



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione**

**Dipartimento di Psicologia Generale**

**Corso di laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche (L-24)**

**Elaborato finale**

**Ortoressia nervosa: comorbidità e differenze con il disturbo  
ossessivo compulsivo e i disturbi del comportamento alimentare**

**Orthorexia nervosa: comorbidities and differences with obsessive compulsive disorder  
and eating disorders**

**Relatrice  
Prof.ssa Caterina Novara**

**Laureanda: Giorgia Broccoli  
Matricola:1220564**

Anno Accademico 2021/2022



# Indice

Premessa	4
Primo capitolo: Il Disturbo Ossessivo Compulsivo	5
<i>1.1 Inquadramento diagnostico</i>	5
<i>1.2 Eziopatogenesi</i>	6
Secondo capitolo: I Disturbi Alimentari	10
<i>2.1 Inquadramento diagnostico</i>	10
<i>2.2 Eziopatogenesi</i>	11
Terzo Capitolo: Comorbidità tra DA e DOC e trattamento	14
<i>3.1 Comorbidità</i>	14
<i>3.2 Trattamento</i>	16
Quarto Capitolo: L'ortoressia nervosa	19
<i>4.1 Introduzione</i>	19
<i>4.2 Criteri diagnostici proposti</i>	19
<i>4.3 Problematiche di inquadramento</i>	21
Bibliografia	25

## Premessa

L'ortoressia nervosa è un problema psicologico individuato di recente e caratterizzato dalla preoccupazione rispetto l'assunzione di cibi sani (o puri) e il condurre uno stile di vita in linea con questa alimentazione.

Ufficialmente non sono ancora stati individuati dei criteri diagnostici specifici per l'ortoressia, per cui il suo inquadramento clinico non è ancora stato riconosciuto: la principale problematica riguarda l'elevata comorbidità di questo disturbo con altre categorie diagnostiche, come il disturbo ossessivo compulsivo e i disturbi del comportamento alimentare.

Per tali ragioni, nell'elaborato vengono riproposte e analizzate varie teorie e studi inerenti al disturbo ossessivo compulsivo, all'anoressia e bulimia nervosa, prima in modo individuale, utili all'inquadramento e comprensione della sintomatologia specifica anche in un'ottica transdiagnostica, orientata all'individuazione di elementi responsabili dello sviluppo di comorbidità. Si evince come l'ortoressia nervosa sia correlata ai vari disturbi e in che misura, sia nell'ottica eziopatogenetica sia per quanto riguarda le modalità di trattamento.

## Primo capitolo: Il Disturbo Ossessivo Compulsivo

### 1.1 Inquadramento diagnostico

Il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, aggiornato alla sua ultima edizione (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), con il termine ossessioni fa riferimento a pensieri, impulsi o immagini mentali che risultano persistenti e ricorrenti e che provocano disagio marcato o ansia nell'individuo. Essendo le ossessioni molto spesso egodistoniche vengono percepite come irragionevoli ed estranee, non conformi a valori e convinzioni radicate del soggetto, anche se quest'ultimo comprende come queste siano un prodotto della propria mente e non un'inserzione di un pensiero esterno. Per fronteggiare il disagio provocato vengono messe in atto delle compulsioni, ovvero comportamenti o azioni mentali finalizzate a neutralizzare questi pensieri ossessivi (o impulsi o immagini) e caratterizzati da una forte ripetitività e ritualità. I comportamenti compulsivi si contraddistinguono per una forte stereotipicità, tanto che frequentemente sono paragonati a riti e cerimonie; inoltre sono sproporzionati e ingiustificati, proprio perché correlati al tentativo di neutralizzare l'ossessione.

All'interno di questa sintomatologia diviene rilevante il livello di Insight, termine con cui si indica la capacità dell'individuo di riconoscere o meno l'irragionevolezza e l'eccessività di ossessioni e compulsioni durante un episodio: alti livelli comportano consapevolezza nel soggetto, contrariamente uno scarso Insight impedisce l'inquadramento e l'analisi realistica da parte della persona della natura dei propri pensieri (o immagini o impulsi) e dei propri comportamenti (o azioni mentali).

Chiaramente ossessioni e compulsioni "causano disagio marcato, fanno consumare tempo (più di un'ora al giorno) o interferiscono significativamente con le normali abitudini della persona, con il funzionamento lavorativo (o scolastico) o con le attività o relazioni sociali usuali": in mancanza di tale aspetto non è possibile diagnosticare la presenza del disturbo. È utile specificare che nello stesso manuale è prevista una diagnosi differenziale del DOC rispetto ai disturbi alimentari, poiché le tematiche delle ossessioni e compulsioni escludono preoccupazioni relative al cibo.

A tal proposito, la Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Goodmann, Price, Rasmussen; 1989) presenta una categorizzazione tematica del contenuto di ossessioni e compulsioni mediante l'utilizzo di una check-list dei sintomi. Le ossessioni possono essere:

- Aggressive - i pensieri vertono intorno alla costante paura di pronunciare oscenità o insulti, di agire d'impulso, di poter rubare qualcosa, di essere responsabile di qualche avvenimento terribile o comunque, in generale, di poter arrecare un danno o di poter fare del male a se stessi o agli altri senza volerlo.

- Di contaminazione - il contenuto ossessivo riguarda la preoccupazione eccessiva di entrare in contatto con rifiuti, secrezioni corporee (proprie o altrui), sporco, germi, contaminanti ambientali.
- Sessuali - consiste nella presenza di pensieri, immagini o impulsi sessuali considerati perversi o proibiti, differenti dalle fantasie (ritenute normalmente accettabili); possono riguardare bambini, animali o persone dello stesso sesso (paura di essere omosessuale).
- Di accumulo/risparmio - la persona risulta occupata per gran parte del suo tempo da pensieri relativi all'accumulare oggetti senza valore economico e sentimentale.
- Religiose - la persona risulta eccessivamente preoccupata per il sacrilegio, la bestemmia, per il concetto di bene, male e la moralità.
- Relative al bisogno di ordine/simmetria - il contenuto ossessivo riguarda l'eccessiva preoccupazione rispetto l'ordine e la simmetria delle cose (con o senza pensiero magico).
- Somatiche - la preoccupazione ossessiva si concentra a livello corporeo, per alcune parti del corpo, per l'aspetto esteriore o per paura di contrarre malattie/malesseri
- Altro - bisogno di sapere o ricordare, paura di dire certe cose, paura di non dire la cosa giusta, immagini o suoni o parole o musiche intrusive, paure superstiziose, numeri fortunati/sfortunati

Le compulsioni, invece, possono essere:

- Di controllo - sono presenti continui comportamenti volti al controllare che non si sia fatto male agli altri, a sè stessi, che non succederà nulla di terribile, di non aver fatto errori o di aver chiuso/spento serrature, fornelli, elettrodomestici, ecc.
- Di pulizia/lavaggio - consiste nel lavarsi le mani, i denti, farsi la doccia, il bagno o in generale fare la toeletta di routine in modo eccessivo e/o ritualizzato ma anche nel pulire in maniera eccessiva e/o ritualizzata oggetti o articoli casalinghi, al fine di ridurre il contatto con possibili contaminanti.
- Rituali ripetitivi - leggere o scrivere ripetutamente, attività di routine svolte continuamente (con o senza pensiero magico associato).
- Di conteggio - la necessità di contare può essere associata o meno ad un'altra compulsione.
- A riordinare/riassetto - consiste nel sistemare spesso oggetti o ambienti.
- Accumulo - bisogno di accumulare oggetti senza valore economico e sentimentale.
- Altro - rituali mentali, fare troppi elenchi, bisogno di confessare, chiedere, dire, comportamenti superstiziosi, ecc.

## 1.2 Eziopatogenesi

Il DSM-5 fa riferimento a un'eziologia basata sulla causalità multipla, individuando fattori di rischio piuttosto che cause specifiche, per cui il DOC si manifesterebbe in compresenza di elementi di

matrice temperamentale, ambientale e genetica/fisiologica; questo implica anche un'analisi multidisciplinare dei diversi approcci.

