing Control Inventory* (BALCI; Radomsky & Gagné, 2020): strumento self-report a 21 item su scala Likert a 5 punti ideato da Radomsky e Gagné per la misura di credenze disfunzionali legate alla perdita di controllo. Il test è composto da tre fattori che indagano rispettivamente le credenze di perdita di controllo sui propri pensieri, comportamenti ed emozioni (Fattore 1: *Thoughts, Behaviour and Emotions*; TBE), l'importanza di rimanere in

controllo (Fattore 2: *Importance of Staying in Control*; ISC) e la paura di perdere il controllo sulle proprie funzioni corporee (Fattore 3: *Body and Bodily Functions*; BBF). Nell'articolo di validazione di Gagné (2021) sono esposti risultati che mettono in luce buone misure di consistenza interna ($\alpha = 0.93$ sul totale), di attendibilità (33 giorni; $r = 0.68$) e del potere predittivo della versione in lingua inglese del modello, che sembra essere in grado di spiegare una porzione significativa della varianza nei sintomi DOC (Gagné, 2021). La procedura di validazione della traduzione italiana utilizzata in questa ricerca è contenuta nella tesi di Laurea Magistrale di P. Mirzaee (2024), i cui risultati di ricerca sostengono le buone proprietà psicometriche dello strumento e ne supportano la validità ($\alpha = 0.95$ per la scala totale del test) all'interno di un campione studentesco italiano. In questo campione si riscontrano ottime misure di validità sulla scala totale ($\alpha = 0.96$) e sui fattori TBE ($\alpha = 0.97$) e ISC ($\alpha = 0.8$); l'*alfa* della scala BBF è 0.62, valore comunque accettabile che però suggerisce cautela nell'interpretazione dei dati relativi a tale sottoscala.

- 6) *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz & Roemer, 2004; Sighinolfi, Norcini Pala, Chiri & Marchetti, 2010): misura self-report su scala Likert a 5 punti per individuare caratteristici pattern individuali di regolazione delle emozioni. La versione italiana del test, a cura di Sighinolfi e colleghi (2010), presenta alcune differenze rispetto al modello inglese ed è composta da 6 fattori che misurano rispettivamente: le reazioni emotive negative/i sentimenti di non accettazione legati alle proprie emozioni negative (*Mancanza di Accettazione*, MA), la difficoltà ad eseguire compiti quando si provano emozioni negative (*Difficoltà nella Distrazione*, DD), la mancanza di fiducia nel gestire e modulare le proprie emozioni negative (*Mancanza di Fiducia*, MF), la difficoltà a controllare i propri comportamenti quando si provano emozioni negative (*Mancanza di Controllo*, MC), la capacità dell'individuo di riconoscere le proprie emozioni (*Difficoltà nel Riconoscimento*, DR) e la consapevolezza emotiva (*Ridotta Autoconsapevolezza*, RA). Le analisi fattoriali esplorative condotte da Sighinolfi e colleghi portano all'esclusione di 3 item (17, 34, 35): rispetto alla versione inglese, si riconferma quindi la struttura esafattoriale dello strumento, composto però non più da 36, bensì da

33 item. Lo strumento proposto dagli autori italiani spiega una percentuale maggiore di varianza rispetto alla soluzione originale (63.36% contro 55.68%) e presenta un'elevata consistenza interna sul totale ($\alpha = 0,90$) e sulle sottoscale (da 0,74 a 0,88). Nonostante i limiti dello studio (tra cui, la mancanza di una misurazione test-reset), la versione italiana del DERS si conferma di rilevare in modo affidabile le differenti dimensioni riconducibili alla (dis)regolazione delle emozioni negative (Sighinolfi et al., 2010). Nella presenta ricerca si riscontra un'elevata consistenza interna ($\alpha = 0.95$), che si riconferma anche per i singoli fattori (valori di *alfa* compresi tra 0.83 e 0.95).

- 7) *Health and Taste Attitude Scales* (HTAS; Roininen, Lähteenmäki & Tuorila, 1999; Saba et al., 2019): test self-report con risposte su scala Likert a 7 punti che valuta l'importanza attribuita agli aspetti salutari (dimensione *Health*, 3 sottoscale) e al gusto (dimensione *Taste*, 3 sottoscale) del cibo nelle scelte alimentari. Rispetto alla proposta originale (Roininen et al., 1999), nella traduzione italiana del test è stato rimosso un fattore (scala *Pleasure*, $\alpha = 0.34$) che mostrava bassa consistenza interna; ancora, la scala *Carving for Sweet Foods* è stata divisa in 2 sottoscale da 3 item ciascuno che indagano più nello specifico le idee legate al *craving* individuale e alle idee riguardanti il *craving* delle altre persone. Con questi accorgimenti, Saba e colleghi (2019) confermano la validità dello strumento nel valutare l'influenza delle idee relative alla salute sulle scelte alimentari in un campione italiano composto principalmente da giovani donne (Saba et al., 2019). Nonostante, come riportano Saba e colleghi (2019), tale campione non sia propriamente rappresentativo della popolazione generale italiana, le caratteristiche demografiche sono in linea con quelle dei partecipanti alla presente ricerca; effettivamente, per questo campione, il test evidenzia coerenza interna soddisfacente sia per il totale ($\alpha = 0.74$), che per le sottoscale (con α che va da 0.70 a 0.94).
- 8) *Eating Motivations Scale* (EATMOT; Guiné et al., 2021): questionario self-report su scala Likert a 5 punti (da '*Fortemente in disaccordo*' a '*Fortemente d'accordo*') costruito per raccogliere informazioni riguardanti diversi aspetti che potrebbero influenzare le scelte alimentari dell'individuo. Il questionario

era originariamente costituito da 49 item suddivisi in 6 fattori che analizzavano rispettivamente le motivazioni alimentari legate alla salute (*Health Motivations*, HM; 10 item), a fattori emotivi (*Emotional Motivations*, EM; 9 item), economici e di disponibilità (*Economic and Availability Motivations*, EAM; 7 item), sociali e culturali (*Social and Cultural Motivations*, SCM; 9 item), ambientali e politici (*Environmental and Political Motivations*, EPM; 7 item) e motivazioni legate e fattori di marketing o commerciali (*Marketing and Commercial Motivations*, MCM; 7 item). Lo studio cross-culturale di Guiné et al. (2021) utilizza una versione italiana del test (adottata durante la presente ricerca) ricavata tramite procedure di *forward* e *back translation*; tuttavia, non sono ad oggi stati effettuati studi per verificare la validità e attendibilità del test per un campione unicamente italiano. Gli autori, in seguito alle analisi condotte nell'articolo di validazione su una popolazione proveniente da 16 paesi diversi, propongono la rimozione di un gran numero di item (20 in totale, dai 49 originali). Per quanto riguarda invece il campione italiano preso in considerazione dal presente lavoro, il modello del test a 49 item risulta essere il più adatto nel misurare le variabili prese in considerazione; partendo da ciò, le scale EAM e SCM sono state rimosse a causa di una scarsa attendibilità nel valutare i relativi costrutti (presentavano, infatti, consistenza interna indesiderabile, con α di 0.55 e 0.43 rispettivamente). Questo studio utilizza quindi un modello a 4 fattori, composto da 33 item, che evidenzia buona attendibilità ($\alpha = 0.74$) e accettabile coerenza interna anche per quanto riguarda le sottoscale (α che varia da 0.65 a 0.8).

3.3 Metodologia di Analisi dei Dati

I dati grezzi, dopo la rimozione dei dati contenuti nelle compilazioni parziali, o nelle compilazioni dei soggetti che non rientravano nei criteri di esclusione (paragrafo 3.2.2.), sono stati poi esportati su *Excel* per le procedure di selezione e scoring delle risposte. Le procedure di scoring sono state condotte secondo i valori contenute negli articoli di presentazione e di validazione di ogni singolo strumento (Garner et al., 1982; Frost et al.,

1990; Strober, 1998; Dotti & Lazzari, 1998; Roininen et al, 2001; Foa et al., 2002; Gratz & Roemer, 2004; Lombardo, 2008; Sica et al., 2009; Sighinolfi et al., 2010; Gleaves et al. 2013; Novara et al., 2017; Saba et al., 2019; Radomsky & Gagné, 2020; Gagné, 2021; Giglio, 2021; Guiné et al., 2021); coerentemente con le indicazioni fornite, i punteggi degli item *reversed* presenti in alcuni degli strumenti sono stati opportunamente trasformati. Il data frame così ottenuto è stato importato nell'ambiente statistico RStudio (*R-Software, version 4.2.2*) tramite il quale sono state svolte le analisi dei dati. Il coefficiente Alfa di Cronbach è stato utilizzato per valutare l'attendibilità degli strumenti elencati nel paragrafo 3.2.3. Di seguito, nella **Tabella 4**, sono riportati i valori di *alfa*, relativi a questo campione (n = 100), di tutti i test utilizzati nel presente studio e dei diversi fattori che li compongono. I test presentano complessivamente una buona attendibilità, con solo 2 test su 8 che evidenziano un valore di α (relativo alla scala *Totale*) inferiore a 0.85 ($\alpha = 0.74$, sia per l'*HTAS-Totale* che per l'*EATMOT-Totale*). Per alcune sottoscale emerge invece un indice di consistenza interna che rientra nel limite inferiore del range di accettabilità; in particolare, i valori di *alfa* delle scale *EHQ-21-Emozioni* ($\alpha = 0.64$), *OCI-R-Mental Neutralizing* ($\alpha = 0.66$), *OCI-R-Washing* ($\alpha = 0.68$), *BALCI-Body and Bodily Functions* ($\alpha = 0.62$), e *EATMOT-Marketing and Commercial Motivations* ($\alpha = 0.65$), suggeriscono una certa cautela nell'interpretazione dei dati relativi alle stesse.

Tabella 4		
Strumenti e Relative Sottoscale	Alfa di Cronbach (α)	n Item
Eating Habits Questionnaire (EHQ-21)	0.92	21
Convinzioni (C)	0.78	5
Problemi (P)	0.92	12
Emozioni (E)	0.64	4
Eating Attitude Test (EAT-26)	0.94	26
Dieting (D)	0.91	13
Bulimia & Food Preoccupation (BFP)	0.82	6
Oral Control (OC)	0.82	7
Obsessive-Compulsive Inventory Revised (OCI-R)	0.89	18
Hoarding (H)	0.78	3
Checking (C)	0.76	3
Ordering (O)	0.80	3
Mental Neutralizing (MN)	0.66	3
Washing (W)	0.68	3
Obsessing (O)	0.89	3
Multidimensional Perfectionism Scale (MPS)	0.93	35
Concern Over Mistakes and Doubting of Actions (CMD)	0.92	14
Organisation (O)	0.91	6
Personal Standards (PS)	0.82	7
Parental Expectations and Parental Criticism (PEPC)	0.91	8
Beliefs About Losing Control Inventory (BALCI)	0.96	21
Thoughts, Behaviour and Emotions (TBE)	0.97	14
Importance of Staying in Control (ISC)	0.80	3
Body and Bodily Functions (BBF)	0.62	4
Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)	0.95	33
Mancanza di Accettazione (MA)	0.95	6
Difficoltà nella Distrazione (DD)	0.85	5
Mancanza di Fiducia (MF)	0.85	8
Mancanza di Controllo (MC)	0.91	6
Difficoltà nel Riconoscimento (DR)	0.88	5
Ridotta Autoconsapevolezza (RA)	0.83	3
Health and Taste Attitude Scale (HTAS)	0.74	32
General Health Interest (GHI)	0.77	8
Light Product Interest (LPI)	0.86	6
Natural Product Interest (NPI)	0.70	6
Personal Craving for Sweet Foods (PCSF)	0.94	3
Other People's Craving for Sweet Foods (OPCSF)	0.88	3
Using Food as a Reward (UFR)	0.82	6
Eating Motivations Scale (EATMOT)	0.74	33
Health Motivations (HM)	0.74	10
Emotional Motivations (EM)	0.70	9
Environmental and Political Motivations (EPM)	0.80	7
Marketing and Commercial Motivations (MCM)	0.65	7

Sono state in seguito calcolate media, varianza, deviazione standard, primo e terzo quartile dei punteggi per ogni test utilizzato, riassunti nella **Tabella 5**.

Tabella 5								
	EHQ-21	EAT-26	OCI-R	MPS	BALCI	DERS	HTAS	EATMOT
M	42.93	8.74	17.28	108.5	26.46	81.62	137	102.8
Me	40	4	16	106.5	19	77.5	137	105
Min.	21	0	0	42	0	45	95	76
Max.	82	74	49	165	79	141	193	132
q_{1/4}	35	1	7	91	12	61.75	124.8	94
q_{3/4}	51	12.25	24	125.5	41	95.25	148	110
Var	128.13	147.59	152.83	597.75	353.73	629.03	317.4	127.86
DS	11.32	12.15	12.36	24.45	18.81	25.08	17.82	11.31

Successivamente, procedure di analisi della correlazione e di regressione lineare semplice sono state utilizzate per esplorare la relazione tra il test EHQ-21 (e le relative sottoscale), che misura possibili tendenze ortoressiche della persona, e gli altri questionari presi singolarmente. È stata infine condotta un'analisi di regressione lineare multipla per osservare la relazione tra l'EHQ-21 (presa come variabile dipendente) e i costrutti oggetto degli altri questionari in un unico modello: in altre parole, per indagare se e in che misura i punteggi a questi ultimi potessero spiegare quelli all'EHQ-21.

3.4 Risultati di Ricerca

3.4.1 Correlazioni nel Campione

I valori dei coefficienti di correlazione di Pearson (r) che misurano l'associazione tra i punteggi ottenuti dai soggetti all'EHQ-21 e i punteggi agli altri test sono riassunti nella **Tabella 6**. Vengono inoltre evidenziati in giallo i valori relativi alle correlazioni moderate ($r > 0.3$) e in verde quelli delle relazioni forti ($r > 0.5$); per questi coefficienti, poi, viene anche riportato, sempre nella **Tabella 6**, il p -value.

3.4.1.a Ortoressia Nervosa e Disturbi del Comportamento Alimentare

In questo studio si conferma la presenza di una relazione tra punteggi a test che misurano tendenze legate all'ortoressia e test che misurano caratteristiche tipiche dei DCA. In particolare, si sottolinea correlazione positiva ($r = 0.69, p < 0.001$) tra i punteggi alla scala totale dell'EHQ-21 e quelli alla scala totale dell'EAT-26; la relazione tra le due scale è stata ulteriormente approfondita tramite un modello di regressione lineare semplice con EHQ-21-Totale come variabile dipendente, dal quale si evince come, per questo campione, i punteggi dell'EAT-26-Totale spieghino il 47% della varianza dei punteggi dell'EHQ-Totale ($Adjusted R^2 = 0.47, p < 0.001$). Sempre per quanto riguarda la scala totale dell'EHQ-21, poi, si riscontra correlazione diretta da moderata a forte anche con le seguenti scale dell'EAT-26: *Dieting* ($r = 0.69, p < 0.001$), *Bulimia & Food Preoccupation* ($r = 0.65, p < 0.001$) e *Oral Control* ($r = 0.45, p < 0.001$). Convinzioni e conoscenze legate all'alimentazione sana (misurate dalla scala *Convinzioni* dell'EHQ-21) sembrano correlare positivamente con il totale e con le sottoscale dell'EAT-26 ($0.14 < r < 0.29$),

anche se più debolmente degli altri fattori. Si riscontra poi forte relazione positiva tra EHQ-21-*Problemi* e il totale ($r = 0.75, p < 0.001$) e le sottoscale ($0.51 < r < 0.74, p < 0.001$) dell'EAT-26. Per quanto riguarda, infine, le sensazioni e le emozioni legate ad una dieta sana (EHQ-21-*Emozioni*), si sottolineano correlazione dirette significative ($r = 0.54, p < 0.001$ per entrambe) con la scala totale e la scala *Dieting* (che riflette la tendenza a evitare cibi ingrassanti e a manifestare preoccupazioni legate alle forme del corpo), e moderate con le scale *Bulimia & Food Preoccupation* e *Oral Control* (rispettivamente, $r = 0.48$ e $r = 0.36, p < 0.001$).

3.4.1.b *Ortoressia Nervosa e Disturbo Ossessivo-Compulsivo*

Le analisi mettono in luce una relazione tra manifestazioni ortoressiche e sintomi ossessivo-compulsivi; in particolare, EHQ-21-*Totale* correla moderatamente con la scala totale dell'OCI-R ($r = 0.28, p < 0.005$) e in modo più evidente con la scala che misura la presenza di pensieri intrusivi e la difficoltà nel controllarli (*Obsessing*; $r = 0.35, p < 0.001$). Si evidenziano poi anche una relazione, seppur minore, con le scale *Hoarding* e *Ordering* ($r = 0.22$ e 0.23 rispettivamente, con $p < 0.05$) e con la scala '*Checking*', anche se quest'ultima non sembrerebbe essere statisticamente significativa. Sono stati trovati risultati simili anche per i fattori *Problemi* ed *Emozioni* dell'EHQ-21, che si relazionano moderatamente con OCI-R-*Totale* ($r = 0.33$ con $p < 0.001$ per entrambe le scale) e con OCI-R-*Obsessing* ($r = 0.35$ e $0.43, p < 0.001$), e più debolmente con OCI-R-*Hoarding* ($r = 0.24$ e $0.26, p < 0.05$) e OCI-R-*Ordering* ($r = 0.27$ e $0.29, p < 0.01$); inoltre, la debole correlazione positiva con OCI-R-*Checking* ($r = 0.2$) risulta essere, nel caso della scala EHQ-21-*Problemi*, statisticamente significativa ($p < 0.05$). Infine, non sembrano esserci, almeno in questo campione, particolari relazioni tra la scala *Convinzioni* dell'EHQ-21 e i fattori dell'OCI-R.

