



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS)

**Corso di laurea in scienze psicologiche dello sviluppo della personalità e delle
relazioni interpersonali**

Elaborato finale

**L'impatto dei contenuti dei *social media* sui sintomi del disturbo di
dismorfismo corporeo**

The impact of social media content on Body Dysmorphic Disorder symptoms

Relatrice

Prof.ssa Marta Ghisi

Correlatore

Dott. Paolo Mancin

Studentessa: Ornella Viola

Matricola: 2007785

Anno accademico 2022/2023

INDICE

INTRODUZIONE.....	5
CAPITOLO 1 – DISTURBO DI DISMORFISMO CORPOREO.....	9
1.1 DEFINIZIONE E CRITERI DIAGNOSTICI DEL DSM-5.....	9
1.2 AREE DI PREOCCUPAZIONE E COMPORTAMENTI RIPETITIVI.....	12
1.3 INSORGENZA, PREVALENZA E COMORBILITA’.....	14
1.4 EZIOLOGIA E MODELLO TEORICO COGNITIVO COMPORTAMENTALE DI VEALE (2004)	16
CAPITOLO 2 – <i>SOCIAL MEDIA</i> E BDD.....	22
2.1 <i>SOCIAL MEDIA</i> : DEFINIZIONE E FUNZIONAMENTO.....	22
2.2 <i>SOCIAL MEDIA</i> , INSODDISFAZIONE CORPOREA E BDD: L’INFLUENZA DEI TREND <i>FITSPIRATION</i> E <i>THINSPIRATION</i>	23
2.3 L’INFLUENZA DEI CONTENUTI A TEMA <i>BEAUTY</i> DEI <i>SOCIAL MEDIA</i> E RICORSO ALLA CHIRURGIA ESTETICA.....	29
CONCLUSIONI.....	34
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	38

Introduzione

Il disturbo di dismorfismo corporeo (*Body Dysmorphic Disorder*, BDD) è un disturbo dell'immagine corporea, caratterizzato da eccessiva e persistente preoccupazione per uno o più difetti percepiti nell'aspetto fisico, ravvisati dagli altri come lievi o non osservabili (Krebs et al., 2017). Esso si differenzia dalla normale preoccupazione legata all'aspetto fisico, comune alla maggior parte delle persone e non intrinsecamente patologica (Phillips, 2005). In seguito alla presenza delle preoccupazioni tipiche del BDD, l'individuo inizia a mettere in atto comportamenti ripetitivi e azioni, come guardarsi allo specchio o confrontarsi ripetutamente con gli altri, comportamenti di sicurezza (*safety behaviour*), come truccarsi eccessivamente per nascondere il difetto percepito, e comportamenti di evitamento o di fuga, come evitare specifiche situazioni sociali (Phillips et al., 2005).

Il BDD insorge mediamente durante l'adolescenza (Bjornsson et al., 2013) e ha un decorso tipicamente cronico (Phillips et al., 2013). È presente nella popolazione generale con una percentuale di 1,9%, anche se è un disturbo psicologico abbastanza sottostimato, a causa della vergogna provata dagli individui riguardo le proprie preoccupazioni, che li rende restii nel chiedere aiuto agli specialisti della salute mentale (Veale et al., 2016).

L'*insight* delle persone con BDD è mediamente scarso: ciò significa che la maggior parte non ha una grande capacità introspettiva nel riconoscere che le proprie convinzioni riguardanti i difetti fisici possano non essere vere, nell'attribuire una causa psicologica alla propria preoccupazione o nel distinguere il proprio punto di vista da quello degli altri (Phillips et al., 2012).

Le persone con BDD hanno delle ripercussioni sulla qualità della vita, a causa della preoccupazione persistente per i difetti fisici percepiti. Infatti, più aree del funzionamento dell'individuo vengono compromesse in maniera significativa, specialmente l'ambito sociale, lavorativo, scolastico e familiare (Phillips et al., 2005).

È necessario svolgere un'analisi differenziale, per assicurarsi che la preoccupazione legata all'aspetto fisico non sia meglio spiegata dai criteri diagnostici di un disturbo alimentare, con il quale si può trovare in comorbilità (Ruffolo et al., 2006).

Le origini del BDD sono radicate in una molteplicità di fattori, che non vanno considerati singolarmente, ma è attraverso la loro interazione che è possibile spiegare l'origine del disturbo. Almeno in parte, il BDD è causato da contesti di crescita disfunzionali, dove l'individuo è vittima di abusi o altre esperienze infantili avverse, che portano insicurezze e bassa autostima (Biby, 1998; Longobardi et al., 2022; Weingarden et al., 2017).

I *social media*, in particolare i *social network*, possono costituire un fattore di rischio per lo sviluppo di BDD e avere un ruolo nel mantenimento del disturbo psicologico, oltre che nel determinare l'esacerbazione dei sintomi (Ryding & Kuss, 2020). L'utilizzo dei *social media* è diventato una parte importante della vita quotidiana e gran parte della popolazione mondiale utilizza giornalmente almeno un *social network* (Ho et al., 2017; Subrahmanyam et al., 2008). Tuttavia, i contenuti pubblicati su queste piattaforme *online*, rappresentano spesso modelli di bellezza irrealistici e irraggiungibili, che vengono interiorizzati dagli individui, portandoli a un inevitabile confronto tra le immagini visualizzate e il proprio aspetto fisico (Holland & Tiggemann, 2016). Infatti, il confronto sociale è uno dei meccanismi alla base dell'associazione tra *social media* e insoddisfazione corporea. Questo processo è riconoscibile come il fattore principale che spiega come l'esposizione ai contenuti dei *social media*, porti la persona ad avere preoccupazioni per il suo aspetto fisico e determini un aumento dell'insoddisfazione corporea (Cohen & Blaszczynski, 2015; Rousseau et al., 2017). Il confronto con *standard* di bellezza irraggiungibili, legati all'aspetto fisico ha delle conseguenze ancora più dannose per le persone con BDD o per individui a rischio di svilupparne la sintomatologia (Zimmer-Gembeck et al., 2021). In particolare, l'esposizione ai contenuti a tema *beauty* (Seekis & Barker, 2022) e a tema *fitspiration* e *thinspiration* (Griffiths & Stefanovski, 2019) è risultata particolarmente problematica per le preoccupazioni legate all'aspetto fisico.

Infine, è risultato che l'esposizione alle immagini condivise sui *social media* può associarsi a un aumento del desiderio di fare ricorso a interventi di medicina e chirurgia estetica (Walker et al., 2021). Gran parte degli individui con BDD vorrebbe sottoporsi a questi trattamenti, per migliorare i difetti percepiti nell'aspetto fisico, anche se a seguito di queste procedure, i sintomi del disturbo psicologico non mostrano quasi mai miglioramenti (Crerand et al., 2005; Phillips et al., 2001). Gli interventi di medicina e

chirurgia estetica andrebbero sempre evitati per pazienti con BDD, in quanto essi beneficerebbero maggiormente di un percorso psicologico (Higgins & Wysong, 2018).

Nel primo capitolo verrà trattato il BDD, approfondendo i criteri utilizzati per fare una diagnosi, le aree corporee dove vengono ravvisati i difetti fisici, i comportamenti ripetitivi messi in atto in risposta alla preoccupazione, l'eziologia del disturbo psicologico e come si mantiene la sintomatologia, utilizzando il modello cognitivo comportamentale di Veale (2004).

Nel secondo capitolo verrà esaminata l'influenza dei *social media* sui sintomi del BDD, in particolare delle tendenze *fitspiration* e *thinspiration* e dei contenuti a tema *beauty*. Inoltre, verrà approfondita la tendenza dei pazienti con BDD a rivolgersi ai centri di medicina e chirurgia estetica e le motivazioni per cui non è quasi mai risolutiva, quindi il legame con l'utilizzo dei *social media*.

Infine, ci sarà un'ultima parte di raccordo, in cui verrà ripresa la relazione tra BDD e *social media*, in particolare come le piattaforme *online* possano costituire un fattore di rischio per lo sviluppo del disturbo psicologico, oltre che un fattore di mantenimento per la sintomatologia.

Capitolo 1 - Disturbo di dismorfismo corporeo

1.1 Definizione e criteri diagnostici del DSM-5

Il disturbo di dismorfismo corporeo (*Body Dysmorphic Disorder*, BDD) è un disturbo psicologico caratterizzato da una preoccupazione eccessiva e invalidante, per una o più imperfezioni, reali o presunte, percepite nell'aspetto fisico e ravvisate dagli altri come lievi o non osservabili (Phillips et al., 2006). In risposta a tale preoccupazione, la persona mette in atto comportamenti ripetitivi, come guardarsi allo specchio, ricercare rassicurazioni, o azioni mentali, come confrontare il proprio aspetto fisico con quello degli altri (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Esso si differenzia dall'insoddisfazione per il proprio aspetto fisico, definita come un insieme di percezioni, pensieri e sentimenti negativi riguardo l'immagine corporea (Sarwer et al., 1998), che è un fenomeno diffuso e non patologico (Fallon et al., 2014). È un fenomeno comune alla maggior parte delle persone quello di essere insoddisfatti e riconoscere dei difetti fisici e delle parti del corpo che si vorrebbero diverse, ma la persona con BDD presenta una preoccupazione esagerata.

Nella quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [DSM-5]; APA, 2013) il BDD è stato inserito all'interno della sezione dei "disturbi ossessivo compulsivi e correlati", assieme al disturbo ossessivo compulsivo, al disturbo da accumulo, al disturbo da escoriazione e tricotillomania. Esso è comparso per la prima volta nella terza edizione del DSM, dove era classificato come un disturbo somatoforme; tuttavia, la rilevanza assunta dalla presenza di comportamenti ritualizzati all'interno di questo disturbo (in merito alla quale è stato aggiunto un criterio nel DSM-5) ha portato a questo cambiamento di categorizzazione (Schieber et al., 2015).

I criteri diagnostici per il BDD contenuti nel DSM-5 sono:

- a) preoccupazione per uno o più difetti o imperfezioni percepiti nell'aspetto fisico, che non sono osservabili o appaiono agli altri in modo lieve (APA, 2013).
- b) Insorgenza, durante il decorso del disturbo, di comportamenti ripetitivi, come guardarsi allo specchio o ricercare rassicurazione, o azioni mentali, come

confrontare il proprio aspetto fisico con quello degli altri, in risposta a preoccupazioni legate all'aspetto (APA, 2013).

- c) Presenza di disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti del funzionamento dell'individuo in seguito alla preoccupazione (APA, 2013).
- d) La preoccupazione legata all'aspetto non è meglio giustificata da preoccupazioni legate al grasso corporeo o al peso in un individuo i cui sintomi soddisfano i criteri diagnostici per un disturbo alimentare (APA, 2013).