L'eziopatogenesi di matrice cognitiva si fonda sulla concettualizzazione della terapia cognitiva, basata principalmente sui lavori di Aaron T. Beck (1976; 1978; in Dèttore 2003); in particolare, l'attenzione viene posta su tre livelli di pensiero dell'individuo: i pensieri automatici, le credenze (o convinzioni) e gli schemi cognitivi. I primi si manifestano come una sorta di commento interno del soggetto verso se stesso mentre è impegnato in specifiche situazioni e possono essere più o meno consci a seconda di quanta attenzione viene predisposta alla loro individuazione. I pensieri automatici insorgono per via di differenti credenze insite nella persona, definibili come regole tacite che spesso sfuggono al livello della consapevolezza: le convinzioni costituiscono un livello più profondo di cognizione e si attuano tramite un'implicazione logica ("se... allora") che è empiricamente osservabile nei comportamenti, nelle azioni e nei pensieri automatici dell'individuo. Infine è presente il livello fondante, denominato "schema": questo termine è stato utilizzato sia in riferimento al ruolo di struttura di cognizione che questo livello esercita, sia in relazione alla sua funzione di regola basilare latente utilizzata dal soggetto per organizzare le sue percezioni del mondo, di sé e del futuro e per adattarsi all'ambiente; gli schemi sono assoluti, danno origine a convinzioni superiori e sono difficilmente individuabili durante un trattamento.

Da questa teorizzazione, diversi autori hanno tentato di cogliere i meccanismi cognitivi sottostanti la sintomatologia patologica. Estremamente rilevante è il lavoro dell'*Obsessive Compulsive Cognitions Working Group* (OCCWG, 1997) dal quale vengono individuati i domini cognitivi specifici del DOC:

- Eccessiva importanza attribuita al pensiero - riguarda la propensione a considerare importante un pensiero intrusivo solo perché si è verificato, inoltre, se questo ha una connotazione negativa, il soggetto tende ad associarne la presenza con la reale possibilità che accada un evento negativo; il pensiero risulta importante proprio perché equivale alla messa in atto di un'azione o comportamento.
- Necessità di controllo totale sui pensieri - definibile come l'eccessiva necessità di esercitare un assoluto controllo rispetto a immagini, impulsi o pensieri intrusivi.
- Senso eccessivo di responsabilità - caratteristica che si riferisce alla preoccupazione di essere responsabili sia per colpe di commissione sia per quelle d'omissione.
- Sopravvalutazione della minaccia - consiste nell'elaborazione di credenze rispetto al rischio, con conseguente esagerazione della reale probabilità e gravità del danno; è una caratteristica tipica dei disturbi d'ansia, non esclusiva del DOC.

- Intolleranza dell'ambiguità e dell'incertezza - riguarda la necessità di poter sempre far fronte a ogni situazione, anche se impreveduta; quest'area, come la precedente, non sembra discriminare il DOC dagli altri disturbi d'ansia.
- Perfezionismo - si manifesta come la preoccupazione eccessiva per possibili errori, associata alla convinzione che esista la soluzione perfetta per ogni problematica e che sia necessario trovarla e realizzarla; questa categoria è presente anche nei disturbi alimentari, disturbi d'ansia e depressione.

Tali domini si caratterizzano per essere relativamente durevoli e non correlati a specifiche situazioni, per cui centrali nella formazione delle valutazioni soggettive dei propri pensieri e azioni; sono stati identificati grazie alla collaborazione dei maggiori esperti nel trattamento del disturbo ossessivo compulsivo, andando a confrontare quali cognizioni fossero unicamente del DOC e quali invece fossero comuni ad altri disturbi. Più recentemente diversi autori hanno tentato di comprendere il funzionamento e la relazione tra i diversi domini, in uno studio condotto da Reuther et al. (2013) viene analizzato come perfezionismo e intolleranza all'incertezza (IU) interagiscano fra loro nel mantenimento della sintomatologia ossessivo compulsiva: i risultati evidenziano come l'intolleranza all'incertezza sia mediatore della relazione fra perfezionismo e gravità della sintomatologia, suggerendo che in un contesto di trattamento sia necessario affrontare prima il dominio cognitivo IU per far fronte a ossessioni di tipo perfezionistiche.

Brakoulias et al. (2014) hanno studiato relazioni tra sintomi e cognizioni del DOC, dimostrando una associazione significativa tra: simmetria/ordine e perfezionismo; controllo e sovrastima di responsabilità/minacce; pensieri inaccettabili/tabù e l'importanza del controllo dei pensieri. Nonostante non sia stata riscontrata nessuna correlazione significativa tra lavaggio/pulizia e cognizioni, questi risultati ribadiscono quanto sia importante agire sui domini cognitivi specifici del disturbo ossessivo compulsivo per riuscire a ridurre la sintomatologia.

In un'ottica multidisciplinare è interessante uno studio svolto da Taylor (2010) che coinvolge cognizioni e genetica: tramite un'analisi genetica-comportamentale su gemelli omozigoti e dizigoti, è stata misurata la trasmissibilità di domini disfunzionali, risultati discretamente ereditabili non solo a causa di fattori ambientali, ma anche genetici. Questo suggerisce che debba essere attuata una revisione dei modelli cognitivi attuali rispetto l'origine delle cognizioni disfunzionali tipiche del DOC, poiché potrebbero essere trasmesse anche grazie a fattori genetici.

Recentemente, la ricerca in ambito genetico si è interessata sul ruolo dei polimorfismi di serotonina e catecolamine, in quanto le aree cerebrali significativamente compromesse in individui con disturbo ossessivo compulsivo utilizzano principalmente questi neurotrasmettitori. Sempre Taylor (2016) ha eseguito una meta-analisi finalizzata ad individuare quali fossero i polimorfismi specifici per l'insorgenza del DOC, concentrandosi su *5-HTTLPR* (gene che codifica per il trasportatore della serotonina), *HTR2A* (gene che codifica per recettore serotoninergico) e *COMT* (gene che codifica per enzimi in grado di



degradare le catecolamine). I risultati hanno dimostrato come queste variazioni genetiche fossero relativamente specifiche del DOC, non essendo presenti in termini significativi in altre patologie.

Rispetto l'individuazione delle aree cerebrali compromesse, uno studio importante è stato condotto da McGuire et al. (Dettore, 2003) i quali, utilizzando la tomografia a emissione di positroni (PET), hanno riscontrato una correlazione positiva tra la gravità dei sintomi ossessivo compulsivi e il flusso ematico nel giro frontale inferiore destro, i gangli della base, nell'ippocampo e nel giro cingolato posteriore: questi alti livelli ematici nella corteccia orbitofrontale e nei gangli della base sono stati collegati alla messa in atto del comportamento compulsivo, mentre l'ansia associata sarebbe provocata da le alterazioni nell'ippocampo e nella corteccia cingolata posteriore.

A sostegno di queste ipotesi, Baxter et al. (Dettore, 2003) hanno dimostrato come tali livelli diminuissero dopo la somministrazione di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) e dopo aver seguito una corretta CBT, soprattutto nel nucleo caudato destro: questi risultati sono particolarmente rilevanti anche perché sottolineano l'efficacia in termini biologici di una psicoterapia.

Studi recenti di neuroimaging hanno evidenziato anomalie della corteccia orbitofrontale in individui affetti da DOC: Wobrock et al. (2010), confrontando risonanze magnetiche di pazienti ossessivi compulsivi con un campione di controllo, hanno riscontrato una ipogirificazione della corteccia prefrontale, che può essere un correlato strutturale dei deficit esecutivi in questi soggetti clinici. Tramite la medesima procedura, Shaw et al. (2015) hanno confrontato un campione di pazienti con diagnosi di DOC con uno composto dai rispettivi fratelli non affetti dal disturbo e con uno di controllo, riscontrando anomalie morfologicamente simili fra i primi due gruppi rispetto ai soggetti sani, soprattutto in relazione al maggiore spessore della superficie della corteccia orbitofrontale e di strutture sottocorticali come il nucleo caudato; i risultati ottenuti acquisiscono importanza poiché simili sia nel campione clinico sia nel campione dei fratelli non affetti dal disturbo, suggerendo che tali anomalie costituiscano un endofenotipo importante nel disturbo ossessivo compulsivo.

Questi due studi sono rilevanti poiché una ridotta girificazione e un conseguente maggiore spessore delle strutture corticali e sottocorticali sono significativamente correlate al temperamento nevrotico (Riccielli et al. 2017), indicato come fattore di rischio per l'insorgenza del DOC.

