



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia applicata,
FISPPA
Dipartimento di Psicologia Generale, DPG**

Corso di laurea in Scienze psicologiche sociali e del lavoro

Elaborato finale

Disturbo d'ansia sociale e disturbi in comorbidità

Social anxiety disorder and disorders in comorbidity

Relatore
Prof.ssa Giulia Buodo

Laureando: Marco Tavella
Matricola: 1116217

Anno Accademico 2022-2023

Indice

Cap.1 Il disturbo d'ansia sociale: costrutti e modelli

1.1 Il disturbo d'ansia sociale

1.2 Il Perfezionismo

1.2.1 Il perfezionismo socialmente prescritto

1.2.3 Sviluppo del perfezionismo

1.3 Ansia da Apparenza sociale

1.3.1 Ansia da rifiuto basata sull'aspetto fisico

1.4 L'impatto dei social media nell'ansia da apparenza sociale

Cap. 2 Disturbi in comorbidità con il disturbo d'ansia sociale

2.1 Depressione maggiore e disturbo d'ansia sociale

2.1.1 L'importanza dell'attaccamento preoccupato nella Depressione Maggiore in comorbidità con il disturbo d'ansia sociale

2.2 Disturbi dell'alimentazione e disturbo d'ansia sociale

Cap 3. L'analisi di rete nei disturbi in comorbidità con il disturbo d'ansia sociale

3.1 La comorbidità tra disturbo d'ansia sociale e disturbi dell'alimentazione

3.2 Analisi di rete nella comorbidità tra Depressione maggiore e disturbo d'ansia sociale

Conclusioni

Cap.1 Il disturbo d'ansia sociale: costrutti e modelli

1.1 Il disturbo d'ansia sociale

Il Disturbo d'Ansia Sociale (DAS) è una condizione di disagio e paura marcata che un individuo sperimenta in situazioni sociali nelle quali vi è la possibilità di essere giudicato dagli altri, per timore di mostrarsi imbarazzato, di apparire ridicolo o incapace e essere umiliato di fronte agli altri (DSM-5, 2013).

La caratteristica principale del Disturbo d'ansia sociale è l'intensa paura di situazioni sociali in cui un soggetto può essere osservato da altre persone.

Chi soffre da disturbo d'ansia sociale ha paura di frequentare contesti sociali sentendosi inadeguato o non adatto al contesto stesso, per paura del giudizio sociale. Questa paura ha una funzione evitante, e non è necessariamente coerente con un'analisi di realtà. Vale a dire che chi soffre di disturbo d'ansia sociale si prefigura spesso i peggiori scenari possibili, nei quali si potrebbero verificare situazioni in grado di attivare i sintomi ansiosi. Ne consegue una compromissione della vita sociale e della qualità della vita.

Per chi è affetto da questo disturbo ogni situazione che presenta degli aspetti sociali può diventare fobica, le manifestazioni di sintomi ansiosi variano da individuo a individuo.

Anche nella durata dei sintomi la fenomenologia può variare: ad esempio possiamo distinguere tra ansia anticipatoria ed attacco di panico. Nel primo caso, c'è uno stato ansioso permanente, che può durare anche settimane, prima di un evento sociale atteso e temuto. Nel secondo la durata è ridotta ma l'intensità è spesso maggiore (Artoni, 2021).

Una distinzione necessaria da fare è tra un carattere introverso ed il disturbo d'ansia sociale: nel primo è semplicemente una scelta di azioni o attività compiute in base a delle preferenze; nel secondo caso invece c'è il desiderio di compiere determinate attività sociali ma si rinuncia perché l'ansia e la tensione che queste generano risultano troppo elevate.

1.2 Il perfezionismo

Il perfezionismo è un costrutto multidimensionale costituito da diversi aspetti, tra le distinzioni troviamo il perfezionismo auto-orientato, e quello orientato verso gli altri. Il perfezionismo auto-orientato prevede standard estremamente elevati accompagnati da una valutazione fortemente critica del sé nel perseguimento di questi standard.

Il perfezionismo disadattivo, quello che comporta autocritica, preoccupazioni di commettere errori e preoccupazioni di essere valutati negativamente dagli altri è stato collegato a varie forme di psicopatologia:

Studi longitudinali hanno evidenziato la comparsa di perfezionismo disadattivo legata a sintomi depressivi, e hanno identificato il perfezionismo come un costrutto transdiagnostico che è alla base e mantiene molte forme di psicopatologia tra cui Disturbi alimentari e disturbi d'ansia (Egan, Wade, e Shafran, 2011). Quando una persona perfezionista riesce a soddisfare i propri standard si ha un aumento temporaneo della propria valutazione che a sua volta agisce come rinforzo per inseguire tali standard (Burns, 1980) ed un'immediata rivalutazione dei precedenti standard che a quel punto risultano troppo bassi. Gli standard sono valutati non abbastanza alti se e quando vengono raggiunti. Questo favorisce il fallimento del raggiungimento di tali standard, e l'autocritica; pertanto, l'individuo sperimenterà comunque un fallimento.

1.2.1 Il perfezionismo socialmente prescritto

Il PSP (Perfezionismo socialmente prescritto) è un tipo di perfezionismo disadattivo fondato su un locus of control esterno caratterizzato da un forte bisogno di approvazione e paura di essere valutati. È una percezione generalizzata dell'individuo che si aspetta che le persone per lui significative richiedano e si aspettino da lui la perfezione (Hewitt e Flett, 1991). È visto come una dimensione relativamente duratura e stabile della personalità che riflette una esigenza di perfezione generalizzata invece che una specifica pressione di essere perfetti per una persona in particolare (Hewitt, 2020). Questo tipo di

pressioni esterne possono infatti provenire anche da coetanei, contesti specifici o dalla società; il perfezionismo socialmente prescritto spesso riflette fonti più pervasive di influenza sociale.

La recente ricerca sul perfezionismo da una prospettiva dell'identità sociale suggerisce la necessità di riconoscere influenze sociali più ampie riflettendo l'appartenenza al gruppo e le aspettative associate. In una analisi del PSP (Flett et al, 2022) si dichiara come il PSP sia alla base di molti problemi di salute fisica e mentale; inoltre, Flett e colleghi (2022) ritengono che il PSP non sia un problema solamente per l'individuo ma anche per la società e di come ci sia bisogno di uno sforzo coordinato per arginare la crescita del fenomeno. La necessità di una prospettiva sociale e di un cambiamento sociale è segnalata da evidenze che collegano il PSP con discriminazione razziale e conseguenti sentimenti associati di depressione tra gli adolescenti afroamericani (vedi Lambert, Robinson, e Ialongo, 2014). Il PSP può preparare il terreno per una frequente esposizione al fallimento e ad una serie di stati emotivi negativi quali ansia, depressione. Questi sono dovuti alla percezione di non riuscire a compiacere gli altri. Questo atteggiamento implica una componente anticipatoria nel perfezionismo socialmente prescritto, vale a dire una costante paura di una valutazione negativa. Flett e Hewitt (1995) hanno ipotizzato in una ricerca che gli individui con alti livelli di Perfezionismo socialmente prescritto potessero avere la tendenza a mettere in atto un atteggiamento evitante anziché affrontare i problemi personali. Questa ipotesi è stata confermata da 29 studi successivi (vedi Flett, Hewitt, heisel 2014; Smith, Vidovic, Sharry, Saflofske, 2017).

1.2.3 Sviluppo del perfezionismo

Il perfezionismo risulta fortemente influenzato dallo stile genitoriale. In tal senso, i bambini esposti ad uno stile genitoriale più critico e ad aspettative genitoriali più elevate sviluppano maggiori livelli di perfezionismo, ansia, preoccupazione per le proprie prestazioni e paura di non essere accettati (Missildine, 1964). Secondo Flett et al. (2002) ci sono quattro modelli di apprendimento di risposte perfezioniste: il primo individuato dagli autori è il modello delle aspettative sociali. In questo caso a determinare l'acquisizione di uno stile "perfezionista" è la subordinazione dell'amore e dell'accettazione al soddisfacimento delle aspettative genitoriali: in altre parole i bambini imparano che per essere amati ed accettati occorre essere "perfetti". Il secondo

modello è il modello della relazione sociale: con questo modello il perfezionismo risulta essere una risposta adattiva del bambino ad un contesto familiare che lo mette in difficoltà. In questo caso, secondo gli autori, la risposta perfezionista serve a proteggere emotivamente il bambino, e ad aumentare la sua percezione di controllo.

Il terzo modello è il modello dell'apprendimento sociale del perfezionismo, che conferma le ricerche di Bandura e Kuper (1964). Flett et al. (2002) descrivono come i bambini sottoposti a modelli genitoriali perfezionisti imparino a loro volta ad esserlo.

Il quarto modello è quello dell'apprendimento ansioso. Secondo questo modello il perfezionismo, inteso come eccessiva preoccupazione per gli errori, viene acquisito dal bambino tramite la relazione con i genitori: questo si verifica con l'eccessiva preoccupazione degli stessi verso la possibilità di sbagliare e le conseguenze degli errori.