Il dismorfismo muscolare (*muscle dysmorphia*) è una forma particolare di BDD, focalizzata sulla muscolosità, dove la persona è preoccupata dall'idea che la sua costituzione corporea sia troppo piccola o non abbastanza muscolosa (Pope et al., 2005). Nel DSM-5 è inserito al termine dei criteri diagnostici come "specificatore" (con o senza dismorfismo muscolare), poiché l'individuo con dismorfismo muscolare è spesso preoccupato anche per altre aree corporee (APA, 2013). È una forma di BDD che è presente quasi esclusivamente nel genere maschile, dove la persona ha in realtà un corpo con costituzione normale o anche molto muscolosa (APA, 2013; Pope et al., 2005).

La compromissione del funzionamento dell'individuo sembra essere appunto pervasiva. Infatti, secondo uno studio di Phillips e collaboratori (2005), su 200 persone con BDD, il 36% non ha lavorato e il 32% non è andato a scuola a causa del disturbo, per almeno una settimana in un mese; inoltre, ben l'11% aveva abbandonato definitivamente la carriera scolastica.

Gli individui con BDD senza una relazione primaria hanno dimostrato di avere un funzionamento sociale complessivamente più scarso, rispetto a coloro che avevano una relazione significativa stabile, instaurata con un *partner* in età adulta, con il quale erano sposati o convivevano (Didie et al., 2006). Nonostante ciò, tutte le persone con BDD, indipendentemente dall'essere impegnati o meno in una relazione significativa, hanno riportato che le preoccupazioni sull'aspetto fisico, hanno ostacolato o portato all'evitamento di interazioni sociali e romantiche e di intimità fisica ed emozionale nel corso della vita (Didie et al., 2006).

L'*insight* è un costrutto dimensionale che si misura lungo un *continuum* da buono o sufficiente, fino a scarso o assente (APA, 2013). Per le persone con BDD, tale *continuum* prevede a un estremo la consapevolezza che le preoccupazioni legate all'aspetto fisico e dovute alla presenza del disturbo psicologico, siano sicuramente o probabilmente non vere (*insight* elevato), fino all'estremo opposto (*insight* scarso o assente), dove l'individuo non mette minimamente in discussione che le sue convinzioni possano essere distorte o non vere (APA, 2013). All'interno di uno studio di Phillips e collaboratori (2006), è stato misurato il livello di *insight* in un gruppo di individui con BDD, utilizzando come strumento di misurazione la "*Brown Assessment of Beliefs Scale*", una scala a sette item che indaga quanto la persona ritiene che le sue convinzioni siano accurate, quanto mette in discussione la possibilità che possano essere sbagliate, se le attribuisce al disturbo o meno riconoscendone una causa psicologica, quanto differenzia il proprio punto di vista da quello degli altri. I risultati hanno evidenziato in media un livello di *insight* scarso, con un terzo degli individui con *insight* assente, ovvero con zero capacità introspettiva riguardo le proprie preoccupazioni (Phillips et al., 2006).

Quindi, le persone con BDD hanno presentato un'immagine corporea negativa e questo si è dimostrato strettamente correlato alla presenza di una bassa autostima, elevata tendenza alla somatizzazione, ad umore disforico e a pensieri ossessivo compulsivi (Biby, 1998). Inoltre, gli individui con BDD hanno un'autostima implicita, ovvero la componente dell'autostima inconscia, emozionale ed influenzabile dall'umore, significativamente più bassa rispetto alle persone senza questo disturbo (Buhlmann et al., 2009).

Molti individui con BDD si rivolgono ai centri di medicina estetica o fanno ricorso a interventi chirurgici, per cercare di migliorare o eliminare i difetti percepiti nell'aspetto fisico (Phillips et al., 2001). Tuttavia, questi tipi di trattamenti non sono quasi mai risolutivi, poiché pochi dei pazienti con BDD che si sono rivolti a questi centri, ha riportato che le imperfezioni erano migliorate in seguito agli interventi (Crerand et al., 2005).

Infine, è stata rilevata un'associazione positiva e clinicamente significativa tra BDD e suicidio, inteso sia come ideazione suicidaria, che come tentativi di suicidio effettivi.

Una persona con BDD sperimenta ideazione suicidaria con una probabilità di quattro volte superiore rispetto a una persona senza BDD, mentre la possibilità che vengano messi in atto tentativi di suicidio reali è di 2,6 volte più probabile per un individuo con BDD che per una persona senza questo disturbo psicologico (Angelakis et al., 2016).

1.2 Aree di preoccupazione e comportamenti ripetitivi

Nelle persone con BDD, le aree del corpo che sono più frequentemente oggetto di preoccupazione sono: pelle (80%), capelli (56%), e naso (39%), ma, in generale, tutte le parti del corpo possono essere causa di angoscia (Phillips et al., 2005). Infatti, sono state riscontrate frequentemente preoccupazioni ai denti, peli, glutei, seno, forma del viso e labbra. Il disagio può essere causato anche da caratteristiche corporee generali, come la simmetria di alcune parti del corpo (Phillips et al., 2005).

Per quanto riguarda le differenze di genere, gli uomini tendono ad essere preoccupati più frequentemente per i genitali, per la calvizie o la perdita dei capelli e per la corporatura, ovvero temono di non essere abbastanza muscolosi (Phillips et al., 2006). Invece, la preoccupazione del genere femminile riguarda solitamente le aree corporee di pelle, stomaco, seno, glutei, cosce, gambe, fianchi e dita dei piedi (Phillips et al., 2006). Inoltre, le donne tendono ad essere preoccupate per l'eccessiva peluria corporea e per la corporatura, ovvero di non avere abbastanza forme o di essere troppo maschiline (Phillips & Diaz, 1997).

Le preoccupazioni sono intrusive, indesiderate, difficili da controllare o evitare, e comportano un consumo di tempo elevato, in media dalle tre alle otto ore al giorno (APA, 2013).

Un individuo con BDD può essere focalizzato su più difetti contemporaneamente, oppure può cambiare nel corso del tempo la parte corporea oggetto di preoccupazione. In media, le aree di preoccupazione di una persona nel corso della vita sono 5 o 7 (Phillips et al., 2005).

Come riportato nel secondo criterio diagnostico del DSM-5, le persone con BDD mettono in atto una serie di comportamenti e azioni in risposta alle preoccupazioni

(APA, 2013). Essi sono comportamenti ripetitivi e azioni mentali, per tentare di ridurre lo stress, comportamenti di sicurezza (*safety behaviours*), per sentirsi sicuri nell'affrontare la situazione che causa ansia e angoscia, comportamenti di evitamento o di fuga, con lo scopo di evitare la preoccupazione o la situazione ritenuta pericolosa (Veale, 2004). In generale, tra i comportamenti più comuni sono stati riscontrati il controllo ripetuto e assiduo del proprio aspetto fisico allo specchio o su altre superfici riflettenti, il camuffamento dei difetti percepiti (con indumenti, trucco abbondante, guanti, occhiali), il tentativo di coprire le imperfezioni (con guanti, occhiali, parrucche), l'evitamento della propria immagine riflessa o l'evitamento di situazioni sociali, il confronto del proprio aspetto fisico con quello di altre persone o vecchie fotografie della persona stessa, il ricorso a procedure di medicina estetica (chirurgia estetica e dermatologia), *skin picking*, il ricorso all'abbronzatura, la depilazione eccessiva (Oakes et al., 2017). Gli individui con dismorfismo muscolare seguono solitamente una dieta specifica e si allenano in maniera eccessiva, per cercare di rendere il loro corpo più muscoloso. Alcuni di loro fanno addirittura uso di steroidi androgeni-anabolizzanti e altre sostanze pericolose per il loro benessere psicofisico (Pope et al., 2005).

Questi comportamenti vengono messi in atto quotidianamente e per diverse ore prima di essere completati, talvolta in maniera naturale e automatica. La maggior parte delle persone con BDD li ha integrati nella propria routine a tal punto da ritenerli normali, senza mostrare necessità di interromperli (Oakes et al., 2017).

Il 25% degli individui con BDD ha riportato di utilizzare abitualmente l'abbronzatura, sia naturale che artificiale, per migliorare i difetti riguardanti la pelle (acne, cicatrici, rughe, tonalità ritenuta troppo pallida, imperfezioni lievi o inesistenti) o per ridurre calvizie, cellulite, o mascherare i peli corporei (Phillips et al., 2006).

Lo studio di Veale e Riley (2001), ha approfondito il comportamento tipico dei pazienti con BDD di guardarsi allo specchio. Essi hanno riportato, in media, una durata massima, di tre ore di una sessione continuativa di osservazione del proprio aspetto fisico davanti allo specchio, e una frequenza media di quattordici sessioni brevi al giorno (Veale & Riley, 2001). Inoltre, le motivazioni che hanno portato le persone a mettere in atto questo comportamento ripetitivo, erano diverse; le più frequenti sono state voler sapere con certezza come si appare agli altri, avere la speranza di presentare

un aspetto fisico diverso e migliore rispetto la volta precedente in cui ci si è guardati allo specchio, la speranza di poter sentirsi a proprio agio guardando la propria immagine riflessa. I comportamenti messi in atto mentre la persona si specchiava sulla superficie riflettente sono stati: cercare di correggere i difetti con il trucco, cercare di migliorare la pelle schiacciando brufoli e punti neri, pettinare e sistemare i capelli, confrontare l'immagine riflessa con quella ideale e cercare la postura migliore da tenere in pubblico (Veale & Riley, 2001).

Gli individui con BDD sono spinti a mettere in atto il comportamento ripetitivo di guardarsi allo specchio, per cercare di diminuire l'ansia e lo stress causati dalle preoccupazioni. Il risultato, però, è che i pazienti con BDD hanno sperimentato livelli di angoscia significativamente maggiori dopo l'esposizione allo specchio, rispetto a prima di guardarsi nella superficie riflettente (Veale & Riley, 2001). Inoltre, alcuni di loro hanno riportato di evitare il riflesso di qualsiasi superfici riflettente, per cercare di evitare l'angoscia. Questa tesi viene confermata anche dallo studio di Windheim e collaboratori (2011), che ha confermato come i livelli di attenzione focalizzata su se stessi e angoscia siano aumentati in seguito all'esposizione dell'aspetto fisico dei pazienti con BDD davanti a uno specchio. Inoltre, le persone con BDD si sono sentite anche meno sicure del proprio aspetto fisico dopo l'osservazione e hanno riportato un forte impulso sia a continuare a osservarsi, sia a cercare di evitarlo (Windheim et al., 2011).

Al contrario di quanto emerso dagli studi appena esposti (Veale & Riley, 2001; Windheim et al., 2011), i partecipanti allo studio di Oakes e collaboratori (2017) hanno riferito che mettendo in atto i comportamenti ripetitivi legati al BDD, hanno sperimentato un senso di sicurezza e di controllo, inteso come capacità di poter controllare il proprio aspetto fisico, e si sono sentiti protetti dal giudizio degli altri.

1.3 Insorgenza, prevalenza e comorbidità

L'esordio si verifica in media a 16,7 anni (Bjornsson et al., 2013). In generale, l'insorgenza avviene durante l'adolescenza, ma può avvenire più precocemente durante l'infanzia, o successivamente, con un esordio tardivo, in età adulta. Inoltre, più precoce

è l'età di esordio, maggiore è l'associazione con ideazione suicidaria, tentativi di suicidio, presenza di comorbidità e la gravità del disturbo nel suo complesso (Bjornsson et al., 2013).