## Secondo capitolo: I Disturbi Alimentari

### 2.1 Inquadramento diagnostico

Il DSM-5 (APA, 2013) inserisce anoressia nervosa e bulimia nervosa nella categoria diagnostica dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DA) insieme al disturbo da ruminazione, disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, pica, disturbo da binge-eating, disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con specificazione e disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione, a causa della comune presenza di un comportamento disfunzionale tale da comportare un alterato consumo o assorbimento di cibo che interferisce significativamente nel funzionamento fisico, psicologico e sociale dell'individuo.

Secondo lo stesso manuale, per formulare una diagnosi di anoressia nervosa (AN) deve essere presente un'assunzione di calorie ristretta rispetto al necessario, che si traduce in un peso inferiore al minimo normale in termini di traiettoria di sviluppo, età, sesso e salute fisica. Tale restrizione è associata a un'intensa paura nel prendere peso o ad un comportamento persistente che interferisce con tale aumento, ciò a causa di un'alterazione della percezione individuale rispetto al proprio corpo che spesso influisce sui livelli d'autostima e sul riconoscimento della gravità della condizione in cui verte la persona.

Per questo disturbo sono stati individuati due sottotipi, differenti nella modalità tramite cui si tenta di perdere peso:

1. Tipo con restrizioni - le strategie utilizzate dal soggetto per dimagrire sono la dieta, il digiuno e/o l'attività fisica eccessiva (per almeno tre mesi);
2. Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione - in questo caso sono presenti frequenti episodi di abbuffate o condotte di eliminazione (per almeno tre mesi).

È tipico che durante il decorso dei sintomi, questi sottotipi si manifestino alternandosi l'uno all'altro, per questo motivo è necessaria la specifica durata temporale.

Infine, il DSM-5 individua i livelli di gravità per l'anoressia nervosa negli adulti riferendosi all'indice di massa corporea (IMC), i cui range fanno fede alle categorie esposte dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS):

- Lieve - IMC maggiore o uguale a 17 kg/m<sup>2</sup>
- Moderata - IMC compreso tra 16 e 16,99 kg/m<sup>2</sup>
- Grave - IMC compreso tra 15 e 15,99 kg/m<sup>2</sup>
- Estrema - IMC inferiore a 15 kg/m<sup>2</sup>

Nonostante questa precisa categorizzazione, sintomi clinici, disabilità funzionale e necessità di una supervisione possono influire nella definizione del livello di gravità, comportandone l'aumento.

I criteri diagnostici individuati all'interno del DSM-5 per la bulimia nervosa (BN) vengono soddisfatti se sono presenti ricorrenti abbuffate, termine con cui si indica il nutrirsi di quantità eccessive di cibo, per un determinato periodo di tempo, a cui è associata una sensazione di perdita del controllo per tutta la durata dell'episodio. Di seguito a un'abbuffata è presente una condotta compensatoria per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, digiuno, attività fisica o farmaci (diuretici e lassativi), a causa del grande impatto che la forma fisica ha sui livelli d'autostima. La combinazione di abbuffate e condotte compensatorie deve essere mantenuta per almeno tre mesi con frequenza di una volta a settimana e non devono essere presenti esclusivamente in relazione a un episodio di anoressia nervosa.

La gravità di questo disturbo non può essere definita in relazione all'IMC poiché la maggior parte delle persone affette risultano di peso normale o sovrappeso, per cui si utilizza la frequenza di condotte compensatorie come range per definirne i livelli:

- Lieve - sono presenti da 1 a 3 episodi di condotte compensatorie a settimana;
- Moderata - sono presenti da 4 a 7 episodi di condotte compensatorie a settimana;
- Grave - sono presenti da 8 a 13 episodi di condotte compensatorie a settimana;
- Estrema - sono presenti 14 o più episodi di condotte compensatorie a settimana.

Come per l'anoressia nervosa, se sono presenti sintomi specifici o un grado maggiore di disabilità funzionale, il livello di gravità può essere aumentato.

## 2.2 Eziopatogenesi

Il DSM-5 determina tre fattori di rischio per l'insorgenza di questi disturbi, quelli di tipo ambientali, temperamentali e genetico/fisiologici.

In ambito genetico, risulta estremamente interessante uno studio longitudinale di Steiger et al. (2019), il cui obiettivo era quello di analizzare l'intera metilazione del DNA nell'anoressia nervosa: il campione era composto da individui sani, in remissione a lungo termine, parzialmente ristabiliti con il peso e attivamente malati. I risultati mostrano come la metilazione di 58 siti sia inferiore nei soggetti senza il disturbo rispetto quelli attivamente malati, il che implica una minore manifestazione genomica nelle persone con anoressia nervosa: i geni coinvolti in questa differente metilazione riguardavano l'attività metabolica di lipidi e glucosio, l'attività del recettore della serotonina e la funzione immunitaria; anche nel gruppo di pazienti in remissione sono stati evidenziati livelli di

metilazione inferiore se confrontati con i soggetti attivi. Nel complesso questi risultati suggeriscono come vi siano dei cambiamenti nei livelli di metilazione in pazienti affetti da anoressia nervosa, che possono essere ripristinati dalla remissione del disturbo.

Un altro studio importante è stato condotto da Castellini et al. (2012) rispetto alla correlazione tra il polimorfismo del gene per il trasportatore della serotonina (*5-HTTLPR*), la psicopatologia alimentare e l'esito a lungo termine dei pazienti affetti da anoressia nervosa e bulimia nervosa. Le valutazioni sono state svolte prima dell'inizio della CBT individuale, subito dopo il termine, tre anni dopo e tre anni dopo il primo follow-up: è stato evidenziato come i crossover tra i due quadri diagnostici fossero altamente frequenti e associati alla presenza di disturbi depressivi; l'allele S del genotipo 5-HTTLPR è stato identificato come fattore di rischio sia per la sintomatologia depressiva sia per i crossover tra i quadri diagnostici, oltre che moderatore per l'esito a lungo termine della sintomatologia anoressica. Questi studi evidenziano il ruolo centrale della predisposizione genetica nella manifestazione e remissione dei disturbi alimentari, oltre che porre in risalto alcune differenze nella genesi di AN e BN: difatti è stato enfatizzato come il polimorfismo 5-HTTLPR sia fortemente implicato in modo diretto nell'insorgenza dell'anoressia nervosa, ma non ci sono state molte controprove rispetto il suo ruolo nella genesi della sintomatologia bulimica, come è stato dimostrato da uno studio meta-analitico condotto da Lee e Lin (2010) in cui si associa tale polimorfismo con AN ma non con BN; ciò nonostante la terapia farmacologica più indicata per il trattamento dei disturbi alimentari è a base di SSRI, questo a supporto del fatto che in qualche modo il sistema serotonergico possa essere coinvolto in modo diretto nell'insorgenza della bulimia nervosa.

In ottica multidisciplinare è rilevante una recente revisione sistematica e meta-analisi condotta da Rozenblat et al. (2017), il cui obiettivo era quello di riassumere e analizzare nuovamente la ricerca sulla relazione tra gene e ambiente, focalizzandosi sul ruolo di 5-HTTLPR, eventi della vita traumatici, abusi fisico e sessuale: i risultati mostrano come il polimorfismo sia associato singolarmente ad abusi fisici e sessuali, prevedendo un rischio per l'insorgenza della sintomatologia bulimica in modo significativo; la medesima associazione è stata riscontrata tra la variante polimorfa e gli eventi di vita traumatici, ma in relazione al rischio di una patologia alimentare più in generale. Queste evidenze danno supporto alla costituzione di un profilo genetico e psicopatologico dei disturbi alimentari, poiché variazioni nel sistema serotonergico possono comportare una fragilità in risposta allo stress, oltre che la disregolazione della condotta alimentare, portando la persona a avere soglie più basse di resilienza rispetto a eventi di vita traumatici, abusi fisici e sessuali.

È estremamente rilevante l'operato di Fairburn e collaboratori (Carrozza, Della Grave; 2018), il cui impegno ha comportato la costruzione di un trattamento focalizzato principalmente sui disturbi alimentari di stampo cognitivo-comportamentale. Tale approccio è incentrato sulla psicopatologia specifica dei DA, caratterizzata dalla valutazione eccessiva del proprio corpo e del peso, che si traduce

spesso in un controllo ripetuto e minuzioso, paura di ingrassare o, in alcuni casi, evitamento della propria immagine. Altre componenti che motivano il perpetrarsi di comportamenti disfunzionali sono la competitività e il desiderio d'attenzione.