3.4.1.c *Ortoressia Nervosa e Perfezionismo*

Sono state trovate significative relazioni dirette positive tra i punteggi dei soggetti alla scala totale dell'EHQ-21 e i punteggi rilevati nelle scale MPS-*Totale*, MPS-CMD (*Concern over Mistakes and Doubting of Actions*), MPS-PS (*Personal Standards*) e MPS-PEPC (*Parental Expectations and Parental Criticism*), con $0.26 < r < 0.41$: più nello

specifico, le correlazioni tra *EHQ-2-Totale* e *MPS-Totale* ($r = 0.41$), *MPS-CMD* ($r = 0.4$) e *MPS-PS* ($r = 0.41$) si rivelano essere le più forti e le più statisticamente significative ($p < 0.001$). La scala *EHQ-21-Convinzioni* sembra essere debolmente correlata ($r = 0.22$, $p < 0.05$) solo con il punteggio nella scala che misura gli standard personali elevati (*MPS-PS*). Correlazioni positive ($0.27 < r < 0.45$, $p < 0.01$) sono invece state trovate tra le scale *Problemi* ed *Emozioni* dell'*EHQ-21* e le scale dell'*MPS* (ad eccezion fatta per scala *MPS-O*), con particolare attenzione alle relazioni con i fattori *MPS-Totale*, *MPS-CMD*, *MPS-PS*, che presentano tutte $r > 0.38$ con $p < 0.001$. Come accennato poco sopra, il fattore che indaga la tendenza all'ordine e all'organizzazione (*MPS-O*) non sembra invece essere particolarmente legato ai punteggi all'*EHQ-21*.

3.4.1.d Ortoressia Nervosa e Credenze sulla Perdita di Controllo

Per quanto riguarda le credenze e le paure sulla perdita di controllo, sembra esserci correlazione soprattutto con i problemi e le emozioni che ruotano intorno alle manifestazioni ortoressiche. Effettivamente, sono state trovate all'interno di questo campione correlazioni lineari positive tra tutte i fattori del *BALCI* e le scale *EHQ-21-Totale*, *EHQ-21-Problemi* e *EHQ-21-Emozioni*; tra queste, i valori più bassi risultano essere quelli delle correlazioni tra la scala che misura idee e sentimenti legati all'importanza di rimanere in controllo (scala *BALCI-ISC*) e le scale *Totale* ($r = 0.27$, $p < 0.01$) e *Problemi* ($r = 0.23$, $p < 0.05$) dell'*EHQ-21*. Tutti gli altri indici di Correlazione tra le scale del *BALCI* e i tre fattori dell'*EHQ-21* menzionati poco sopra evidenziano correlazioni positive moderate, con valori che variano da 0.34 a 0.42 ($0.34 < r < 0.42$, $p < 0.001$). Non si riscontrano invece correlazioni particolarmente rilevanti tra i punteggi ottenuti alle scale del *BALCI* e le credenze e le convinzioni riguardanti un'alimentazione sana (fattore *EHQ-21-Convinzioni*).

3.4.1.e Ortoressia Nervosa e Difficoltà nella Regolazione Emotiva

La presenza di pattern individuali di difficoltà nella regolazione delle emozioni, indagata dal *DERS*, presenta correlazioni da moderati a forti con la maggior parte degli aspetti dell'*ON* presi in considerazione da questa ricerca. In particolare, c'è moderata correlazione tra le scale *Totale*, *Problemi* e *Convinzioni* dell'*EHQ-21* e tutti i fattori del

DERS ($0.31 < r < 0.5, p < 0.05$) ad eccezione fatta per la scala *Ridotta Autoconsapevolezza* (RA), che indaga la mancanza di attenzione o di interesse verso le proprie emozioni. La relazione positiva più forte si riscontra tra i punteggi ottenuti alla scala EHQ-21-*Problemi* e quelli ottenuti al fattore *Mancanza di Fiducia* del DERS, i cui item si concentrano sulla mancanza di fiducia del soggetto nel modulare e gestire le proprie emozioni negative ($r = 0.5, p < 0.001$). Come già accennato, non c'è particolare correlazione tra gli item dell'EHQ-21 e quelli del fattore DERS-RA, se non una leggera correlazione positiva di quest'ultimo con EHQ-21-*Problemi* ($r = 0.22, p < 0.05$). I punteggi alla scala EHQ-21-*Convinzioni*, infine, non sembrano essere legati a nessuno dei fattori del DERS.

3.4.1.f *Ortoressia Nervosa, Abitudini Alimentari e Motivational Eating*

La relazione tra ON, scelte e abitudini alimentari dell'individuo, e le motivazioni ad esse sottostanti, viene messa in luce confrontando i punteggi all'EHQ-21 e quelli ottenuti ai test HTAS e EATMOT. Partendo dalle abitudini alimentari, si evince prima di tutto una relazione tra i punteggi totali all'HTAS e tutti fattori dell'EHQ-21 ($0.25 < r < 0.41, p < 0.05$); di questi, le correlazioni positive più forti si fanno con i punteggi alle scale EHQ-21-Totale ($r = 0.4, p < 0.001$) e EHQ-21-*Problemi* ($r = 0.41, p < 0.001$). Non stupisce poi la forte correlazione positiva rilevata tra le tendenze ortoressiche (misurate da tutte le scale dell'EHQ-21) e i punteggi ottenuti alla scala dell'HTAS che prende in considerazione il generale interesse dell'individuo nel mangiare sano (scala *General Health Interest*), i valori del coefficiente di correlazione con questa scala sono infatti tutti compresi tra 0.49 e 0.71 ($p < 0.001$). Si trova correlazione positiva, anche se più moderata, anche tra HTAS-NPI (che indaga la disposizione a mangiare alimenti naturali e non processati) e punteggi a tutti i fattori dell'EHQ-21, con valori di r compresi tra 0.24 e 0.35 ($p < 0.05$). Incuriosisce invece la mancanza, almeno all'interno di questo campione, di relazione tra abitudini e pensieri ortoressici e l'inclinazione a ricercare cibi light (poco calorici o a basso contenuto di zuccheri), misurata dalla scala HTAS-LPI. Ancora più interessante è la debole correlazione positiva tra la scala che misura la capacità di comprendere il desiderio di cibo dolci delle altre persone (HTAS-OPCSF) e i fattori EHQ-21-*Problemi* ($r = 0.22, p < 0.05$) e EHQ-21-*Emozioni* ($r = 0.23, p < 0.05$). Emerge poi una debole correlazione negativa tra la tendenza a usare il cibo come ricompensa (*Using Food as a Reward*) e le scale dell'EHQ-21 ($-0.23 < r < -0.13$): di queste, solo la

correlazione negativa tra HTAS-UFR e EHQ-*Emozioni* (la più bassa, con $r = -0.13$) non risulta essere significativa, mentre tutte le altre ($-0.23 < r < -0.21$) lo sono ($p < 0.05$). Non sono presenti, infine, correlazioni tra i punteggi all'EHQ-21 e la scala dell'HTAS che misura l'inclinazione personale a ricercare cibi dolci (HTAS-PCSF).

Per quanto riguarda invece le motivazioni sottostanti le scelte alimentari, c'è correlazione tra la scala *Totale* dell'EATMOT e tutti i fattori dell'EHQ-21, in particolar modo con la scala EHQ-*Totale* ($r = 0.37, p < 0.001$) e EHQ-*Problemi* ($r = 0.35, p < 0.001$). Anche i punteggi alla scala EATMOT-HM (che misura le motivazioni legate alla salute) correlano in modo moderato/forte con i punteggi alle scale dell'EHQ-21 ($0.31 < r < 0.56, p < 0.005$). Non emergono invece forti relazioni tra EHQ-21 e motivazioni legate all'emotività (EATMOT-*Emotional Motivations*) e a fattori ambientali e/o politici (EATMOT-*Enironmental and Political Motivations*), se non una debole correlazione tra EATMOT-EM e EHQ-21-*Totale* ($r = 0.2, p < 0.05$) e EHQ-21-*Emozioni* ($r = 0.28, p < 0.05$) e EATMOT-EPM e EHQ-21-*Convinzioni* ($r = 0.21, p < 0.05$). Sussiste infine una moderata relazione inversa tra le scelte alimentari date da motivazioni commerciali e/o di marketing (EATMOT-MCM) e EHQ-21-*Convinzioni* ($r = -0.32, p < 0.005$).

Tabella 6				
Indici di correlazione lineare di Pearson (r)				
Strumenti e Relative Sottoscale	EHQ-21- Totale	EHQ-21- Convinzioni	EHQ-21- Problemi	EHQ-21- Emozioni
Eating Attitude Test (EAT-26)	0.691 <i>p</i> < .001	0.283	0.744 <i>p</i> < .001	0.537 <i>p</i> < .001
Dieting (D)	0.688 <i>p</i> < .001	0.288	0.735 <i>p</i> < .001	0.539 <i>p</i> < .001
Bulimia & Food Preoccupation (BFP)	0.645 <i>p</i> < .001	0.288	0.689 <i>p</i> < .001	0.482 <i>p</i> < .001
Oral Control (OC)	0.451 <i>p</i> < .001	0.140	0.503 <i>p</i> < .001	0.356 <i>p</i> < .001
Obsessive-Compulsive Inventory Revised (OCI-R)	0.284	-0.034	0.332 <i>p</i> < .001	0.334 <i>p</i> < .001
Hoarding (H)	0.216	-0.004	0.240	0.257
Checking (C)	0.160	-0.038	0.209	0.150
Ordering (O)	0.233	-0.029	0.266	0.292
Mental Neutralizing (MN)	0.079	-0.129	0.137	0.199
Washing (W)	0.098	-0.091	0.166	0.073
Obsessing (O)	0.350 <i>p</i> < .001	-0.072	0.350 <i>p</i> < .001	0.431 <i>p</i> < .001
Multidimensional Perfectionism Scale (MPS)	0.406 <i>p</i> < .001	0.147	0.399 <i>p</i> < .001	0.446 <i>p</i> < .001
Concern Over Mistakes and Doubting of Actions (CMD)	0.402 <i>p</i> < .001	0.106	0.412 <i>p</i> < .001	0.441 <i>p</i> < .001
Organisation (O)	0.049	0.079	-0.002	0.119
Personal Standards (PS)	0.409 <i>p</i> < .001	0.223	0.383 <i>p</i> < .001	0.404 <i>p</i> < .001
Parental Expectations and Parental Criticism (PEPC)	0.256	0.058	0.270	0.270
Beliefs About Losing Control Inventory (BALCI)	0.381 <i>p</i> < .001	0.077	0.406 <i>p</i> < .001	0.405 <i>p</i> < .001
Thoughts, Behaviour and Emotions (TBE)	0.365 <i>p</i> < .001	0.072	0.393 <i>p</i> < .001	0.380 <i>p</i> < .001
Importance of Staying in Control (ISC)	0.270	0.126	0.229	0.361 <i>p</i> < .001
Body and Bodily Functions (BBF)	0.352 <i>p</i> < .001	0.003	0.419 <i>p</i> < .001	0.337 <i>p</i> < .001
Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)	0.427 <i>p</i> < .001	0.054	0.495 <i>p</i> < .001	0.384 <i>p</i> < .001
Mancanza di Accettazione (MA)	0.337 <i>p</i> < .001	0.041	0.383 <i>p</i> < .001	0.323 <i>p</i> < .003
Difficoltà nella Distrazione (DD)	0.312 <i>p</i> < .003	0.049	0.337 <i>p</i> < .001	0.334 <i>p</i> < .001
Mancanza di Fiducia (MF)	0.420 <i>p</i> < .001	0.075	0.503 <i>p</i> < .001	0.305 <i>p</i> < .003
Mancanza di Controllo (MC)	0.358 <i>p</i> < .001	0.115	0.373 <i>p</i> < .001	0.349 <i>p</i> < .001
Difficoltà nel Riconoscimento (DR)	0.349 <i>p</i> < .001	-0.039	0.431 <i>p</i> < .001	0.341 <i>p</i> < .001
Ridotta Autoconsapevolezza (RA)	0.137	-0.065	0.224	0.046
Health and Taste Attitude Scale (HTAS)	0.408 <i>p</i> < .001	0.247	0.411 <i>p</i> < .001	0.291
General Health Interest (GHI)	0.707 <i>p</i> < .001	0.614 <i>p</i> < .001	0.636 <i>p</i> < .001	0.487 <i>p</i> < .001
Light Product Interest (LPI)	0.072	0.025	0.127	-0.076
Natural Product Interest (NPI)	0.353 <i>p</i> < .001	0.278	0.330 <i>p</i> < .001	0.242
Personal Craving for Sweet Foods (PCSF)	-0.076	-0.129	-0.067	0.020
Other People's Craving for Sweet Foods (OPCSF)	0.181	-0.060	0.220	0.234
Using Food as a Reward (UFR)	-0.234	-0.206	-0.220	-0.129
Eating Motivations Scale (EATMOT)	0.372 <i>p</i> < .001	0.261	0.353 <i>p</i> < .001	0.284
Health Motivations (HM)	0.501 <i>p</i> < .001	0.556 <i>p</i> < .001	0.409 <i>p</i> < .001	0.310 <i>p</i> < .003
Emotional Motivations (EM)	0.201	0.038	0.192	0.278
Environmental and Political Motivations (EPM)	0.194	0.208	0.165	0.109
Marketing and Commercial Motivations (MCM)	-0.149	-0.323 <i>p</i> < .003	-0.031	-0.149

3.4.2. Modelli di Regressione Lineare Multipla

In base ai rapporti di correlazione lineare emersi dalle analisi dell' r di Pearson, sono stati ipotizzati alcuni modelli di regressione multipla per osservare in che modo i punteggi ai vari test potessero spiegare i punteggi ottenuti all'EHQ-21 e ai suoi diversi fattori. Per quanto riguarda le variabili esplicative, sono state predilette le scale *Totali* dei test in presenza di correlazione moderata ($r \geq 0.3$) e significativa ($p < 0.05$) con la scala dell'EHQ-21 presa in considerazione; nel caso la scala *Totale* del test non evidenziasse particolari relazioni con la sintomatologia ortoressica, viene invece scelto il fattore che correla (sempre con $r \geq 0.3$) in modo significativamente più forte con la scala dell'EHQ-21 analizzata. Il punteggio al test non viene poi preso in considerazione come variabile esplicativa qualora non emergano correlazioni abbastanza forti ($r < 0.3$) o significative tra lo stesso e il fattore dell'EHQ-21.

3.4.2.a Modello di Regressione Lineare con EHQ-21-Totale come Variabile Dipendente

Innanzitutto, è stato delineato un primo modello di regressione dei punteggi dei soggetti alla scala *Totale* dell'EHQ-21. Le variabili esplicative utilizzate sono state i punteggi alle seguenti scale: EAT-26-*Totale*, OCI-R-*Obsessing*, MPS-*Totale*, BALCI-*Totale*, DERS-*Totale*, HTAS-*General Health Interest*, EATMOT-*Totale*. In questo caso, nonostante la scala HTAS-*Totale* correli moderatamente con EHQ-21-*Totale* ($r = 0.41$), è stato scelto di utilizzare come variabile indipendente il punteggio alla scala GHI dell'HTAS che, come accennato precedentemente, correla con EHQ-21-*Totale* in modo molto più forte ($r = 0.71$); la relazione tra le due scale è stata poi ulteriormente approfondita tramite una procedura di regressione lineare semplice, che mostra come i punteggi all'HTAS-GHI spieghino il 50% della varianza dei punteggi all'EHQ-*Totale* (*Adjusted R*² = 0.50, $p < 0.001$). Il modello così ottenuto spiega il 61% della variabilità dei punteggi alla scala *Totale* dell'EHQ-21 (*Adjusted R*² = 0.61).

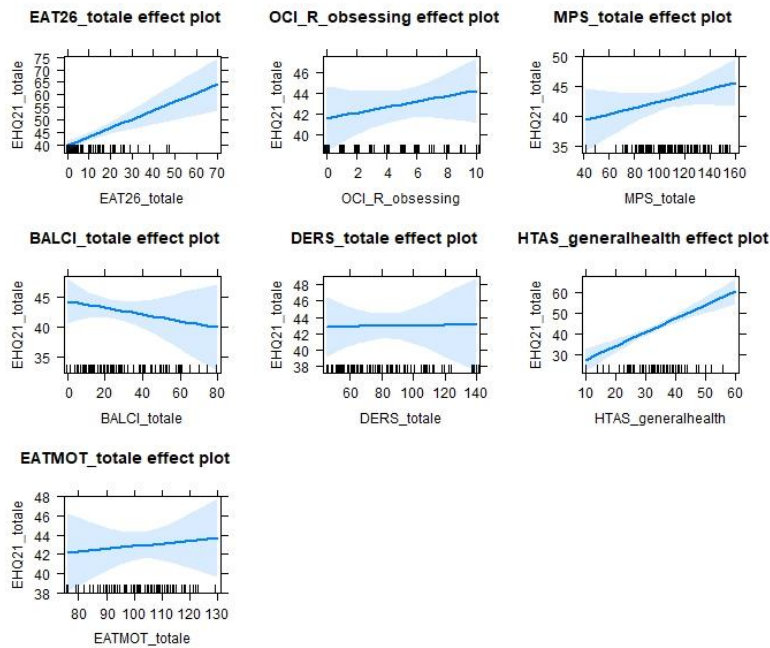
Per quanto riguarda i parametri del modello, si può notare come, in questo campione, la presenza di sintomi legati ai DCA (EAT-26-*Totale*) sembra associarsi alla generale manifestazione di ON in modo abbastanza rilevante ($\beta = 0.35$) e significativo ($t = 4.1$, $p < 0.001$). Per ogni incremento unitario del punteggio alla scala OCI-R-*Obsessing*, poi, EHQ-21-*Totale* aumenta di ($\beta =$) 0.27; questa variabile, quindi, pur non essendo

significativa ($t = 0.96, p = 0.34$), si lega in modo considerevole alla sintomatologia da ON, almeno all'interno di questo campione. Anche all'aumentare dei punteggi all'MPS-*Totale* si associa una maggiore predisposizione a evidenziare sintomi ortoressici, anche se molto lieve ($\beta = 0.05$) e non significativa ($t = 1.45, p = 0.15$). Si evince invece come il punteggio alla scala *Totale* dell'EHQ-21 (e, quindi, le manifestazioni ortoressiche in generale) venga influenzato in modo leggermente negativo da una maggiore presenza di credenze legate alla perdita di controllo ($\beta = -0.06$), misurata dal BALCI-*Totale*, variabile che però non risulta essere significativa ($t = -0.83, p = 0.41$). Tra tutte le variabili esplicative del modello, i punteggi al DERS-*Totale* sembrano essere quelli che influiscono di meno ($\beta = 0.003, t = 0.06, p = 0.95$); variabile, tra l'altro, anch'essa non significativa. Contrariamente, il parametro più fortemente ($\beta = 0.67$), e significativamente ($t = 5.9, p < 0.001$) associato alla maggiore probabilità di sperimentare sintomi ortoressici risulta essere la scala HTAS-GHI, che misura l'interesse dell'individuo per un'alimentazione sana. Infine, all'aumentare dei punteggi all'EATMOT-*Totale*, le manifestazioni generali di ON aumentano molto lievemente ($\beta = 0.03$): variabile, questa, che non sembra essere statisticamente significativa, con una t di 0.4 e un p -value di 0.69.