Il decorso negli individui con BDD tende a essere cronico (Phillips et al., 2013). Uno studio di Phillips e collaboratori (2013) ha approfondito in modo prospettico il decorso del BDD per un periodo di quattro anni. La probabilità cumulativa per la remissione completa è stata di 0,20 e di 0,55 per la remissione parziale o completa. La remissione completa è stata definita come la presenza minima o assente di sintomi per almeno otto settimane consecutive, mentre la remissione parziale come il raggiungimento di un minor numero di criteri diagnostici del DSM, per lo stesso periodo di tempo. Tuttavia, tra gli individui parzialmente o totalmente in remissione, la probabilità cumulativa di recidiva completa o parziale, ovvero della ricomparsa completa o parziale dei sintomi, è stata piuttosto elevata, ovvero di 0,63 (Phillips et al., 2013).

La prevalenza nella popolazione generale è tra 0,7% e 3,2%, con una media ponderata di 1,9% (Veale et al., 2016). La frequenza è più elevata nel genere femminile (2,1%), rispetto al genere maschile (1,6%). La prevalenza del BDD in popolazioni non cliniche di studenti universitari (con un'età media di 21 anni) risulta essere di 3,3% (media ponderata), mentre all'interno dei reparti per adulti degli ospedali psichiatrici è di 7,4% (Veale et al., 2016). Nei contesti di medicina estetica è stata registrata la più alta prevalenza di BDD. È stata rilevata una percentuale di 11,3% di persone con BDD nei centri dove si eseguono trattamenti dermatologici, mentre nei contesti di chirurgia estetica varia tra 6,3% e 53%, con una media ponderata di 13,2% e un picco di 20% nel *setting* della rinoplastica. Tuttavia, le percentuali reali potrebbero essere più elevate, dato che un gran numero di persone si vergogna delle proprie preoccupazioni e dei propri sintomi, e per questo motivo è restio a chiedere aiuto e a cercare un trattamento psicologico, rivolgendosi ai professionisti (Veale et al., 2016).

Il BDD è spesso presente in comorbidità con altri disturbi psicologici, più frequentemente con disturbi dell'umore (76-88%), come il disturbo depressivo maggiore e i disturbi bipolari, disturbi d'ansia (62-73%), in particolare con il disturbo di ansia sociale e il disturbo di panico, disturbi dello spettro ossessivo compulsivo, come il disturbo ossessivo compulsivo (21-38%) (Phillips et al., 2005). Anche i disturbi

alimentari sono spesso presenti in comorbidità, con una percentuale del 25% negli individui con BDD, specialmente anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbo da alimentazione incontrollata (Phillips et al., 2005).

1.4 Eziologia e modello teorico cognitivo comportamentale di Veale (2004)

Le cause dell'insorgenza del BDD sono molteplici e sono stati presi in considerazione diversi fattori, come quelli genetici, neurobiologici, psicologici e socioculturali. Essi non sono da considerare singolarmente, ma attraverso la loro interazione è possibile spiegare l'origine del disturbo.

Il 20% dei pazienti con BDD ha avuto almeno un familiare di primo grado con una diagnosi dello stesso disturbo psicologico (Phillips et al., 2005), una percentuale piuttosto elevata, che ha dimostrato l'esistenza di una componente genetica che renderebbe gli individui maggiormente predisposti a sviluppare la sua sintomatologia.

Le persone con BDD si focalizzano eccessivamente sui dettagli del loro aspetto fisico. Questo è stato in parte spiegato anche da un *deficit* nell'elaborazione visiva che dà origine a una maggiore elaborazione dei dettagli negli individui con BDD, rispetto ai pazienti sani (Feusner et al., 2011).

Le esperienze avverse infantili possono costituire spesso il fattore scatenante per l'insorgenza del BDD (Weingarden et al., 2017). In particolare, episodi di bullismo, derisioni relative all'aspetto fisico, abuso, traumi, negligenza, rotture e divorzi familiari sono gli eventi scatenanti più frequentemente riportati dalle persone con questo disturbo psicologico (Longobardi et al., 2022; Weingarden et al., 2017). Uno studio di Didie e collaboratori (2006), condotto su un campione di individui con BDD, ha riferito che il 79% dei partecipanti ha riportato una storia di maltrattamento infantile. L'abbandono emotivo è stata la forma di maltrattamento percepita più frequentemente riportata (68%), seguita da abuso emotivo (56%), abuso fisico (35%), abbandono fisico (33%) e abuso sessuale (28%) (Didie et al., 2006).

Inoltre, la qualità del legame di attaccamento con le figure di accudimento influenza la rappresentazione che l'individuo ha di sé, inclusa la rappresentazione dell'immagine corporea (Longobardi et al., 2022). Ad esempio, un rapporto genitoriale caratterizzato da critiche e svalutazione, potrebbe alimentare una visione di sé negativa, come non meritevole di amore e avere delle ripercussioni anche sulla visione della propria immagine corporea, alimentando le preoccupazioni riguardanti l'aspetto fisico.

Gli atteggiamenti e le convinzioni dei genitori riguardo l'importanza attribuita all'aspetto fisico, influenzano i propri figli, aumentando la probabilità che sviluppino le stesse credenze (Stanford & McCabe, 2005). Inoltre, anche la pressione sociale esercitata dai coetanei, specialmente durante il periodo adolescenziale, in cui l'approvazione da parte dei pari è particolarmente significativa, svolge un ruolo chiave nel determinare l'importanza attribuita all'apparenza (Stanford & McCabe, 2005).

È stato rilevato che l'esposizione a esperienze sociali negative nel periodo adolescenziale, come essere vittimizzati dai pari, presi in giro e derisi dai coetanei, oltre che essere esclusi o ignorati, può costituire un fattore di rischio per il peggioramento dei sintomi del BDD (Webb et al., 2016).

I fattori appena elencati contribuiscono a delineare le cause dell'insorgenza del BDD, ma non va tralasciato il contributo dei messaggi culturali relativi all'importanza della bellezza e di avere un aspetto fisico attraente, che vengono costantemente trasmessi all'interno della società (Stanford & McCabe, 2005; Weingarden et al., 2017).

Il modello cognitivo comportamentale di Veale (2004) in Figura 1 è utile per spiegare il vissuto delle persone con BDD e comprendere il mantenimento dei sintomi, oltre che per delineare una strategia di intervento efficace.

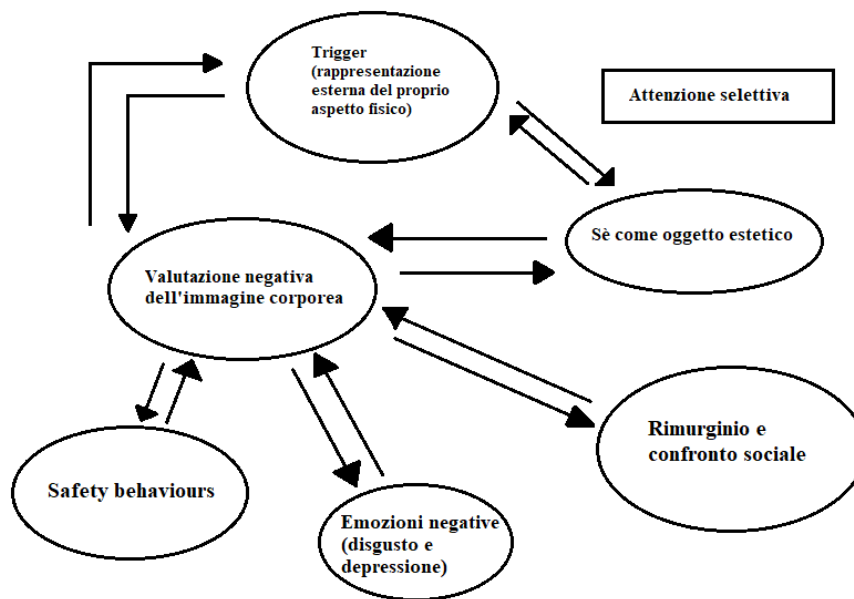


Figura 1. Modello cognitivo comportamentale di Veale (2004)

Secondo questo modello uno stimolo esterno, che svolge il ruolo di *trigger*, può innescare nella mente dell'individuo, una rappresentazione mentale del proprio aspetto fisico (Neziroglu et al., 2008). Alcuni esempi di *trigger* sono la visione di sé stessi in una superficie riflettente o in una fotografia, o il confronto con gli altri. Il risultato è un'immagine mentale distorta, che attiva i processi cognitivi di attenzione selettiva, che portano a un'ulteriore focalizzazione sull'aspetto fisico e sulle aree relative ai difetti percepiti (Veale, 2004). A tal proposito, nello studio di Grochowski e collaboratori (2012), i partecipanti con BDD hanno mostrato una maggiore attenzione visiva selettiva, alle aree corporee in cui erano stati ravvisati i propri difetti percepiti, relativi alla zona del volto, sia nelle fotografie che ritraevano loro stessi, sia nelle fotografie ritraenti altre persone.

Inoltre, secondo questo modello gli individui con BDD si percepiscono come un "oggetto estetico" e assumono la prospettiva dell'osservatore esterno, ovvero osservano il proprio aspetto fisico dal punto di vista di un'altra persona. Questo processo alimenta l'allontanamento e l'evitamento delle emozioni spiacevoli associate ad una valutazione negativa del proprio aspetto fisico. Questa strategia di evitamento delle emozioni

negative è uno dei fattori di mantenimento chiave del BDD e comporta un'ulteriore distorsione dell'immagine corporea, in termini di esagerazione dei difetti percepiti.

L'elemento centrale della teoria di Veale (2004), è la valutazione negativa e il giudizio estetico sul proprio aspetto fisico, che influenza e viene influenzato, in maniera bidirezionale, con gli altri elementi che costituiscono il modello (Veale, 2004). Le credenze riguardanti l'importanza dell'aspetto fisico assumono, quindi, una posizione di dominanza rispetto a tutti gli altri valori della persona, al punto da definire l'identità di un individuo quasi esclusivamente in base all'aspetto fisico (Veale, 2002). A tal proposito, i risultati di uno studio di Buhlmann e collaboratori (2009), hanno mostrato che lo stereotipo implicito dell'attrattività fisica, il quale implica il fatto di associare la bellezza con la competenza, si è dimostrato più forte per gli individui con BDD, rispetto al gruppo di controllo, per cui un individuo poco attraente veniva percepito come meno competente in altri ambiti.

Il confronto sociale basato sull'aspetto fisico e il rimuginio sono due meccanismi che contribuiscono al mantenimento del circolo vizioso di preoccupazione e disagio del BDD (Veale, 2004). L'individuo si confronta costantemente con gli altri, con le immagini postate da altre persone sui *social media*, con fotografie passate ritraenti sé stesso e con il proprio sé ideale, confermando la valutazione di sé negativa precedente e aumentando ulteriormente i processi di attenzione auto focalizzata. La frustrazione ha origine dalla discrepanza tra il sé reale e gli *standard* estetici ideali, spesso irraggiungibili (Veale et al., 2003).