Successivamente, sono stati definiti quattro specifici meccanismi esterni alla psicopatologia del disturbo alimentare che ne garantiscono il mantenimento, impediscono il cambiamento e il buon esito del trattamento:

- **Perfezionismo clinico** - termine con cui si indica *“l'eccessiva dipendenza dell'autovalutazione dal perseguimento determinato di standard personalmente esigenti e autoimposti in almeno un dominio altamente saliente, nonostante le conseguenze negative”* (Shafran, Cooper & Fairburn, 2002). Le persone con perfezionismo clinico manifestano reazioni a standard non soddisfatti caratterizzate da un'eccessiva autocritica verso se stessi, mentre in caso di conseguimento degli obiettivi vi è una rivalutazione di questi come non sufficientemente adeguati. A seguito di tale definizione, gli autori suggeriscono una correlazione tra anoressia e bulimia nervosa e perfezionismo clinico, poiché questi disturbi alimentari spesso sono espressione di standard eccessivamente elevati di immagine corporea, con conseguente controllo di peso, forma e alimentazione.
- **Bassa autostima nucleare** - tale meccanismo è spesso frequente nelle persone con disturbo alimentare, specie come componente d'esordio. Si caratterizza per una percezione negativa, incondizionata e pervasiva di sé, del futuro e del cambiamento, a cui si associano spesso distorsioni cognitive negative marcate. La bassa autostima nucleare può, quindi, intaccare l'esito del trattamento a causa della sua associazione con il comportamento di controllo verso l'alimentazione, la forma e il peso, unici aspetti da cui la persona cerca di trarre soddisfazione personale.
- **Problemi interpersonali** - le relazioni interpersonali sono fortemente danneggiate nelle persone con disturbo alimentare, ma tendono a risanarsi col migliorare della patologia. Quando ciò non avviene è presente una correlazione nociva tra il disturbo e la costruzione di relazioni, per cui entrambi gli aspetti devono essere affrontati singolarmente, per riuscire a garantire un migliore funzionamento relazionale della persona e per evitare che questa disfunzione possa contribuire al mantenimento dei DA.
- **Intolleranza alle emozioni** - meccanismo disfunzionale che comporta un'estrema sensibilità e intolleranza a determinati stati emotivi, con conseguente attivazione di comportamenti modulatori finalizzati alla neutralizzazione e riduzione della consapevolezza delle emozioni. L'intolleranza non è specifica per stati d'umore negativo, bensì per qualsiasi emozione particolarmente intensa. Questa componente impedisce il miglioramento del disturbo poiché influisce direttamente sui comportamenti di mantenimento psicopatologico, ma agendo come meccanismo esterno, per cui non è sufficiente la terapia mirata al comportamento alimentare per la risoluzione del problema, è necessario intervenire anche sulla gestione degli stati emotivi.

## Terzo Capitolo: Comorbidità tra DA e DOC e trattamento

### 3.1 Comorbidità

La letteratura scientifica evidenzia un'elevata comorbidità tra disturbi alimentari e disturbo ossessivo compulsivo; in particolare, è emerso da alcuni studi che tale relazione è probabilmente dovuta da alcuni fattori eziologici comuni, per cui di seguito verranno presentate le ricerche più rilevanti negli ultimi anni in termini cognitivi e genetico-fisiologici.

In ambito genetico è interessante la recente meta-analisi condotta da Yilmaz et al. (2018), che ha esaminato l'architettura genetica condivisa dei due disturbi andando ad utilizzare il metodo GWAS di disturbo incrociato: è stata confermata una forte correlazione tra DOC e AN a livello genetico e una forte ereditabilità per polimorfismi a singolo nucleotide. Oltre a questa analisi, è stata studiata la correlazione tra fattori di rischio ambientali, fenotipi psichiatrici e metabolici e il rischio condiviso di AN-DOC, dimostrando come gli anni di frequenza scolastica, competizione nei contesti di istruzione, temperamento nevrotico, disturbo bipolare e schizofrenia fossero positivamente correlati al rischio condiviso di AN-DOC; coerentemente con l'eziologia di AN, l'indice di massa corporea elevato si è dimostrato correlato negativamente al rischio condiviso AN-DOC, così come l'obesità di classe 1, il sovrappeso, circonferenza dell'anca e rapporto vita-fianchi. Infine sono state rilevate associazioni significative tra il rischio di disturbo incrociato AN-DOC con tessuti e cellule cerebrali dei gangli della base (nucleus accumbens e neuroni spinosi medi), coerentemente con le eziologie dei singoli disturbi. Nonostante il campione fosse limitato per produrre delle inferenze significative a livello genomico, quelli ottenuti sono risultati che confermano la comorbidità genetica di anoressia nervosa e disturbo ossessivo compulsivo, oltre che dimostrare ulteriormente l'implicazione di alcuni di fattori di rischio nell'insorgenza di questi disturbi e le aree cerebrali prevalentemente coinvolte.

Uno studio condotto da Abramovitch et al. (2018) ha analizzato l'indice di massa corporea in un campione composto da individui con disturbo ossessivo compulsivo puro, disturbi d'ansia, disturbi depressivi, disturbi ansiosi/depressivi in comorbidità e controlli non clinici (NCC): l'obiettivo di tale ricerca era orientato a comprendere se individui affetti da DOC mostrassero effettivamente un IMC inferiore rispetto ad altri disturbi psichiatrici. Tale analisi è stata effettuata considerando le categorie dell'indice di massa corporea definite dall'OMS. I risultati hanno dimostrato come le persone affette da DOC puro avessero un IMC nettamente inferiore rispetto ai controlli e agli altri gruppi clinici, dimostrando un tasso di obesità/sovrappeso ridotto. Queste evidenze sono in linea con i risultati

metabolici dello studio precedente, sostenendo la correlazione negativa tra il disturbo ossessivo compulsivo e IMC elevato.

Un altro studio, condotto da Suda et al. (2014), ha misurato l'attivazione cerebrale durante la provocazione di simmetria/ansia correlata all'ordine (contenuto tipico dei pensieri ossessivi) in un campione costituito da donne con anoressia nervosa e controlli sani (HC). Le donne affette da AN hanno mostrato livelli di ansia più elevati rispetto al gruppo HC in risposta a una maggiore gravità di sintomi di ordine/simmetria. Tramite la risonanza magnetica funzionale (fMRI) è emerso come vi fosse una ridotta attivazione del lobo parietale destro e della corteccia prefrontale destra in risposta agli stimoli: questa ipoattivazione è presente anche in pazienti affetti da AN esposti a immagini di cibo e corpi, per cui emerge una somiglianza tra i sintomi tipici del disturbo ossessivo compulsivo e sintomi dell'anoressia nervosa nella loro elaborazione cognitiva. Questi risultati dimostrano come le persone affette da AN manifestino una bassa capacità di attivazione della corteccia prefrontale per affrontare cognitivamente gli stimoli associati ai sintomi.

Per quanto riguarda la valutazione degli aspetti cognitivi comuni tra le due categorie diagnostiche, una recente indagine di rete condotta da Meier et al. (2019) tenta di analizzare la presenza di sintomi ossessivi compulsivi nei disturbi alimentari in un campione composto da individui che sono stati sottoposti a ricovero a causa di un disturbo del comportamento alimentare (anoressia nervosa, bulimia nervosa, binge eating e disturbo del comportamento alimentare non altrimenti specificato). Dai risultati emerge come *l'importanza delle cognizioni intrusive* e *il ridotto controllo su di esse* siano rilevanti in entrambi i disturbi, senza riscontrare sintomi ponti tra cluster significativamente stabili e forti: questa difficoltà è probabilmente dovuta agli strumenti di valutazione utilizzati, visto che indagavano archi temporali differenti. Ciò nonostante è emerso come queste patologie condividano una vulnerabilità comune attribuibile a fattori di rischio esterni, piuttosto che esclusivamente a sintomi cognitivi e comportamentali direttamente correlati a DA e DOC.

Lo studio condotto da Bang et al. (2020) ha misurato, invece, la presenza di sintomi di disturbo alimentare in un campione di individui che aveva ricevuto un trattamento per il disturbo ossessivo compulsivo tramite la somministrazione di questionari. I risultati hanno evidenziato come un sottogruppo di pazienti donne mostrasse dei punteggi superiori al cut-off e quindi maggiori probabilità di avere un disturbo alimentare in comorbidità con il DOC, per cui potrebbe essere utile lo screening della sintomatologia del disturbo alimentare nelle pazienti di sesso femminile con diagnosi di disturbo ossessivo compulsivo.