In generale, tutti i parametri sono diversi da zero e complessivamente significativi, essendo il modello stesso significativo nella sua interezza (**Tabella 7**): esso presenta infatti un valore della statistica abbastanza alto ($F = 23.52$) con un p -value che rientra nel range di significatività ($p < 0.001$). Per questo motivo, quindi, nonostante la non significatività di alcuni parametri, è stato comunque scelto di mantenere tali variabili esplicative all'interno del modello.

Tabella 7

Modello di Regressione Lineare Multipla con i punteggi alla scala EHQ-21-Totale come Variabile Indipendente
 (Residual Standard Error = 7.03, Multiple R² = 0.64, Adjusted R² = 0.61, p < .001)



Variabili Esplicative	β	se	t	p
EAT-26-Totale	0.35	0.09	4.1	< .001
OCI-R-Obsessing	0.27	0.28	0.96	0.34
MPS-Totale	0.05	0.04	1.45	0.15
BALCI-Totale	-0.06	0.07	-0.83	0.41
DERS-Totale	0.003	0.05	0.06	0.95
HTAS-GHI	0.67	0.11	5.93	< .001
EATMOT-Totale	0.02	0.07	0.4	0.69

3.4.2.b Modello di Regressione Lineare con EHQ-21-Convinzioni come Variabile Dipendente

Coerentemente con le modalità di selezione dei parametri delineata a inizio paragrafo, è stato stimato, per quanto riguarda le convinzioni e conoscenze del soggetto rispetto all'alimentazione sana, un modello con due variabili esplicative. Solamente due test, infatti, presentavano fattori che correlavano in modo rilevante ($r \geq 0.3, p < 0.001$) con la scala EHQ-21-Convinzioni: ossia HTAS-General Health Interest e EATMOT-Health Motivations. Questo modello a due predittori risulta essere statisticamente significativo ($F = 34.48, p < 0.001$), e spiega il 40% della variabilità dei punteggi dei soggetti alla scala Convinzioni dell'EHQ-21 ($Adjusted R^2 = 0.4$).

Osservando nello specifico le due variabili esplicative, si può notare come ad un maggior interesse per l'alimentazione sana tenda a corrispondere una maggior predisposizione ad evidenziare convinzioni e conoscenze particolari rispetto ad essa, con punteggi all'EHQ-21-Convinzioni che aumentano di 0.18 per ogni incremento unitario dei punteggi all'HTAS-GHI ($\beta = 0.18$). Allo stesso modo, anche i partecipanti che riportano motivazioni alimentari maggiormente legate alla salute (EATMOT-HM) sembrano essere

più propensi ad avere punteggi più alti al fattore EHQ-21-*Convinzioni* ($\beta = 0.16$). Come evidenziato dalla **Tabella 8**, entrambe queste variabili sono statisticamente significative (rispettivamente, $t = 4.19$, $p < 0.001$ e $t = 2.51$, $p < 0.03$) e, conseguentemente, si può affermare che l'effetto rilevato non sia dovuto al caso.

Tabella 8																			
Modello di Regressione Lineare Multipla con i punteggi alla scala EHQ-21- <i>Convinzioni</i> come Variabile Indipendente (Residual Standard Error = 2.56, Multiple $R^2 = 0.42$, Adjusted $R^2 = 0.4$, $p < .001$)																			
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Variabili Esplicative</th> <th>β</th> <th>Se</th> <th>t</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HTAS-GHI</td> <td>0.18</td> <td>0.04</td> <td>4.19</td> <td>< .001</td> </tr> <tr> <td>EATMOT-HM</td> <td>0.16</td> <td>0.06</td> <td>2.51</td> <td>< .03</td> </tr> </tbody> </table>	Variabili Esplicative	β	Se	t	p	HTAS-GHI	0.18	0.04	4.19	< .001	EATMOT-HM	0.16	0.06	2.51	< .03		
Variabili Esplicative	β	Se	t	p															
HTAS-GHI	0.18	0.04	4.19	< .001															
EATMOT-HM	0.16	0.06	2.51	< .03															

3.4.2.c Modello di Regressione Lineare con EHQ-21-*Convinzioni* come Variabile Dipendente

Sono stati trovati vari fattori che si associano a una maggiore predisposizione a riportare problemi legati all'aderenza ad una dieta sana. Per effettuare la regressione dei punteggi alla scala EHQ-21-*Problemi* sono stati quindi utilizzati, come variabili esplicative, i punteggi alle seguenti fattori: EAT-26-*Totale*, OCI-R-*Totale*, MPS-*Totale*, BALCI-*Totale*, DERS-*Totale*, HTAS-*General Health Interest* e EATMOT-*Totale*. Come nel primo modello, anche qui si sceglie di utilizzare come parametro la sottoscala HTAS-GHI al posto della scala *Totale*, data la correlazione significativamente maggiore della prima con EHQ-21-*Problemi* ($r = 0.64$, mentre la correlazione tra *Problemi* e HTAS-*Totale* presenta $r = 0.41$). Il modello così ottenuto è, nel suo complesso, significativo ($F = 22.85$, $p < 0.001$) e spiega il 61% della variabilità della y ($Adjusted R^2 = 0.61$).

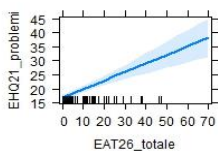
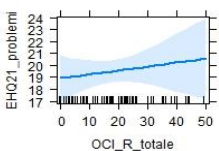
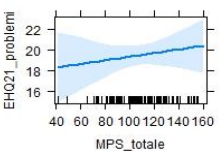
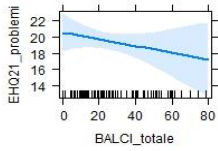
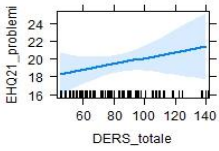
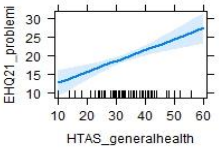
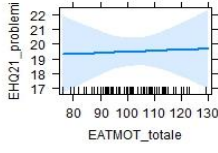
Per quanto riguarda i singoli parametri, il fattore maggiormente associato a punteggi più alti a EHQ-21-*Problemi* è quello per l'assessment della sintomatologia tipica dei DCA (EAT-26-*Totale*; $\beta = 0.31$), parametro che si dimostra anche essere statisticamente

significativo ($t = 5.48, p < 0.001$). In questo campione, il punteggio alla sottoscala *Problemi* viene anche influenzato, anche se più lievemente e con parametri non significativi, dalla severità dei sintomi DOC (*OCI-R-Totale*; $\beta = 0.03, t = 0.66, p = 0.51$) e dei tratti di perfezionismo (*MPS-Totale*; $\beta = 0.02, t = 0.72, p = 0.47$) dei soggetti. L'unico fattore di protezione (anch'esso non significativo) è invece un maggior punteggio alla scala *BALCI-Totale*, la presenza di credenze disfunzionali legate alla perdita di controllo sembrano infatti mitigare la gravità delle manifestazioni ortoressiche ($\beta = -0.04, t = -0.99, p = 0.33$) all'interno di questo campione. La scala *Totale* del DERS, poi, influenza positivamente i punteggi dei soggetti alla sottoscala *Problemi* ($\beta = 0.03$); come per il precedente, anche questo fattore non risulta statisticamente significativo, con un *t-value* di ($t =$) 1.09 e $p = 0.28$. Coerentemente con ciò che indaga, il fattore HTAS-GHI è, dopo *EAT-26-Totale*, quello che influenza in modo più rilevante la tendenza dei soggetti a riportare problemi legati all'ON: per ogni punto in più alla scala *General Health Interest*, infatti, i soggetti riportano in media un aumento di 0.3 del punteggio a *EHQ-21-Problemi* ($\beta = 0.3$; con valori di $t = 4.02$ e di $p < 0.001$ che rendono il fattore significativo). Infine, come osservabile nella **Tabella 9**, il fattore più debolmente associato alla variabile dipendente è *EATMOT-Totale*, con una β di 0.007 e valore di $t (= 0.15)$ e di $p (= 0.88)$ che lo pongono al di sotto del range di significatività.

Tabella 9

Modello di Regressione Lineare Multipla con i punteggi alla scala EHQ-21-Problemi come Variabile Indipendente

(Residual Standard Error = 4.62, Multiple $R^2 = 0.64$, Adjusted $R^2 = 0.61, p < .001$)

			Variabili Esplicative	β	se	t	p
EAT26_totale effect plot	OCI_R_totale effect plot	MPS_totale effect plot	EAT-26-Totale	0.31	0.06	5.48	< .001
			OCI-R-Totale	0.03	0.05	0.66	0.51
BALCI_totale effect plot	DERS_totale effect plot	HTAS_generalhealth effect plot	MPS-Totale	0.02	0.02	0.72	0.47
			BALCI-Totale	-0.04	0.04	-0.99	0.33
EATMOT_totale effect plot			DERS-Totale	0.03	0.03	1.09	0.28
			HTAS-GHI	0.3	0.07	4.02	< .001
			EATMOT-Totale	0.007	0.05	0.15	0.88

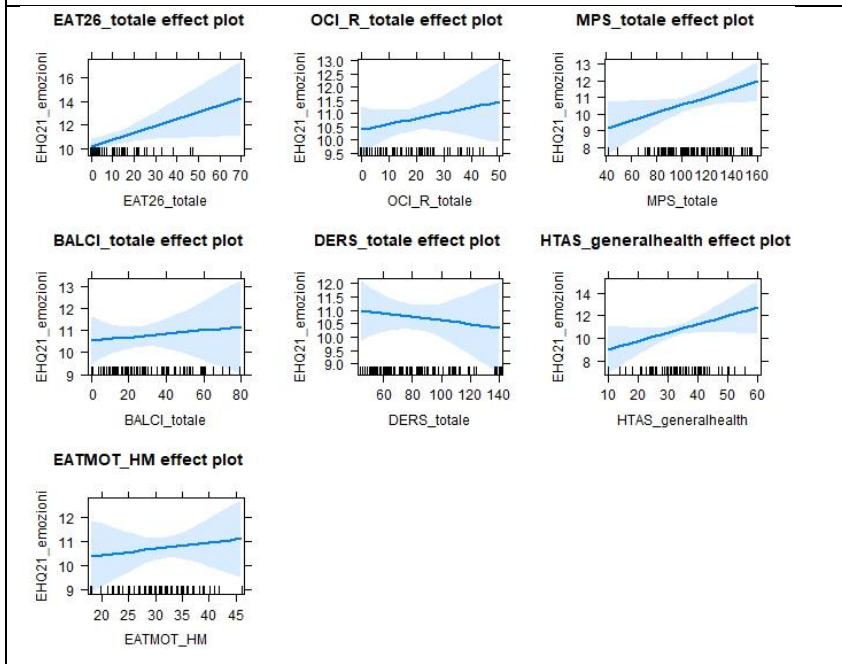
3.4.2.d Modello di Regressione Lineare con EHQ-21-Emozioni come Variabile Dipendente

L'ultimo fattore dell'EHQ-21 indaga le emozioni e le sensazioni legate alla presenza di ON; il modello di regressione dei punteggi a questa scala ha come variabili indipendenti i punteggi alle scale EAT-26-Totale, OCI-R-Totale, MPS-Totale, BALCI-Totale, DERS-Totale, HTAS-General Health Interest e EATMOT-Health Motivations. Come sopra, vengono come parametri le scale HTAS-GHI e EATMOT-HM al posto delle scale Totali dei rispettivi test a causa del più rilevante rapporto di correlazione delle prime con EHQ-21-Emozioni. La proporzione di variabilità della y spiegata da questo modello è del 35% ($Adjusted R^2 = 0.35$); inoltre, il valore di p (< 0.001) supporta la non casualità di questa statistica.

Come per i precedenti fattori dell'EHQ-21, anche i punteggi alla sottoscala *Emozioni* vengono influenzati positivamente dalla gravità della sintomatologia da DCA (EAT-26-Totale; $\beta = 0.06$, $t = 2.25$, $p < 0.05$), dalla presenza di sintomi da DOC (OCI-R-Totale; $\beta = 0.02$, $t = 0.94$, $p = 0.35$) e dalla prevalenza di tratti di perfezionismo (MPS-Totale; $\beta = 0.02$, $t = 2.11$, $p < 0.05$), con il primo e il terzo tra questi parametri che risultano essere statisticamente significativi. Più tenue è invece l'associazione (non significativa) di emozioni legate all'ON con la presenza di credenze disfunzionali sulla perdita di controllo (BALCI-Totale; $\beta = 0.008$, $t = 0.41$, $p = 0.68$) e di pattern disfunzionali di regolazione emotiva (DERS-Totale; $\beta = -0.007$, $t = -0.48$, $p = 0.63$), con il la prima che si caratterizza come debole fattore di rischio, e la seconda come debole fattore di protezione. Come riportato nella **Tabella 10**, HTAS-GHI si conferma influenzare in modo positivo anche questa scala dell'EHQ-21 ($\beta = 0.08$, $t = 1.73$, $p = 0.09$); allo stesso modo, per ogni incremento unitario del punteggio alla scala EATMOT-HM, il punteggio a dei soggetti di questo campione al fattore EHQ-21-Emozioni aumenta di 0.03 ($\beta = 0.03$), parametro che tuttavia non rientra nel range di significatività ($t = 0.5$, $p = 0.62$).

Tabella 10

Modello di Regressione Lineare Multipla con i punteggi alla scala EHQ-21-Emozioni come Variabile Indipendente
(Residual Standard Error = 2.12, Multiple R² = 0.4, Adjusted R² = 0.35, p < .001)



Variabili Esplicative	β	Se	t	p
EAT-26-Totale	0.06	0.03	2.25	< .05
OCI-R-Totale	0.02	0.02	0.94	0.35
MPS-Totale	0.02	0.01	2.11	< .05
BALCI-Totale	0.008	0.02	0.41	0.68
DERS-Totale	-0.007	0.01	-0.48	0.63
HTAS-GHI	0.08	0.04	1.73	0.09
EATMOT-HM	0.03	0.05	0.5	0.62

Capitolo 4: Discussione

4.1 Interpretazione dei Rapporti di Correlazione Lineare

Sono stati fatti, soprattutto negli ultimi anni, grandi passi in avanti nella letteratura riguardante l'ON, con svariate review a conferma degli sforzi compiuti nel tentativo di raggiungerne una definizione condivisa (Cena et al., 2019; Niedzielski & Kaźmierczak-Wojtaś, 2021; Donini et al., 2022), e un gran numero di ricerche che ne indagano i rapporti con altre patologie e costrutti presenti in psicologia. Tuttavia, nonostante l'ON sia un costrutto presente in letteratura già da qualche decennio (Bratman, 1997), non esiste ad oggi un singolo studio che ne analizzi i svariati aspetti in modo unitario e coeso. Partendo da questa considerazione, dunque, l'obiettivo della presente ricerca era l'osservazione del rapporto dell'Ortoressia Nervosa con i disturbi che più si collegano ad essa e con altri costrutti trans-diagnostici. A tal fine, la presenza e l'intensità della sintomatologia ortoressica è stata rilevata tramite la somministrazione del test EHQ-21 e, allo stesso tempo, sono stati somministrati strumenti per lo screening degli altri disturbi (DCA e DOC), dei costrutti trans-diagnostici (perfezionismo, bisogno di controllo, difficoltà nella regolazione emotiva) e delle abitudini e scelte alimentari. Successivamente, il rapporto tra i costrutti presi in considerazione è stato indagato tramite l'analisi dei rapporti di correlazione lineare (Coefficiente r di Pearson) e di regressione lineare multipla (Coefficiente di Determinazione R , Coefficiente di Regressione β).

4.1.1 Ortoressia Nervosa e Disturbi del Comportamento Alimentare

Il rapporto tra l'ON e altri DCA è stato, per natura stessa di questi costrutti, oggetto di un considerevole numero di studi nel corso degli anni. Spesso, è proprio il tentativo di migliorare la propria dieta che si delinea come uno dei fattori precoci più influenti sulla patogenesi dei disturbi alimentari (Coniglio et al., 2019; Polivy et al., 2020; Linardon, Tylka & Fuller-Tyszkiewicz, 2021), con alcuni autori che sostengono come l'ON non

possa essere considerata un disturbo a sé stante proprio per la somiglianza con i DCA già presenti nei manuali diagnostici. Tuttavia, una recente metanalisi (Zagaria et al., 2022) ha messo in luce la non-sovrapposibilità dei disturbi che, seppur condividendo molte manifestazioni sintomatologiche, presentano pattern alimentari disfunzionali diversi. Nel presente studio si conferma dunque l'ipotesi di forte associazione tra ON e DCA, con i punteggi all'EHQ-21 che correlano positivamente con quelli a tutte le scale dell'EAT-26; anche in un modello di regressione lineare multipla che prende in considerazione gli altri costrutti oggetto della ricerca, la scala *Totale* dell'EAT-26 si delinea come uno dei parametri che più influenzano la quota di variabilità legata all'ON.

Osservando più nello specifico i diversi aspetti dell'ON, sembra che le convinzioni tipiche della patologia siano l'aspetto che meno si associa all'intensità delle manifestazioni patologiche dei DCA. Effettivamente, tale riscontro è in linea con i risultati degli studi che si concentrano sull'evidenziare le differenze tra ON e DCA: nonostante, infatti, la ricerca di particolari forme del corpo o la presenza di pensieri fobici legati al grasso corporeo possano far parte di entrambe le categorie diagnostiche, per l'ON questi non costituiscono il fulcro della sintomatologia (Donini et al., 2022). Inoltre, individui ortoressici sono stati osservati considerare comportamenti tipici dei DCA (come il vomito autoindotto, l'assunzione di lassativi e lunghi periodi di digiuno) come non salutari ed ego-distonici (Morozze et al., 2015; Novara et al., 2017; Rania et al., 2021; Zagaria et al., 2022). La correlazione lineare relativamente bassa tra EHQ-21-*Convinzioni* e le scale dell'EAT-26 si potrebbe quindi spiegare tenendo in considerazione che le credenze tipiche dell'ON si concentrano prevalentemente sull'idea di benessere e sul mantenimento di una dieta e di uno stile di vita percepito come salutare e non, come per i DCA, sul controllo del peso e sulla paura di ingrassare.