I processi descritti fino ad ora portano a una serie di emozioni negative complesse, ovvero vergogna "interna" (o disgusto di sé), quando l'individuo si valuta non all'altezza degli altri; vergogna "esterna" e ansia sociale anticipatoria, in previsione di umiliazioni e giudizi negativi ricevuti da parte delle altre persone; depressione e disperazione, derivate dal mancato raggiungimento dell'aspetto fisico ideale; rabbia, frustrazione e senso di colpa per aver danneggiato il proprio corpo nel tentativo di migliorare i difetti percepiti, per aver fatto ricorso alla chirurgia estetica non raggiungendo i risultati sperati, per non essere compresi dagli altri e per non riuscire a evitare i pensieri e la preoccupazione caratteristici del disturbo (Veale, 2004).

L'ultimo elemento del modello è costituito dai comportamenti disfunzionali ravvisati nel BDD ed elencati precedentemente (Oakes et al., 2017). Essi possono momentaneamente diminuire il disagio, ma a lungo termine aumentano l'angoscia e costituiscono il fattore di mantenimento principale. In aggiunta, richiedono un notevole dispendio di energie mentali e possono paradossalmente portare al risultato contrario, ovvero peggiorare l'aspetto fisico o attirare l'attenzione sul difetto da parte degli altri. Ad esempio, un'imperfezione della pelle in viso, coperta eccessivamente con il fondotinta e altri cosmetici per cercare di nasconderla, potrebbe catturare l'attenzione perché non risulta omogenea rispetto al resto del viso (Neziroglu et al., 2008).

Capitolo 2 – *Social media* e BDD

2.1 *Social media*: definizione e funzionamento

I *social media* sono delle piattaforme *online*, che permettono la creazione, la condivisione e lo scambio di contenuti tra gli utenti, oltre che la comunicazione e la socializzazione tra le persone (Kaplan & Haenlein, 2010). Secondo questa definizione, sono classificabili come *social media*, i *blog*, i progetti per la creazione di contenuti informativi liberi e collaborativi, come *Wikipedia*, le piattaforme per la condivisione in rete di video e filmati, come *YouTube* e i siti di *social networking* (*social network sites* [SNS]), come *Facebook* e *Instagram*.

Nonostante *Facebook* e *Instagram* siano i SNS più conosciuti, nuove piattaforme emergono costantemente e si evolvono con un ritmo senza precedenti, diventando popolari in breve tempo, come la più recente *Tik Tok* (Vandenbosch et al., 2022).

I SNS sono nati con lo scopo di creare connessioni tra gli individui (Boyd & Ellison, 2007). Nella maggior parte di essi, l'utente crea un profilo, costituito da informazioni personali, dove ha la possibilità di condividere fotografie e video di se stesso. La loro funzione principale, oltre a condividere contenuti, è di entrare in contatto con i profili di altre persone, sia estranei che conoscenti e amici, e guardare, interagire (ad esempio attraverso i "mi piace") e commentare i contenuti condivisi dagli altri utenti (Boyd & Ellison, 2007).

L'unicità dei *social media* è data dalla possibilità per gli utenti di interagire tra loro e generare contenuti, mentre nei *media* tradizionali, come giornali, televisione e radio, è esclusivamente un ristretto gruppo di persone, ovvero il mittente a decidere cosa pubblicare, trasmettere o comunicare e il grande pubblico, ovvero il destinatario può solo ricevere tali informazioni (Vandenbosch et al., 2022).

Negli ultimi anni con l'aumento dilagante degli *smartphone* e del collegamento alla rete *Internet*, l'uso dei *social media* è diventato una parte essenziale della vita delle persone: sono ben 2,03 miliardi nel mondo, gli utenti attivi sui SNS (Ho et al., 2017).

Lo studio condotto da Subrahmanyam e collaboratori (2008), ha riscontrato, in un campione di studenti universitari, che il 78% aveva almeno un profilo sui SNS, fino a un massimo di sei e di utilizzarlo quotidianamente, oltre ad aver riportato di navigare *online* ogni giorno.

Sono state rilevate diverse modalità di utilizzo dei *social media*, che si possono distinguere principalmente in uso “attivo” contro “passivo”. Con utilizzo attivo si intende la partecipazione in prima persona, alle attività previste dalle piattaforme, come la condivisione di informazioni, il caricamento di fotografie e video, il commentare i contenuti pubblicati dagli altri, il conversare con altre persone attraverso le funzioni di messaggistica istantanea, mentre l’uso passivo prevede il navigare *online* e lo scorrimento dei contenuti di altri profili, limitandosi a leggere e guardare senza interagire personalmente (Kaye, 2021). È preferibile un utilizzo attivo dei *social media*, in quanto si è dimostrato associato a esiti positivi sul benessere dell’individuo. Infatti, le interazioni di supporto che avvengono sui SNS, come ricevere un commento positivo sotto una propria fotografia pubblicata, possono far sentire la persona apprezzata e aumentarne l’autostima (Oh et al., 2014). Al contrario, è stato rilevato che l’uso passivo è strettamente associato a sintomi depressivi (Escobar-Viera et al., 2018). Questa associazione può essere spiegata in parte, dal fatto che l’individuo utilizzando passivamente i *social media*, non percepisca nessun grado di sostegno sociale e ciò potrebbe portarlo a sentirsi escluso ed emarginato, favorendo lo sviluppo di sintomi depressivi. In ogni caso, è opportuno incoraggiare un utilizzo attivo dei SNS, poiché ha sicuramente meno effetti negativi sulla salute e, al contrario, ha anche degli effetti positivi sul benessere della persona (Escobar-Viera et al., 2018; Oh et al., 2014).

2.2 *Social media*, insoddisfazione corporea e BDD:

l’influenza delle tendenze *fitspiration* e *thinspiration*

I *social media* possono veicolare messaggi e contenuti che attribuiscono molta importanza all’aspetto fisico. Questi contenuti possono rappresentare ideali di bellezza irrealistici, che vengono interiorizzati specialmente da donne e ragazze, portandole a un confronto tra se stesse e questi modelli irraggiungibili (Holland & Tiggemann, 2016). La discrepanza tra modelli corporei reali e ideali può portare anche, soprattutto donne e ragazze, ad auto-oggettivarsi e al controllo frequente del proprio aspetto fisico. Questi processi sono alla base dell’aumento dell’insoddisfazione corporea (Holland & Tiggemann, 2016), intesa come un insieme di percezioni, atteggiamenti, pensieri,

sensazioni e comportamenti negativi nei riguardi della propria immagine corporea (Sarwer et al., 1998).

L'esposizione ai contenuti di SNS, come *Facebook* e *Instagram*, ha delle conseguenze sull'insoddisfazione corporea, almeno alla pari dei *media* convenzionali (Cohen & Blaszczynski, 2015). Infatti, scorrendo le fotografie che compaiono nella pagina principale dei SNS, è inevitabile che l'individuo operi un confronto con le immagini raffiguranti un aspetto fisico ideale, al pari di ciò che accade con i *media* tradizionali (Cohen & Blaszczynski, 2015). Inoltre, spesso le immagini caricate sui SNS sono state precedentemente modificate e ritoccate, in modo talvolta eccessivo, allontanandole ancor più dalla realtà. (Maymone & Kroumpouzou, 2022). Le persone che, vedono queste immagini nelle pagine principali dei SNS, tuttavia, non sanno che sono state modificate, utilizzando opportuni programmi e filtri per migliorare i difetti; perciò, non sono consapevoli di star guardando una realtà idealizzata (Maymone & Kroumpouzou, 2022).

È stata rilevata un'associazione significativa tra l'utilizzo passivo dei SNS, ovvero scorrere i contenuti che appaiono nella pagina principale dei SNS, senza interagire attivamente, e l'insoddisfazione corporea (Ryding & Kuss, 2020). In particolare, uno studio di Rousseau e collaboratori (2017), ha dimostrato che la relazione tra l'uso passivo di *Facebook* e l'insoddisfazione corporea, è mediata dal confronto sociale, messo in atto durante il tempo trascorso su questa piattaforma. Lo stesso studio ha confermato anche la relazione contraria, ovvero che una maggior insoddisfazione corporea è predittiva di un aumento del confronto sociale su *Facebook* nel tempo e di un maggior utilizzo passivo della piattaforma (Rousseau et al., 2017). Per comprendere il ruolo svolto dal confronto sociale nel mediare questa associazione, si deve fare riferimento alla teoria del confronto sociale di Festinger (1954). Essa afferma che, quando si è incerti circa le proprie abilità o potenzialità, ci si confronta con gli altri per avere una valutazione di se stessi. La valutazione ottenuta sarà diversa in base agli *standard*, alti o bassi, con cui ci si confronta e ciò potrebbe avvenire anche per l'aspetto fisico (Festinger, 1954). La discrepanza tra *standard* ideali e reali, che deriva dal confronto messo in atto con le immagini pubblicate sui SNS, che rappresentano modelli di bellezza irraggiungibili, porta molto probabilmente a una valutazione negativa del

proprio aspetto fisico; ciò spiega l'associazione tra insoddisfazione corporea e utilizzo passivo dei SNS (Holland & Tiggemann, 2016; Rousseau et al., 2017).

Nonostante, l'insoddisfazione corporea sia un elemento centrale del BDD, poiché gli individui con questo disturbo psicologico valutano negativamente il proprio aspetto fisico, sono due fenomeni distinti e non sovrapponibili (Ryding & Kuss, 2020). L'insoddisfazione corporea è un fenomeno diffuso e non patologico (Fallon et. al, 2014), e non tutte le persone insoddisfatte del loro aspetto fisico sviluppano i sintomi che soddisfano i criteri diagnostici del BDD. Tuttavia, seppur essendo due fenomeni distinti e non sovrapponibili, insoddisfazione corporea e BDD hanno diversi elementi comuni (Ryding & Kuss, 2020).

L'importanza attribuita all'aspetto fisico è un aspetto centrale che accomuna sia le persone che si sentono insoddisfatte del proprio aspetto fisico, sia gli individui con BDD: in entrambi i casi esso finisce per definire l'identità di una persona e il suo valore nella società. (Summers & Cogle, 2018).

Il confronto sociale basato sull'aspetto fisico è poi un elemento importante, poiché sia persone con insoddisfazione corporea che con BDD, lo mettono frequentemente in atto (Ryding & Kuss, 2020). Come detto precedentemente, il confronto con gli altri è uno dei comportamenti ripetitivi più frequenti negli individui con BDD, che paragonano quei difetti percepiti in determinate aree corporee, verso i quali sono eccessivamente focalizzati, con altre persone, in risposta alla preoccupazione. Inoltre, il confronto con gli altri costituisce un fattore di mantenimento sia per l'insoddisfazione corporea, che per BDD (Ryding & Kuss, 2020).