Lo studio longitudinale condotto da Kinkel-Ram et al. (2021) ha esaminato come i sintomi dei disturbi alimentari e del disturbo ossessivo compulsivo si influenzassero a vicenda lungo un periodo di tempo di cinque settimane; il campione utilizzato era comunitario con moderati sintomi di DA e DOC. I

risultati hanno evidenziato come ossessioni e sintomi dei disturbi alimentari fossero associati longitudinalmente tra loro per tutta la durata della ricerca, mentre tale associazione non si presentava tra compulsioni e sintomi di DA. Vista la natura non clinica del campione, questi risultati forniscono solamente delle prove preliminari dell'esistenza di una relazione bidirezionale tra i sintomi dei disturbi alimentari e le ossessioni.

Un'altra recente indagine di rete condotta da Vanzhula et al. (2021) ha misurato in un campione misto i possibili sintomi ponti che contribuiscono al mantenimento della comorbidità del disturbo ossessivo compulsivo e dei disturbi alimentari e se il perfezionismo collegasse i sintomi di DA e DOC. Dai risultati emerge che *l'incapacità a controllare i pensieri* è il sintomo con più alta centralità in entrambe le reti analizzate, collegandosi fortemente a dubbi e preoccupazioni del disturbo alimentare e confermando l'indagine di rete condotta precedentemente (Maier et al., 2019); inoltre il *perfezionismo disadattivo* si collegava fortemente tra i sintomi del DOC e dei DA. In conclusione questo studio fornisce dei preliminari percorsi specifici tra la sintomatologia ossessivo compulsiva e dei disturbi del comportamento alimentare, indicando fattori di rischio su cui poter agire per interrompere una possibile comorbidità tra le due categorie di disturbi.

### 3.2 Trattamento

Le linee guida del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) indicano come trattamento efficace per il disturbo ossessivo compulsivo la Terapia Cognitivo Comportamentale (CBT), a cui si affianca la terapia farmacologica.

Per quanto riguarda i disturbi alimentari, vengono definiti come principali interventi per l'anoressia nervosa la Terapia Cognitivo Comportamentale per i Disturbi dell'Alimentazione (CBT-ED), il Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) e lo Specialist Supportive Clinical Management (SSCM), a cui si può affiancare un supporto farmacologico, ove necessario; nel caso della bulimia nervosa, invece, le medesime linee guida definiscono come trattamento principale l'auto-aiuto guidato (GSH) basato sulla CBT e, in caso non dovesse essere efficace, si può ricorrere alla terapia cognitivo comportamentale; anche in questo caso si può affiancare una terapia farmacologica, senza sostituirla a quella psicologica.

In generale, il trattamento più indicato per questi disturbi è la terapia cognitiva comportamentale, con differenti applicazioni a seconda della malattia che si deve affrontare.

La CBT per il trattamento del disturbo ossessivo compulsivo coniuga l'approccio cognitivo, incentrato sul rendere il paziente meno vulnerabile a eventi stressanti mediante l'azione su schemi cognitivi disfunzionali, e quello comportamentale, basato principalmente su tecniche di esposizione e prevenzione della risposta. Nello specifico, dal punto di vista cognitivo è fondamentale in primo



luogo individuare i pensieri negativi automatici tramite tecniche cognitive come domande dirette, domande induttive (basate sul dialogo socratico) e strumenti come le schede di registrazione giornaliera dei pensieri disfunzionali. Dopo aver individuato i pensieri ossessivi principali e i pensieri negativi automatici associati, risulta centrale insegnare al paziente a riconoscerli ed etichettarli come tali, al fine di ridimensionarli e sottrarre loro senso di realtà; in concomitanza con l'esercizio di ridefinizione cognitiva dei pensieri automatici, si inseriscono le tecniche comportamentali di esposizione e prevenzione della risposta, avendo la funzione di ridurre/estinguere la risposta d'ansia condizionata a certi pensieri e offrendo al paziente un'ulteriore prova comportamentale che dimostri come le sue condizioni e/o aspettative siano infondate/eccessive. Per la modificazione/sostituzione dei pensieri automatici con pensieri più adeguati, è importante trovare le principali distorsioni cognitive tramite cui il soggetto elabora le informazioni provenienti dalla realtà, per poi tentare di fornirgli delle interpretazioni differenti e funzionali agli eventi di vita che generano in lui timori e preoccupazioni drammatizzanti. Durante queste fasi si deducono gli schemi di base tipici del paziente che, una volta riconosciuti e verbalizzati, si tenta di modificare tramite la tecnica comportamentale della prevenzione della risposta, utile al consolidamento di nuove strutture cognitive (Dèttore, 2003).

Per il trattamento dei disturbi alimentari sono estremamente rilevanti le teorizzazioni di Fairburn e collaboratori (Carrozza, Della Grave; 2018), i quali, partendo dall'approccio cognitivo comportamentale, hanno implementato la classica CBT migliorandola per i DA: inizialmente, questi studi erano focalizzati solamente al trattamento della bulimia nervosa, caratterizzata per la presenza di abbuffate ricorrenti, interpretabili come una perdita di controllo dovuta alle forti restrizioni dietetiche cognitive che si impone il soggetto per rientrare in standard elevati autoimposti. Gli sforzi degli autori hanno portato alla sintesi di una terapia cognitivo comportamentale per la bulimia nervosa (CBT-BN) che è stata indicata nel 2004 dalle linee guida NICE come intervento di prima scelta per questo disturbo; successivamente, in linea con la concezione transdiagnostica, si è tentato di estendere questo trattamento a qualsiasi disturbo dell'alimentazione, vista la condivisione del medesimo nucleo psicopatologico, sviluppando così la terapia cognitivo comportamentale migliorata per i disturbi dell'alimentazione (CBT-E).

Rispetto alla CBT tradizionale, la CBT-E si focalizza sul problema alimentare concreto dei pazienti piuttosto che sui loro schemi cognitivi; la priorità del trattamento consiste nel tentare di insegnare ai soggetti il giusto modo di alimentarsi, conoscere la malattia da cui sono affetti e cercare di ridurre al minimo i meccanismi di mantenimento del loro disturbo alimentare: quando questi fattori iniziano a venir meno, lo stato mentale dei pazienti può essere modificato, per cui il decentramento può avvenire anche a livello cognitivo. La modalità più efficace, in questo caso, non si basa sull'individuazione

dei pensieri negativi automatici, bensì sulla modificazione del comportamento alimentare, analizzando gli effetti e le implicazioni, per poi produrre un cambiamento cognitivo.

Proprio per queste motivazioni, la CBT-E non utilizza le stesse tecniche tradizionali della terapia cognitivo comportamentale, poiché basata sul “principio di parsimonia”, preferendo procedure dirette, semplici ed efficaci: ad esempio, le schede di registrazione giornaliera sono più specifiche ed essenziali, orientate al monitoraggio di pensieri e emozioni in sole alcune situazioni (come durante il check del corpo o i pasti); inoltre le domande induttive e le prove comportamentali non sono essenziali, poiché considerate dispersive rispetto al trattamento del problema, che risulta tangibile e concreto.

È evidente come la medesima terapia abbia delle applicazioni differenti a seconda del disturbo che è necessario trattare: sicuramente questo conferisce validità all’approccio terapeutico ma potrebbe essere necessario comprendere come questa comorbidità tra DA e DOC può essere affrontata durante un trattamento, sia in un’ottica preventiva, sia in caso un individuo presentasse entrambe le problematiche. A sostegno di ciò, Simpson et al. (2013) hanno condotto uno studio sul trattamento di individui affetti da DOC complicato dalla presenza di DA. I pazienti hanno ricevuto un trattamento multimodale utile per affrontare entrambi i disturbi contemporaneamente: è stata progettata una terapia cognitiva comportamentale che integrava strategie di esposizione e prevenzione della risposta (ERP) specifiche sia per il trattamento del disturbo ossessivo compulsivo sia per i disturbi alimentari. Oltre alla terapia psicologica era presente un trattamento farmacologico a base di SSRI e un piano alimentare ben definito. I risultati dimostrarono una significativa riduzione dei sintomi ossessivo compulsivi e della gravità dei sintomi dei disturbi alimentari a conclusione del percorso. Questo studio suggerisce che le tecniche ERP possano essere valide per il trattamento di entrambi i disturbi in comorbidità, visto anche il risvolto comportamentale che dimostrano sia il DOC (con la presenza di compulsioni), sia i DA (con la autoimposizione di regole alimentari). Inoltre è significativo il successo riscontrato dall’utilizzo di inibitori per la ricaptazione della serotonina, poiché forniscono un supporto pratico ai risultati in ambito genetico e neurofisiologico, ribadendo inoltre il ruolo significativo della serotonina nello sviluppo di questi due disturbi.