Mitchelson e Burns (1998) hanno riscontrato come soddisfazione lavorativa, stress e burnout delle madri siano correlati con il perfezionismo negativo nei propri figli. Si può ritenere che l'influenza del contesto familiare attenga al clima emotivo che lo caratterizza. La sola presenza di elevate aspettative del contesto non sembra sufficiente a determinare gli aspetti disadattivi del perfezionismo quali, ad esempio, l'evitamento. Un clima emotivo segnato da un'eccessiva rigidità o colpevolizzazione o, al contrario, caotico e privo di certezze può determinare una profonda ferita dalla quale origina il perfezionismo in termini disadattivi: nel primo caso la sofferenza blocca la vitalità e l'iniziativa; nel secondo invece la mancanza di un ambiente rassicurante genera una forte paura ed un senso di smarrimento ai quali segue una tendenza eccessiva a controllare e prevedere (Giusti e Caputo, 2010).

1.3. Ansia da apparenza Sociale

È la preoccupazione per il proprio aspetto corporeo e la paura di situazioni in cui il proprio aspetto (forma del corpo, aspetto del viso, altezza e peso) potrebbe essere valutato negativamente dagli altri (Hart, Leary, e Rejesky 1989; 2008).

È riferita alle preoccupazioni sulla capacità dell'individuo di attrarre le altre persone, alimentata dall'ansia da confronto sociale; è specificatamente collegata al bisogno di creare un'impressione positiva sugli altri individui probabilmente rafforzato dalla percezione delle proprie inadeguatezze per raggiungere questo obiettivo. Di conseguenza, l'ansia da apparenza sociale sembra direttamente collegata all'aspetto

corporeo (Cash e Fleming, 2002; Garcia, 1998)

nonché alle convinzioni e alla partecipazione delle altre persone a questa valutazione.

L'ansia da apparenza sociale gioca un ruolo centrale per i più giovani, che da un lato, sono impegnati nella mentalizzazione del proprio corpo in cambiamento e dall'altro sono sempre più spesso impegnati in relazioni online in cui la condivisione delle proprie immagini assume un ruolo ancor più centrale (Boursier e Manna, 2019; Franchina e Lo Coco, 2018; Pelosi, Zorzi, e Corsano, 2014; Stefanone, Lackaff, e Rosen, 2011).

L'ansia da apparenza sociale può essere un indicatore del Disturbo da Dismorfismo corporeo (DDC; DSM-5, 2013; Veale et al., 2003), una condizione psicopatologica caratterizzata da una preoccupazione per un difetto fisico reale o percepito. In risposta a questo disturbo vengono messi in atto comportamenti ricorrenti quali il controllo dell'aspetto ed il confronto con i pari. La percentuale nota di adolescenti con DDC è tra il 1,6 ed il 2,3 con un'età media d'esordio dei sintomi verso i 16 anni. (Mayville et al., 1999).

1.4 Ansia da rifiuto basata sull'aspetto fisico

È caratterizzato da preoccupazioni ansiose e aspettative di venire rifiutati per il proprio aspetto fisico, ed ha una prevalenza maggiore nella popolazione adolescenziale. Gli adolescenti spendono molto tempo pensando al confronto tra pari e sono spesso preoccupati del giudizio degli altri.

Questa preoccupazione li rende emotivamente e psicologicamente vulnerabili alla realtà ed ai feedback che ricevono sui social media (Sebastian et al., 2008). Alcune ricerche hanno infatti evidenziato che l'uso dei social networking sites è associato positivamente all'insoddisfazione del proprio corpo e fonte di preoccupazione per il proprio aspetto tra i giovani (Melioli et al., 2015).

I social media sono usati principalmente tra i giovani, in particolare tra i 18 e i 25 anni, a differenza dei media tradizionali. Dogan e Çolak (2016), confermando precedenti studi (Pempek, Yermolayeva, e Calvert, 2009; Rapee e Spence, 2004) hanno suggerito che a causa degli alti livelli di ansia da apparenza sociale gli adolescenti e i giovani adulti potrebbero evitare gli ambienti sociali "offline" per preferire quelli online, sentendosi meno ansiosi nelle comunicazioni basate sui social media in cui possono esprimersi presentando loro stessi come vogliono. Da qui, l'uso dei social media diventa centrale come catalizzatore per preoccupazioni riguardanti l'aspetto, che porterà ad attività correlate all'aspetto come a scattare selfie, condividerli e modificarli (Brown e

Tiggemann, 2016; Cohen, Newton-John, e Slater, 2017; Dogan e Çolak, 2016; Holland e Tiggemann, 2016; Mills et al., 2018). Infatti, la crescente attenzione verso l'auto-proposizione di sé con un grande focus sull'aspetto nei social media potrebbe promuovere preoccupazioni relative all'immagine del proprio corpo (Feltman e Szymanski, 2018; Fox e Vendemia, 2016; Perloff, 2014) ed essere l'innescò per un uso ancora più problematico dei social media, in particolar modo negli adolescenti. Gli ambienti sociali virtuali che i social media forniscono insieme alle attività basate sull'aspetto potrebbero consentire alle persone che sono insoddisfatte del loro aspetto di creare e gestire una proposta di una visione di sé migliore online, portando ad un uso più elevato e problematico dei social media. Nell'uso dei social media, nella ricerca di Dogan e Colak (2016) è stato individuato il ruolo predittivo dell'ansia da apparenza sociale nei Social Media. Molti studi hanno evidenziato associazioni positive tra le preoccupazioni per l'aspetto connesse all'uso dei social media e l'ansia sociale ed una maggiore sensibilità all'idea di essere respinti per l'aspetto. I social media vengono infatti usati non solo per raccontare esperienze vissute, ma anche per spostare attenzione sul proprio aspetto, esponendosi ai feedback degli altri utenti. La natura interattiva dei social media consente agli utenti di commentarsi pubblicamente l'aspetto a vicenda, e questo crea un complesso sistema di socializzazione basato sull'immagine corporea. Secondo Festinger gli individui hanno la tendenza a valutare il proprio valore sociale tramite il confronto con gli altri; nei social media particolare attenzione è data all'aspetto fisico. Inoltre, le immagini e i post online vengono spesso migliorati e modificati per riflettere un'immagine del corpo idealizzata (Harrison e Hefner, 2014; Manago et al., 2008). Di conseguenza, i confronti con gli altri sui social media spesso avvengono in assenza di criteri di giudizio reali e concreti, e gli individui possono avere percezioni distorte di sé stessi e degli altri (Fardouly, Pinkus e Vartanian, 2017; Kim e Chock, 2015; Manago et al., 2008). Pertanto, i giovani possono confrontarsi con immagini curate e idealistiche, che possono generare insoddisfazione per il proprio aspetto, maggior sensibilità a feedback e giudizi per il proprio aspetto, stress, aspettative sull'aspetto del proprio corpo ed abbassamento dell'umore quando le aspettative non si realizzano. Queste conseguenze potrebbero aumentare il rischio di sviluppare disturbi quali depressione, disturbi d'ansia o più nello specifico ansia relativa a come viene percepita la propria immagine corporea. Una metanalisi di Holland e Tiggemann (2016) ha confermato l'ipotesi che queste informazioni derivanti da confronti con gli altri in contesti virtuali possono contribuire ad irrealistici obiettivi sul proprio aspetto e

valutazioni negative dello stesso. Queste valutazioni possono provocare un abbassamento dell'umore e diventare fonte di stress. In particolare, l'uso generale dei social media potrebbe essere importante come fattore di rischio per situazioni di disadattamento emotivo. Uno studio di Haferkamp e Kramer (2011) ha sottoposto gruppi di giovani adulti a due situazioni sperimentali: in un gruppo venivano mostrate delle immagini del profilo di utenti considerati attraenti mentre all'altro gruppo venivano mostrate immagini del profilo di utenti considerati meno attraenti. I primi hanno riferito, dopo essere stati sottoposti allo stimolo, di sentirsi meno attraenti dei secondi. Una metanalisi (Seabrook et al., 2016) ha rivelato come ci sia un'associazione positiva tra la frequenza dell'uso dei Social Media e l'ansia sociale. Da questa analisi è inoltre emerso che una costante frequenza del confronto sociale è un fattore di rischio per lo sviluppo di ansia e depressione (Feinstein et al., 2013). Sono stati individuati anche dei benefici portati dall'uso protettivo dei social media; per l'adattamento emotivo sembra che tutti i benefici fossero riconducibili ad un maggiore accesso a risorse e reti sociali ampliate (Donath et al., 2004; Ellison et al., 2007) o maggiore compagnia e riduzione della solitudine (Bargh et al., 2004; Ferguson et al., 2011).