Anson e collaboratori (2015) hanno rilevato che il gruppo di persone con BDD, reclutato all'interno di un loro studio, passava una sostanziale quantità di tempo, rispetto al gruppo di controllo, a confrontare il proprio aspetto fisico con quello di altre persone dello stesso genere, in contesti pubblici o in altre situazioni sociali, e con immagini visualizzate sui *social media*. La frequenza del confronto è stata maggiore per il gruppo con BDD, rispetto al gruppo di controllo, sia in termini di confronto di caratteristiche generali dell'aspetto fisico, ma soprattutto per il confronto di aree corporee specifiche, corrispondenti alle aree oggetto di preoccupazione degli individui con BDD. Inoltre, più i *target* dell'esperimento risultavano attraenti, più aumentava in maniera significativa l'assiduità del confronto, messo in atto dalle persone con BDD

con le immagini rappresentate e ciò comportava l'aumento della preoccupazione riguardo i difetti fisici. Infine, la misurazione della soddisfazione corporea delle persone con BDD, ha mostrato livelli inferiori in seguito al confronto con le immagini, in maniera significativa rispetto al gruppo di controllo (Anson et al., 2015). Questi risultati sono coerenti con l'ipotesi per cui il confronto sociale può determinare un aumento dell'insoddisfazione corporea (Myers & Crowther, 2009).

I risultati dello studio di Anson e collaboratori (2015) sono anche in linea con il modello cognitivo comportamentale di Veale (2004), che ha suggerito come il confronto del proprio aspetto fisico con gli altri, sia un fattore chiave per comprendere il mantenimento del BDD. In particolare, è il confronto con *standard* considerati superiori alla propria valutazione personale dell'aspetto fisico, che contribuisce all'aumento della preoccupazione e dell'attenzione focalizzata su sé stessi, al rinforzo del processo di attenzione selettiva sui difetti fisici e all'ulteriore valutazione corporea negativa di sé stessi (Anson et al., 2015).

L'utilizzo dei *social media*, soprattutto dei SNS, può costituire un fattore di rischio per lo sviluppo di BDD, oltre che avere un ruolo nel mantenimento del disturbo psicopatologico e nel determinare l'esacerbazione dei sintomi (Ryding & Kuss, 2020).

La popolarità dei *social media* è in continuo aumento e le immagini pubblicate su queste piattaforme, innescano un confronto che promuove ideali nocivi di bellezza; ciò comporta un impatto negativo ancora più significativo per gli individui con BDD (Holland & Tiggemann, 2016; Maymone & Kroumpouzou, 2022). I contenuti dei *social media* contribuiscono ad incrementare l'importanza attribuita all'aspetto fisico, oltre che a promuovere il confronto con *standard* di bellezza irraggiungibili, fattori che hanno conseguenze ancora più dannose per le persone con BDD (Zimmer-Gembeck et al., 2021).

Inoltre, l'utilizzo di *app* e *software* per ritoccare le fotografie e di filtri per migliorare le immagini, possono assumere il ruolo di *safety behaviours* per alcuni individui (Maymone & Kroumpouzou, 2022). Infatti, possono essere apportate delle modifiche a una fotografia, in modo tale da migliorare o eliminare i difetti dell'aspetto fisico percepiti, che un individuo con BDD ritiene inaccettabili e che sono oggetto della sua preoccupazione. Le fotografie vengono modificate dalle persone con BDD, prima di

essere pubblicate sui SNS, fino a raggiungere un'immagine di sé accettabile, da poter essere sottoposta al giudizio degli altri (Maymone & Kroumpouzos, 2022).

Le misure attualmente utilizzate per diagnosticare il BDD o per valutare la gravità dei sintomi, non tengono in considerazione l'utilizzo dei *social media* (Maymone & Kroumpouzos, 2022). Invece, secondo alcuni studiosi, sarebbe opportuno revisionare questi strumenti e incorporare anche domande relative al loro utilizzo, oltre ad altri aspetti che vengono già valutati, come comportamenti ripetitivi e di sicurezza, *insight* e aree di preoccupazione. Le domande che dovrebbero essere incluse potrebbero essere relative alla quantità di tempo trascorso sulle piattaforme *online*, al confronto messo in atto con le immagini pubblicate sui SNS, all'utilizzo o meno di filtri o *app* di fotoritocco prima di caricare una nuova fotografia, a quanto si è influenzati da commenti e apprezzamenti ricevuti sotto i contenuti condivisi *online*, alla consapevolezza di quanto siano distorte le immagini che compaiono sui *social media* e a eventuali comportamenti di evitamento, come evitare di caricare contenuti per timore del giudizio degli altri (Maymone & Kroumpouzos, 2022).

Inoltre, scattarsi un numero eccessivo di *selfie*, è un altro dei comportamenti ripetitivi che può essere utilizzato dagli individui con BDD, per cercare di ridurre la preoccupazione legata all'aspetto fisico (Khanna & Sharma, 2017). I *selfie* sono degli autoscatti, che vengono realizzati con il cellulare e, spesso, vengono successivamente caricati sui SNS, come *Instagram* e *Facebook*, per ricevere l'approvazione da parte degli utenti, attraverso le funzioni principali di "mi piace" e commenti (Lim, 2016). Il rischio, però, è che lo scatto eccessivo di *selfie*, diventi un comportamento ripetitivo, alla pari di guardarsi allo specchio o ricercare rassicurazioni (Khanna & Sharma, 2017).

Un altro elemento a sostegno del fatto che i *social media* possono costituire un fattore di rischio per lo sviluppo e il mantenimento del BDD, nonché per l'esacerbazione dei suoi sintomi, è rappresentato dall'influenza particolarmente dannosa di due tendenze molto popolari su queste piattaforme, ovvero "*fitspiration*" e "*thinspiration*" (Ghaznavi & Taylor, 2015; Ryding & Kuss, 2020; Tiggemann & Zaccardo, 2015).

"*Fitspiration*" è una tendenza *online*, nata per ispirare le persone a perseguire uno stile di vita più sano, attraverso l'attività fisica e un'alimentazione più equilibrata (Vandenbosch et al., 2022). È una tendenza molto conosciuta sui *social media*, tanto che

uno studio condotto su *Instagram* ha riscontrato che l'*hashtag* “*fitspiration*” produce oltre 3,3 milioni di risultati in qualche secondo (Tiggemann & Zaccardo, 2015). I contenuti che vengono pubblicati sulle piattaforme *online* sono accompagnati da frasi motivazionali per promuovere uno stile di vita inteso come “più salutare”. È stata sviluppata per contrastare un'altra tendenza dannosa presente in rete, ovvero la “*thinspiration*”, che promuove il perseguimento della magrezza (Ghaznavi & Taylor, 2015). *Thinspiration* può motivare le persone a dimagrire per raggiungere un ideale di eccessiva magrezza, associato alla bellezza, soprattutto nella popolazione femminile, il quale è disfunzionale e potenzialmente dannoso per la salute. Le immagini utilizzate per promuovere questa tendenza, raffigurano spesso modelle eccessivamente magre, ma allo stesso tempo irrealistiche. L'esposizione a questi contenuti può portare a un eccessivo confronto sociale, al disgusto per il grasso e l'aumento di peso, all'interiorizzazione dell'ideale di magrezza stesso e a un ridotto interesse a valorizzare qualsiasi modello corporeo e incoraggiare le persone all'accettazione del proprio aspetto fisico (Ghaznavi & Taylor, 2015).

La tendenza *fitspiration* ha avuto un enorme potenziale per favorire il miglioramento della salute fisica e mentale delle persone, vista anche la popolarità dei *social media*, con cui vengono trasmessi questi messaggi. Tuttavia, la maggior parte delle immagini e dei video utilizzati rappresentano modelli corporei con delle caratteristiche altrettanto irraggiungibili, portando risultati opposti a quelli per cui è nata questa tendenza (Vandenbosch et al., 2022). Le immagini raffigurano persone esteticamente ideali, toniche e muscolose (talvolta anche magre), che invitano al raggiungimento della stessa forma fisica.

Lo studio di Tiggemann e Zaccardo (2015), ha rilevato gli effetti dell'esposizione a contenuti *fitspiration* su un campione di studentesse universitarie. Nonostante le partecipanti si siano sentite maggiormente motivate a migliorare la propria forma fisica e la propria alimentazione in seguito all'esposizione, gli effetti sono stati principalmente negativi. Infatti, sono stati rilevati un aumento dell'insoddisfazione corporea, un calo dell'autostima legata all'aspetto fisico, conseguenze negative sull'umore e un aumento del confronto sociale. Un altro studio di Barron e collaboratori (2021), ha dimostrato che le conseguenze negative della tendenza *fitspiration* sono state rilevate anche negli uomini, senza rilevare differenze rispetto alle donne. Infatti, anche gli uomini sono

influenzati da modelli corporei irraggiungibili, soprattutto la muscolosità (Barron et al., 2021).

I fattori che accomunano la tendenza *fitspiration* con i disturbi psicopatologici dell'immagine corporea, come BDD, sono la centralità dell'importanza dell'aspetto fisico e la preoccupazione per l'aspetto fisico, che sono i messaggi principali trasmessi dai contenuti con l'*hashtag* "*fitspiration*" sui *social media* (Corazza & Dores, 2023; Raggatt et al., 2018). In particolare, durante l'esposizione ai contenuti *fitspiration* le persone con BDD si potrebbero focalizzare maggiormente sulle aree corporee al centro della loro preoccupazione, ravvisate nelle immagini osservate, le quali si presentano come irraggiungibili.

3.3 L'influenza dei contenuti a tema *beauty* dei *social media* e ricorso alla chirurgia estetica

I contenuti a tema *beauty* sono molto popolari sui *social media*, soprattutto tra ragazze e giovani donne (Seekis & Barker, 2022). La maggior parte di questi contenuti sono realizzati in forma di *tutorial*, ovvero brevi video che mostrano *routine* quotidiane per prendersi cura della propria pelle, opinioni su prodotti per il viso e trucchi, video su come realizzare il *make-up* dell'ultima tendenza o per nascondere le imperfezioni. Il numero di *tutorial* e altri contenuti a tema *beauty* presenti sui *social media*, da *YouTube* a *Instagram* e *Tik Tok*, è in crescita esponenziale. Allo stesso modo, il numero di visualizzazioni è cresciuto del 50% tra il 2018 e il 2020 (Seekis & Barker, 2022).

I contenuti a tema *beauty* si concentrano sull'estetica della persona, in particolare sul viso, contribuendo a promuovere ideali di bellezza irrealistici e socialmente accettati, spingendo le persone a cercare di raggiungerli (Seekis & Barker, 2022). I *tutorial* vengono spesso pubblicati da *influencer* o persone comuni, o da modelle/i e celebrità.

Come detto precedentemente, gli *standard* di bellezza culturalmente accettati e proposti dai *social media*, vengono interiorizzati dagli individui, che sono spinti verso il tentativo di raggiungerli, contribuendo all'aumento dell'insoddisfazione corporea (Holland & Tiggemann, 2016). Questo meccanismo, ravvisato in seguito all'esposizione

ai contenuti *thinspiration* e *fitspiration* (Ghaznavi & Taylor, 2015; Tiggemann & Zaccardo, 2015), vale anche per i contenuti a tema *beauty* (Seekis & Barker, 2022).