## Quarto Capitolo: L'ortoressia nervosa

### 4.1 Introduzione

Nel 1997, in un articolo dello Yoga Journal, Steven Bratman introduce per la prima volta il termine “ortoressia nervosa” (ON), la cui etimologia deriva dall'unione delle due parole greche “ortho”, che significa “corretto”, e “orexi”, che significa “appetito”. L'autore, con questa locuzione, si riferisce a un problema psicologico caratterizzato dalla preoccupazione rispetto l'assunzione di cibi sani (o puri) e il condurre uno stile di vita in linea con questa alimentazione.

Queste osservazioni acquisiscono rilevanza a seguito dello studio condotto da Donini et al. (2004), in cui si definisce per la prima volta l'ortoressia nervosa come “l'ossessione maniacale” per il cibo sano, sottolineando come le persone affette da questa problematica siano preoccupate per la *qualità* di cibo ingerito, a differenza di anoressia e bulimia nervosa, il cui il nucleo psicopatologico verte intorno alla *quantità* di cibo che si assume. Dai risultati emerge come la purezza del cibo sia estremamente rilevante per i soggetti che si ritrovano in questa condizione, anche più dei danni fisici conseguenti a una dieta non bilanciata; inoltre si riscontra come in essi sia presente un'ossessiva preparazione dei pasti, angoscia provocata dal non mangiare in modo sano e senso di superiorità rispetto agli altri quando si tratta di dieta. Lo stesso gruppo di ricerca (Donini et al., 2005) ha tentato di validare un questionario utile per la diagnosi di ON, l'ORTO-15, strumento di valutazione divenuto di riferimento per la maggior parte degli studi che indagano questa condizione, anche se un recente studio condotto da Meule et al. (2020) ne mette in discussione la validità interna, indicando il Bratman's Orthorexia Test (BOT), l'Eating Habits Questionnaire (EHQ-21) e la Düsseldorf Orthorexia Scale (DOS) come strumenti adeguati per la misurazione del comportamento ortoressico.

### 4.2 Criteri diagnostici proposti

Moroze et al. (2015) descrivono per primi dei criteri diagnostici per l'ortoressia nervosa insieme alla presentazione di un caso clinico da loro trattato: l'individuo descritto nello studio, il signor A. (nome fittizio) non presentava una preoccupazione verso la propria immagine corporea, era ben consapevole della sua malnutrizione e si è dimostrato intenzionato a tentare di ripristinare un peso idoneo e un buon stato di salute. La problematica che emerse riguardava i pensieri magici riguardanti il cibo e trattare il proprio corpo come un tempio, fornendogli i “mattoni puri” di cui aveva bisogno. La presentazione di questo caso risultava molto più coerente con l'ortoressia nervosa rispetto a qualsiasi

altro disturbo psichiatrico. Sebbene siano stati i primi a proporre dei criteri diagnostici per ON, includendo la componente ossessivo compulsiva che sembra contraddistinguere questa condizione, Dunn e Bratman (2016) sottolineano come il quarto criterio fosse troppo specifico rispetto a dei dettagli di una teoria dietetica e come non fosse presente il ruolo della significativa perdita di peso in ON; per tali ragioni presentano a loro volta nuovi criteri diagnostici, di seguito riportati:

- Criterio A - Focalizzazione ossessiva sull'alimentazione "sana", come definita da una teoria dietetica o da un insieme di credenze i cui dettagli specifici possono variare; segnato da un esagerato disagio emotivo in relazione a scelte alimentari percepite come malsane; la perdita di peso può derivare da scelte dietetiche, ma questo non è l'obiettivo primario. Come evidenziato da quanto segue:

1. Comportamento compulsivo e/o preoccupazione mentale riguardo a pratiche dietetiche affermative e restrittive ritenute dall'individuo in grado di promuovere una salute ottimale.
2. La violazione delle regole dietetiche autoimposte provoca paura esagerata della malattia, senso di impurità personale e/o sensazioni fisiche negative, accompagnata da ansia e vergogna.
3. Le restrizioni dietetiche aumentano nel tempo e possono arrivare a includere l'eliminazione di interi gruppi alimentari e comportare "pulizie" progressivamente più frequenti e/o severe (digiuni parziali) considerate purificanti o disintossicanti. Questa escalation porta comunemente alla perdita di peso, ma il desiderio di perdere peso è assente, nascosto o subordinato all'ideazione di un'alimentazione sana.

- Criterio B - Il comportamento compulsivo e la preoccupazione mentale diventano clinicamente compromettenti da uno dei seguenti:

1. Malnutrizione, grave perdita di peso o altre complicazioni mediche dovute a una dieta ristretta.
2. Distress intrapersonale o compromissione del funzionamento sociale, scolastico o professionale secondario a convinzioni o comportamenti su una dieta sana.
3. Immagine corporea positiva, autostima, identità e/o soddisfazione eccessivamente dipendenti dal rispetto di comportamenti alimentari "sani" autodefiniti.

Da questi criteri emergono in modo superficiale le prime somiglianze e differenze di ON con DOC e DA. In primo luogo si osserva come l'ortoressia nervosa abbia come ipotetico nucleo psicopatologico l'ossessione per la corretta alimentazione con una manifestazione comportamentale compulsiva rispetto pratiche dietetiche; in taluni casi, inoltre, come descritto da Moroze et al. (2015), possono essere presenti pensieri magici rispetto al cibo che l'individuo considera reali: questo riprende il concetto di insight, la cui valutazione è centrale nella diagnosi di DOC. Dunn e Bratman, nei loro criteri, evidenziano come la perdita di peso non sia l'obiettivo primario del comportamento ortoressico, bensì una conseguenza: questo si evince anche in merito all'alta consapevolezza che dimostra il signor A. rispetto alla sua condizione di malnutrizione,

consapevolezza che difficilmente si riscontra in soggetti affetti da anoressia nervosa. Inoltre l'autostima, l'identità e l'immagine corporea positiva sono dipendenti dai comportamenti alimentari percepiti come puri e sani, mentre nei disturbi alimentari questa dipendenza risulta essere con il peso e la forma del proprio corpo.

### 4.3 Problematiche di inquadramento

All'interno della revisione condotta da Koven e Abry (2015) si tenta cogliere una sintesi di tutti gli studi inerenti l'ortoressia nervosa dalla sua iniziale definizione nel 1997: innanzi tutto viene messo in evidenza che ON, DA e DOC presenterebbero delle sovrapposizioni in termini di perfezionismo, rigidità cognitiva e ansia di tratto, oltre a dimostrare una compromissione a livello della memoria di lavoro e di funzionamento dell'individuo. Nonostante ciò, vi sono anche diverse somiglianze che questa condizione presenta singolarmente con disturbi alimentari, come il senso di colpevolezza quando si trasgredisce alle regole alimentari che ci si autoimpone e i pensieri, che spesso sono egosintonici; inoltre vi sono diverse tendenze ossessivo-compulsive manifeste nei soggetti ortoressici, come l'intrusività dei pensieri, la preparazione ritualizzata del cibo e l'eccessiva attenzione per la contaminazione degli alimenti. L'ortoressia nervosa presenta anche delle componenti uniche, come l'estremo focus sulla sana alimentazione, credenze errate rispetto al cibo e il desiderio di massimizzare la salute tramite diete estreme, a cui si associa spesso l'ostentazione del comportamento.

Per tali ragioni, l'interesse verso l'inquadramento di ON è aumentato recentemente e sono stati diversi gli studi che hanno tentato di comprendere se questa fosse un'entità clinica separata, parte dello spettro ossessivo compulsivo o parte dei disturbi del comportamento alimentare. Una delle principali problematiche di queste ricerche, consiste nella metodologia utilizzata: come accennato in precedenza, la maggior parte della letteratura riguardante l'ortoressia nervosa si avvale dell'ORTO-15, strumento di valutazione che non possiede una buona validità interna. Ciò si evince anche dall'eccessiva eterogeneità dei risultati, estremamente contraddittori. Per cui, di seguito vengono proposti studi che hanno utilizzato metodologie di rilevazione differenti e che sono stati indicati come validi per l'indagine statistica, come EHQ-21.