Cap. 2 Disturbi in comorbidità con il disturbo d'ansia sociale

2.1 La depressione maggiore in comorbidità con il disturbo d'ansia sociale

La Depressione Maggiore (DM) è il disturbo in comorbidità con il Disturbo d'Ansia Sociale (DAS) più frequentemente osservato negli studi clinici, con tassi di comorbidità tra il 35% ed il 70% (Stein et al., 1990; Ruscio et al., 2008; Koyuncu et al., 2014).

Nei pazienti con DAS e DM in comorbidità aumenta il rischio di ricaduta e diminuiscono le attività sociali (Ruscio et al., 2008; Koyuncu et al., 2014).

D'altro canto anche nei pazienti affetti da DM il DAS è risultato essere il disturbo in comorbidità più frequentemente rilevato con un tasso tra il 20 ed il 30% (Kessler et al., 1999; Brown et al., 2001; Alpert et al., 1997; Rush et al., 2005).

Per quanto concerne l'età d'esordio, i sintomi del DAS emergono tendenzialmente prima di quanto non facciano gli altri disturbi dell'umore in comorbidità con quest'ultimi (Kessler et al., 1999; Rush et al., 2005; Stein et al., 2017) Il DAS infatti precede nel 69% dei casi i disturbi dell'umore in comorbidità. Come osservato da Stein e colleghi (2001) il rischio di sviluppare la DM è aumentato di 3,5 volte nei pazienti con il DAS.

In uno studio di follow-up è emerso come il rischio di sviluppare la DM in presenza di DAS fosse circa due volte più alto di quanto non lo fosse nei pazienti senza DAS (Beesdo et al., 2007) In un altro studio, effettuato confrontando pazienti con DM e SAD in comorbidità e pazienti con solo DM sulle caratteristiche demografiche e cliniche, è emerso che i pazienti con DM-SAD rispetto a quelli con DM erano più gravi in termini di funzionamento sociale, durata dell'episodio depressivo, ideazione suicidaria, tempo senza lavoro, presenza di attuale abuso/dipendenza da alcol ed età di insorgenza della DM. Il funzionamento sociale, la durata dell'episodio, l'ideazione suicidaria e l'età di insorgenza del disturbo depressivo maggiore sono rimasti significativi anche dopo aver controllato per ulteriori disturbi in comorbidità (Lampe L. et al., 2015).

Ci potrebbero essere diverse spiegazioni sul perché la DM si sviluppa in seguito al DAS in quei casi. Belzer e Scheiner (2004) proposero che il DAS potrebbe contribuire allo sviluppo della DM tramite eventi di vita stressanti come ad esempio perdita del lavoro, difficoltà educative, problemi tra pari e disperazione dovuta ad uno scarso

funzionamento dal punto di vista sociale (Ertekin et al., 2015). La comorbidità tra DAS ed DM potrebbe portare a diverse difficoltà diagnostiche: è importante riconoscere che potrebbero esserci delle sovrapposizioni tra i due disturbi. Per esempio, il ritiro sociale nel DAS potrebbe essere il risultato di una paura dovuta all'imbarazzo ma nella DM potrebbe essere collegato ad un abbassamento dell'umore come fenomeno temporaneo (Lydiard et al., 2017).

2.1 L'importanza dell'attaccamento preoccupato nella Depressione Maggiore in comorbidità con il disturbo d'ansia sociale

I traumi infantili e lo stile di attaccamento giocano un ruolo importante nello sviluppo del Disturbo d'ansia sociale(DAS) e della Depressione Maggiore (DM). Secondo la teoria dell'attaccamento di Bowlby (1973) le prime esperienze di vita sono importanti per sviluppare diversi stili di attaccamento tra il bambino ed il caregiver. Il bambino sviluppa un modello operativo interno di attaccamento in base alla reattività del caregiver (Bowlby, 1973) Si presume che lo stile di attaccamento preoccupato sia associato al DAS (Manning et al., 2017). L'ansia dell'individuo è basata su un'immagine negativa del sé, che è alimentata dal confronto con la valutazione positiva degli altri (Griffin e Bartholomew, 1994). Tuttavia, quando si prende in considerazione la specifica importanza della comorbidità nell'attaccamento, un altro aspetto dello stesso è importante: l'attaccamento evitante (Bifulco et al., 2006; Weisman et al., 2011; Adams et al., 2018). L'attaccamento evitante prevede che gli individui evitino l'intimità con altri a causa della loro paura o della loro mancanza di interesse negli altri. Mentre una mancanza di interesse negli altri è associata con un attaccamento respingente, la paura degli altri è collegata ad un attaccamento evitante (Bartholomew, 1990). È molto probabile che nel DAS con DM in comorbidità, lo stile di attaccamento insicuro, che è associato all'ansia da attaccamento e all'evitamento dell'attaccamento, sia molto diffuso (Bifulco et al., 2006). Questo attaccamento incorpora una visione negativa del sé e degli altri (Bartholomew, 1990) e mostra una correlazione con la DM. Inoltre, la comorbidità della DM in presenza di DAS è associata a difficoltà in età infantile più gravi rispetto al solo DAS (Brühl et al., 2019).

Basandoci sul modello di Bartholomew dell'attaccamento (1990) i bambini che hanno sperimentato traumi infantili sono predisposti a sviluppare un modello negativo dell'altro come rifiutante e indifferente. Si ipotizza che gli individui con un simile

modello negativo di funzionamento siano più predisposti ad evitare gli altri per paura di venire feriti o respinti (Manning et al., 2017). Questa credenza può intensificare l'ansia nelle interazioni sociali. In particolare, la combinazione di ansia d'attaccamento ed evitamento dell'attaccamento come nello stile di attaccamento insicuro può essere correlato a sintomi di DAS con DM in comorbidità più frequenti che in presenza di DAS ma in assenza di DM. In questo quadro teorico si presume che gli individui con DAS e DM in comorbidità rispetto agli individui con solo DAS abbiano maggiori probabilità di sviluppare uno stile di attaccamento insicuro e di soffrire fin dall'infanzia per le difficoltà sociali. Inoltre, è stato teorizzato che uno stile di attaccamento insicuro sia fortemente connesso con la gravità dei sintomi del DAS in presenza di DM in comorbidità (Elling et al., 2022). In uno studio che metteva a confronto due gruppi, uno di individui con il solo DAS ed uno con DAS e DM in comorbidità (Elling et al., 2022) è stato osservato che il gruppo DAS-DM avesse punteggi più alti per quanto riguarda lo stile d'attaccamento insicuro ed anche per le difficoltà incontrate in età infantile (Elling et al., 2022). Inoltre, lo stile di attaccamento insicuro predice in modo significativo la gravità dei sintomi del DAS e media la relazione tra le difficoltà incontrate nell'infanzia e la gravità dei sintomi DAS in questo gruppo.

2.2 disturbi dell'alimentazione in comorbidità con il disturbo d'ansia sociale

Alti livelli di ansia sociale sono associati con diversi disturbi dell'alimentazione (Blinder et al., 2006). I disturbi d'ansia sono comuni nei disturbi dell'alimentazione con una prevalenza del 60% riscontrata sia nell'Anoressia Nervosa che nella Bulimia Nervosa (Berkman et al., 2007). La Bulimia Nervosa in adolescenza aumenta drasticamente il rischio del disturbo d'ansia sociale e attacchi di panico in età adulta. Questi fattori di rischio non sono predittivi della Bulimia Nervosa.

L'Anoressia nervosa in adolescenza non aumenta il rischio di insorgenza di disturbo d'ansia sociale in età adulta ma per adolescenti affetti da disturbo ossessivo compulsivo è probabile lo sviluppo di Anoressia nervosa in età adulta.

Il Disturbo d'ansia sociale risulta essere il più comune disturbo in comorbidità nei disturbi dell'alimentazione (Godart et al., 2000; Kaye et al., 2004; Swinbourne et al., 2012). Alti livelli di Ansia Sociale nei Disturbi dell'alimentazione potrebbero anche essere parte di un fenotipo sociale più ampio, ipotizzato a supporto della tesi per cui l'Ansia Sociale contribuisca allo sviluppo ed al mantenimento dei disturbi

dell'alimentazione (Treasure e Schmidt, 2013).

Ad esempio, gli individui con Anoressia Nervosa riferiscono di aver avuto problemi di internalizzazione e reti sociali più povere rispetto a chi non soffre dello stesso disturbo durante la loro infanzia (Adambegan et al., 2012; Harrison et al., 2014; Westwood et al., 2016). Allo stesso modo, adolescenti e giovani adulti con disturbi dell'alimentazione mostrano più stili di attaccamento insicuri rispetto ai loro omologhi senza questo tipo di disturbi (Dias et al., 2011). Si teorizza che questo stile di attaccamento abbia delle implicazioni sulla regolazione delle emozioni e sui processi di autovalutazione (Gander et al., 2015). In quest'ottica sono state sviluppate due ipotesi: nella prima il disturbo d'ansia sociale può essere un fattore di rischio per il disturbo alimentare; nella seconda il disturbo d'ansia sociale potrebbe essere secondario al disturbo alimentare come una conseguenza di eccessiva attenzione per l'alimentazione. Gli studi che esaminano le relazioni temporali tra l'insorgenza dei due disturbi forniscono supporto alla prima ipotesi dove è costantemente riportato che l'insorgenza del disturbo d'ansia sociale ha preceduto il disturbo alimentare nella maggioranza dei soggetti con entrambi i disturbi (Buckner et al., 2010). Una spiegazione può essere trovata nel fatto che il DAS e i disturbi dell'alimentazione condividono diversi fattori comuni di vulnerabilità.