L'esposizione ai contenuti dei *social media* potrebbe indurre un maggior desiderio verso la chirurgia estetica, specialmente se si passano diverse ore al giorno su queste piattaforme (Arab et al., 2019).

Lo studio di Walker e collaboratori (2021), è stato condotto su un campione di donne universitarie per misurare l'influenza dei *social media* sulla considerazione di fare ricorso alla chirurgia estetica. Il gruppo di partecipanti che ha visualizzato stimoli di persone a cui erano stati apportati dei miglioramenti estetici facciali, ha indicato un aumento del desiderio di sottoporsi a interventi di chirurgia estetica, specialmente se utilizzavano abitualmente i *social media*. La differenza è stata significativa rispetto al gruppo di controllo, che invece ha visualizzato immagini neutre come stimoli (immagini di persone in viaggio) (Walker et al., 2021). I risultati hanno suggerito che trascorrere molto tempo sui *social media*, dove le fotografie pubblicate sono spesso ritoccate e modificate, può influenzare la considerazione di sottoporsi a operazioni di chirurgia estetica.

In particolare, il fenomeno della "*Snapchat Dysmorphia*" ha assunto una certa rilevanza (Bruculier, 2018; Burnell et al., 2022). *Snapchat* è un SNS ormai non così recente, nato nel 2011 e diventato popolare in tutto il mondo (Vaterlaus et al., 2016). Questa piattaforma permette di scambiare fotografie e brevi video, in maniera istantanea, con amici e conoscenti, che si cancellano automaticamente dopo essere stati visualizzati, e di condividere contenuti in forma di "storia", per gli utenti che rientrano nella lista degli amici, visibili solo per 24 ore. *Snapchat* utilizza anche un algoritmo per identificare gli utenti con cui si è maggiormente attivi sulla piattaforma, facendoli entrare nella lista dei "migliori amici" come premio, per incentivare le persone a scambiarsi costantemente fotografie e video (Vaterlaus et al., 2016). Inoltre, sono disponibili filtri ed effetti per migliorare e modificare le immagini, ad esempio per ingrandire le labbra o gli occhi, o rendere la pelle perfetta senza imperfezioni. Essi possono indurre le persone a prendere come riferimento ideali di aspetto fisico irrealistici, che vengono interiorizzati, portando al confronto tra se stessi e questi modelli irraggiungibili (Burnell et al., 2022), alla pari di ciò che accade con gli altri SNS (Holland & Tiggemann, 2016). È stato dimostrato

che gli individui che utilizzano maggiormente i filtri di *Snapchat*, hanno più preoccupazioni per il loro aspetto fisico (Burnell et al., 2022) e ciò potrebbe portare a problematiche riguardo l'immagine corporea, come il BDD (Bruculieri, 2018). Ci sono stati diversi episodi di persone che si sono recate nei centri di chirurgia estetica, chiedendo ai chirurghi plastici procedure che replichino il loro aspetto fisico modificato con i filtri di *Snapchat*. Questo fenomeno ha assunto una certa rilevanza, al punto da essere denominato come "*Snapchat Dysmorphia*" (Bruculieri, 2018; Burnell et al., 2022).

Seekis e Barker (2022) hanno indagato l'associazione tra esposizione ai contenuti *beauty* dei *social media* e considerazione della chirurgia estetica. Questo studio, pur misurando il tempo complessivo trascorso sui *social media* dalle partecipanti, ha analizzato nello specifico l'influenza dei contenuti di bellezza. È stato rilevato che l'esposizione ai contenuti a tema *beauty* può indurre un confronto con le immagini visualizzate che porta all'iper-consapevolezza dei difetti percepiti e preoccupazioni dismorfofobiche, al punto da prendere in considerazione l'idea di fare ricorso alla chirurgia estetica per correggerli (Seekis & Barker, 2022). L'associazione tra questi processi mentali è stata rilevata su un campione di donne universitarie, senza l'utilizzo di un criterio di inclusione di diagnosi di BDD. Perciò, se in futuro lo stesso studio dovesse essere svolto su un campione di individui con BDD, si ipotizza che l'associazione tra esposizione ai contenuti a tema *beauty* e il desiderio di ricorrere alla chirurgia estetica sia ancora più forte.

Questo studio si è rilevato importante perché, in generale, molti degli individui con BDD fanno ricorso alla medicina estetica e a interventi chirurgici per cercare di migliorare o eliminare i difetti percepiti nell'aspetto fisico (Crerand et al., 2005).

La medicina estetica è una branca della medicina che interviene per correggere inestetismi, attraverso tecniche non chirurgiche e non intrusive, come i trattamenti *laser* e i *filler*, per migliorare il benessere psico-fisico delle persone (Boon, 2007). La chirurgia estetica, invece, è un insieme di interventi chirurgici, che mirano a correggere difetti estetici di diverse aree corporee.

La maggior parte delle persone con BDD ricorre a questi trattamenti non psicologici per eliminare i difetti percepiti. Il 45% ha richiesto un trattamento dermatologico, come la

prescrizione di antibiotici, trattamenti per il diradamento percepito dei capelli o per l'acne percepita. Il 23% si è sottoposto a interventi chirurgici, con una media di due interventi ricevuti, dove la rinoplastica è la procedura più richiesta, seguita dalla chirurgia al mento e dalla chirurgia al seno. I trattamenti dentali, come la limatura dei denti o l'ortodonzia, sono un altro esempio di interventi comunemente richiesti dai pazienti con BDD (Phillips et al., 2001). Questi risultati vengono supportati dai dati che hanno indicato un'elevata prevalenza di individui con BDD all'interno dei contesti di medicina estetica generale, che variano tra 6,3% e 53%, con una media ponderata di 13,2%. Nel *setting* di rinoplastica si registra la più elevata percentuale di pazienti con BDD, con una media ponderata del 20.1% (Veale et al., 2016).

A seguito di queste procedure mediche, i sintomi psicologici non mostrano un miglioramento, nella quasi totalità degli individui con BDD (Crerand et al., 2005). Infatti, la maggior parte delle persone ha dichiarato di non notare nessun miglioramento nel difetto fisico per cui si erano rivolti ai centri di medicina e chirurgia estetica, né che la preoccupazione e i comportamenti ripetitivi messi in atto fossero diminuiti. Solo una piccola percentuale di persone con BDD ha riferito di vedere il proprio difetto fisico migliorato, in seguito ai trattamenti non psicologici. Tuttavia, in questa percentuale, una parte ha affermato, o che la preoccupazione non era affatto diminuita, o che temeva che il difetto fisico sarebbe peggiorato di nuovo, e la parte restante ha riferito che, anche se l'imperfezione era migliorata e l'angoscia diminuita, la preoccupazione si era spostata su un'altra area del corpo, iniziando a notare nuovi difetti. In conclusione, i trattamenti dermatologici e la chirurgia estetica non contribuiscono in alcun modo alla remissione dei sintomi di BDD (Crerand et al., 2005).

Inoltre, non sono poco frequenti gli episodi di aggressioni fisiche, minacce legali e di violenza, ricevute da medici e chirurghi, da parte di pazienti con BDD, che li accusano di aver peggiorato il loro difetto fisico, insoddisfatti in seguito ai trattamenti e alle operazioni chirurgiche ricevute (Higgins & Wysong, 2018).

I trattamenti di medicina estetica e gli interventi chirurgici andrebbero sempre evitati, nel caso vengano richiesti da pazienti con BDD, in quanto beneficerebbero maggiormente di un percorso psicologico (Higgins & Wysong, 2018).

Conclusioni

Lo scopo di questo elaborato è stato quello di indagare la relazione tra BDD e *social media*, in particolare come queste piattaforme possano costituire un fattore di rischio per lo sviluppo di questo disturbo psicologico e come contribuiscano a mantenere ed esacerbare la sintomatologia (Ryding & Kuss, 2020).

I *social media* sono delle piattaforme *online* che permettono la condivisione di contenuti e l'interazione tra le persone. Essi sono in continua evoluzione e stanno diventando sempre più popolari nel corso degli anni, specialmente i SNS (Kaplan & Haenlein, 2010; Ho et al., 2017; Subrahmanyam et al., 2008; Vandenbosch et al., 2022).

Gli individui con BDD valutano negativamente il proprio aspetto fisico (Neziroglu et al., 2008; Veale, 2004) e sono eccessivamente focalizzati su uno o più difetti fisici percepiti, che invece gli altri percepiscono come lievi o non osservabili (APA, 2013; Krebs et al., 2017; Phillips et al., 2006).

L'esposizione ai contenuti dei *social media* ha delle conseguenze sull'aumento dell'insoddisfazione corporea, poiché veicolano messaggi relativi all'importanza dell'aspetto fisico (Cohen & Blaszczynski, 2015; Holland & Tiggemann, 2016). Infatti, le immagini pubblicate sulle piattaforme *online* rappresentano ideali di bellezza irrealistici, che vengono interiorizzati dagli individui, portandoli al tentativo di raggiungerli e ciò risulta ancora più dannoso per persone con BDD (Holland & Tiggemann, 2016; Zimmer-Gembeck et al., 2021). La frustrazione ha origine proprio dalla discrepanza tra il sé reale e gli ideali estetici irraggiungibili, rappresentati sui *social media* (Holland & Tiggemann, 2016; Veale et al., 2003).

Il ruolo del confronto sociale è fondamentale per comprendere la relazione tra *social media* e BDD. La teoria del confronto sociale di Festinger (1954) ha ipotizzato che l'individuo, incerto sulle proprie potenzialità, si confronta con gli altri per raggiungere una valutazione di sé; ciò accadrebbe anche per l'incertezza relativa al proprio aspetto fisico. Il giudizio ottenuto dipende dagli *standard* con cui ci si confronta, per cui un confronto con *standard* ideali, porterà molto probabilmente a una valutazione di sé negativa (Festinger, 1954). Uno degli elementi del modello cognitivo comportamentale di Veale (2004) che contribuiscono al mantenimento del disturbo psicologico è il

confronto sociale, che l'individuo con BDD mette in atto costantemente, con gli altri, con fotografie passate ritraenti se stesso e con immagini di persone sui *social media*, confermando ulteriormente la valutazione negativa del proprio aspetto fisico e aumentando i processi di attenzione focalizzata sui difetti fisici percepiti. Quindi, i *social media* promuovono ulteriormente questo confronto, rappresentando *standard* di aspetto fisico irraggiungibili (Holland & Tiggemann, 2016; Ryding & Kuss, 2020).

In particolare, è l'utilizzo passivo dei *social media*, ovvero il navigare *online* e lo scorrimento dei contenuti dei profili altrui sui SNS senza interagire personalmente, che ha delle conseguenze negative sul benessere psicofisico dell'individuo (Escobar-Viera et al., 2018; Kaye, 2021). Lo scorrimento passivo dei contenuti sui SNS è associato positivamente con l'insoddisfazione corporea e questa associazione è mediata dal confronto sociale (Rousseau et al., 2017).