Novara et al. (2021) hanno condotto uno studio per indagare se l'ortoressia fosse una condizione diversa da DOC, DA, perfezionismo, ansia e depressione e se fosse correlata e differenziata dalla preoccupazione. I risultati hanno dimostrato come vi fossero delle correlazioni tra ON, DA e perfezionismo disadattivo a prescindere dalla presenza di sintomatologia ossessivo compulsiva. Queste evidenze sostengono la presenza di fattori nucleari che combinano ON e DA, ribadendo inoltre come queste condizioni non siano differenti nel processo, bensì nel contenuto. Oltre a ciò è

stata dimostrata una indipendenza dell'ortoressia dal disturbo ossessivo compulsivo, anche se i risultati non escludono in termini definitivi l'influenza della sintomatologia OC nell'insorgenza dell'ortoressia: difatti, essendo emersa una relazione tra ON e preoccupazione, la componente ossessivo compulsiva potrebbe fungere da mediatrice nell'esacerbazione e mantenimento di ON, per cui risultano necessari approfondimenti per comprendere se e in che modo questi due gruppi di sintomi possono associarsi.

Anche in una recente revisione sistematica e meta-analisi condotta Zagaria et al. (2021), si è tentato di chiarire l'entità della relazione tra la sintomatologia ortoressica con quella dei DA e con quella del DOC. I risultati mostrano, anche in questo caso, una forte associazione tra ON e alta presenza di sintomi DE, confermando i risultati esposti precedentemente. Inoltre è stata dimostrata una relazione debole tra la sintomatologia OC e tendenze ortoressiche, a sostegno dell'ipotesi che appartengano a due spettri differenti ma che possano in un qualche modo influenzarsi.

La ricerca sul trattamento per l'ortoressia nervosa è estremamente lacunosa, non vi sono sufficienti evidenze a sostegno che una determinata terapia possa essere efficace (Koven et al 2015). Chiaramente le somiglianze fenotipiche di ON con i disturbi alimentari e disturbo ossessivo compulsivo fanno presumere che la ricerca debba orientarsi verso lo studio dell'efficacia dei trattamenti indicati per questi disturbi, come la terapia cognitivo comportamentale combinata con l'utilizzo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Mathieu, 2005). Zickgraf (2019) sostiene come possa essere utile analizzare in modo approfondito la tecnica comportamentale di esposizione con prevenzione della risposta, visti i comportamenti ritualizzati e i pensieri preoccupati verso la qualità del cibo presenti in ON e il successo che questo strumento riscontra nel trattamento dei sintomi ossessivo compulsivi. Inoltre, viste anche le differenze nell'applicazione della CBT nel trattamento di DA e DOC, una ricerca in quest'ambito potrebbe aiutare la comprensione della categoria diagnostica di ON.

Anche per quanto riguarda l'individuazione dei fattori di rischio per l'insorgenza dell'ortoressia nervosa, sono presenti risultati contrastanti, sempre per via degli strumenti di indagine utilizzati. Novara et al (2022), hanno svolto uno studio per comprendere il ruolo del seguire una dieta sana nell'insorgenza di ON, partendo da un set di dati di uno studio precedente (Novara et al., 2021). I risultati mostrano come la dieta sia correlata ai sintomi ortoressici, senza essere esaustiva rispetto la loro spiegazione: difatti, nonostante le associazioni, i partecipanti mostravano un'eterogeneità nelle caratteristiche ortoressiche, nei tratti di personalità e nelle caratteristiche dei disturbi alimentari. Per questo motivo, la dieta può essere un fattore di rischio per l'esacerbazione dell'ortoressia, ma senza il coinvolgimento di altri elementi non è sufficiente per spiegarne la manifestazione sintomatica. In generale, comunque, i risultati di questo studio hanno dimostrato come le persone con alte tendenze

ortoressiche presentino caratteristiche psicopatologiche e tratti di personalità disadattivi che contribuiscono come fattori di rischio per l'esordio di ON.

Possibili fattori di rischio, come la componente neurofisiologica e genetica, non sono ancora stati approfonditi. Sicuramente l'analisi delle aree cerebrali coinvolte nello sviluppo dell'ortoressia nervosa potrebbe essere rilevante, soprattutto se vi fossero delle sovrapposizioni con le aree cerebrali compromesse individuate in DOC e DA. Inoltre anche lo studio dei geni coinvolti potrebbe essere interessante, specie se si dimostrasse il coinvolgimento attivo di geni differenti, che potrebbe aiutare la spiegazione della frequente presenza del pensiero magico in ON, aiutando a comprendere meglio anche il trattamento farmacologico più adatto: difatti, oltre al successo dimostrato con il trattamento a base di SSRI (Mathieu, 2005), Moroze et al. (2015), avevano somministrato al signor A. olanzapina orale, riscontrando attenuazione dei pensieri magici rispetto al cibo, con conseguente miglioramento della sintomatologia ortoressica.

Le prove preliminari sulla natura dell'ortoressia nervosa esposte fino ad ora suggeriscono, quindi, che appartenga allo spettro dei disturbi alimentari, anche per via del focus tematico specifico riguardo il cibo e le manifestazioni comportamentali rispetto l'alimentazione, ciò non toglie che è stato dimostrato anche il coinvolgimento della preoccupazione in un possibile nucleo psicopatologico di ON, che potrebbe avere correlazioni importanti con la sintomatologia ossessivo compulsiva. La ricerca dovrebbe, quindi, focalizzarsi maggiormente sull'individuazione di tecniche di misurazione valide, sull'approfondire le tecniche di trattamento per questa problematica e sulla comprensione di fattori neurofisiologici e genetici implicati nell'insorgenza dell'ortoressia nervosa.

L'analisi dei meccanismi di mantenimento transdiagnostici potrebbe apportare il contributo decisivo alla definizione dell'ortoressia nervosa. È già stato dimostrato come l'incapacità a controllare i pensieri fosse un sintomo centrale sia nei disturbi alimentari sia nello spettro ossessivo compulsivo e come il perfezionismo disadattivo sia un ottimo collegamento tra i sintomi di queste due categorie di disturbo (Vanzhula et al., 2021). Inoltre, diversi studi hanno già dimostrato sovrapposizioni tra il perfezionismo disadattivo e la sintomatologia ortoressica (Koven e Abry, 2015; Novara et al., 2021) per cui sarebbe interessante approfondire come questo fattore possa contribuire e spiegare la comorbidità o sovrapposizione di ON con DA e DOC. Un altro concetto transdiagnostico che potrebbe risultare utile nella comprensione dell'ortoressia, è il comportamento compulsivo. Tramite una revisione sistematica, Godier e Park (2014) hanno esplorato questo costrutto rispetto il mantenimento dei disturbi alimentari: secondo le autrici, il comportamento alimentare disordinato dimostra una natura compulsiva motivata da ricompense disfunzionali (come l'eccessiva perdita di peso), contribuendo, così, all'instaurazione dei meccanismi centrali del nucleo psicopatologico. La compulsività, centrale nel DOC, ha una valenza transdiagnostica anche a livello terapeutico per i casi

clinici che presentano entrambi i disturbi (Simpson et al., 2013), giustificando la ricerca di trattamenti che possano essere validi per entrambe le condizioni. Anche la minuziosa preparazione del cibo e la rigidità rispetto l'osservazione di pratiche dietetiche nell'ortoressia nervosa presentano compulsività e estrema preoccupazione (Morozze et al., 2015; Dunn e Bratman, 2016). Sarebbe necessario, quindi, approfondire il ruolo di questi concetti nella sintomatologia ortoressica e come possano essere presenti delle sovrapposizioni tra categorie diagnostiche per meglio comprendere la collocazione di ON all'interno degli spettri già individuati.