È stato condotto un solo studio che ha confrontato i livelli di Ansia sociale tra un gruppo con individui affetti da Disturbo dell'alimentazione incontrollata ed un gruppo di individui sani. Questo studio ha fatto emergere che i soggetti affetti da Anoressia nervosa o Bulimia Nervosa avevano livelli di Ansia sociale più alti dei gruppi di controllo (Jess Kerr-Gaffney et al., 2018).

È stata rilevata una correlazione positiva con l'età: maggiore è l'età, più sono alti i livelli di Ansia Sociale. La spiegazione potrebbe trovarsi nel fatto che più il disturbo si protrae nel tempo, più i livelli di Ansia Sociale si alzano (Jess Kerr-Gaffney et al., 2018). I rischi di sviluppare un disturbo alimentare sono dati da un fenotipo sociale caratterizzato da: solitudine, timidezza, internalizzazione dei problemi, percezione di inferiorità e scarso supporto di reti sociali durante l'infanzia. Il disturbo d'ansia sociale spesso compare prima del disturbo alimentare in un individuo con entrambi i disturbi (Bulik et al., 1999; Godart et al., 2000).

È stato dimostrato che la comorbidità fra depressione e sintomi d'ansia sociale è associata con alta probabilità all'insorgenza di disturbi alimentari nel caso di Anoressia Nervosa; questa relazione si è ipotizzato possa essere fortemente mediata da una forte

tendenza dei soggetti ad evitare il coinvolgimento con emozioni ritenute da loro troppo forti (Wildes et al., 2010).

Pertanto è probabile che i soggetti con alto livello di ansia sociale tendano ad evitare situazioni che possano suscitare forti emozioni attraverso un'intensa attenzione sul cibo e relativo controllo del peso, rafforzando e mantenendo il disturbo. Sono necessari altri studi che esaminino la relazione tra Ansia sociale ed evitamento emotivo per verificare questa ipotesi (Jess Kerr-Gafney et al., 2018).

Cap 3. L'analisi di rete nei disturbi in comorbidità con il disturbo d'ansia sociale

3.1 La comorbidità tra Disturbo d'ansia sociale e Disturbi dell'alimentazione

I metodi tradizionali di concettualizzazione di questa comorbidità si sono concentrati sull'utilizzo di modelli di equazioni strutturali per sviluppare modelli che delineino vulnerabilità condivise tra Disturbi dell'alimentazione (DA) e Disturbo d'ansia sociale (DAS) (Levinson e Rodebaugh, 2012, 2016; Levinson et al., 2013). Questi modelli hanno colmato una lacuna cruciale nella nostra comprensione, mostrando che il perfezionismo maladattivo (caratterizzato da pensieri autocritici) e l'ansia da apparenza sociale (paura di una valutazione negativa focalizzata specificamente sull'aspetto) sono vulnerabilità importanti che sono correlate e predicono i sintomi sia di DA che di DAS (Levinson e Rodebaugh, 2012, 2015; Levinson et al., 2013). Tuttavia questi metodi non ci permettono di indagare i sintomi specifici che mantengono la comorbidità DA-DAS ed i percorsi di malattia precisi (sintomi “ponte”) che collegano i sintomi di un disturbo all'altro.

L'analisi di rete è una tecnica statistica derivata dalla teoria delle reti, progettata per consentire l'inclusione di un gran numero di sintomi e percorsi (Cramer, Borsboom, Waldorp, van der Maas, 2010, Borsboom e Cramer, 2013; Fried et al., 2017; McNally, 2016). Nella concettualizzazione dei disturbi mentali nell'analisi di rete il focus è sulla malattia mentale come una rete di sintomi connessi che interagiscono e mantengono il disturbo. Ad esempio, la depressione è concettualizzata come derivante dalle interazioni tra i sintomi (ad esempio mancanza di concentrazione porta a difficoltà del sonno che conduce alla stanchezza) anziché essere causati dal sottostante disturbo “depressione” (Fig. 1) (Boorsboom e Cramer, 2013). L'analisi di rete è in grado di identificare sia il nucleo di mantenimento dei sintomi che i percorsi del disturbo.

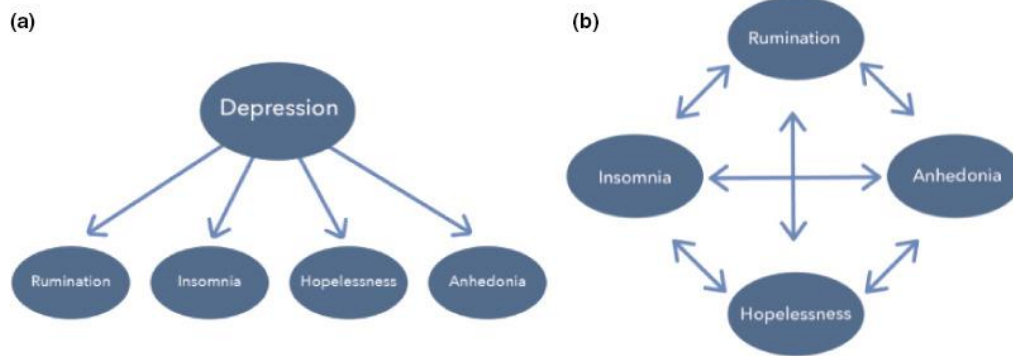


Figura 1 Un confronto tra il modello a variabile latente (a) ed il modello della teoria di rete sulla depressione (b).

In uno studio, tramite l'analisi di rete, sono stati individuati i sintomi di mantenimento della rete DAS-DA (Levinson et al., 2018). Sono state teorizzate tre reti: DAS-DA (Disturbi dell'alimentazione), DAS-DA-AAS (Ansia da apparenza sociale), DAS-DA-Perfezionismo. In ciascuna di queste reti è stato trovato che i sintomi "gli altri ti guardano bere" e il disturbo da alimentazione incontrollata (sintomo: abbuffarsi) erano quelli più centrali nella rete. Bisogna ricordare però che è una rete di natura non causale; quindi, questi sintomi avrebbero potuto essere centrali non per aver fornito output, ma per aver ricevuto molti input dagli altri sintomi. È stato rilevato che i sintomi appartenenti al nucleo del DAS riguardanti il sentirsi essere guardati mentre si mangia e beve in pubblico, e quelli relativi al DA "gli altri ti vedono mangiare", sono percorsi tra DAS e DA. Questo suggerisce che alcuni importanti percorsi che portano da un disturbo all'altro passano attraverso il mangiare e bere in pubblico (Fig. 2). Essendo il DAS caratterizzato da una intensa paura del giudizio sociale, è logico che le paure sociali direttamente associate al mangiare e bere possano condurre ai sintomi di DA e viceversa.

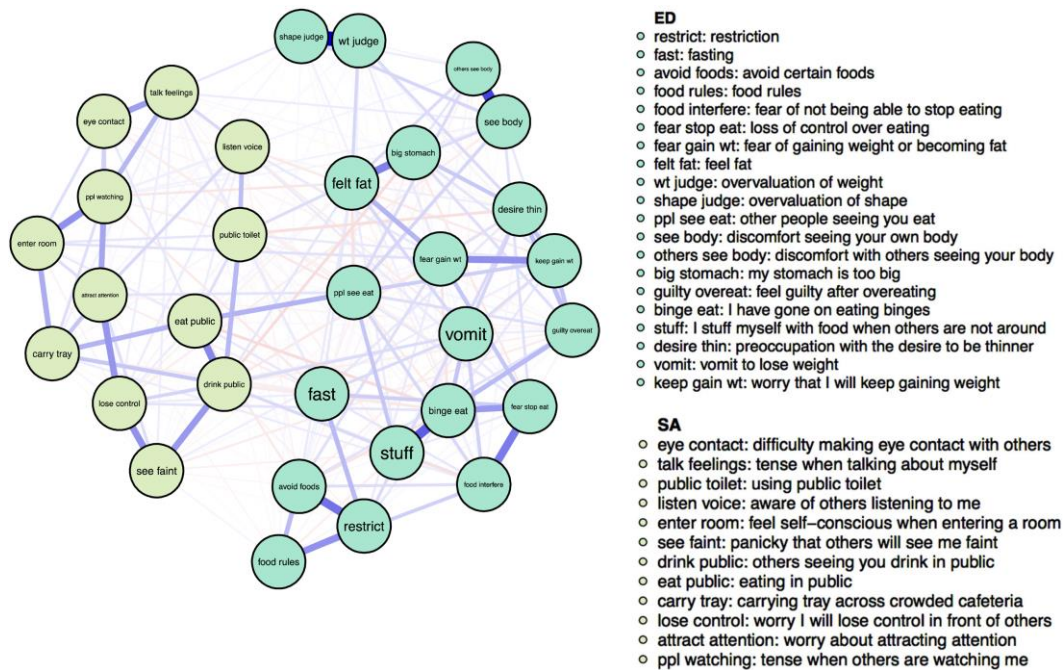


Figura 2. Una rete di sintomi di Disturbi dell'alimentazione (DA) e disturbo d'ansia sociale (SAD) (32 sintomi: 20 DA e 12 DAS).