Inoltre, le tendenze *thinspiration* e *fitspiration*, molto popolari sui *social media*, possono essere particolarmente disfunzionali per gli individui con BDD, a causa dei messaggi che trasmettono (Ghaznavi & Taylor, 2015; Tiggemann & Zaccardo, 2015). *Thinspiration* promuove il perseguimento alla magrezza, mentre *fitspiration* ha l'obiettivo di ispirare le persone a perseguire uno stile di vita più "salutare", attraverso un'alimentazione controllata e l'attività fisica (Ghaznavi & Taylor, 2015; Vandenbosch et al., 2022). Entrambe le tendenze, però, utilizzano immagini raffiguranti ideali estetici irrealistici e impossibili da perseguire, oltre che disfunzionali per la salute psicofisica, incentivando ulteriormente il circolo vizioso di confronto sociale e insoddisfazione corporea, e costituendo un possibile fattore di rischio per il BDD (Barron et al., 2021; Ghaznavi & Taylor; Ryding & Kuss, 2020; Vandenbosch et al., 2022).

Gli individui con BDD sono insoddisfatti del proprio aspetto fisico; tuttavia, l'insoddisfazione corporea è un fenomeno comune e non patologico, che caratterizza diverse persone, che non necessariamente raggiungono i criteri diagnostici per il BDD (Fallon et al., 2014; Phillips, 2005). Infatti, la maggior parte delle persone riconosce di avere dei difetti fisici, ma non presenta una preoccupazione eccessiva, caratteristica invece comune negli individui con BDD (Krebs et al., 2017). L'importanza attribuita all'aspetto fisico e al confronto sociale sono i due aspetti principali che accomunano le

persone insoddisfatte del proprio aspetto fisico e le persone con BDD (Ryding & Kuss, 2020; Summers & Cogle, 2018).

Le persone con BDD mettono in atto comportamenti ripetitivi, azioni mentali, *safety behaviour* e comportamenti di evitamento, in risposta alla preoccupazione (APA, 2013; Krebs et al., 2017; Veale, 2004). Alcuni esempi sono guardarsi allo specchio o in altre superfici riflettenti, ricercare rassicurazioni, il camuffamento dei difetti percepiti con indumenti o trucco, l'evitamento della propria immagine riflessa o di particolari situazioni sociali, il ricorso all'abbronzatura e a trattamenti di medicina e chirurgia estetica (Oakes et al., 2017). Alcuni comportamenti ripetitivi e *safety behaviour* possono essere legati all'utilizzo dei *social media*, come l'utilizzo di filtri e di *app* e *software* per ritoccare e modificare le fotografie, prima di essere pubblicate sui SNS, e lo scatto eccessivo di *selfie* con il cellulare (Khanna & Sharma, 2017; Maymone & Kroumpouzou, 2022).

I contenuti a tema *beauty* si concentrano sull'estetica della persona, specialmente sul viso, promuovendo ulteriormente *standard* di bellezza irraggiungibili (Seekis & Barker, 2022). Inoltre, l'esposizione a questa categoria di contenuti induce un maggior desiderio di fare ricorso alla chirurgia estetica e ciò potrebbe essere particolarmente rischioso per persone con BDD. Infatti, molti individui con BDD si rivolgono ai centri di medicina e chirurgia estetica, per cercare di migliorare o eliminare i difetti percepiti (Crerand et al., 2005; Phillips et al., 2001; Veale et al., 2016). Anche il fenomeno della "*Snapchat Dysmorphia*" ha acquisito una certa rilevanza, dato che non sono così infrequenti gli episodi di persone che si rivolgono ai chirurghi estetici, chiedendo procedure che replichino gli effetti dei filtri di *Snapchat* (Bruculier, 2018; Burnell et al., 2022). Tuttavia, questi trattamenti medici non sono quasi mai risolutivi, poiché i sintomi del disturbo psicologico difficilmente diminuiscono in seguito agli interventi (Crerand et al., 2005).

Concludendo, i *social media* potrebbero contribuire al mantenimento o all'aggravarsi del BDD, oltre che costituire un fattore di rischio per lo sviluppo della sintomatologia (Ryding & Kuss, 2020). Alcuni studiosi, vista la popolarità che hanno raggiunto queste piattaforme, hanno suggerito di includere domande relative all'utilizzo dei *social media*, negli strumenti usati per diagnosticare il BDD (Maymone & Kroumpouzou, 2022). In

generale, si dovrebbe promuovere un utilizzo dei *social media* più consapevole, insegnando a sviluppare uno spirito critico nella visualizzazione dei contenuti pubblicati su queste piattaforme, per imparare a riconoscere la realtà idealizzata e irraggiungibile degli *standard* estetici rappresentati (Paxton et al., 2022). Questa capacità valutativa basata sull'analisi critica delle immagini visualizzate durante l'utilizzo dei *social media* è chiamata "*social media literacy*", e sono stati condotti degli studi a sostegno del ruolo protettivo che potrebbe svolgere (Gordon et al., 2020; McLean et al., 2017). L'applicazione della *social media literacy* deve tener conto delle caratteristiche peculiari dei *social media*, come la possibilità di filtrare e modificare la realtà rappresentata a proprio piacimento e di poter selezionare soltanto ciò che si vuole mostrare. Inoltre, è fondamentale comprendere le motivazioni alla base dei propri e degli altrui contenuti condivisi *online* per decidere quali valori si vogliono comunicare e selezionare i contenuti da seguire (Paxton et al., 2022).

Inoltre, le persone con BDD dovrebbero essere supportate da un percorso psicologico, per lavorare sui meccanismi disfunzionali del disturbo psicopatologico, poiché sottoporsi a procedure di medicina e chirurgia estetica non risolve le preoccupazioni legate ai difetti fisici percepiti (Higgins & Wysong, 2018).

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. *American Psychiatric Association, Washington, DC.*
- Angelakis, I., Gooding, P. A., & Panagioti, M. (2016). Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 49*, 55–66. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.08.002>
- Anson, M., Veale, D., & Miles, S. (2015). Appearance comparison in individuals with body dysmorphic disorder and controls. *Body Image, 15*, 132–140. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.08.003>
- Arab, K., Barasain, O., Altaweel, A., Alkhayyal, J., Alshiha, L., Barasain, R., Alessa, R., & Alshaalan, H. (2019). Influence of Social Media on the Decision to Undergo a Cosmetic Procedure. *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open, 7*(8), e2333. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000002333>
- Barron, A. M., Krumrei-Mancuso, E. J., & Harriger, J. A. (2021). The effects of fitspiration and self-compassion Instagram posts on body image and self-compassion in men and women. *Body Image, 37*, 14–27. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.01.003>
- Biby, E. L. (1998). The relationship between body dysmorphic disorder and depression, self-esteem, somatization, and obsessive–compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology, 54*(4), 489–499. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199806\)54:4<489::AID-JCLP10>3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199806)54:4<489::AID-JCLP10>3.0.CO;2-B)
- Bjornsson, A. S., Didie, E. R., Grant, J. E., Menard, W., Stalker, E., & Phillips, K. A. (2013). Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder.

Comprehensive Psychiatry, 54(7), 893–903.

<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.03.019>

Boon Harold Tan, K. (2007). Aesthetic medicine: A health regulator's perspective.

Clinical Governance: An International Journal, 12(1), 13–25.

<https://doi.org/10.1108/14777270710725364>

Boyd, D. M., & Ellison, N. B. (2007). Social Network Sites: Definition, History, and Scholarship. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 13(1), 210–230.

<https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.2007.00393.x>

Bruculieri, J. (s.d.). 'Snapchat Dysmorphia' Points To A Troubling New Trend In *Plastic Surgery*.

Buhlmann, U., Teachman, B. A., Naumann, E., Fehlinger, T., & Rief, W. (2009). The meaning of beauty: Implicit and explicit self-esteem and attractiveness beliefs in body dysmorphic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(5), 694–702.

<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.02.008>

Burnell, K., Kurup, A. R., & Underwood, M. K. (2022). Snapchat lenses and body image concerns. *New Media & Society*, 24(9), 2088–2106.

<https://doi.org/10.1177/1461444821993038>

Cohen, R., & Blaszczynski, A. (2015). Comparative effects of Facebook and conventional media on body image dissatisfaction. *Journal of Eating Disorders*, 3(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0061-3>

Corazza, O., & Dores, A. R. (2023). *The Body in the Mind: Exercise Addiction, Body Image and the Use of Enhancement Drugs*. Cambridge University Press.

Crerand, C. E., Phillips, K. A., Menard, W., & Fay, C. (2005). Nonpsychiatric Medical

Treatment of Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics*, 46(6), 549–555.

<https://doi.org/10.1176/appi.psy.46.6.549>

Didie, E. R., Tortolani, C. C., Pope, C. G., Menard, W., Fay, C., & Phillips, K. A.

(2006). Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. *Child Abuse & Neglect*, 30(10), 1105–1115. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.03.007>

Didie, E. R., Tortolani, C., Walters, M., Menard, W., Fay, C., & Phillips, K. A. (2006).

Social Functioning in Body Dysmorphic Disorder: Assessment Considerations. *Psychiatric Quarterly*, 77(3), 223–229 <https://doi.org/10.1007/s11126-006-9009-8>

Escobar-Viera, C. G., Shensa, A., Bowman, N. D., Sidani, J. E., Knight, J., James, A.

E., & Primack, B. A. (2018). Passive and Active Social Media Use and Depressive Symptoms Among United States Adults. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 21(7), 437–443.

<https://doi.org/10.1089/cyber.2017.0668>

Fallon, E. A., Harris, B. S., & Johnson, P. (2014). Prevalence of body dissatisfaction among a United States adult sample. *Eating Behaviors*, 15(1), 151–158.

<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.11.007>

Festinger, L. (1954). A Theory of Social Comparison Processes. *Human Relations*, 7(2), 117–140. <https://doi.org/10.1177/001872675400700202>

Feusner, J. D., Hembacher, E., Moller, H., & Moody, T. D. (2011). Abnormalities of object visual processing in body dysmorphic disorder. *Psychological Medicine*, 41(11), 2385–2397. <https://doi.org/10.1017/S0033291711000572>

Ghaznavi, J., & Taylor, L. D. (2015). Bones, body parts, and sex appeal: An analysis of

#thinspiration images on popular social media. *Body Image*, 14, 54–61.

<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.006>

Gordon, C. S., Rodgers, R. F., Slater, A. E., McLean, S. A., Jarman, H. K., & Paxton, S.

J. (2020). A cluster randomized controlled trial of the SoMe social media literacy body image and wellbeing program for adolescent boys and girls: Study protocol. *Body Image*, 33, 27–37. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.02.003>

Griffiths, S., & Stefanovski, A. (2019). Thinspiration and fitspiration in everyday life:

An experience sampling study. *Body Image*, 30, 135–144.

<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.07.002>

Grocholewski, A., Kliem, S., & Heinrichs, N. (2012). Selective attention to imagined

facial ugliness is specific to body dysmorphic disorder. *Body Image*, 9(2), 261–

269. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.01.002>

Higgins, S., & Wysong, A. (2018). Cosmetic Surgery and Body Dysmorphic Disorder –

An Update. *International Journal of Women's Dermatology*, 4(1), 43–48.