I problemi dovuti al comportamento ortoressico sono l'aspetto dell'ON che più correla con i punteggi all'EAT-26, sia per quanto riguarda il rapporto di correlazione lineare semplice, sia se osservato all'interno di un modello che prende in considerazione anche le variabili misurate dagli altri test utilizzati nello studio. Una possibile spiegazione del forte legame della scala EHQ-21-*Problemi* con una maggiore presenza di sintomi tipici dei DCA potrebbe essere la somiglianza di questi ultimi con alcuni problemi che caratterizzano l'ortoressia: comportamenti quali un iperinvestimento di tempo e di risorse nella ricerca e preparazione del cibo, la tendenza a evitare cibi poco salutari (e, quindi,

spesso anche molto calorici), la rigida aderenza ad una dieta (che può a sua volta influire sulle relazioni sociali) e la messa in pratica di attività fisica estrema (utilizzata o come strumento compensatorio o di mantenimento del peso per un DCA, o vista come propedeutica per la salute per un ortoressico) possono essere infatti presenti sia in persone che mostrano condotte alimentari disfunzionali come l'AN, la BN e il BED, sia in soggetti con ON (Donini et al., 2022; Novara et al., 2022).

Per quanto riguarda poi i punteggi alla sottoscala EHQ-21-*Emozioni*, emerge correlazione lineare moderata con le scale *Totale* e *Dieting* dell'EAT-26, e una correlazione meno forte (anche se comunque degna di nota) con le scale *Bulimia & Food Preoccupation* (BFP) e *Oral Control* (OC). Effettivamente, la scala EHQ-21-*Emozioni* misura il grado di sforzo, di soddisfazione e di percezione di controllo percepito seguendo una dieta sana: emozioni che, nonostante emergano spesso in concomitanza di alcune manifestazioni indagate da EAT-26-BFP e EAT-26-OC (rispettivamente, aspetti riguardanti la pervasività dei pensieri e delle preoccupazioni sul cibo nella prima, e aspetti legati all'autocontrollo nella seconda), si associano maggiormente ai pensieri e comportamenti più tipicamente caratteristici di una rigida aderenza ad una dieta, misurati dalla scala *Dieting*.

4.1.2 Ortoressia Nervosa e Disturbo Ossessivo-Compulsivo

Si conferma, nel presente studio, l'ipotesi di associazione tra il livello di ON e i sintomi ossessivo-compulsivi, con correlazioni lineari positive moderate tra la scala *Totale* dell'EHQ-21 e alcune scale dell'OCI-R (le scale *Totale*, *Hoarding*, *Ordering* e, in particolare, *Obsessing*); anche nel modello di regressione lineare multipla con il punteggio alla scala EHQ-21-*Totale* come variabile dipendente, *Obsessing* risultava essere, all'interno di questo campione, il terzo predittore più influente. Difatti, in modo molto simile ai pazienti con DOC, persone con ON possono manifestare un iperinvestimento di tempo e di risorse nella ricerca e nella preparazione del cibo, pensieri intrusivi e pervasivi riguardo l'alimentazione o sentimenti di forte disagio qualora l'aderenza ritualizzata alla dieta dovesse venire a mancare (disagio paragonabile all'ansia percepita in un DOC quando la compulsione viene prevenuta o interrotta). Precedenti ricerche hanno, a tal proposito, evidenziato tendenze ortoressiche in campioni clinici con diagnosi di DOC, nonché l'effetto significativo che la presenza di sintomi ossessivo-

compulsivi può avere sull'evolversi dell'ON (Yilmaz, Karakuş, Tamam, Demirkol, Namlı & Yeşiloğlu, 2020; Vaccari et al., 2021; Pontillo et al., 2022).

È interessante notare come, in questo campione, non ci sia associazione tra le idee e le convinzioni ortoressiche e i sintomi DOC. Tale mancanza di correlazione positiva (e, difatti, la presenza di una leggerissima correlazione negativa) evidenzia la natura delle convinzioni ortoressiche, percepite, contrariamente alle ossessioni di un DOC, come ego-sintoniche, giuste e fondate (Pontillo et al., 2022; Donini et al., 2023). In linea con i risultati ottenuti da precedenti studi che indagavano il rapporto tra ON e DOC tramite i medesimi test utilizzati in questa ricerca (Novara et al., 2021), si riscontra moderata correlazione tra scale dell'EHQ-21 *Problemi* ed *Emozioni* e la scala *Obsessing* dell'OCI-R, che mostra come la gravità di problemi ed emozioni coinvolti in manifestazioni ortoressiche possa associarsi ad uno schema cognitivo di tipo ripetitivo e ossessivo, caratteristico del DOC. Si conferma infine l'ipotesi di minor correlazione tra *Problemi* ed *Emozioni* e le altre scale dell'OCI-R, che indagano la presenza di alcune compulsioni tipiche (*Hoarding*, *Checking*, *Ordering* e *Washing*) e quanto queste vengano utilizzate come metodo di controllo dei pensieri ossessivi e delle emozioni negative che ne conseguono (*Mental Neutralizing*); ciò si osserva anche nei modelli di regressione, dove i punteggi all'OCI-R-*Totale* non sembrano predire in modo significativo la severità dei *Problemi* e delle *Emozioni* legate all'ON. I comportamenti di controllo alimentare dell'ON, infatti, pur presentando somiglianze con le compulsioni del DOC (eg: lavare meticolosamente il cibo, conservarlo e organizzarne la disposizione in un certo modo, controllarne i valori nutrizionali) che spiegano la presenza di debole correlazione positiva tra le scale, sono messi in atto al fine di mantenere una dieta sana e un buono stato di salute, e non con lo scopo di prevenire o combattere i pensieri ossessivi e ridurre i livelli di disagio che essi comportano.

4.1.3 Ortoressia Nervosa e Perfezionismo

Nonostante, nel modello di regressione, i punteggi alla scala MPS-*Totale* non predicano in modo significativo quelli dell'EHQ-21-*Totale*, i risultati della ricerca confermano la presenza di moderata correlazione positiva tra ON e vari aspetti del perfezionismo, concettualizzato come fattore di rischio e costruito trans-diagnostico comune nell'ON

(Barnes & Caltabiano, 2017; Mahfoud et al., 2023; Novara et al., 2023) ai DCA (Ralph-Nearman et al., 2024; Fekih-Romdhane et al., 2024) e al DOC (Moretz & McKay, 2008; Pinto et al., 2017). Sembra che l'ON e, in particolare, i *Problemi* e le *Emozioni* tipici della patologia, siano legati più alla presenza di altri standard personali (MPS-PS) e alla tendenza di preoccuparsi eccessivamente della qualità delle proprie azioni (MPS-CMD), piuttosto che ai livelli di organizzazione (MPS-O) e di percezione di critiche o aspettative elevate da parte degli altri (MPS-PEPC) (Novara et al., 2023). Effettivamente, gli alti standard personali e l'eccessiva attenzione a non commettere errori potrebbero portare l'individuo a seguire la dieta in modo rigido e ritualizzato, con lo scopo di evitare errori alimentari (e i sentimenti di disagio che ne conseguono) e di condurre una vita sana e coerente con elevati standard di salute. Come ipotizzato, si riscontra minor associazione tra ON e perfezionismo socialmente prescritto (quindi legato alle eccessive richieste degli altri, misurato dalla scala MPS-PEPC): da alcune ricerche, infatti, questo tipo di perfezionismo risulta più caratteristico di persone con DCA quali AN e BN, piuttosto che di sintomatologie da ON (Garner & Gerborg, 2004). Inattesa, invece, è la scarsa correlazione tra i livelli di ON e la preferenza per l'ordine e l'organizzazione, tra cui, partendo dall'ipotesi che essa riflettesse anche sulla dieta, ci si aspettava di riscontrare una moderata correlazione positiva: per spiegare tale fenomeno si potrebbe ipotizzare la presenza di *bias* di interpretazione da parte dei soggetti (che possono aver letto l'idea di ordine e organizzazione unicamente come una gestione degli spazi, e non delle abitudini), oppure si potrebbe supporre che non vi sia particolare influenza tra una tendenza personologica all'ordine e le manifestazioni di ON, con soggetti ortoressici che, seppur organizzando e mantenendo un controllo sulla dieta, non ricercano questo tipo di ordine anche negli altri aspetti della loro vita (caratteristica, questa, più comune in persone con diagnosi da DOC).

Interessante, ma non del tutto inaspettato, è il rapporto tra il perfezionismo e specifiche convinzioni tipiche dell'ON (come, ad esempio, la convinzione di essere più informato degli altri riguardo l'alimentazione salutare o la convinzione di preparare il cibo nel modo più salutare possibile): EHQ-21-*Convinzioni* sembra infatti correlare solo con la presenza di alti standard personali e non, come originariamente ipotizzato, con vari aspetti perfezionistici (sia positivi che negativi). Riguardo a ciò, Yung & Tabri (2022) ipotizzano che il perfezionismo esacerbi indirettamente la sintomatologia ortoressica tramite la

strutturazione di un'idea di sé e del proprio valore prevalentemente incentrata sulla salute: ipotesi che potrebbe spiegare il motivo per cui, in questo campione, le credenze e le convinzioni ortoressiche si leghino principalmente all'aspetto del perfezionismo che concerne gli standard personali, piuttosto che alle caratteristiche indagate dalle altre scale dell'MPS.

4.1.4 Ortoressia Nervosa e Credenze sulla Perdita di Controllo

Emerge correlazione positiva tra le scale *Totali* dell'EHQ-21 e al BALCI nonostante, nei modelli di regressione, il punteggio al fattore BALCI-*Totale* non si delinea come predittore particolarmente influente sui punteggi alle scale dell'EHQ-21. La presenza di una qualche rapporto tra i due costrutti era tuttavia stata ipotizzata, partendo anche dalle ricerche che definivano il costrutto trans-diagnostico della paura di perdere il controllo come uno dei fattori di rischio e di mantenimento nei DCA (Tiggemann & Raven, 1998; 1998; Ricca et al., 2012), nel DOC (Froreich et al., 2016) e nell'ON (Tabri et al., 2022). In particolare, nella presente ricerca si conferma la presenza di correlazione positiva da debole a moderata tra tutti i fattori del BALCI e le scale *Problemi* ed *Emozioni* dell'EHQ-21, che mostra come la presenza di maggiori paure riguardanti la perdita di controllo (sui pensieri, sulle emozioni, sui comportamenti e sulle funzioni del proprio corpo) e una maggiore importanza attribuita al mantenimento tale controllo si associno alla gravità delle manifestazioni problematiche e delle emozioni dell'ON.

Nonostante ci si aspettasse di trovare correlazione significativa tra le *Convinzioni* legate all'ON e le scale del BALCI, così non è stato, ad eccezion fatta per una debole correlazione positiva tra EHQ-21-*Convinzioni* e la scala che misura l'importanza di mantenere il controllo (BALCI-ISC). Per quanto concerne la scala *Convinzioni*, si nota come questa misuri quanto il soggetto percepisca di essere informato sull'alimentazione sana, e con che rigidità sia convinto di metterla in pratica: effettivamente, tali idee poco si associano alla paura di perdere il controllo indagata dal BALCI, al di fuori dell'importanza attribuita al mantenimento del controllo sul comportamento alimentare (che, essendo un singolo aspetto dei tre indagati dalla scala ISC, ne spiega la solamente leggera correlazione positiva con EHQ-21-*Convinzioni*).

4.1.5 Ortoressia Nervosa e Difficoltà nella Regolazione Emotiva

Partendo dalla correlazione da moderata a forte tra i punteggi ottenuti alla scala *Totale* dell'EHQ-21 e quelli totalizzati al DERS-*Totale* si conferma, per questo campione, l'ipotesi di correlazione positiva tra ON e la presenza di difficoltà nella regolazione emotiva (nonostante, in un modello di regressione lineare che comprende tutte le variabili oggetto della ricerca, i punteggi alla scala *Totale* del DERS non predicano in modo rilevante quelli all'EHQ-21-*Totale*). Come supposto, le manifestazioni ortoressiche in generale si associano positivamente a tutte le sfaccettature dei pattern di disregolazione emotiva indagate dalle scale del DERS, ad eccezione del fattore che indaga quanto il soggetto sia interessato a prestare attenzione alle proprie emozioni (DERS-RA): risultati, questi, coerenti con la letteratura (Vuillier et al., 2020; Davies et al., 2022), e che mostrano come i soggetti ortoressici tendano in media a esibire scarse capacità di riconoscimento, di accettazione e di controllo sulle proprie emozioni (sia positive che negative), una mancanza di fiducia verso le proprie abilità di regolazione delle emozioni negative e maggiore difficoltà a concentrarsi e distogliere il pensiero da esse. Interessante la scarsa correlazione tra DERS-RA e la scala *Totale* dell'EHQ-21, che evidenzia come, nonostante l'incapacità di riconoscere e accettare propriamente le emozioni, i soggetti ortoressici non sembrano particolarmente disinteressati alla propria emotività e non cerchino attivamente di ignorarla: effettivamente, l'utilizzo del cibo come strategia di controllo emotivo e la presenza di emozioni negative in risposta a determinati comportamenti (come, nel caso dell'ON, il fallimento dell'aderenza alla dieta) (Oberle, Nadai & Madrid, 2021) presuppongono una mancanza di controllo e una mal gestione delle emozioni, piuttosto che un totale disinteresse verso di esse. Dal rapporto di correlazione positiva delle scale del DERS con EHQ-21-*Problemi* e EHQ-21-*Emozioni* si evince come, all'aumentare della disregolazione emotiva, aumentino più che altro i problemi e le emozioni legati all'ortoressia, piuttosto che le convinzioni tipiche della patologia. In particolare, la scala DERS-MdF sembra essere quella che più correla con EHQ-21-*Problemi*; tale legame si potrebbe spiegare considerando come alti punteggi a MdF, oltre a sottolineare la mancanza di fiducia nell'autoregolazione, possano evidenziare una mancanza di flessibilità mentale e una tendenza ad adottare schemi cognitivi dicotomici (con item quali '*Quando sono turbato, credo che non ci sia niente che io possa fare per sentirmi meglio*'),

che sono stati visti essere centrali nell'insorgenza e mantenimento dell'ON (DeBois & Chatfield, 2020).

Non sembra esserci invece correlazione tra EHQ-21-*Convinzioni* e le scale del DERS, tranne per una leggera correlazione positiva tra le convinzioni tipiche dell'ON e la difficoltà nel controllo emotivo. A tal proposito, Vuillier e colleghi (2020) ipotizzano l'utilizzo di comportamenti ortoressici, da parte di individui con scarse abilità di regolazione emotiva, come meccanismo di coping per aumentare il senso di controllo (Vuillier et al., 2020). Seppur lieve all'interno di questo campione, quindi, l'associazione tra *Convinzioni* e le scale del DERS potrebbe essere spiegata ipotizzando un maggior investimento sull'alimentazione da parte di soggetti con difficoltà nella regolazione emotiva; investimento che, conseguentemente, potrebbe portare tali individui a percepirsi maggiormente informati rispetto alla dieta sana e più capaci di metterla in pratica.

4.1.6 Ortoressia Nervosa, Abitudini Alimentari e Motivational Eating

4.1.6.a Ortoressia Nervosa e Abitudini Alimentari

Per commentare al meglio il rapporto tra la gravità delle manifestazioni ortoressiche e le abitudini alimentari dell'individuo si rivela utile, piuttosto che basarsi sulla scala *Totale* dell'HTAS, osservare individualmente i rapporti di correlazione tra le singole scale di questo test e i fattori dell'EHQ-21; questo perché, essendo l'HTAS un test composto da scale che indagano aspetti diversi (e, talvolta, perfino contrastanti) delle abitudini alimentari del soggetto (suddivisibili nella categorie *Health* e *Taste*, che riguardano, rispettivamente le abitudini salutari e quelle più legate al *craving* e al gusto), i punteggi ottenuti alla scala HTAS-*Totale* non hanno di per sé un alto valore esplicativo (Saba et al., 2019). Partendo da questa considerazione, non stupisce la forte correlazione positiva tra HTAS-*General Health Interest* e tutte le scale dell'EHQ-21: secondo la definizione stessa dall'ON, infatti, la gravità delle manifestazioni ortoressiche si associa ad abitudini alimentari percepite come più sane e alla messa in pratica di schemi alimentari più rigidi, incentrati sull'(ideale) raggiungimento di un buono stato di salute e sull'evitamento degli alimenti percepiti come dannosi per l'organismo (Novara et al., 2022; Donini et al., 2022). Questo forte rapporto emerge anche nei modelli di regressione, dove i punteggi ad HTAS-GHI si delineano come uno dei predittori che maggiormente spiegano la variabilità dei

punteggi ottenuti ai vari fattori dell'EHQ-21. Anche l'interesse dell'individuo verso i prodotti alimentari naturali si associa positivamente, in modo meno forte ma comunque degno di nota, ai vari aspetti dell'ON: in particolare, all'interno di questo campione, HTAS-NPI correla moderatamente con le scale *Totale* e *Problemi* dell'EHQ-21 e, in modo leggermente meno rilevante, anche con EHQ-21-*Convinzioni* e EHQ-21-*Emozioni*. Per spiegare tale discrepanza di intensità (che emerge anche per quanto riguarda i rapporti di correlazione di HTAS-GHI), si potrebbe ipotizzare che, per alcuni individui, la ricerca di alimentazione sana o naturale non derivi unicamente dalle proprie convinzioni ed emozioni ortoressiche: un bodybuilder, per esempio, potrebbe ricercare questo tipo di alimentazione unicamente con lo scopo di preparazione ad una gara e, forse, abbandonare la dieta rigida una volta terminata la competizione, senza manifestare in modo pervasivo le convinzioni ed emozioni tipiche dell'ortoressia. Interessante notare l'assenza di correlazione tra HTAS-LPI (che indaga le abitudini alimentari incentrate sulla ricerca di cibo *light*) e le scale dell'EHQ-21, ad eccezione fatta per una debole correlazione positiva con EHQ-21-*Problemi*, che si spiega ipotizzando che una maggiore ricerca di alimentazione *light* (messa in atto, per esempio, per problemi intestinali, quindi senza particolari convinzioni o emozioni ortoressiche) potrebbe portare ad alcuni dei problemi (come l'evitamento delle situazioni sociali dove non ci sono opzioni *light*, o una maggior quantità di tempo impiegato nella ricerca di tali cibi) tipici dell'ON.