N=2,215 di individui clinici (n=508) e non clinici (N=1707). Le linee rosse indicano associazioni negative tra i sintomi, le blu indicano associazioni positive tra i sintomi; Più la linea è spessa più l'associazione è forte.

Teoricamente, è possibile che, poiché una persona è socialmente ansiosa riguardo al mangiare e/o al bere in pubblico, limiti il consumo di cibo in situazioni sociali, il che può quindi portare a ulteriori sintomi di DAS (Levinson et al., 2018). Dato che è stato dimostrato che le restrizioni e la dieta sono un fattore scatenante e di rischio per i DA (Stice et al., 2017), è possibile che la paura di mangiare e bere in compagnia possa essere un percorso attraverso il quale la restrizione inneschi i DA (Levinson et al., 2018). Un'altra evidenza viene dai sintomi riguardanti il nucleo del Perfezionismo che, contrariamente alle aspettative, aveva poche connessioni con quelli di DAS e DA (Fig. 3).

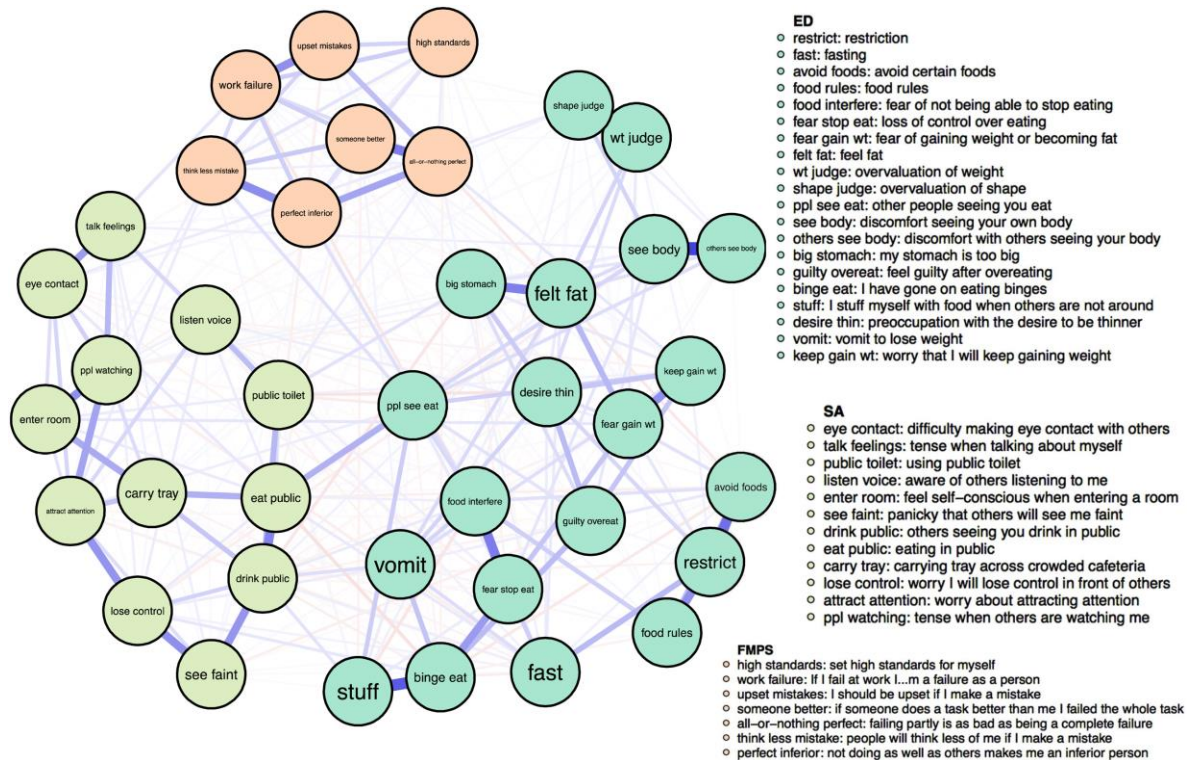


Figura 3. Una rete di DA, DAS e Perfezionismo. (39 sintomi; 20 DA, 12 DAS, 7 Perfezionismo). N=2.215 di clinici(n=508) di non clinici (n=1707). Le linee rosse indicano associazioni negative tra i sintomi; le linee blu indicano associazioni positive tra i sintomi, più la linea è spessa più indica un'associazione forte tra i sintomi.

Il sintomo dell'AAS (Ansia da apparenza sociale) riferito al sentirsi nervosi per il proprio aspetto è emerso come sintomo “ponte”, specificatamente con il sintomo del DA “essere visto mangiare dagli altri” (Fig. 4).

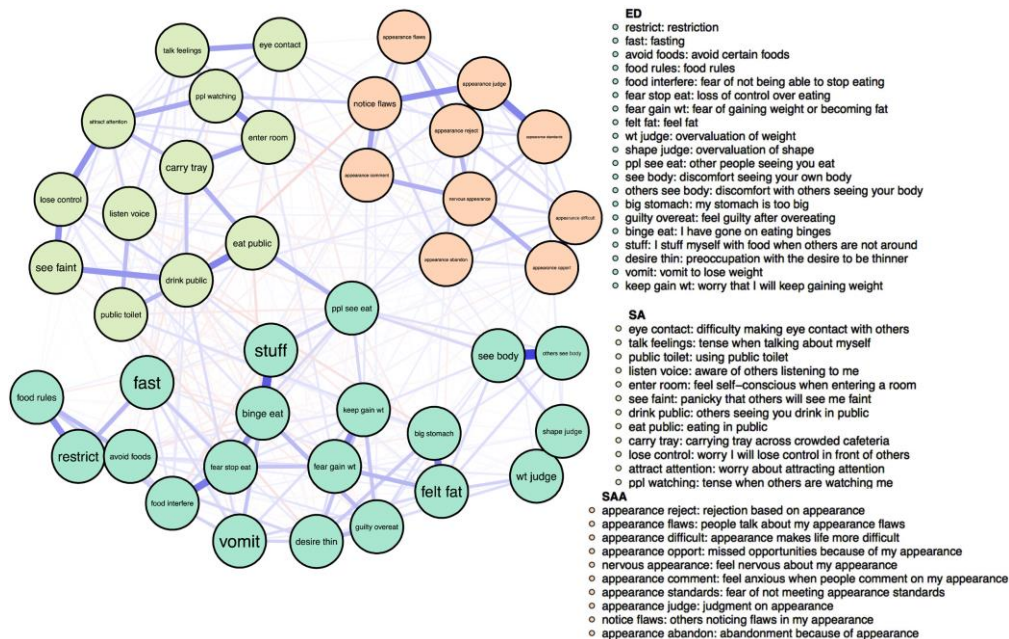


Figura 4. Una rete di Disturbi dell'alimentazione (DA), Disturbo d'ansia sociale (DAS), e Ansia da apparenza sociale (AAS). Sintomi: (42 sintomi, 20 DA, 12 DAS, 10 AAS). N=2,215 di cui soggetti clinici (n=508) e soggetti non clinici(n=1707). Le linee rosse indicano associazioni negative tra i sintomi; le linee blu indicano associazioni positive tra i sintomi; più le linee sono spesse più indicano associazioni forti

Questo suggerisce che c'è un percorso tra DAS e DA attraverso l'ansia incentrato sull'aspetto. Questa evidenza supporta la teoria per cui la AAS è più elevata in individui con DA che non in individui senza (Claes et al., 2012) e che la AAS è un fattore di rischio per i DA (Levinson, 2015).

È probabile, seguendo la letteratura scientifica, che il perfezionismo svolga il ruolo di fattore di sviluppo che predispone un individuo a sviluppare DA e/o DAS.

Questa analisi di rete suggerisce inoltre che il modo in cui i sintomi si influenzano l'un l'altro potrebbe essere più importante per lo sviluppo e il mantenimento del disturbo alimentare che per lo sviluppo ed il mantenimento della struttura stessa.

3.2 Analisi di rete nella comorbidità tra Depressione maggiore e disturbo d'ansia sociale

Hereen e colleghi (2018), hanno condotto uno studio per comprendere meglio le dinamiche tra i sintomi che compongono i nuclei del DAS e della DM nel campione da loro indagato con diagnosi di DAS (Fig. 5).