<https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2017.09.007>

Ho, S. S., Lwin, M. O., & Lee, E. W. J. (2017). Till logout do us part? Comparison of

factors predicting excessive social network sites use and addiction between

Singaporean adolescents and adults. *Computers in Human Behavior*, 75, 632–

642. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.06.002>

Holland, G., & Tiggemann, M. (2016). A systematic review of the impact of the use of

social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body*

Image, 17, 100–110. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.008>

Kaplan, A. M., & Haenlein, M. (2010). Users of the world, unite! The challenges and

opportunities of Social Media. *Business Horizons*, 53(1), 59–68.

<https://doi.org/10.1016/j.bushor.2009.09.003>

Kaye, L. K. (2021). Exploring the “socialness” of social media. *Computers in Human Behavior Reports*, 3, 100083. <https://doi.org/10.1016/j.chbr.2021.100083>

Khanna, A., & Sharma, M. K. (2017). Selfie use: The implications for psychopathology expression of body dysmorphic disorder. *Industrial Psychiatry Journal*, 26(1), 106. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_58_17

Krebs, G., Fernández de la Cruz, L., & Mataix-Cols, D. (2017). Recent advances in understanding and managing body dysmorphic disorder. *Evidence-Based Mental Health*, 20(3), 71–75. <https://doi.org/10.1136/eb-2017-102702>

Lim, W. M. (2016). Understanding the selfie phenomenon: Current insights and future research directions. *European Journal of Marketing*, 50(9/10), 1773–1788. <https://doi.org/10.1108/EJM-07-2015-0484>

Longobardi, C., Badenes-Ribera, L., & Fabris, M. A. (2022). Adverse childhood experiences and body dysmorphic symptoms: A meta-analysis. *Body Image*, 40, 267–284. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.01.003>

Maymone, M. B. C., & Kroupouzou, G. (2022). Incorporation of social media questions in body dysmorphic disorder scales: A proposed revision. *Clinics in Dermatology*, 40(5), 554–555. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2022.02.015>

McLean, S. A., Wertheim, E. H., Masters, J., & Paxton, S. J. (2017). A pilot evaluation of a social media literacy intervention to reduce risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(7), 847–851.

<https://doi.org/10.1002/eat.22708>

- Myers, T. A., & Crowther, J. H. (2009). Social comparison as a predictor of body dissatisfaction: A meta-analytic review. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(4), 683–698. <https://doi.org/10.1037/a0016763>
- Neziroglu, F., Khemlani-Patel, S., & Veale, D. (2008). Social learning theory and cognitive behavioral models of body dysmorphic disorder. *Body Image, 5*(1), 28–38. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2008.01.002>
- Oakes, A., Collison, J., & Milne-home, J. (2017). Repetitive, Safe, and Automatic: The Experience of Appearance-Related Behaviours in Body Dysmorphic Disorder. *Australian Psychologist, 52*(6), 433–441. <https://doi.org/10.1111/ap.12247>
- Oh, H. J., Ozkaya, E., & LaRose, R. (2014). How does online social networking enhance life satisfaction? The relationships among online supportive interaction, affect, perceived social support, sense of community, and life satisfaction. *Computers in Human Behavior, 30*, 69–78. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.07.053>
- Paxton, S. J., McLean, S. A., & Rodgers, R. F. (2022). “My critical filter buffers your app filter”: Social media literacy as a protective factor for body image. *Body Image, 40*, 158–164. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.12.009>
- Phillips, K. A. (2005). *The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder*. Oxford University Press.
- Phillips, K. A., Conroy, M., Dufresne, R. G., Menard, W., Didie, E. R., Hunter-Yates, J., Fay, C., & Pagano, M. (2006). Tanning in Body Dysmorphic Disorder. *Psychiatric Quarterly, 77*(2), 129–138. <https://doi.org/10.1007/s11126-006->

- Phillips, K. A., & Diaz, S. F. (1997). Gender Differences in Body Dysmorphic Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(9), 570.
- Phillips, K. A., Didie, E. R., Menard, W., Pagano, M. E., Fay, C., & Weisberg, R. B. (2006). Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults. *Psychiatry research*, 141(3), 305–314.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.09.014>
- Phillips, K. A., Grant, J., Siniscalchi, J., & Albertini, R. S. (2001). Surgical and Nonpsychiatric Medical Treatment of Patients With Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics*, 42(6), 504–510. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.42.6.504>
- Phillips, K. A., Menard, W., & Fay, C. (2006). Gender similarities and differences in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47(2), 77–87. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.07.002>
- Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C., & Weisberg, R. (2005). Demographic Characteristics, Phenomenology, Comorbidity, and Family History in 200 Individuals With Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics*, 46(4), 317–325.
<https://doi.org/10.1176/appi.psy.46.4.317>
- Phillips, K. A., Menard, W., Pagano, M. E., Fay, C., & Stout, R. L. (2006). Delusional versus non delusional body dysmorphic disorder: Clinical features and course of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 40(2), 95–104.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2005.08.005>
- Phillips, K. A., Menard, W., Quinn, E., Didie, E. R., & Stout, R. L. (2013). A 4-year prospective observational follow-up study of course and predictors of course in

body dysmorphic disorder. *Psychological Medicine*, 43(5), 1109–1117.

<https://doi.org/10.1017/S0033291712001730>

Phillips, K. A., Pinto, A., Hart, A. S., Coles, M. E., Eisen, J. L., Menard, W., & Rasmussen, S. A. (2012). A comparison of insight in body dysmorphic disorder and obsessive–compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 46(10), 1293–1299. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.05.016>

Pope, C. G., Pope, H. G., Menard, W., Fay, C., Olivardia, R., & Phillips, K. A. (2005). Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body Image*, 2(4), 395–400.

<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.09.001>

Raggatt, M., Wright, C. J. C., Carrotte, E., Jenkinson, R., Mulgrew, K., Prichard, I., & Lim, M. S. C. (2018). “I aspire to look and feel healthy like the posts convey”: Engagement with fitness inspiration on social media and perceptions of its influence on health and wellbeing. *BMC Public Health*, 18(1), 1002.

<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5930-7>

Rousseau, A., Eggermont, S., & Frison, E. (2017). The reciprocal and indirect relationships between passive Facebook use, comparison on Facebook, and adolescents’ body dissatisfaction. *Computers in Human Behavior*, 73, 336–344.

<https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.03.056>

Ruffolo, J., Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C., & Weisberg, R. B. (2006).

Comorbidity of body dysmorphic disorder and eating disorders: Severity of psychopathology and body image disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, 39(1), 11–19. <https://doi.org/10.1002/eat.20219>

- Ryding, F. C., & Kuss, D. J. (2020). The use of social networking sites, body image dissatisfaction, and body dysmorphic disorder: A systematic review of psychological research. *Psychology of Popular Media, 9*(4), 412–435.
<https://doi.org/10.1037/ppm0000264>
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Pertschuk, M. J., & Whitaker, L. A. (1998). Body Image Dissatisfaction and Body Dysmorphic Disorder in 100 Cosmetic Surgery Patients. *Plastic and Reconstructive Surgery, 101*(6), 1644.
- Schieber, K., Kollei, I., de Zwaan, M., & Martin, A. (2015). Classification of body dysmorphic disorder—What is the advantage of the new DSM-5 criteria? *Journal of Psychosomatic Research, 78*(3), 223–227.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.01.002>
- Seekis, V., & Barker, G. (2022). Does #beauty have a dark side? Testing mediating pathways between engagement with beauty content on social media and cosmetic surgery consideration. *Body Image, 42*, 268–275.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.06.013>
- Stanford, J. N., & McCabe, M. P. (2005). Sociocultural influences on adolescent boys' body image and body change strategies. *Body Image, 2*(2), 105–113.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.03.002>
- Subrahmanyam, K., Reich, S. M., Waechter, N., & Espinoza, G. (2008). Online and offline social networks: Use of social networking sites by emerging adults. *Journal of Applied Developmental Psychology, 29*(6), 420–433.
<https://doi.org/10.1016/j.appdev.2008.07.003>
- Summers, B. J., & Cogle, J. R. (2018). An experimental test of the role of appearance-

related safety behaviors in body dysmorphic disorder, social anxiety, and body dissatisfaction. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(8), 770–780.

<https://doi.org/10.1037/abn0000387.supp>

Tiggemann, M., & Zaccardo, M. (2015). “Exercise to be fit, not skinny”: The effect of fitspiration imagery on women’s body image. *Body Image*, 15, 61–67.

<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.06.003>

Vandenbosch, L., Fardouly, J., & Tiggemann, M. (2022). Social media and body image: Recent trends and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 45, 101289.

<https://doi.org/10.1016/j.copsy.2021.12.002>

Vaterlaus, J. M., Barnett, K., Roche, C., & Young, J. A. (2016). “Snapchat is more personal”: An exploratory study on Snapchat behaviors and young adult interpersonal relationships. *Computers in Human Behavior*, 62, 594–601.

<https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.04.029>

Veale, D. (2004). Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image*, 1(1), 113–125. [https://doi.org/10.1016/S1740-](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00009-3)

[1445\(03\)00009-3](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00009-3)

Veale, D. (2002). Over-valued ideas: A conceptual analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(4), 383–400. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00016-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00016-X)

Veale, D., Gledhill, L. J., Christodoulou, P., & Hodsoll, J. (2016). Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image*, 18, 168–186.

<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.07.003>

Veale, D., Kinderman, P., Riley, S., & Lambrou, C. (2003). Self-discrepancy in body

dysmorphic disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(2), 157–169.
<https://doi.org/10.1348/014466503321903571>

Veale, D., & Riley, S. (2001). Mirror, mirror on the wall, who is the ugliest of them all? The psychopathology of mirror gazing in body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39(12), 1381–1393. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00102-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00102-9)

Walker, C. E., Krumhuber, E. G., Dayan, S., & Furnham, A. (2021). Effects of social media use on desire for cosmetic surgery among young women. *Current Psychology*, 40(7), 3355–3364. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00282-1>

Webb, H. J., Zimmer-Gembeck, M. J., & Mastro, S. (2016). Stress exposure and generation: A conjoint longitudinal model of body dysmorphic symptoms, peer acceptance, popularity, and victimization. *Body Image*, 18, 14–18.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.04.010>

Weingarden, H., Curley, E. E., Renshaw, K. D., & Wilhelm, S. (2017). Patient-identified events implicated in the development of body dysmorphic disorder. *Body Image*, 21, 19–25. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.02.003>

Windheim, K., Veale, D., & Anson, M. (2011). Mirror gazing in body dysmorphic disorder and healthy controls: Effects of duration of gazing. *Behaviour Research and Therapy*, 49(9), 555–564. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.05.003>

Zimmer-Gembeck, M. J., Hawes, T., & Pariz, J. (2021). A closer look at appearance and social media: Measuring activity, self-presentation, and social comparison and their associations with emotional adjustment. *Psychology of Popular Media*, 10(1), 74–86. <https://doi.org/10.1037/ppm0000277>