Nonostante si fosse ipotizzata poi una correlazione negativa tra il *craving* dell'individuo per i cibi dolci e le sue manifestazioni ortoressiche, non emerge particolare correlazione tra HTAS-PCSF e i punteggi all'EHQ-21: effettivamente, l'ON non ha come fulcro la perdita di peso (Moroze et al., 2015), ed è dunque possibile che individui con ON riescano ad inserire alimenti dolci nella propria dieta adottando particolari accorgimenti (come, ad esempio, preparare i dolci a casa per evitare determinati ingredienti e utilizzare, nelle proprie ricette, sostituti considerati più salutari). Emerge invece un interessante (seppur debole) correlazione positiva tra HTAS-OPCSF e EHQ-21-*Totale*, *Problemi* ed *Emozioni*, che mostra come ad una maggior intensità dei problemi e delle emozioni legati all'ON non si associ una maggiore convinzione che sia strano per gli altri desiderare cibi dolci. Infine, si conferma l'ipotesi di correlazione negativa tra ON e la tendenza a utilizzare il cibo come ricompensa: dal rapporto di correlazione tra HTAS-UFR e le scale dell'EHQ-21, infatti, si evince come, contrariamente a situazioni di obesità o di diagnosi da BED

(Dalton, Blundell & Finlayson, 2013), all'aumentare della sintomatologia ortoressica si associa una minor tendenza ad utilizzare cibo prelibato come modalità di ricompensa.

4.1.6.b Ortoressia Nervosa e Motivational Eating

Seguendo lo stesso ragionamento adottato nell'interpretazione delle correlazioni con l'HTAS, anche per l'EATMOT si rivela più utile osservare le singole scale, con ciascuna di esse che indaga una possibile motivazione sottostante le scelte alimentari dell'individuo. Prima di tutto, si conferma l'ipotesi di associazione tra sintomatologia ortoressica e la presenza di motivazioni alimentari principalmente incentrate sulla salute, avendo rilevato correlazione positiva moderata tra le scale dell'EHQ-21 e EATMOT-HM (che indaga quanto l'individuo presti attenzione alle qualità positive del cibo, quanto si attenga ad una dieta salutare e quanto importante reperi il mantenimento di una buona dieta per il raggiungimento di un miglior stato di salute). Come già osservato nell'analisi delle scale del DERS, anche le motivazioni emotive (EATMOT-EM) correlano (anche se più debolmente) con un una maggiore intensità dei sintomi ortoressici e, principalmente, con i problemi e le emozioni legate ad essi; così come emerso anche dalle analisi delle correlazioni con il DERS, le convinzioni tipiche dell'ON non sembrano invece associarsi a questo tipo di motivazione. Interessante poi osservare la debole correlazione positiva che emerge tra EATMOT-EPM, che indaga quanto le scelte alimentari dell'individuo vengano influenzate da motivazioni ambientali e politiche, e tutte le scale dell'EHQ-21. Questi risultati sono plausibili considerando il numero di item della scala EPM che riguardano la scelta di alimenti prodotti localmente, o imballati utilizzando il minor quantitativo di plastica possibile; caratteristiche, queste, spesso presenti in alimenti generalmente percepiti come salutari.

Infine, non stupisce la correlazione negativa dell'ON (e, soprattutto, di EHQ-21-*Convinzioni*) con il livello di influenza delle strategie commerciali di marketing sulle scelte alimentari, misurata dalla scala MCM dell'EATMOT. Come osservato da Duarte e colleghi (2019), infatti, le grandi compagnie pubblicitarie non sembrano considerare, almeno per il momento, l'alimentazione sana (e, in particolare, l'ortoressia) come un trend abbastanza importante da generare dei profitti tramite campagne pubblicitarie indirizzate a clienti con queste inclinazioni; di conseguenza, è plausibile come, all'aumentare della

gravità dei pensieri e delle convinzioni ortoressiche, si associ una minor rilevanza della pubblicità nelle scelta alimentari, che poco si concentrano sugli aspetti salutar del cibo.

4.2 Modelli di Regressione Multipla

Tramite la strutturazione di quattro modelli di regressione (uno per ogni fattore dell'EHQ-21), è stato indagato se e quanto le singole variabili prese in considerazione da questa ricerca alterino i punteggi all'EHQ-21 e, conseguentemente, quanto si associno ad una maggior severità dei sintomi ortoressici.

4.2.1 Modello di Regressione con EHQ-21-Totale come Variabile Dipendente

Per quanto riguarda le manifestazioni ortoressiche prese nella loro totalità (indicate dal punteggio ottenuto dai soggetti a EHQ-21-Totale), si osserva come la variabile che più predice la loro gravità sia l'elevato interesse del soggetto verso un'alimentazione salutare (misurato da HTAS-GHI), che comprende l'aderenza rigida ad una dieta concettualizzata come sana, scelte alimentari influenzate dalla qualità del cibo e l'evitamento degli alimenti che non rientrano negli standard personali di salute. Così come emerso da precedenti ricerche (Missbach, Hinterbuchinger, Dreiseitl, Zellhofer, Kurz & König, 2015; Parra-Fernández et al., 2018; Gramaglia et al., 2019; Novara et al., 2022), anche in questo studio si conferma l'associazione tra ON e gravità delle attitudini patologiche, tipiche dei DCA, riguardanti l'alimentazione, quali la presenza pensieri legati alle forme del corpo, il controllo o il tentativo di controllo sull'alimentazione, la messa in atto di comportamenti fobici di evitamento verso alcuni cibi e l'utilizzo di condotte compensative. In linea poi con altri studi, questa ricerca conferma l'associazione tra ON e la gravità della sintomatologia DOC, con l'ipotesi che l'ON possa, in alcuni casi, dar luogo alla strutturazione di routine, di pattern comportamentali ripetitivi e di pensieri ricorrenti simili a quelli tipici del DOC (Poyraz, Tüfekçioğlu, Özdemir, Baş, Kani, Erginöz & Duran, 2016; Costa & Hardan-Khalil, 2018; Novara et al., 2021). Tuttavia, mentre le precedenti ricerche mostravano maggior associazione tra ON e sintomi compulsivi legate all'igiene (Poyraz et al., 2016) o al *checking* (Novara et al., 2021), in questo studio la variabile che influenza in modo significativo i punteggi ottenuti alla scala

Totale dell'EHQ-21 risulta essere la presenza di pensieri ossessivi difficili da controllare: sembrerebbe, quindi, che sia l'intensità dei pensieri ossessivi, più che dei comportamenti compulsivi, ad associarsi ad una maggiore severità della sintomatologia da ON, almeno all'interno del presente campione. Mentre i tre predittori sopra menzionati risultano spiegare una fetta consistente della variabilità legata all'EHQ-21-*Totale*, le altre variabili che sono state osservate correlare con l'intensità della sintomatologia ortoressica, non sembrano influenzare particolarmente, all'interno del modello di regressione lineare, i punteggi ottenuti dai soggetti a questa scala del test.

4.2.2 Modello di Regressione con EHQ-21-Convinzioni come Variabile Dipendente

Analizzando poi le convinzioni specifiche dell'ON, è interessante osservare come gli unici due fattori che correlano, almeno moderatamente, con EHQ-21-*Convinzioni* sono HTAS-*General Health Interest* ed EATMOT-*Health Motivations*. Dal modello di regressione a due predittori con EHQ-21-*Convinzioni* come variabile dipendente si evince come i punteggi ottenuti dai soggetti a entrambe queste scale influenzino in modo significativo la variabilità legata ai punteggi a *Convinzioni*, che misura l'intensità e la pervasività delle credenze del soggetto riguardanti la superiorità della propria dieta e delle proprie conoscenze legate all'alimentazione. Come delineato da Varga e colleghi (2013) e da Novara e colleghi (2017), infatti, i pensieri e le convinzioni tipiche dell'ON, si caratterizzano per una costante attenzione rivolta ai cibi sani e per un'ipervalutazione del ruolo della dieta nel mantenimento di un buono stato di salute; questi soggetti si sentono inoltre maggiormente competenti e informati sull'alimentazione rispetto alla media della popolazione, spesso atteggiandosi con superiorità nei confronti di coloro che non investono risorse in una dieta salutare. Per quanto riguarda HTAS-GHI, quindi, si conferma come una maggiore intensità di comportamenti e attitudini indagati da questa scala (quali, per esempio, l'interesse verso l'alimentazione sana, l'aderenza a una dieta bilanciata e l'evitamento di cibi percepiti come dannosi per la salute) influenzi positivamente la gravità delle convinzioni ortoressiche. I soggetti con ON, poi, sono stati osservati selezionare e preparare gli alimenti che fanno parte della loro dieta principalmente in base alla composizione e alla qualità, evitando prodotti ritenuti impuri o poco salutari (Morozze et al., 2015; Novara et al., 2017); coerentemente con quanto

osservato, un elevato punteggio alla scala EATMOT-HM, che indaga proprio questo tipo di motivazioni sottostanti la scelta degli alimenti, si delina come predittore significativo di una maggiore presenza, severità e rigidità dei pensieri e delle convinzioni tipiche dell'ON.

4.2.3 Modello di Regressione con EHQ-21-Problemi come Variabile Dipendente

Il rapporto tra la sintomatologia da DCA, il maggiore interesse verso l'alimentazione sana e i problemi tipici dell'ON è già ben nota in letteratura (Brytek-Matera et al., 2022; Novara et al., 2022). Il modello di regressione con EHQ-21-*Problemi* come variabile dipendente supporta questi risultati, delineando EAT-26-*Totale* e HTAS-*General Health Interest* (che influenzano la variabilità del punteggio ottenuti a *Problemi* con forza quasi sovrapponibile) come i due predittori più significativi. Sembrerebbe quindi che sia proprio la presenza di tratti psicologici e di sintomi caratteristici dei DCA, unita ad una più pervasiva tendenza esibire elevato interesse verso le proprietà salutari dei cibi, a contribuire in modo più rilevante alla maggiore gravità dei problemi riportati dai soggetti ortoressici. Effettivamente, considerando la parziale sovrapposizione della sintomatologia da ON con quella tipica di altri DCA (Horovitz & Argyrides, 2023) e il ruolo principale dell'interesse esagerato verso l'alimentazione sana nella strutturazione dei pensieri e comportamenti che danno luogo a questi problemi (Donini et al., 2022), non stupisce osservare come queste due variabili concorrano in modo così simile a spiegare una maggiore presenza di problematiche che possono giungere a condizionare anche la carriera e i rapporti interpersonali della persona. Il modello di regressione ci mostra poi che, all'interno del presente campione, la variabilità legata ai punteggi ottenuti alla scala *Problemi* non sembra essere particolarmente influenzata dagli altri predittori presi in considerazione dalla ricerca. Desta infatti curiosità notare come queste variabili, seppur dimostrandosi correlare singolarmente con EHQ-21-*Problemi*, non predicano significativamente (se non in modo molto lieve e non generalizzabile al di fuori del campione) una maggiore pervasività delle problematiche legate ad un'alimentazione sana, almeno se inserite in un modello di regressione lineare.

4.2.4 Modello di Regressione con EHQ-21-Emozioni come Variabile Dipendente

Rispetto alle altre scale dell'EHQ-21, la variabilità del punteggio ottenuto dai soggetti alla scala *Emozioni* (che indaga la presenza di emozioni positive in concomitanza con una corretta aderenza alla dieta rigida, la sensazione di aver fatto sforzi per aderire a tale dieta e la percezione di controllo quando si mangia del cibo salutare) sembra essere quella meno spiegata dai predittori presi in considerazione dal modello. Analizzando più nello specifico i singoli predittori, si nota, come per gli altri modelli, il ruolo principale giocato dalla presenza di sintomatologia da DCA (EAT-26-*Totale*) e dalla pervasività dell'interesse verso l'alimentazione sana (HTAS-GHI) nello spiegare, anche se debolmente, l'intensità delle emozioni indagate da EHQ-21-*Emozioni*); riscontri, questi, in linea con quanto osservato da precedenti ricerche (Gleaves et al., 2013). Anche la maggior presenza di sintomatologia ossessivo-compulsiva, di tratti perfezionisti e di motivazioni alimentari principalmente legate alla salute concorrono lievemente a spiegare la variabilità dei punteggi ottenuti dai soggetti a questa scala, mentre le variabili indagate dalle scale BALCI-*Totale* e DERS-*Totale* (rispettivamente, la presenza di credenze disfunzionali sulla perdita di controllo e di difficoltà nella regolazione delle emozioni) non sembrano predire una maggiore intensità delle emozioni ortoressiche, almeno all'interno di un modello lineare.

Come accennato, i predittori utilizzati dal modello, seppur presentando moderata correlazione con EHQ-21-*Emozioni*, non contribuiscono in modo sostanziale nello spiegare la variabilità dei punteggi ottenuti a questa scala. Una considerazione a tal proposito riguarda la tipologia di emozioni che vengono prese in considerazione: la scala indaga infatti sensazioni ed emozioni principalmente positive, mentre non sono presenti item rivolti verso la presenza di emozioni negative conseguenti alla trasgressione delle proprie regole alimentari (come, ad esempio, paure, ansie, sentimenti di colpa e sensazioni di impurità). Si potrebbe dunque ipotizzare che le emozioni di questo secondo tipo vengano maggiormente influenzate e spiegate dalla presenza dei tratti psicologici disfunzionali indagati dagli strumenti utilizzati dalla ricerca e che, al contrario, vi siano altre variabili più influenti nel predire la presenza di emozioni positive legate ad un'alimentazione sana. Allo stesso tempo, è altresì possibile ipotizzare che un modello lineare non rappresenti correttamente l'effettiva realtà dei dati, e che un modello non lineare possa fornire una migliore approssimazione del rapporto tra queste variabili.

4.3 Limitazioni, Punti di Forza e Prospettive Future

Anche al fine di aprire la strada ad ulteriori studi sull'ON, si sottolineano, di seguito, i limiti, i punti di forza e le prospettive future relative alla ricerca oggetto di questo elaborato.

4.3.1 Limiti della Ricerca

Partendo dalle limitazioni della ricerca, si possono innanzitutto notare asimmetrie nelle distribuzioni di genere, di età e di occupazione dei soggetti intervistati; asimmetrie che, forse, indeboliscono la capacità del campione di riflettere la realtà della popolazione generale italiana. Per quanto riguarda il primo aspetto, si sottolinea una prevalenza del genere femminile, con una percentuale del 74%. Tuttavia, pur essendo l'asimmetria di genere un limite abbastanza frequente in letteratura (Gramaglia et al., 2019; Oberle et al., 2020; Novara et al., 2021), l'effetto di tale variabile sull'eziologia e sulla psicopatologia dell'ON è ad oggi oggetto di dibattito, con studi diversi che riportano risultati discordanti (Donini et al., 2022): alcune ricerche hanno infatti messo in luce una prevalenza dei tratti ortoressici nel genere femminile (Arusoğlu, Kabakçı, Köksal, & Merdol, 2008), altre nel genere maschile (Donini, Marsili, Graziani, Imbriale & Cannella, 2004; Donini et al., 2005; Fidan, Ertekin, Işıkay & Kırpınar, 2010), mentre altre ancora non riscontrano alcuna differenza (Bağcı Bosi, Çamur & Güler, 2007). Oltre all'asimmetria, un altro limite riferito al genere riguarda poi l'assenza di individui *non-binary* (ossia al di fuori del binarismo di genere) all'interno del campione: nonostante, infatti, oltre a 'femmina', 'maschio' e 'non voglio rispondere', la risposta alla domanda sul genere comprendesse anche 'altro', tutti gli individui reclutati hanno riportato di indentificarsi in uno dei due generi binari. Un ulteriore limite riguarda la variabile età (che risulta, rispetto alla media della popolazione generale, sbilanciata verso il basso, con un'età media di 23.91 anni), probabilmente anche a causa della modalità di coinvolgimento dei partecipanti, che si avvale principalmente di *social media* e di altri strumenti digitali più diffusi in una popolazione giovane; così come per la variabile genere, l'effetto dell'età sulla frequenza e l'intensità delle caratteristiche

ortoressiche non è ancora chiaro, e le ricerche a riguardo riportano risultati tutt'oggi inconclusivi. A tal proposito, nonostante un numero elevato di studi sottolineino una sostanziale assenza di influenza dell'età sulle variabili riguardanti l'ON (Aksoydan & Camci, 2009; Herranz Valera et al., 2014; Bundros et al., 2016; Depa et al., 2017; Turner & Lefevre, 2017; Grammatikopouou et al., 2018; Reynolds, 2018), alcuni autori individuano una maggiore presenza di sintomi da ON in persone con meno di 21 anni (Fidan et al., 2010), mentre altri (Donini et al., 2004) riscontrano un'associazione positiva tra età più avanzata e caratteristiche ortoressiche: è altresì possibile che, oltre a rendere il campione meno rappresentativo della popolazione generale italiana, l'asimmetria di tale variabile abbia in qualche modo influito sui risultati della ricerca. L'ultimo limite riferito alla composizione del campione riguarda l'occupazione e il livello di istruzione dei partecipanti, che potrebbero aver influenzato la qualità delle risposte ai questionari: il 76% del campione è infatti costituito da studenti universitari e, in particolare, 53 soggetti su 100 riferiscono di studiare e/o lavorare in ambiti inerenti al settore psicologico, sportivo o legati alla salute. Senza dubbio, la modalità di reclutamento tramite *social network* potrebbe essere uno dei fattori che più ha influito su questa variabile, portando alla selezione di persone particolarmente interessate alle tematiche indagate dalla ricerca; è altresì possibile che tali individui, più informati rispetto all'alimentazione sana, presentino tratti ortoressici superiori alla media della popolazione generale. La prevalenza della sintomatologia ortoressica in individui che studiano e lavorano in ambiti legati alla psicologia e/o alla salute è stata effettivamente confermata da svariati autori (Bağcı Bosi et al., 2007; Donini et al., 2022; McInerney, Stapleton & Baumann, 2024) ed è quindi ipotizzabile che, nonostante esistano studi che evidenziano una tendenza opposta (Depa et al., 2016), il controllo di questa variabile rafforzerebbe i risultati ottenuti dalla presente ricerca. Questo studio non prende altresì in considerazione alcune variabili, quali la presenza di sintomatologia ansioso-depressiva, di tratti personologici disfunzionali, l'aderenza a una dieta particolare (e.g.: dieta vegetariana, vegana, carnivora) e il livello di attività fisica, che sono state osservate correlare positivamente con l'ON (Novara et al., 2022). In generale, sono dunque auspicabili ulteriori studi che permettano di valutare se e come queste variabili psicologiche e sociodemografiche influiscano sul rapporto dell'ON con gli altri costrutti analizzati.