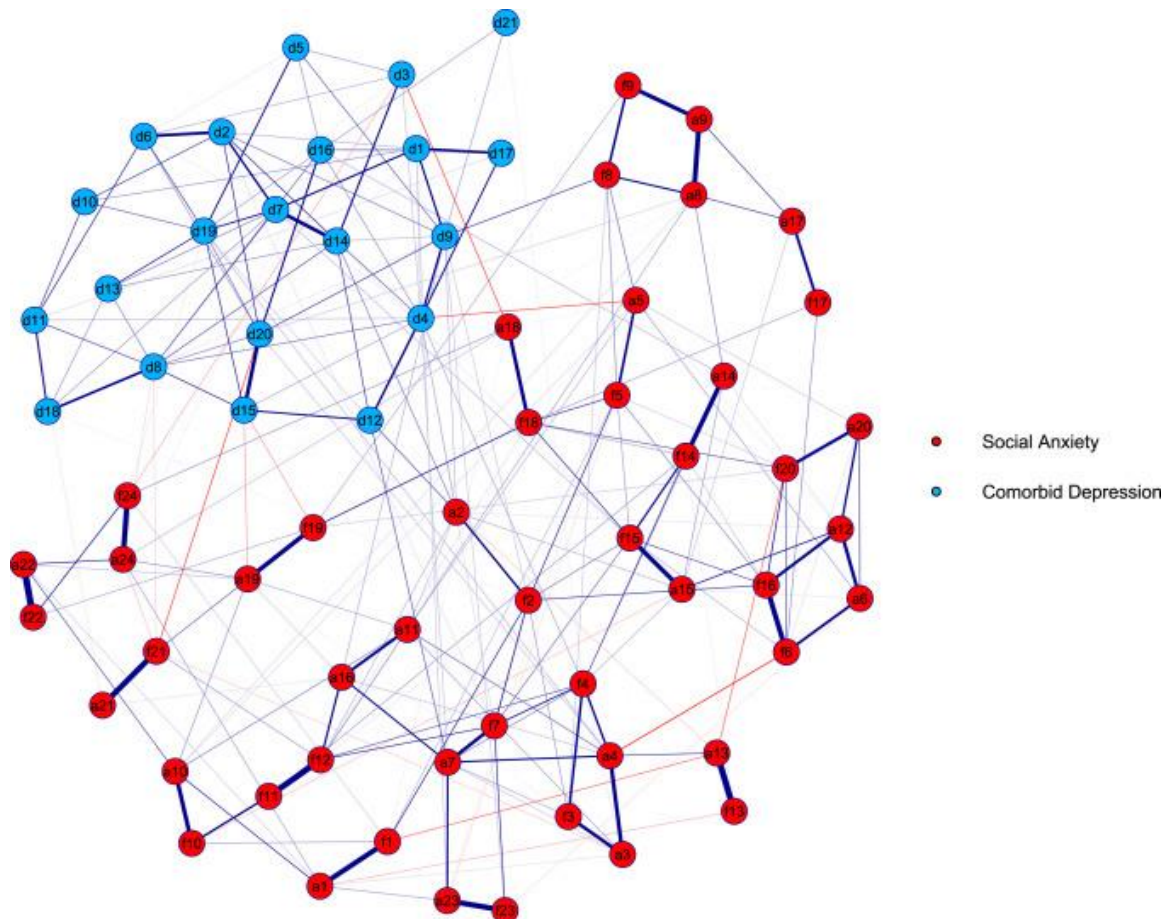


Figura 5. Situazioni sociali indicizzate nella Liebowitz Social Anxiety Scale e sintomi depressivi come indicato nel Beck Depression Inventory-II.

Construct Items

Situazioni sociali 1. Telefonare in pubblico; 2. Partecipare in piccoli gruppi; 3. Mangiare in luoghi pubblici; 4 Bere con gli altri in posti pubblici 5. Parlare con le persone con autorità; 6. Esibirsi in pubblico ; 7. Andare a una festa ; 8 lavorare mentre si è osservati; 9 scrivere mentre si è osservati; 10 Chiamare qualcuno che non conosci molto bene; 11 Parlare con persone che non conosci molto bene ; 12 Incontrare sconosciuti; 13. Urinare in un bagno pubblico; 14 Entrare in una stanza dove gli altri sono già seduti ; 15 Essere al centro dell'attenzione; 16 Parlare ad un meeting; 17 Svolgere un test; 18. Esprimere disapprovazione per qualcuno che non conosci molto bene; 19 Guardare qualcuno che non conosci bene negli occhi; 20. Dare una relazione ad un gruppo; 21 Provare a rimorchiare qualcuno; 22 Riportare una merce al negozio; 23. Dare una festa; 24 Resistere ad un venditore insistente

Sintomi depressivi 1 Tristezza; 2. Pessimismo; 3. Fallimento passato; 4. Perdita di piacere; 5 Senso di colpa; 6. Sentimenti di punizione; 7. Auto disprezzo; 8. Autocriticismo; 9. Pensiero suicidario; 10. Piangere; 11. Agitarsi; 12. Perdita di interesse; 13. Indecisione; 14. Inutilità; 15. Perdita di energia; 16. Cambiamento nelle abitudini del sonno; 17. Irritabilità; 18. Cambiamenti di appetito; 19. Difficoltà a concentrarsi; 20. Stanchezza; 21. Perdita di interesse nel s

Da questa analisi di rete notiamo che i sintomi maggiormente in connessione per quanto riguarda il DAS sono tutti quelli legati all'evitamento di situazioni sociali, specialmente quando coinvolgono individui sconosciuti o poco familiari.

Questo trova conferma nelle conoscenze precedenti in letteratura scientifica che evidenziano come per il mantenimento del DAS situazioni che mettono al centro dell'attenzione o che coinvolgono individui sconosciuti abbiano un peso maggiore rispetto a situazioni in cui le altre persone sono note all'individuo (Carron et al., 1999; Kagan, 2014; Kashdan e Wenzel, 2005).

In secondo luogo, sebbene i nodi evidenzino che i sintomi di paura ed evitamento di situazioni distinte non si collegano direttamente con i sintomi che rappresentano la DM in comorbidità, ci sono diversi sintomi "ponte" che collegano i sintomi riconducibili al DAS alla DM e viceversa. In particolare, è stato evidenziato che l'ideazione suicidaria e la perdita di interesse e di piacere erano i nodi della DM che mostravano l'associazione più forte con i sintomi DAS. Al contrario, i sintomi "evitare di partecipare a piccoli gruppi", "evitare di andare a una festa" e "paura di lavorare mentre si è osservati" sono risultati i nodi DAS che mostravano l'associazione più forte con i sintomi rappresentanti della DM. Questi risultati suggeriscono la presenza di ponti attraverso i quali l'attivazione proveniente da un disturbo si potrebbe potenzialmente propagare ai sintomi dell'altro disturbo, attivando così il quadro completo della rete tra DAS e DM in comorbidità.

Conclusioni

In questo elaborato l'intenzione era di dare una panoramica generale sul disturbo d'ansia sociale ed i suoi disturbi in comorbidità. Nell'ultimo capitolo, con il contributo di due studi di analisi di rete si è intuita la potenza che questo strumento può avere se utilizzato nel modo opportuno. Sapere che all'interno di una rete di sintomi ci sono di nevralgici per l'attivazione di altri sintomi, e che alcuni sintomi più di altri sono fondamentali per l'attivazione di un disturbo, come nel caso del network DAS-DM in comorbidità, può costituire un importante punto di partenza per un intervento di natura terapeutica mirato su quei particolari sintomi. Tuttavia, bisogna ricordarsi che i campioni non sempre sono confrontabili tra loro e non sempre se c'è una forte connessione tra i sintomi: questo è dovuto alla forte influenza tra due sintomi ma

potrebbe anche essere, come nel caso dei 3 network nello studio del disturbo alimentare, a tutta la rete.