## Bibliografia

- Abramovitch, A., Anholt, G. E., Cooperman, A., Van Balkom, A. J. L. M., Giltay, E. J., Penninx, B. W., Van Oppen P., (2019). Body mass index in obsessive-compulsive disorder, *Journal of Affective Disorders*, Volume 245, Pages 145-151
- American Psychiatric Association, 2013. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5*. Tr.it. Raffaello Cortina, Milano, 2015
- Bang, L., Kristensen, U.B., Wisting, L., et al., (2020). Presence of eating disorder symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *BMC Psychiatry* 20, 36
- Brakoulias, V., Starcevic, V., Berle, D., et al., (2014). The Relationships Between Obsessive–Compulsive Symptom Dimensions and Cognitions in Obsessive–Compulsive Disorder. *Psychiatric Quarterly*, 85, 133–142
- Cascino, G., Canna, A., Monteleone, A. M., Russo, A. G., Prinster, A., Aiello, M., Esposito, F., Di Salle, F., Monteleone, P.,(2020). Cortical thickness, local gyrification index and fractal dimensionality in people with acute and recovered Anorexia Nervosa and in people with Bulimia Nervosa, *Psychiatry Research: Neuroimaging*, Volume 299
- Castellini, G., Ricca, V., Lelli, L., Bagnoli, S., Lucenteforte, E., Faravelli, C., Sorbi, S., Nacmias, B. (2012), Association between serotonin transporter gene polymorphism and eating disorders outcome: A 6-year follow-up study. *American Journal of Medical Genetics*, 159B: 491-500.
- Dettore D., (2003). *Il disturbo ossessivo-compulsivo*. 2a ed. Milano, Mc Graw-Hill Companies
- Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P. *et al.* (2004). Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorder - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9, 151–157
- Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P. *et al.* (2005). Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorder - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 10, e28–e32
- Fairburn C. G.. *La terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. Tr.it. a cura di Carrozza, A., Della Grave, R.; Erikson, 2018
- Godier, L. R., Park, R. J. (2014). Compulsivity in anorexia nervosa: a transdiagnostic concept. *Frontiers in Psychology*, VOL.5
- Koven, N. S., & Abry, A. W., (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 385–394.
- Lee, Y. and Lin, P.-Y. (2010). Association between serotonin transporter gene polymorphism and eating disorders: A meta-analytic study. *International Journal of Eating Disorder*, 43: 498-504.
- Mathieu, J., (2005). What Is Orthorexia?, *Journal of the American Dietetic Association*, Volume 105, Issue 10, Pages 1510-1512

Meier, M., Kossakowski, J. J., Jones, P. J., Kay, B., Riemann, B. C., McNally, R. J. (2020). Obsessive–compulsive symptoms in eating disorders: A network investigation. *International Journal of Eating Disorder*, 53: 362 – 371.

Meule, A., Holzapfel, C., Brandl, B., Greetfeld, M., Hessler-Kaufmann, J. B., Skurk, T., Quadflieg, N., Schlegl, S., Hauner, H., Voderholzer, U., (2020). Measuring orthorexia nervosa: A comparison of four self-report questionnaires, *Appetite*, Volume 146

Moroze, R. M., Dunn T. M., Holland, J. C., Yager, J., Weintraub, P., (2015). Microthinking About Micronutrients: A Case of Transition From Obsessions About Healthy Eating to Near-Fatal “Orthorexia Nervosa” and Proposed Diagnostic Criteria, *Psychosomatics*, Volume 56, Issue 4, Pages 397-403

National Institute for Health and Clinical Excellence, (2017). Eating disorders: recognition and treatment [NICE Guideline]. Clinical guideline No. 69. London, UK, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>

National Institute for Health and Clinical Excellence, (2005). *Obsessive Compulsive Disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder* [NICE Guideline]. Clinical guideline No. 31. London, UK, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31>

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, (1997). *Behaviour Research and Therapy*, Vol 35(7), pp. 667-681. Publisher: Elsevier Science

Reuther, E.T., Davis, T.E., III, Rudy, B.M., Jenkins, W.S., Whiting, S.E. and May, A.C. (2013), Intolerance of uncertainty as a mediator of the relationship between perfectionism and obsessive-compulsive symptom severity. *Depress Anxiety*, 30: 773-777

Riccelli, R., Toschi, N., Nigro, S., Terracciano, A., Passamonti, L., (2017). Surface-based morphometry reveals the neuroanatomical basis of the five-factor model of personality, *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, Volume 12, Issue 4, Pages 671–684

Rozenblat, V., Ong, D., Fuller-Tyszkiewicz, M., Akkermann, K., Collier, D., Engels, R. C.M.E., Fernandez-Aranda, F., Harro, J., Homberg, J. R., Karwautz, A., Kiive, E., Klump, K. L., Larson, C. L., Racine, S. E., Richardson, J., Steiger, H., Stoltenberg, S. F., Van Strien, T., Wagner, G., Treasure, J., Krug, I. (2017). A systematic review and secondary data analysis of the interactions between the serotonin transporter 5-HTTLPR polymorphism and environmental and psychological factors in eating disorders, *Journal of Psychiatric Research*, Volume 84, Pages 62-72

Shafran, R., Cooper, Z., Fairburn, C. G. (2002) Clinical perfectionism: a cognitive–behavioural analysis, *Behaviour Research and Therapy*, Volume 40, Issue 7, Pages 773-791

Shaw, P., Sharp, W., Sudre, G. et al. (2015). Subcortical and cortical morphological anomalies as an endophenotype in obsessive-compulsive disorder. *Molecular Psychiatry* 20, 224–231

Shruti S. Kinkel-Ram, William Grunewald, Shelby N. Ortiz, Joshua M. Magee, April R. Smith (2022) Examining weekly relationships between obsessive-compulsive and eating disorder symptoms, *Journal of Affective Disorders*, Volume 298, Part A, Pages 9-16

Simpson, H. B., Wetterneck, C. T., Cahill, S. P., Steinglass, J. E., Franklin, M. E., Leonard, R. C., Weltzin, T. E., Riemann, B. C., (2013). Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder Complicated by Comorbid Eating Disorders, *Cognitive Behaviour Therapy*, 42:1, 64-76

- Steiger, H., Booij, L., Kahan, E., McGregor, K., Thaler, L., Fletcher, E., Labbe, A., Jooper, R., Israël, M., Szyf, M., Agellon, L. B., Gauvin, L., St-Hilaire, A., Rossi, E., (2019). A longitudinal, epigenome-wide study of DNA methylation in anorexia nervosa: results in actively ill, partially weight-restored, long-term remitted and non-eating-disordered women, *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 44 (3), 205-213
- Suda, M., Brooks, S. J., Giampietro, V., Uher, R., Mataix-Cols, D., Brammer, M. J., et al. (2014). Provocation of Symmetry/Ordering Symptoms in Anorexia nervosa: A Functional Neuroimaging Study, *Plos One*, 9(8): e106295
- Taylor, S. (2016). Disorder-Specific Genetic Factors in Obsessive-Compulsive Disorder: A Comprehensive Meta-Analysis. *American Journal of Medical Genetics*, 171 B: 325– 332.
- Taylor, S., Afifi, T. O., Stein, M. B., Asmundson, G. J., & Jang, K. L. (2010). Etiology of obsessive beliefs: A behavioral-genetic analysis. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24(3), 177-186
- Vanzhula, I. A., Kinkel-Ram S. S., Levinson, A. C., (2021). Perfectionism and Difficulty Controlling Thoughts Bridge Eating Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms: A Network Analysis, *Journal of Affective Disorders*, Volume 283, Pages 302-309
- Williams, B.M. and Levinson, C.A. (2021). Intolerance of uncertainty and maladaptive perfectionism as maintenance factors for eating disorders and obsessive-compulsive disorder symptoms. *European Eating Disorders Review*, 29: 101-111
- Wobrock, T., Gruber, O., McIntosh, A.M. et al. (2010). Reduced prefrontal gyrification in obsessive-compulsive disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 260, 455–464
- Yilmaz, Z., Halvorsen, M., Bryois, J. et al. (2020). Examination of the shared genetic basis of anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *Molecular Psychiatry*, 25, 2036–2046.
- Zagaria, A., Vacca, M., Cerolini, S., Ballesio, A., & Lombardo, C. (2022). Associations between orthorexia, disordered eating, and obsessive-compulsive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 55 (3), 295– 312
- Zickgraf H.F. (2019) Treatment of pathologic healthy eating (ortorexia nervosa). In Storch, E. A., McKay, D., & Abramowitz, J. S. (Eds.). *Advanced casebook of obsessive-compulsive and related disorders: conceptualizations and treatment*. Academic Press, Pages 21-40