Vi sono poi limitazioni legate agli strumenti di valutazione utilizzati dallo studio. In primo luogo, tutti gli strumenti presenti nella batteria sono online e unicamente *self-report* e, conseguentemente, vulnerabili ai *bias* di compilazione caratteristici di questa tipologia di test; potrebbe essere inoltre utile la valutazione di alcuni delle variabili indagate dalla ricerca (come, per esempio, la presenza di sintomatologia da DCA e da DOC, oltre che da ON) tramite diagnosi e colloqui clinici di assessment da parte di figure professionali certificate. Si auspicano quindi ulteriori studi che utilizzino anche questionari da compilare in presenza (per limitare ulteriormente, tramite spiegazioni e chiarimenti vocali da parte del ricercatore, possibili difficoltà di interpretazione e *bias* cognitivi) e che prendano in considerazione, oltre a strumenti *self-report*, anche misure di valutazione clinica, con lo scopo di avvalersi del confronto tra una popolazione generale e una popolazione clinica per meglio indagarne le differenze. Osservando più nello specifico i singoli strumenti, una prima limitazione potrebbe riguardare il test EHQ-21, utilizzato nello screening delle caratteristiche tipiche dell'ON: l'EHQ-21, infatti, nonostante sia stato confermato come valido strumento per la rilevazione dei tratti ortoressici disfunzionali da svariati autori e per popolazioni diverse (Gleaves et al., 2013; Novara et al., 2017; Brytek-Matera, 2020; Parra-Fernández et al., 2021; Bali et al., 2023), presenta item che misurano caratteristiche legate all'interesse non patologico per l'alimentazione sana, in concomitanza a (o, per alcuni item, al posto di) tratti disfunzionali da ON. In particolare, alcuni studiosi avanzano dubbi sulla validità della scala *Totale* del test nello screening dell'ON e, principalmente, nella valutazione di tendenze all'alimentazione disfunzionale e al controllo del peso, citando come la mancanza di differenziazione tra ON e manifestazioni riconducibili alla *'healthy orthorexia'* possa portare EHQ-21-*Totale* a rilevare queste caratteristiche in modo meno preciso (Atchison & Zickgraf, 2022). Tuttavia, tale limitazione potrebbe essere stata in parte contrastata tramite l'utilizzo, da parte di questa ricerca, del test EAT-26 (ideato appunto per la rilevazione di tratti e comportamenti da DCA). Un ulteriore limite dell'EHQ-21 risiede nella mancanza di item per la misurazione delle emozioni negative conseguenti alla trasgressione delle regole alimentari; emozioni che, secondo la letteratura più recente, costituiscono una delle componenti cardine dell'ON (Donini et al., 2022). Nonostante lo studio si avvalga comunque di strumenti per la valutazione di emotività negativa e di difficoltà nella regolazione emotiva, ricerche future potrebbero approfondire più nello specifico aspetti

legati alle emozioni negative nell'ON che, nel presente elaborato, poco emergono rispetto alle altre caratteristiche del disturbo. È altresì doveroso tenere in conto dei limiti della versione italiana dell'EATMOT: nonostante, infatti, la traduzione in italiano dello strumento venga adottata dallo studio cross-culturale di Guiné et al. (2021), manca ad oggi una validazione per una popolazione unicamente italiana e, di conseguenza, i risultati ottenuti a questo test potrebbero non essere propriamente rappresentativi di una realtà di questo tipo. Infine, quattro strumenti presentano sottoscale (EHQ-21-*Emozioni*, OCI-R-*Mental Neutralizing*, OCI-R-*Washing*, BALCI-*Body and Bodily Functions*, EATMOT-*Marketing and Commercial Motivations*) con un indice di consistenza interna che rientra nella fascia inferiore del range di accettabilità; l'utilizzo di strumenti diversi in studi futuri si rivela dunque necessario per confermare i risultati ottenuti da tali fattori.

Ultimo limite da tenere in considerazione riguarda la natura stessa della metodologia di ricerca. Uno studio trasversale (*cross-sectional*) come il presente, infatti, non permette un'esplorazione longitudinale delle variabili; in particolare, lo studio non fornisce alcuna informazione sull'evoluzione della sintomatologia da ON nei soggetti intervistati, ne consente di osservare se i rapporti esistenti tra i costrutti analizzati si modificano nel corso del tempo. È impossibile quindi stabilire se, in questo campione, i sintomi ortoressici siano prodromici all'insorgenza di manifestazioni disfunzionali da DCA e DOC; è altresì impossibile verificare se la presenza di motivazioni e interessi alimentari incentrati sulla salute e di tratti relativi ai costrutti trans-diagnostici indagati (perfezionismo, paura di perdere il controllo, difficoltà nella regolazione emotiva) siano conseguenze o fattori di rischio nell'insorgenza dell'ON. La strutturazione di ulteriori studi di tipo longitudinale che considerino queste variabili è, dunque, necessaria e auspicabile.

4.3.2 Punti di Forza, Conclusioni e Prospettive Future

Il presente studio è, ad oggi, il primo ad indagare se e come variabili tipiche dei DCA, del DOC, del perfezionismo, delle credenze sulla perdita di controllo, delle difficoltà nella regolazione emotiva e delle scelte e motivazioni alimentari concorrano a influenzare le manifestazioni da ON. Se, infatti, sono presenti in letteratura svariate ricerche che analizzano il rapporto dell'ON con una (o più di una) di queste variabili, non ci sono

precedenti studi che considerano tutti questi fattori all'interno di un unico modello. Un altro punto di forza sta nella strutturazione di diversi modelli di regressione, con ogni modello che indaga una delle possibili sfaccettature della sintomatologia ortoressica: tale modalità consente un'analisi più approfondita e precisa di ciò che può influenzare sia le manifestazioni da ON in generale, sia differenti aspetti di questa patologia, quali le convinzioni, le emozioni e i problemi che ad essa si legano.

Si riconferma dunque sia l'associazione dell'ON con alcune caratteristiche riguardanti i disturbi del comportamento alimentare e i disturbi ossessivo-compulsivi, sia la non totale sovrapponibilità di queste sintomatologie (evidenziata dalla relativamente scarsa correlazione tra le convinzioni tipiche dell'ON e le manifestazioni da DCA e DOC); risultati, questi, che sembrerebbero supportare l'ipotesi, già sostenuta da svariati autori (Donini et al., 2022), riguardante la concettualizzazione dell'ON come identità nosografica a sé stante, distinta da altri disturbi già presenti nei manuali diagnostici. Lo studio conferma altresì la rilevanza di alcuni aspetti disfunzionali del perfezionismo, delle credenze sulla perdita di controllo e delle difficoltà nella regolazione emotiva come costrutti trans-diagnostici, mettendone soprattutto in evidenza il rapporto con i problemi e le emozioni positive legate alla rigida aderenza ad un'alimentazione sana. Sarebbe interessante, poi, osservare questi fattori interagire fra di loro in modelli che comprendano anche le variabili relative all'ON che non sono state prese in considerazione nel presente elaborato: tra queste, si ricorda, in particolare, l'emotività negativa (e, soprattutto, le emozioni negative legate alla mancata aderenza alla dieta), la sintomatologia ansioso-depressiva, l'aderenza a diete 'mainstream' (come, ad esempio, la dieta vegetariana), il livello di attività fisica e le variabili di tipo personologico, anagrafico e socioculturale già precedentemente menzionate. Potrebbe altresì essere utile il confronto tra campioni clinici e non clinici, anche con lo scopo di indagare meglio le differenze tra *'healthy orthorexia'* e l'ON in suddetti rapporti. Oltre alle possibili prospettive future per la ricerca, il presente studio potrebbe fornire spunti utili anche a livello pratico; l'analisi dei rapporti esistenti tra l'ON e i disturbi e costrutti qui indagati, infatti, presenta sicuramente una certa utilità clinica, sia per lo psicologo e il terapeuta, sia per le altre figure professionali che potrebbero rapportarsi con questo disturbo. Conoscere meglio la patologia e i costrutti che ad essa si associano, infatti, potrebbe aiutare il professionista nella strutturazione del caso clinico e nell'individuazione del target di lavoro nella terapia

per la cura dell'ON. Inoltre, essendo le credenze legate all'ON spesso di tipo ego-sintonico (Pontillo et al., 2022), l'esplorazione dei costrutti trans-diagnostici potrebbe fornire appigli per aggirare possibili problematiche legate all'intervento disturbo-specifico, rendendo più flessibile il lavoro del terapeuta (permettendo e facilitando, ad esempio, in soggetti particolarmente resistenti alla messa in discussione delle idee ortoressiche, l'utilizzo di interventi incentrati su uno o più costrutti trans-diagnostici, piuttosto che sull'ON stessa).

Nonostante le limitazioni menzionate poco sopra, quindi, questo elaborato fornisce spunti utili sia a livello pratico che a scopo di ricerca e, tramite i diversi modelli di regressione, contribuisce a far luce su alcuni dei molteplici aspetti che costituiscono la complessità dell'ortoressia nervosa.

Riferimenti Bibliografici

- Aarnio, K., & Lindeman, M. (2004). Magical food and health beliefs: A portrait of believers and functions of the beliefs. *Appetite*, *43*(1), 65–74.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2004.03.002>
- Aksoydan, E., & Camci, N. (2009). Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *14*(1), 33–37. <https://doi.org/10.1007/BF03327792>
- Altman, S. E., & Shankman, S. A. (2009). What is the association between obsessive-compulsive disorder and eating disorders? *Clinical Psychology Review*, *29*(7), 638–646. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.001>
- Alvarenga, M. S., Koritar, P., Pisciolaro, F., Mancini, M., Cordás, T. A., & Scagliusi, F. B. (2014). Eating attitudes of anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity without eating disorder female patients: Differences and similarities. *Physiology & Behavior*, *131*, 99–104.
<https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2014.04.032>
- Anderluh, M., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S., Collier, D., & Treasure, J. (2009). Lifetime course of eating disorders: Design and validity testing of a new strategy to define the eating disorders phenotype. *Psychological Medicine*, *39*(1), 105–114. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003292>
- Arbel, R., Koren, D., Klein, E., & Latzer, Y. (2013). The neurocognitive basis of insight

- into illness in anorexia nervosa: A pilot metacognitive study. *Psychiatry Research*, 209(3), 604–610. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.01.009>
- Arslan, M., Ayhan, N. Y., Çolak, H., Sariyer, E. T., & Çevik, E. (2022). The Effect of Chronotype on Addictive Eating Behavior and BMI among University Students: A Cross-Sectional Study. *Nutrients*, 14(14), 2907. <https://doi.org/10.3390/nu14142907>
- Arusoglu, G., Kabakçi, E., Köksal, G., & Türkan, K. (2008). *Orthorexia Nervosa and Adapta on of ORTO-11 into Turkish*.
- Atchison, A. E., & Zickgraf, H. F. (2022). Orthorexia nervosa and eating disorder behaviors: A systematic review of the literature. *Appetite*, 177, 106134. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.106134>
- Athanasaki, D., Lakoumentas, J., Milani, G. P., Agostoni, C., Berghea, F., Ionescu, M. D., & Vassilopoulou, E. (2023). Maternal Bonding as a Protective Factor for Orthorexia Nervosa Risk in Dietetics Students. *Nutrients*, 15(16), 3577. <https://doi.org/10.3390/nu15163577>
- Bağcı Bosi, A. T., Çamur, D., & Güler, Ç. (2007). Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite*, 49(3), 661–666. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.04.007>
- Bali, G., Kokka, I., Gonidakis, F., Papakonstantinou, E., Vlachakis, D., Chrousos, G., Kanaka-Gantenbein, C., & Bacopoulou, F. (2023). Validation of the Eating Habits Questionnaire in Greek. *EMBnet journal*, 28. <https://doi.org/10.14806/ej.28.0.1029>
- Barnes, M. A., & Caltabiano, M. L. (2017a). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eating and Weight*

- Disorders: EWD*, 22(1), 177–184. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0280-x>
- Barnes, M. A., & Caltabiano, M. L. (2017b). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(1), 177–184. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0280-x>
- Barrada, J. R., & Roncero, M. (2018). Bidimensional structure of the orthorexia: Development and initial validation of a new instrument. *Anales de Psicología*, 34(2), 283–291. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.2.299671>
- Barthels, F., Barrada, J. R., & Roncero, M. (2019). Orthorexia nervosa and healthy orthorexia as new eating styles. *PLoS ONE*, 14(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219609>
- Barthels, F., Meyer, F., & Pietrowsky, R. (2015). Orthorexic Eating Behaviour A new Type of disordered Eating. *Ernährungs Umschau*, 62, M568–M573.
- Basile, B., angerio, S., Russo, M., Semerari, A., Centro, T., Cognitiva, P., & Roma. (2007). I DISTURBI DI PERSONALITA IN PAZIENTI CON DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARI PERSONALITY DISORDERS IN PATIENTS WITH EATING DISORDERS. *Cognitivismo Clinico*, 4.
- Bieling, P. J., Israeli, A. L., & Antony, M. M. (2004). Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences*, 36(6), 1373–1385. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00235-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00235-6)
- Brytek-Matera, A., Czepczor-Bernat, K., Jurzak, H., Kornacka, M., & Kołodziejczyk, N. (2019). Strict health-oriented eating patterns (orthorexic eating behaviours) and their connection with a vegetarian and vegan diet. *Eating and Weight*

Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 24(3), 441–452.

<https://doi.org/10.1007/s40519-018-0563-5>

- Brytek-Matera, A., Pardini, S., Modrzejewska, J., Modrzejewska, A., Szymańska, P., Czepczor-Bernat, K., & Novara, C. (2022). Orthorexia Nervosa and its association with obsessive-compulsive disorder symptoms: Initial cross-cultural comparison between Polish and Italian university students. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 27(3), 913–927. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01228-y>
- Bundros, J., Clifford, D., Silliman, K., & Neyman Morris, M. (2016). Prevalence of Orthorexia nervosa among college students based on Bratman’s test and associated tendencies. *Appetite*, 101, 86–94. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.02.144>
- Buzzichelli, S., Marzola, E., Amianto, F., Fassino, S., & Abbate-Daga, G. (2018). Perfectionism and cognitive rigidity in anorexia nervosa: Is there an association? *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 26(4), 360–366. <https://doi.org/10.1002/erv.2591>
- Calvo, R., Lázaro, L., Castro-Fornieles, J., Font, E., Moreno, E., & Toro, J. (2009). Obsessive-compulsive personality disorder traits and personality dimensions in parents of children with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 24(3), 201–206. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.11.003>
- Campbell, K., & Peebles, R. (2014). Eating disorders in children and adolescents: State of the art review. *Pediatrics*, 134(3), 582–592. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-0194>
- Cena, H., Barthels, F., Cuzzolaro, M., Bratman, S., Brytek-Matera, A., Dunn, T., Varga, M., Missbach, B., & Donini, L. M. (2019). Definition and diagnostic criteria for

- orthorexia nervosa: A narrative review of the literature. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 24(2), 209–246. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0606-y>
- Cheshire, A., Berry, M., & Fixsen, A. (2020). What are the key features of orthorexia nervosa and influences on its development? A qualitative investigation. *Appetite*, 155, 104798. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104798>
- Cole, E., & Diaz, A. (2024). Specific emotion regulation deficits differentiate and mediate the relationship between adverse childhood experiences and internalizing psychopathology. *Journal of Affective Disorders Reports*, 16, 100722. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100722>
- Coniglio, K. A., Christensen, K. A., Haynos, A. F., Rienecke, R. D., & Selby, E. A. (2019). The posited effect of positive affect in anorexia nervosa: Advocating for a forgotten piece of a puzzling disease. *International Journal of Eating Disorders*, 52(9), 971–976. <https://doi.org/10.1002/eat.23147>
- Costa, C. B., & Hardan-Khalil, K. (2018). Orthorexia nervosa and obsessive-compulsive behavior among college students in the United States. *Journal of Nursing Education and Practice*, 9(2), Articolo 2. <https://doi.org/10.5430/jnep.v9n2p67>
- Cuzzolaro, M., & Donini, L. M. (2016). Orthorexia nervosa by proxy? *Eating and Weight Disorders: EWD*, 21(4), 549–551. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0310-8>
- Dahlenburg, S. C., Gleaves, D. H., & Hutchinson, A. D. (2019). Anorexia nervosa and perfectionism: A meta-analysis. *The International Journal of Eating Disorders*, 52(3), 219–229. <https://doi.org/10.1002/eat.23009>
- Dalle Grave, R., Calugi, S. (2020). *Cognitive Behavior Therapy for Adolescents with*

Eating Disorders. New York: Guilford Press

Dalle Grave, R., Sartirana, M., & Calugi, S. (2019). *La gestione dei casi complessi nei disturbi dell'alimentazione*. Verona: Positive Press.

Dalton, M., Blundell, J., & Finlayson, G. (2013). Effect of BMI and Binge Eating on Food Reward and Energy Intake: Further Evidence for a Binge Eating Subtype of Obesity. *Obesity Facts*, 6(4), 348–359. <https://doi.org/10.1159/000354599>

Davies, G., Kalika, E., Hussain, M., Egan, H., & Mantzios, M. (2022). Exploring the association of body mass index, mindful and emotional eating to orthorexia. *Health Psychology Report*, 11. <https://doi.org/10.5114/hpr/153966>

Davis, C., & Kaptein, S. (2006). Anorexia nervosa with excessive exercise: A phenotype with close links to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 142(2–3), 209–217. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.11.006>

DeBois, K., & Chatfield, S. L. (2021). Misinformation, thin-ideal internalization, and resistance to treatment: An interpretive phenomenological analysis of the experience of orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 26(6), 1963–1973. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01049-5>

Dell'Osso, L., Abelli, M., Carpita, B., Pini, S., Castellini, G., Carmassi, C., & Ricca, V. (2016). Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1651–1660. <https://doi.org/10.2147/NDT.S108912>

Dell'Osso, L., Carpita, B., Muti, D., Cremone, I. M., Massimetti, G., Diadema, E., Gesi, C., & Carmassi, C. (2018). Prevalence and characteristics of orthorexia nervosa in a sample of university students in Italy. *Eating and Weight Disorders: EWD*,

23(1), 55–65. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0460-3>

Demirgöl, A., & Rigó, A. (2023). Orthorexia Nervosa as a Disorder of Less Intuition and Emotion Dysregulation Sezgi Azlığı ve Duygu Düzenleme Bozukluğu Olarak Ortoreksiya Nervoza. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry*, 2023, 346–354.