Bibliografia

- Adambegan, M., Wagner, G., Nader, I., et al. (2012, marzo). Internalizing and externalizing behaviour problems in childhood contribute to the development of anorexia and bulimia nervosa – A study comparing sister pairs. *European Eating Disorders Review*, 20, 116-120.
- Adams, G.C., Wrath, A.J., Mondal, P., et al., (2018). Depression with or without comorbid social anxiety: is attachment the culprit? *Psychiatr. Res.* 269, 86–92.
- Aderka, IM., Hofmann, S.G., Nickerson, A., et al. (2012, Aprile) Functional impairment in social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disord.*,26, 393–400.
- Alpert, K.E., Uebelacker L.A., McLean N.E., et al. (1997, Maggio) social phobia, avoidant personality disorder and atypical depression: co-occurrence and clinical implications. *Psychological Medicine*, 27, 627–633.
- American Psychiatric Association (2013), Manuale diagnostico e statistico dei disturbi Mentali, Quinta edizione (DSM-5), cap. Disturbi d’ansia, p.202-208 trad. It. Raffaello Cortina, Milano 2014
- Artoni, P., (16/03/21) *Fobia sociale o disturbo d’ansia sociale: cause sintomi e terapia*. Ospedalemarialuigia.it- <https://www.ospedalemarialuigia.it/disturbi-d-ansia/fobia-sociale-sintomi-terapia/>
- Bandura, A., Kupers, C.J. (1964). Trasmission of patterns of self-reinforcement through modeling. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69, 1-9.
- Bargh, J. A., & McKenna, K. Y. A. (2004). The Internet and social life. *Annual Review of Psychology*, 55, 573–590.
- Bartholomew, K., (1990). Avoidance of intimacy: an attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships* 7, 147–178.
- Beesdo, K., Bittner A., Pine D.S., et al. (2007, Agosto) Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Arch Gen Psychiatry* 64,903–912.
- Belzer K., Schneier F.R. (2004, Settembre) Comorbidity of anxiety and depressive disorders: issues in conceptualization, assessment, and treatment. *J Psychiatr Pract*,10, 296–306.
- Berkman ND, Lohr KN and Bulik CM (2007) Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders* 40, 293–309.
- Bifulco, A., Kwon, J., Jacobs, C., et al., (2006). Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 41, 769–805.
- Bittner A., Goodwin R.D., Wittchen H.U., et al. (2004, Maggio) What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? *Journal of Clinical Psychiatry*, 65:618–626.
- Blinder BJ, Cumella EJ and Sanathara VA (2006) Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine* 68, 454–462.
- Bouguettaya, A., Moulding, R., King, R.M., et al., (2019, Agosto). The relationships between socially prescribed perfectionism, in-group affect, negative urgency, and disordered eating in women. *Scandinavian Journal of Psychology*, 60, 369–376.

- Boursier, V., & Manna, V. (2019). *Relational body identities: Body image control through self-portraits – A revision of the body image control in photos questionnaire*. In *Intimacy and developing personal relationships in the virtual world* (pp. 40–63). Hershey, PA: IGI Global.
- Borsboom, D., & Cramer, A. O. J. (2013). Network Analysis: An Integrative Approach to the Structure of Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 91–121.
- Brown, Z., & Tiggemann, M. (2016, dicembre). Attractive celebrity and peer images on Instagram: Effect on women's mood and body image. *Body Image*, 19, 37–43.
- Brown T.A., Campbell L.A., Lehman C.L., et al. (2001, Novembre) Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585–599.
- Brühl, A., Kley, H., Grochowski, A., et al. (2019, Dicembre). Child maltreatment, peer victimization, and social anxiety in adulthood: a cross-sectional study in a treatment-seeking sample. *BMC Psychiatr.* 19, 1–11.
- Buckner JD, Silgado J and Lewinsohn PM (2010) Delineation of differential temporal relations between specific eating and anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research* 44, 781–787.
- Bulik CM et al. (1997) eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 96, 101–107.
- Burns D.D. (1980, Novembre). The perfectionist script for self-defeat. *Psychology Today* 34-52.
- Casale, S., & Fioravanti, G. (2017, Febbraio). Shame experiences and problematic social networking sites use: An unexplored association. *Clinical Neuropsychiatry*, 14(1),44–48.
- Cash, T. F., & Fleming, E. C. (2002). Body image and social relations. In T. F. Cash, & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 277–286). New York: Guilford Press.
- Carron, A.V., Estabrooks, P.A., Horton, H., et al., (1999, Gennaio). Reductions in the social anxiety of women associated with group membership distraction, anonymity, security, or diffusion of evaluation. *Group Dyn. Theor. Res.* 3, 152–160.
- Cohen, R., Newton-John, T., e Slater, A. (2018). 'Selfie'-objectification: The role of selfies in self-objectification and disordered eating in young women. *Computers in Human Behavior*, 79, 68–74.
- Cramer, A. O. J., Waldorp, L. J., van der Maas, H. L. J et al., (2010, Giugno). Comorbidity: A network perspective. *Behavioral and Brain Sciences*, 33(2–3), 137–150.
- Dias, P., Soares, I., Klein, J., et al. (2011, Marzo) Autonomic correlates of attachment insecurity in a sample of women with eating disorders. *Attachment & Human Development* 13, 155–167.
- Donath, J., e Boyd, D. (2004, Ottobre). Public displays of connection. *BT Technology Journal*, 22, 71–82.
- Dogan, U., e Çolak, T. S. (2016). Self-concealment, social network sites usage, social appearance anxiety, loneliness of high school students: A model testing. *Journal of Education and Training Studies*, 4, 176–183.
- Egan, S. J., Wade, T. D., e Shafran, R. (2011, Marzo). Perfectionism as a transdiagnostic process. A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31, 203–212.
- Ertekin E, Çelebi F, Koyuncu A, et al. (2015) Predictors of early or late treatment seeking in patients with social anxiety disorder. *Ann Clin Psychiatry*, 27236–241
- Elling C., Forstner J.A., Seib-Pfeifer L.E., et al., (2022). Social anxiety disorder with comorbid major depression – why fearful attachment style is relevant. *Journal of Psychiatric Research*, 147, 283-290

Ellison, N. B., Steinfield, C., e Lampe, C. (2007). The benefits of Facebook " friends: social " capital and college students' use of online social network sites. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 12, 1143–1168.

Fardouly, J., Pinkus, R. T., & Vartanian, L. R. (2017, Marzo). The impact of appearance comparisons made through social media, traditional media, and in person inwomen's everyday lives. *Body Image*, 20, 31–39.

Feinstein, B. A., Hershenberg, R., Bhatia, V. et al., (2013). Negative social comparison on Facebook and depressive symptoms: Rumination as a mechanism. *Psychology of Popular Media Culture*, 2, 161–170.

Feltman, C. E., e Szymanski, D. M. (2018, Marzo). Instagram use and self-objectification: The roles of internalization, comparison, appearance commentary, and feminism. *SexRoles*, 78, 311–324.

Ferguson, C. J., Winegard, B., e Winegard, B. M. (2011). Who is the fairest one of all? How evolution guides peer and media influences on female body dissatisfaction. *Review of General Psychology*, 15, 11–28.

Fox, J., & Vendemia, M. A. (2016, Ottobre). Selective self-presentation and social comparison through photographs on social networking sites. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 19, 593-600.

Franchina, V., & Lo Coco, G. (2018, Gennaio). The influence of social media use on body image concerns. *International Journal of Psychoanalysis and Education*, 10, 5–14.

Flett, G.L., Hewitt, P.L., Oliver, J.M., MacDolnaldS (2002). *Perfectionism in children and their parents: a developmental analysis*. In: Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (Ed) *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. Washington D.C: American Psychological Association.

Flett, G. L., Hewitt, P. L., e Heisel, M. J. (2014). The destructiveness of perfectionism revisited: Implications for the assessment of suicide risk and the prevention of suicide. *Review of General Psychology*, 18, 156–172.

Flett, G.L. Hewitt, P.L., Nepon, T. et al., (2022, Gennaio). The destructiveness and public health significance of socially prescribed perfectionism: A review, analysis and conceptual extension. *Clinical psychology review*, 93,

Fried, E. I., & Cramer, A. O. (2016). Moving forward: challenges and directions for psychopathological network theory and methodology. *Perspect Psychol Sci*

Gander M., Seveck K., Buchheim, A. (2015, Agosto) eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective. *Frontiers in Psychology* 6, 1136.

Garcia, S. D. (1998). Appearance anxiety, health practices, meta perspectives and selfperception of physical attractiveness. *Journal of Social Behavior & Personality*, 13(2),307–318.

Griffin, D.W., Bartholomew, K., (1994). Models of the self and other: fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *J. Pers. Soc. Psychol.* 67, 430–445.

Gioia, F., Griffiths, M. D., e Boursier, V. (2020, Marzo). Adolescents' body shame and social networking sites: The mediating effect of body image control in photos. *Sex Roles*.

Giusti, E., Caputo, O. (2010). La perfetta imperfezione. *Il trattamento delle insoddisfazioni e degli ideali irraggiungibili*. Roma: Sovera Edizioni.

Godart NT et al. (2000) anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *European Psychiatry* 15, 38–45.

Haferkamp, N., e Krämer, N. C. (2011, maggio). Social comparison 2.0: Examining the effects of online profiles on social-networking sites. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 14, 39–314.

Hart, E., Leary, M., e Rejeski, W. J. (1989, Settembre). The measurement of social physique anxiety. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11, 94-104.

Hart, T. A., Flora, D. B., Palyo, S. A., et al., (2008, Marzo). Development and examination of the social appearance anxiety scale. *Assessment*, 15, 48–59.

Hewitt PL, Flett GL. (1991, febbraio) Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 1991; 98–101.

Hawk, S. T., van den Eijnden, R. J., van Lissa, C. J., et al., (2019). Narcissistic adolescents' attention-seeking following social rejection: Links with social media disclosure, problematic social media use, and smartphone stress. *Computers in Human Behavior*, 92, 65–75.