<https://doi.org/10.18863/pgy.1316560>

Depa, J., Barrada, J. R., & Roncero, M. (2019). Are the Motives for Food Choices Different in Orthorexia Nervosa and Healthy Orthorexia? *Nutrients*, 11(3), 697.

<https://doi.org/10.3390/nu11030697>

Depa, J., Schweizer, J., Bekers, S.-K., Hilzendegen, C., & Stroebele-Benschop, N. (2017). Prevalence and predictors of orthorexia nervosa among German students using the 21-item-DOS. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(1), 193–199. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0334-0>

Donini, L. M., Barrada, J. R., Barthels, F., Dunn, T. M., Babeau, C., Brytek-Matera, A., Cena, H., Cerolini, S., Cho, H., Coimbra, M., Cuzzolaro, M., Ferreira, C., Galfano, V., Grammatikopoulou, M. G., Hallit, S., Håman, L., Hay, P., Jimbo, M., Lasson, C., ... Lombardo, C. (2022). A consensus document on definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(8), 3695–3711.

<https://doi.org/10.1007/s40519-022-01512-5>

Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2004). Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight*

- Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9(2), 151–157.
<https://doi.org/10.1007/BF03325060>
- Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 10(2), e28-32. <https://doi.org/10.1007/BF03327537>
- Dotti, A., & Lazzari, R. (1998). Validation and reliability of the Italian EAT-26. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 3(4), 188–194. <https://doi.org/10.1007/BF03340009>
- Duarte, C., Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., Trindade, I. A., & Martinho, A. (2017). What makes dietary restraint problematic? Development and validation of the Inflexible Eating Questionnaire. *Appetite*, 114, 146–154.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.03.034>
- Dunn, T. M., & Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11–17.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.006>
- Duradoni, M., Gursesli, M. C., Fiorenza, M., & Guazzini, A. (2023). The Relationship between Orthorexia Nervosa and Obsessive Compulsive Disorder. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 13(5), 861–869.
<https://doi.org/10.3390/ejihpe13050065>
- Duran, S., Çiçekoğlu, P., & Kaya, E. (2020). Relationship between orthorexia nervosa, muscle dysmorphic disorder (bigorexia), and self-confidence levels in male students. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(4), 878–884.
<https://doi.org/10.1111/ppc.12505>
- Elisabetta, C., Gorrasi, I., Roppolo, M., Abbate-Daga, G., bo, S., & Gilli, G. (2014,

settembre 26). *Prevalence of Bigorexia and its relationships with Physical Activity in a sample of University Students: A pilot study.*

<https://doi.org/10.13140/2.1.4672.3843>

Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. xii, 324). Guilford Press.

Fekih-Romdhane, F., Pardini, S., Hallit, S., Novara, C., & Brytek-Matera, A. (2024). A multi-country examination of the relationship between perfectionism and disordered eating: The indirect effect of obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Eating Disorders, 12*(1), 69.

<https://doi.org/10.1186/s40337-024-01030-y>

Fidan, T., Ertekin, V., Işıkay, S., & Kırpınar, I. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive Psychiatry, 51*(1), 49–54.

<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.03.001>

Finzi-Dottan, R., & Zubery, E. (2009). The role of depression and anxiety in impulsive and obsessive-compulsive behaviors among anorexic and bulimic patients.

Eating Disorders, 17(2), 162–182. <https://doi.org/10.1080/10640260802714654>

Fisher, M. M., Rosen, D. S., Ornstein, R. M., Mammel, K. A., Katzman, D. K., Rome, E. S., Callahan, S. T., Malizio, J., Kearney, S., & Walsh, B. T. (2014).

Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: A «new disorder» in DSM-5. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine, 55*(1), 49–52.

<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.013>

Fleming, C., Le Brocq, R., & Healy, K. (2021). How are families included in the treatment of adults affected by eating disorders? A scoping review. *The*

International Journal of Eating Disorders, 54(3), 244–279.

<https://doi.org/10.1002/eat.23441>

Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2015). Managing perfectionism and the excessive striving that undermines flourishing: Implications for leading the perfect life. In *Flourishing in life, work and careers: Individual wellbeing and career experiences* (pp. 45–66). Edward Elgar Publishing.

<https://doi.org/10.4337/9781783474103.00011>

Flett, G. L., Madorsky, D., Hewitt, P. L., & Heisel, M. J. (2002). Perfectionism Cognitions, Rumination, and Psychological Distress. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 20(1), 33–47.

<https://doi.org/10.1023/A:1015128904007>

Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14(4), 485–496.

<https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.4.485>

Forrest, L. N., Perkins, N. M., Lavender, J. M., & Smith, A. R. (2019). Using network analysis to identify central eating disorder symptoms among men. *International Journal of Eating Disorders*, 52(8), 871–884. <https://doi.org/10.1002/eat.23123>

Froreich, F. V., Vartanian, L. R., Grisham, J. R., & Touyz, S. W. (2016). Dimensions of control and their relation to disordered eating behaviours and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Eating Disorders*, 4(1), 14.

<https://doi.org/10.1186/s40337-016-0104-4>

Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449–468.

<https://doi.org/10.1007/BF01172967>

Fugh-Berman, A. (2001). Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession With Healthful Eating. *Jama-journal of The American Medical Association - JAMA-J AM MED ASSN*, 285.

<https://doi.org/10.1001/jama.285.17.2255-a>

Garner, D. M., & Gerborg, A. (2004). Understanding and Diagnosing Eating Disorders. In *Handbook of addictive disorders: A practical guide to diagnosis and treatment* (pp. 275–311). John Wiley & Sons, Inc.

Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871–878. <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>

Gerges, S., Azzi, V., Bianchi, D., Laghi, F., Pompili, S., Malaeb, D., Obeid, S., Soufia, M., & Hallit, S. (2023). Exploring the relationship between dysfunctional metacognitive processes and orthorexia nervosa: The moderating role of emotion regulation strategies. *BMC Psychiatry*, 23(1), 674.

<https://doi.org/10.1186/s12888-023-05183-z>

Gila, A., Castro, J., Gómez, M., & Toro, J. (2005). Social and Body Self-Esteem in Adolescents with Eating Disorders. *International journal of psychology and psychological therapy*, ISSN 1577-7057, Vol. 5, N^o. 1, 2005, pags. 63-71, 1.

Gleaves, D. H., Graham, E. C., & Ambwani, S. (2013). Measuring “orthorexia”: Development of the Eating Habits Questionnaire. *The International Journal of Educational and Psychological Assessment*, 12(2), 1–18.

Golden, N. H., Schneider, M., Wood, C., COMMITTEE ON NUTRITION, COMMITTEE ON ADOLESCENCE, & SECTION ON OBESITY. (2016).

- Preventing Obesity and Eating Disorders in Adolescents. *Pediatrics*, *138*(3), e20161649. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1649>
- Gramaglia, C., Gambaro, E., Delicato, C., Marchetti, M., Sarchiapone, M., Ferrante, D., Roncero, M., Perpiñá, C., Brytek-Matera, A., Wojtyna, E., & Zeppegno, P. (2019). Orthorexia nervosa, eating patterns and personality traits: A cross-cultural comparison of Italian, Polish and Spanish university students. *BMC Psychiatry*, *19*(1), 235. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2208-2>
- Grammatikopoulou, M. G., Gkiouras, K., Markaki, A., Theodoridis, X., Tsakiri, V., Mavridis, P., Dardavessis, T., & Chourdakis, M. (2018). Food addiction, orthorexia, and food-related stress among dietetics students. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *23*(4), 459–467. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0514-1>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *26*(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Guiné, R., Duarte, J., Ferrão, A., Ferreira, M., Correia, P., Cardoso, A., Bartkiene, E., Szűcs, V., Nemes, L., Ljubičić, M., Bizjak, M., Isoldi, K., EL-Kenawy, A., Ferreira, V., Straumite, E., Korzeniowska, M., Vittadini, E., Leal, M., Frez-Muñoz, L., & Frez-Muñoz, M. (2021). The Eating Motivations Scale (EATMOT): Development and Validation by Means of Confirmatory Factor Analysis (CFA) and Structural Equation Modelling (SEM). *Slovenian Journal of Public Health*, *60*, 4–9. <https://doi.org/10.2478/sjph-2021-0002>

- Guiné Raquel, P. F., Duarte, J., Ferrão, A. C., Ferreira, M., Correia, P., Cardoso, A. P., Bartkiene, E., Szűcs, V., Nemes, L., Ljubičić, M., Černelič-Bizjak, M., Isoldi, K., Kenawy, A. E., Ferreira, V., Straumite, E., Korzeniowska, M., Vittadini, E., Leal, M., Frez-Muñoz, L., ... Djekić, I. (2020). The eating motivations scale (EATMOT): Development and validation by means of confirmatory factor analysis (CFA) and structural equation modelling (SEM). *Slovenian Journal of Public Health*, 60(1), 4–9. <https://doi.org/10.2478/sjph-2021-0002>
- Halmi, K. A., Tozzi, F., Thornton, L. M., Crow, S., Fichter, M. M., Kaplan, A. S., Keel, P., Klump, K. L., Lilienfeld, L. R., Mitchell, J. E., Plotnicov, K. H., Pollice, C., Rotondo, A., Strober, M., Woodside, D. B., Berrettini, W. H., Kaye, W. H., & Bulik, C. M. (2005). The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 38(4), 371–374. <https://doi.org/10.1002/eat.20190>
- Hartmann, A. S., Becker, A. E., Hampton, C., & Bryant-Waugh, R. (2012). Pica and Rumination Disorder in *DSM-5*. *Psychiatric Annals*, 42(11), 426–430. <https://doi.org/10.3928/00485713-20121105-09>
- Haynos, A. F., Utzinger, L. M., Lavender, J. M., Crosby, R. D., Cao, L., Peterson, C. B., Crow, S. J., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Mitchell, J. E., Grange, D. L., & Goldschmidt, A. B. (2018). Subtypes of Adaptive and Maladaptive Perfectionism in Anorexia Nervosa: Associations with Eating Disorder and Affective Symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 40(4), 691. <https://doi.org/10.1007/s10862-018-9672-8>
- Herranz Valera, J., Acuña Ruiz, P., Romero Valdespino, B., & Visioli, F. (2014).

- Prevalence of orthorexia nervosa among ashtanga yoga practitioners: A pilot study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 19(4), 469–472. <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0131-6>
- Herrin, M., & Larkin, M. (2013). Nutrition counseling in the treatment of eating disorders, second edition. *Nutrition Counseling in the Treatment of Eating Disorders, Second Edition*, 1–350. <https://doi.org/10.4324/9780203870600>
- Hewitt, P., Flett, G., Turnbull-Donovan, W., & Mikail, S. (1991). The Multidimensional Perfectionism Scale: Reliability, Validity, and Psychometric Properties in Psychiatric Samples. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 464–468. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.3.3.464>
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1990). Perfectionism and depression: A multidimensional analysis. *Journal of Social Behavior & Personality*, 5(5), 423–438.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2002). Perfectionism and stress processes in psychopathology. In *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 255–284). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10458-011>
- Horovitz, O., & Argyrides, M. (2023). Orthorexia and Orthorexia Nervosa: A Comprehensive Examination of Prevalence, Risk Factors, Diagnosis, and Treatment. *Nutrients*, 15(17), 3851. <https://doi.org/10.3390/nu15173851>
- Huynh, P., Miles, S., & Nedeljkovic, M. (2024). Perfectionism as a moderator of the relationship between orthorexia nervosa and obsessive–compulsive symptoms. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 29. <https://doi.org/10.1007/s40519-023-01629-1>
- Kim, L. E., Chen, L., MacCann, C., Karlov, L., & Kleitman, S. (2015). Evidence for three factors of perfectionism: Perfectionistic Strivings, Order, and

- Perfectionistic Concerns. *Personality and Individual Differences*, 84, 16–22.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.01.033>
- Kiss-Leizer, M., & Rigó, A. (2019). People behind unhealthy obsession to healthy food: The personality profile of tendency to orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 24(1), 29–35. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0527-9>
- Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: Emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 385–394.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S61665>
- Koven, N. S., & Senbonmatsu, R. (2013). A neuropsychological evaluation of orthorexia nervosa. *Open Journal of Psychiatry*, 3(2), Articolo 2.
<https://doi.org/10.4236/ojpsych.2013.32019>
- 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>
- Lemale, J., Mas, E., Jung, C., Bellaiche, M., Tounian, P., & French-speaking Pediatric Hepatology, Gastroenterology and Nutrition Group (GFHGNP). (2019). Vegan diet in children and adolescents. Recommendations from the French-speaking Pediatric Hepatology, Gastroenterology and Nutrition Group (GFHGNP). *Archives De Pediatrie: Organe Officiel De La Societe Francaise De Pediatrie*, 26(7), 442–450. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2019.09.001>
- Leppanen, J., Brown, D., McLinden, H., Williams, S., & Tchanturia, K. (2022). The Role of Emotion Regulation in Eating Disorders: A Network Meta-Analysis Approach. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 793094.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.793094>

Lewer, M., Bauer, A., Hartmann, A. S., & Vocks, S. (2017). Different Facets of Body Image Disturbance in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients*, 9(12), 1294.

<https://doi.org/10.3390/nu9121294>

Linardon, J. (2021). Positive body image, intuitive eating, and self-compassion protect against the onset of the core symptoms of eating disorders: A prospective study.

The International Journal of Eating Disorders, 54(11), 1967–1977.

<https://doi.org/10.1002/eat.23623>

Linardon, J., Tylka, T. L., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2021). Intuitive eating and its psychological correlates: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 54(7), 1073–1098.

<https://doi.org/10.1002/eat.23509>

Lindeman, M., Keski-Vaara, P., & Roschier, M. (2000). Assessment of Magical Beliefs about Food and Health. *Journal of Health Psychology*, 5(2), 195–209.

<https://doi.org/10.1177/135910530000500210>

Lombardo, C. (2008). Italian adaptation of the multidimensional perfectionism scale (mps) [Adattamento italiano della multidimensional perfectionism scale (mps)].

Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, 14, 31–46.

Longo, P., Bevione, F., Amodeo, L., Martini, M., Panero, M., & Abbate-Daga, G.

(2024). Perfectionism in anorexia nervosa: Associations with clinical picture and personality traits. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(1), e2931.

<https://doi.org/10.1002/cpp.2931>

Lopes, R., Melo, R., & Dias Pereira, B. (2020). Orthorexia nervosa and comorbid

depression successfully treated with mirtazapine: A case report. *Eating and*

Weight Disorders: EWD, 25(1), 163–167. <https://doi.org/10.1007/s40519-018->

- Loscheider, J. (2016). *Anorexia Nervosa and Obsessive-Compulsive Tendencies: A systematic Review of the Literature*. University of St. Thomas.
<https://researchonline.stthomas.edu/esploro/outputs/graduate/Anorexia-Nervosa-and-Obsessive-Compulsive-Tendencies-A/991015130903003691>
- Łucka, I., Mazur, A., Łucka, A., Sarzyńska, I., Trojaniak, J., & Kopańska, M. (2024). Orthorexia as an Eating Disorder Spectrum—A Review of the Literature. *Nutrients*, *16*(19), Articolo 19. <https://doi.org/10.3390/nu16193304>
- Mahfoud, D., Pardini, S., Mróz, M., Hallit, S., Obeid, S., Akel, M., Novara, C., & Brytek-Matera, A. (2023). Profiling orthorexia nervosa in young adults: The role of obsessive behaviour, perfectionism, and self-esteem. *Journal of Eating Disorders*, *11*(1), 188. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00915-8>
- Malmberg, J., Bremander, A., Olsson, M. C., & Bergman, S. (2017). Health status, physical activity, and orthorexia nervosa: A comparison between exercise science students and business students. *Appetite*, *109*, 137–143.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.11.028>
- Marcos, A. (2000). Eating disorders: A situation of malnutrition with peculiar changes in the immune system. *European Journal of Clinical Nutrition*, *54*(1), S61–S64.
<https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1600987>
- McComb, S. E., & Mills, J. S. (2019). Orthorexia nervosa: A review of psychosocial risk factors. *Appetite*, *140*, 50–75. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.05.005>
- McGovern, L., Gaffney, M., & Trimble, T. (2021). The experience of orthorexia from the perspective of recovered orthorexics. *Eating and Weight Disorders: EWD*, *26*(5), 1375–1388. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00928-1>

- McInerney, E., Stapleton, P., & Baumann, O. (2024). A Systematic Review on the Prevalence and Risk of Orthorexia Nervosa in Health Workers and Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21. <https://doi.org/10.3390/ijerph21081103>
- Messer, M., Liu, C., & Linardon, J. (2023). Orthorexia nervosa symptoms prospectively predict symptoms of eating disorders and depression. *Eating Behaviors*, 49, 101734. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101734>
- Meule, A., Richard, A., Schnepfer, R., Reichenberger, J., Georgii, C., Naab, S., Voderholzer, U., & Blechert, J. (2019). Emotion regulation and emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 1–17. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1642036>
- Meule, A., Richard, A., Schnepfer, R., Reichenberger, J., Georgii, C., Naab, S., Voderholzer, U., & Blechert, J. (2021). Emotion regulation and emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 29(2), 175–191. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1642036>
- Miley, M., Egan, H., Wallis, D., & Mantzios, M. (2022). Orthorexia nervosa, mindful eating, and perfectionism: An exploratory investigation. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 27(7), 2869–2878. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01440-4>
- Missbach, B., Hinterbuchinger, B., Dreiseitl, V., Zellhofer, S., Kurz, C., & König, J. (2015). When Eating Right, Is Measured Wrong! A Validation and Critical Examination of the ORTO-15 Questionnaire in German. *PloS One*, 10(8), e0135772. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135772>
- Mitrofanova, E., Mulrooney, H., & Petróczi, A. (2021). Assessing psychological and

- nutritional impact of suspected orthorexia nervosa: A cross-sectional pilot study. *Journal of Human Nutrition and Dietetics: The Official Journal of the British Dietetic Association*, 34(1), 42–53. <https://doi.org/10.1111/jhn.12797>
- Moretz, M. W., & McKay, D. (2008). Disgust sensitivity as a predictor of obsessive-compulsive contamination symptoms and associated cognitions. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 707–715. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.07.004>
- Moroze, R. M., Dunn, T. M., Craig Holland, J., Yager, J., & Weintraub, P. (2015). Microthinking about micronutrients: A case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal «orthorexia nervosa» and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*, 56(4), 397–403. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2014.03.003>
- Moskowitz, R., Schechter, A., & Sala, M. (2022). Combined Mindfulness- and Acceptance-Based Therapy and Cognitive Behavioral Therapy Treatments for Eating Disorders: A Narrative Review. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 53. <https://doi.org/10.1007/s10879-022-09556-5>
- Ng, Q. X., Lee, D. Y. X., Yau, C. E., Han, M. X., Liew, J. J. L., Teoh, S. E., Ong, C., Yaow, C. Y. L., & Chee, K. T. (2024). On Orthorexia Nervosa: A Systematic Review of Reviews. *Psychopathology*, 57(4), 345–358. <https://doi.org/10.1159/000536379>
- Niedzielski, A., & Kaźmierczak-Wojtaś, N. (2021). Prevalence of Orthorexia Nervosa and Its Diagnostic Tools-A Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5488. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105488>

- Novara, C., Pardini, S., Maggio, E., Mattioli, S., & Piasentin, S. (2021a). Orthorexia Nervosa: Over concern or obsession about healthy food? *Eating and Weight Disorders*, 26(8), 2577. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01110-x>
- Novara, C., Pardini, S., Maggio, E., Mattioli, S., & Piasentin, S. (2021b). Orthorexia Nervosa: Over concern or obsession about healthy food? *Eating and Weight Disorders: EWD*, 26(8), 2577–2588. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01110-x>
- Novara, C., Pardini, S., Maggio, E., Mattioli, S., & Piasentin, S. (2022). Orthorexia Nervosa: Over concern or obsession about healthy food? *Eating and Weight Disorders*, 26(8), 2577–2588. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01110-x>
- Novara, C., Pardini, S., Pastore, M., & Mulatti, C. (2017). Orthorexia Nervosa: Un'indagine del costrutto e delle caratteristiche psicometriche della versione italiana dell'Eating Habits Questionnaire- 21(EHQ-21). [Orthorexia Nervosa: An investigation of the construct and psychometric properties of the Italian version of the Eating Habits Questionnaire-21 (EHQ-21).]. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 23(3), 291–316.
- Novara, C., Piasentin, S., Mattioli, S., Pardini, S., & Maggio, E. (2023). Perfectionism or Perfectionisms in Orthorexia Nervosa. *Nutrients*, 15(15), Articolo 15. <https://doi.org/10.3390/nu15153289>
- Obeid, S., Hallit, S., Akel, M., & Brytek-Matera, A. (2021). Orthorexia nervosa and its association with alexithymia, emotion dysregulation and disordered eating attitudes among Lebanese adults. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(8), 2607–2616. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01112-9>

- Oberle, C. D., De Nadai, A. S., & Madrid, A. L. (2021). Orthorexia Nervosa Inventory (ONI): Development and validation of a new measure of orthorexic symptomatology. *Eating and Weight Disorders: EWD*, *26*(2), 609–622. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00896-6>
- Oberle, C. D., & Lipschuetz, S. L. (2018). Orthorexia symptoms correlate with perceived muscularity and body fat, not BMI. *Eating and Weight Disorders: EWD*, *23*(3), 363–368. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0508-z>
- Oberle, C. D., Samaghabadi, R. O., & Hughes, E. M. (2017). Orthorexia nervosa: Assessment and correlates with gender, BMI, and personality. *Appetite*, *108*, 303–310. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.10.021>
- Parisi L., La Grutta S., Lo Baido R., Epifanio M.S., Carotenuto M., Operto F.F., Testa, D., Vetri, L., Roccella, M. (2021) Bigorexia and orthorexia: an indissoluble relationship? *Minerva Psyciatry* (62), 203-208 <https://doi.org/10.23736/S2724-6612.20.02095-6>
- Parra-Fernández, M.-L., Rodríguez-Cano, T., Onieva-Zafra, M.D., Perez-Haro, M. J., Casero-Alonso, V., Fernández-Martinez, E., & Notario-Pacheco, B. (2018). Prevalence of orthorexia nervosa in university students and its relationship with psychopathological aspects of eating behaviour disorders. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 364. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1943-0>
- Paslakis, G., Kühn, S., Schaubschläger, A., Schieber, K., Röder, K., Rauh, E., & Erim, Y. (2016). Explicit and implicit approach vs. Avoidance tendencies towards high vs. Low calorie food cues in patients with anorexia nervosa and healthy controls. *Appetite*, *107*, 171–179. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.08.001>
- Phillipou, A., Castle, D. J., & Rossell, S. L. (2018). Anorexia nervosa: Eating disorder

- or body image disorder? *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(1), 13–14. <https://doi.org/10.1177/0004867417722640>
- Pinaquy, S., Chabrol, H., Simon, C., Louvet, J.-P., & Barbe, P. (2003). Emotional Eating, Alexithymia, and Binge-Eating Disorder in Obese Women. *Obesity Research*, 11(2), 195–201. <https://doi.org/10.1038/oby.2003.31>
- Pinto, A., Dargani, N., Wheaton, M., Cervoni, C., Rees, C., & Egan, S. (2017a). Perfectionism in Obsessive-Compulsive Disorder and Related Disorders: What Should Treating Clinicians Know? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 12. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.01.001>
- Pinto, A., Dargani, N., Wheaton, M. G., Cervoni, C., Rees, C. S., & Egan, S. J. (2017b). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder and related disorders: What should treating clinicians know? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 12, 102–108. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.01.001>
- Pinto, A., Liebowitz, M. R., Foa, E. B., & Simpson, H. B. (2011). Obsessive compulsive personality disorder as a predictor of exposure and ritual prevention outcome for obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 49(8), 453–458. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.04.004>
- Polivy, J., Herman, C. P., & Mills, J. S. (2020). What is restrained eating and how do we identify it? *Appetite*, 155, 104820. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104820>
- Pontillo, M., Zanna, V., Demaria, F., Averna, R., Di Vincenzo, C., De Biase, M., Di Luzio, M., Foti, B., Tata, M. C., & Vicari, S. (2022). Orthorexia Nervosa, Eating Disorders, and Obsessive-Compulsive Disorder: A Selective Review of the Last Seven Years. *Journal of Clinical Medicine*, 11(20), 6134.

<https://doi.org/10.3390/jcm11206134>

Powers, P. S. (1999). Osteoporosis and eating disorders. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 12(2), 51–57. [https://doi.org/10.1016/s1083-3188\(00\)86626-7](https://doi.org/10.1016/s1083-3188(00)86626-7)

Poyraz, C., Tufekcioglu, E, Ozdemir, A., Baş, A., Kani, A., Erginoz, E., & Duran, A. (2016). Relationship between orthorexia and obsessive-compulsive symptoms in patients with generalised anxiety disorder, panic disorder and obsessive compulsive disorder. *Yeni Symposium*, 53, 1. <https://doi.org/10.5455/NYS.20160324065040>

Radomsky, A. S. (2022). The fear of losing control. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 77, 101768. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2022.101768>

Radomsky, A. S., & Gagné, J.-P. (2020). The development and validation of the Beliefs About Losing Control Inventory (BALCI). *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(2), 97–112. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1614978>

Ralph-Nearman, C., Hooper, M. A., & Filik, R. (2021). An eye-tracking study examining the relationship between males' eating disorder symptomatology, body mass index, and expectations about character behaviour in text. *Cognition and Emotion*, 35(8), 1543–1558. <https://doi.org/10.1080/02699931.2021.1987862>

Ralph-Nearman, C., Williams, B. M., Ortiz, A. M. L., & Levinson, C. A. (2024). Investigating the Theory of Clinical Perfectionism in a Transdiagnostic Eating Disorder Sample Using Network Analysis. *Behavior Therapy*, 55(1), 14–25. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.05.001>

- Rania, M., de Filippis, R., Caroleo, M., Carbone, E., Aloï, M., Bratman, S., & Segura-Garcia, C. (2021). Pathways to orthorexia nervosa: A case series discussion. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 26(5), 1675–1683.
<https://doi.org/10.1007/s40519-020-00948-x>
- Reynolds, R. (2018). Is the prevalence of orthorexia nervosa in an Australian university population 6.5%? *Eating and Weight Disorders: EWD*, 23(4), 453–458.
<https://doi.org/10.1007/s40519-018-0535-9>
- Ricca, V., Castellini, G., Fioravanti, G., Lo Sauro, C., Rotella, F., Ravaldi, C., Lazzeretti, L., & Faravelli, C. (2012). Emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 53(3), 245–251.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.04.062>
- Rock, C. L., & Yager, J. (1987). Nutrition and eating disorders: A primer for clinicians. *International Journal of Eating Disorders*, 6(2), 267–280.
[https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198703\)6:2<267::AID-EAT2260060210>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198703)6:2<267::AID-EAT2260060210>3.0.CO;2-J)
- Rogoza, R., & Donini, L. M. (2021). Introducing ORTO-R: A revision of ORTO-15. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(3), 887–895. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00924-5>
- Roininen, K., Lähteenmäki, L., & Tuorila, H. (1999). Quantification of Consumer Attitudes to Health and Hedonic Characteristics of Foods. *Appetite*, 33(1), 71–88. <https://doi.org/10.1006/appe.1999.0232>
- Rossi, A. A., Mannarini, S., Donini, L. M., Castelnovo, G., Simpson, S., & Pietrabissa, G. (2024). Dieting, obsessive-compulsive thoughts, and orthorexia nervosa: Assessing the mediating role of worries about food through a structural equation

- model approach. *Appetite*, *193*, 107164.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.107164>
- Ruscitti, C., Rufino, K., Goodwin, N., & Wagner, R. (2016). Difficulties in emotion regulation in patients with eating disorders. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *3*. <https://doi.org/10.1186/s40479-016-0037-1>
- Saba, A., Sinesio, F., Moneta, E., Dinnella, C., Laureati, M., Torri, L., Peperario, M., Saggia Civitelli, E., Endrizzi, I., Gasperi, F., Bendini, A., Gallina Toschi, T., Predieri, S., Abbà, S., Bailetti, L., Proserpio, C., & Spinelli, S. (2019). Measuring consumers attitudes towards health and taste and their association with food-related life-styles and preferences. *Food Quality and Preference*, *73*, 25–37. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2018.11.017>
- Sahoo, S., Babu, G., & Chandra, P. S. (2011). Orthorexia nervosa presenting as prodrome of schizophrenia. *Schizophrenia research*, *134*, 110.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.10.017>
- Sassaroli, S., Gallucci, M., & Ruggiero, G. M. (2008). Low perception of control as a cognitive factor of eating disorders. Its independent effects on measures of eating disorders and its interactive effects with perfectionism and self-esteem. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *39*(4), 467–488.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.11.005>
- Scarff, J. R. (2017). Orthorexia Nervosa: An Obsession With Healthy Eating. *Federal Practitioner: For the Health Care Professionals of the VA, DoD, and PHS*, *34*(6), 36–39.
- Setnick, J. (2005). *The eating disorders clinical pocket guide: quick reference for healthcare providers*. Snack Time Press.

- Sica, C., Ghisi, M., Altoè, G., Chiri, L. R., Franceschini, S., Coradeschi, D., & Melli, G. (2009). The Italian version of the Obsessive Compulsive Inventory: Its psychometric properties on community and clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(2), 204–211. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.07.001>
- Siervo, M., Boschi, V., Papa, A., Bellini, O., & Falconi, C. (2005). Application of the SCOFF, Eating Attitude Test 26 (EAT 26) and Eating Inventory (TFEQ) questionnaires in young women seeking diet-therapy. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 10*(2), 76–82. <https://doi.org/10.1007/BF03327528>
- Sighinolfi, C., Norcini Pala, A., Chiri, L., Marchetti, I., & Sica, C. (2010). Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): The Italian translation and adaptation. *Psicoterapia Cognitiva Comportamentale, 16*, 141–170.
- Stackpole, R., Greene, D., Bills, E., & Egan, S. J. (2023). The association between eating disorders and perfectionism in adults: A systematic review and meta-analysis. *Eating Behaviors, 50*, 101769. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101769>
- Starcevic, V., Berle, D., Brakoulias, V., Sammut, P., Moses, K., Milicevic, D., & Hannan, A. (2011). Functions of compulsions in obsessive–compulsive disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 45*(6), 449–457. <https://doi.org/10.3109/00048674.2011.567243>
- Stöber, J. (1998). The Frost Multidimensional Perfectionism Scale revisited: More perfect with four (instead of six) dimensions. *Personality and Individual Differences, 24*(4), 481–491. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)00207-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00207-9)
- Strahler, J., Hermann, A., Walter, B., & Stark, R. (2018). Orthorexia nervosa: A

- behavioral complex or a psychological condition? *Journal of Behavioral Addictions*, 7(4), 1143–1156. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.129>
- Tabri, N., Yung, J. J., & Elliott, C. M. (2022). Connecting a health-focused self-concept with orthorexia nervosa symptoms via fear of losing control over eating unhealthy food and disgust for unhealthy food. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 27(8), 3569–3578. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01494-4>
- Thomas, J. J., Lawson, E. A., Micali, N., Misra, M., Deckersbach, T., & Eddy, K. T. (2017). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: A Three-Dimensional Model of Neurobiology with Implications for Etiology and Treatment. *Current Psychiatry Reports*, 19(8), 54. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0795-5>
- Thorne, J., Hussain, M., & Mantzios, M. (2023). Exploring the relationship between orthorexia nervosa, mindful eating and guilt and shame. *Health Psychology Report*, 11(1), 38–47. <https://doi.org/10.5114/hpr/152733>
- Tiggemann, M., & Raven, M. (1998a). Dimensions of control in bulimia and anorexia nervosa: Internal control, desire for control, or fear of losing self-control? *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 6(1), 65–71. <https://doi.org/10.1080/10640269808249248>
- Tiggemann, M., & Raven, M. (1998b). Dimensions of control in bulimia and anorexia nervosa: Internal control, desire for control, or fear of losing self-control? *Eating Disorders*, 6(1), 65–71. <https://doi.org/10.1080/10640269808249248>
- Tremelling, K., Sandon, L., Vega, G. L., & McAdams, C. J. (2017). Orthorexia Nervosa and Eating Disorder Symptoms in Registered Dietitian Nutritionists in the United States. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 117(10), 1612–1617. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2017.05.001>

- Trompeter, N., Bussey, K., Forbes, M. K., & Mitchison, D. (2021). Emotion Dysregulation within the CBT-E Model of Eating Disorders: A Narrative Review. *Cognitive Therapy and Research*, 45(6), 1021–1036. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10225-5>
- Turner, P. G., & Lefevre, C. E. (2017). Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(2), 277–284. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0364-2>
- Vaccari, G., Cutino, A., Luisi, F., Giambalvo, N., Navab Daneshmand, S., Pinelli, M., Maina, G., Galeazzi, G. M., Kaleci, S., Albert, U., Atti, A. R., & Ferrari, S. (2021). Is orthorexia nervosa a feature of obsessive-compulsive disorder? A multicentric, controlled study. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 26(8), 2531–2544. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01114-7>
- Vandereycken, W. (2011). Media hype, diagnostic fad or genuine disorder? Professionals' opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia, and emetophobia. *Eating Disorders*, 19(2), 145–155. <https://doi.org/10.1080/10640266.2011.551634>
- Vanderlinden, J., & Vandereycken, W. (1997). *Trauma, dissociation, and impulse dyscontrol in eating disorders* (pp. xii, 228). Brunner/Mazel.
- Varga, M., Dukay-Szabó, S., Túry, F., & van Furth, E. F. (2013). Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 18(2), 103–111. <https://doi.org/10.1007/s40519-013-0026-y>
- Vicent, M., González, C., Quiles, M. J., & Sánchez-Meca, J. (2023). Perfectionism and binge eating association: A systematic review and meta-analysis. *Journal of*

- Eating Disorders*, 11(1), 101. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00817-9>
- Vuillier, L., Robertson, S., & Greville-Harris, M. (2020). Orthorexic tendencies are linked with difficulties with emotion identification and regulation. *Journal of Eating Disorders*, 8, 15. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00291-7>
- Wetterneck, C. T., Little, T. E., Chasson, G. S., Smith, A. H., Hart, J. M., Stanley, M. A., & Björgvinsson, T. (2011). Obsessive–compulsive personality traits: How are they related to OCD severity? *Journal of Anxiety Disorders*, 25(8), 1024–1031. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.06.011>
- Wu, K. D., & Cortesi, G. T. (2009a). Relations between perfectionism and obsessive-compulsive symptoms: Examination of specificity among the dimensions. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(3), 393–400. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.11.006>
- Wu, K. D., & Cortesi, G. T. (2009b). Relations between perfectionism and obsessive–compulsive symptoms: Examination of specificity among the dimensions. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(3), 393–400. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.11.006>
- Yargic, M., & Çelen, M. (2023). *Assessing Orthorexia Nervosa by Questionnaires* (pp. 1435–1449). https://doi.org/10.1007/978-3-031-16691-4_84
- Yılmaz, H., Karakuş, G., Tamam, L., Demirkol, M. E., Namlı, Z., & Yeşiloğlu, C. (2020). Association of Orthorexic Tendencies with Obsessive-Compulsive Symptoms, Eating Attitudes and Exercise. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 3035–3044. <https://doi.org/10.2147/NDT.S280047>
- Zagaria, A., Vacca, M., Cerolini, S., Ballesio, A., & Lombardo, C. (2022). Associations between orthorexia, disordered eating, and obsessive–compulsive symptoms: A

systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*,
55(3), 295–312. <https://doi.org/10.1002/eat.23654>

Zickgraf, H. F., & Barrada, J. R. (2022). Orthorexia nervosa vs. healthy orthorexia:
Relationships with disordered eating, eating behavior, and healthy lifestyle
choices. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 27(4), 1313–1325.
<https://doi.org/10.1007/s40519-021-01263-9>