Harrison A., Mountford V.A. e Tchanturia K. (2014, Agosto) Social anhedonia and work and social functioning in the acute and recovered phases of eating disorders. *Psychiatry Research* 218, 187–194.

Harrison, K., & Hefner, V. (2014). Virtually perfect: Image retouching and adolescent body image. *Media Psychology*, 17, 134–153.

Heimberg, R., Juster, H., Hope, D., et al., (1995). Cognitive-behavioral group treatment. Description, case presentation, and empirical support. In M. B. Stein (Ed.), *Social phobia. Clinical and research perspectives* (pp. 293–321). Washington, DC: American Psychiatric Association

Hewitt, P. L., Flett, G. L., e Mikail, S. F. (1995). Perfectionism and relationship adjustment in pain patients and their spouses. *Journal of Family Psychology*, 9, 335–347.

Hewitt, P. L. (2020). Perfecting, belonging, and repairing: A dynamic-relational approach to perfectionism. *Canadian Psychology*, 61, 101–110.

Holland, G., e Tiggemann, M. (2016, Giugno). 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

Kerr-Gaffney J, Harrison A, Tehanturia K (2018, Novembre). Social anxiety in the eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine* 48, 2477–249

Kagan, J., (2014). Temperamental contributions to the development of psychological profiles: II. Two candidates. In: Hofmann, S.G., DiBartolo, P.M. (Eds.), *Social Anxiety: Clinical, Developmental, and Social Perspectives*, 3rd ed. Elsevier, New York, NY, pp. 419–450.

Kaye WH et al. (2004) Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 161, 2215–2221.

Kashdan, T.B., Wenzel, A., (2005). A transactional approach to social anxiety and the genesis of interpersonal closeness: self, partner, and social context. *Behav. Ther*, 36, 335–346.

Kim, J. W., e Chock, T. M. (2015). Body image 2.0: Associations between social grooming on Facebook and body image concerns. *Computers in Human Behavior*, 48, 331–339

Kessler RC, Stang P, Wittchen HU, et al. (1999, Maggio). Lifetime co-morbidities between social phobia and mood disorders in the US national comorbidity survey. *Psychol Med*, 29, 555–567.

Koyuncu A, Ertekin E, Binbay Z, et al. (2014, Febbraio). The clinical impact of mood disorder comorbidity on social anxiety disorder. *Compr Psychiatry*, 55(2):363–369.

Lambert, S. F., Robinson, W. L., & Ialongo, N. S. (2014). The role of socially prescribed perfectionism in the link between perceived racial discrimination and African American adolescents' depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(4), 577–587.

Levinson, C. A., e Rodebaugh, T. L. (2012, Gennaio). Social anxiety and eating disorders: The role of negative social evaluation fears. *Eating Behaviors*, 13(1), 27–35.

Levinson, C. A., e Rodebaugh, T. L. (2016, Dicembre). Clarifying the prospective relationships between social anxiety and eating disorder symptoms and underlying vulnerabilities. *Appetite*, 107, 38–46.

Levinson, C.A., Leigh, C. B., Vanzhula, I. (2018) Social anxiety and eating disorder comorbidity and underlying vulnerabilities: Using network analysis to conceptualize comorbidity. *International Journal of eating disorders*, 51, 693-709.

Lampe L, Sunderland M. Social phobia and avoidant personality disorder: similar but different. *J Personal Disord*, 29:115–130.

- Lydiard RB. (2001) Social anxiety disorder: comorbidity and its implications. *Journal of Clinical Psychiatry*;62(Suppl 1):17–24.
- Manago, A. M., Graham, M. B., Greenfield, P. M., e Salimkhan, G. (2008). Self-presentation and gender on MySpace. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29, 446–458.
- Manning, R.P.C., Dickson, J.M., Palmier-Claus, J., et al., (2017, Marzo). A systematic review of adult attachment and social anxiety. *Journal of affective disorder*, 44-59.
- Mayville, S., Katz, R. C., Gipson, M. T., et al., (1999). Assessing the prevalence of body dysmorphic disorder in an ethnically diverse group of adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 8, 357–362.
- McNally, R. J. (2016). Can network analysis transform psychopathology? *Behaviour Research and Therapy*, 86, 95–104.
- Melioli, T., Rodgers, R. F., Rodrigues, M., et al., (2015). The role of body image in the relationship between internet use and bulimic symptoms: Three theoretical frameworks. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 18, 682–686.
- Mills, J. S., Musto, S., Williams, L., et al., (2018). “Selfie” harm: Effects on mood and body image in young women. *Body Image*, 27, 86–92.
- Missildine, W. H. (1963). *Your inner child of the past*. New York; Simon & Schster
- Mitchelson, J.K., Burns, L. R. (1998). Career mothers and perfectionisms: stress at work and at home. *Personality and Individual Difference*, 25, 477-485.
- Ohayon MM, Schatzberg AF. (2010) Social phobia and depression: prevalence and comorbidity. *J Psychosom Res*. 2010; 235–243.
- Pelosi, A., Zorzi, G., e Corsano, P. (2014). The " body image control in photos questionnaire" (BICP). *BPA-Applied Psychology Bulletin (Bollettino di Psicologia Applicata)*, 62(269), 42–52.
- Pempek, T. A., Yermolayeva, Y. A., e Calvert, S. L. (2009). College students’ social networking experiences on Facebook. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30 (3), 227–238.
- Perloff, R. M. (2014). Social media effects on young women’s body image concerns: Theoretical perspectives and an agenda for research. *Sex Roles*, 71(11–12), 363–377.

- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review, 24*(7), 737–767.
- Ruscio AM, Brown TA, Chiu WT, et al. (2008) social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *PsycholMed, 38*,15–28.
- Rush AJ, Zimmerman M, Wisniewski SR, et al. (2005) Comorbid psychiatric disorders in depressed outpatients: demographic and clinical features. *Journal of Affective Disorders, 87*:43–55.
- Sebastian, C., Burnett, S., & Blakemore, S. (2008). Development of the self-concept during adolescence. *Trends in Cognitive Sciences, 12*, 441–446.
- Seabrook, E. M., Kern, M. L., & Rickard, N. S. (2016). Social networking sites, depression, and anxiety: A systematic review. *JMIR Mental Health, 3*, e50
- Smith, M. M., Vidovic, V., Sherry, S. B., & Saklofske, D. H. (2017). *Self-oriented perfectionism and socially prescribed perfectionism add incrementally to the prediction of suicide ideation beyond hopelessness: A meta-analysis of 15 studies*. In *Handbook of suicidal behaviour* (pp. 349–369). Springer.
- Stefanone, M. A., Lackaff, D., & Rosen, D. (2011). Contingencies of self-worth and socialnetworking-site behavior. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 14*(1–2), 41–49.
- Stein MB, Tancer ME, Gelerntner CS, et al. (1990) Major depression in patients with social phobia. *Am J Psychiatry. 147*:637–639.
- Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008, Mar). Social anxiety disorder. *The Lancet*, Vol. 371, pp. 1115–1125.
- Stein MB, Craske MG. (2017, Luglio) Treating anxiety in 2017: optimizing care to improve outcomes. *JAMA,235*–236.
- Stein MB, Fuetsch M, Muller N, et al. (2001, Marzo) social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Arch Gen Psychiatry, 58, 251–256*.
- Swinbourne J et al. (2012) The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 46*, 118–131.
- Treasure J and Schmidt U (2013) The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional, and interpersonal predisposing and

perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders* 1, 13.

Veale, D., Kinderman, P., Riley, S. et al., (2003, Giugno). Self-discrepancy in body dysmorphic disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 157–169.

Wang, Y., Xie, X., Fardouly, J., Vartanian, L. R., et al., (2019). The longitudinal and reciprocal relationships between selfie-related behaviors and self-objectification and appearance concerns among adolescents. *New Media and Society, Advance online publication*.

Weiller E, Bisslerbe JC, Boyer P, et al. (1996, Febbraio) social phobia in general health care: an unrecognized undertreated disabling disorder. *Br J Psychiatry*, 168:169–174.

Kristy L. Dalrymple, Mark Zimmerman, (2007, Dicembre) Does comorbid Social Anxiety Disorder impact the clinical presentation of principal Major Depressive Disorder? *Journal of Affective Disorders*, Volume 100, Issues 1–3, 2007, Pages 241–247.

Weisman, O., Aderka, I.M., Marom, S., et al., (2011). Social rank and affiliation in social anxiety disorder. *Behav. Res. Ther.* 49, 399–405.

Westwood H et al. (2016, Settembre) Exploration of friendship experiences, before and after illness onset in females with anorexia nervosa: a qualitative study. *Plos One*,

Wildes JE, Ringham RM and Marcus MD (2010) Emotion avoidance in patients with anorexia nervosa: initial test of a functional model. *International Journal of Eating Disorders* 43, 398–404.