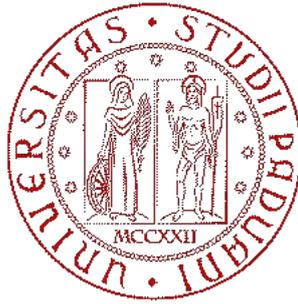


**8** 1222·2022  
ANNI



**UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA**

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia Generale**

**Corso di Laurea Triennale in Scienze Psicologiche Cognitive e Psicobiologiche**

Elaborato finale

**STRATEGIE DI REGOLAZIONE EMOTIVA RELATIVAMENTE AI DISTURBI DEL  
COMPORTAMENTO ALIMENTARE, CON FOCUS SUI MECCANISMI  
DELL'ANORESSIA NERVOSA**

...

**EMOTIONAL REGULATION STRATEGIES RELATING TO EATING DISORDERS,  
FOCUSSING ON THE MECHANISMS OF ANOREXIA NERVOSA**

Relatore: **Prof. Mario Liotti**

Candidata: **Emily Andriollo**

Matricola: **1234882**

**Anno accademico 2021-2022**

## Sommario

<b>1</b>	<b>NOTA INTRODUTTIVA</b> .....	3
1.1	INQUADRAMENTO TEORICO .....	4
1.2	BREVE EXCURSUS SUI DCA .....	5
1.3	FOCUS SULL'ANORESSIA NERVOSA (AN) CON RIFERIMENTO AL DSM-V .....	6
1.3.1	CRITERI DIAGNOSTICI E SPECIFICATORI .....	6
1.3.2	CARATTERISTICHE PECULIARI E COMORBIDITA' .....	7
<b>2</b>	<b>LA REGOLAZIONE EMOZIONALE</b> .....	9
2.1	IL MODELLO DI J.JAMES GROSS .....	10
2.2	RISPOSTE EMOZIONALI: REGOLAZIONE ED ELABORAZIONE DELLE EMOZIONI IN AN .....	12
<b>3</b>	<b>DUALISMO MENTE E CORPO: UNA PROSPETTIVA AEREA</b> .....	16
3.1	PROCESSI ALESSITIMICI E STILE DI ATTACCAMENTO IN AN .....	18
3.2	PERFEZIONISMO, <i>WORRY</i> ED ELABORAZIONE DELLE EMOZIONI .....	20
3.3	DISTORSIONI DELL'IMMAGINE CORPOREA: PERCEZIONE EMOZIONALE DEL CORPO .....	23
3.4	BASI NEURALI (CENNI) .....	25
<b>4</b>	<b>CONSLUZIONE</b> .....	27
4.1	IL CIBO COME "PHARMAKON" (MALATTIA E CURA) .....	27

“come nel restauro di una casa, dentro una persona che rivela il suo disagio ci sono sempre cose da salvare, da riscoprire, da rilucidare, da ridipingere per restituire loro un senso.”

- Fabiola De Clerq, Donne invisibili

## **1. NOTA INTRODUTTIVA**

Nei mesi in cui mi sono dedicata a scrivere la mia tesi, ho cercato di incastrare non solo il tirocinio curricolare, ma anche la lunga e tortuosa preparazione di due esami -che dovevano essere uno solo, ma ho avuto un piccolo imprevisto- e un misto di ansia e aspettativa; la preoccupazione di non farcela e l’attesa di quello che sarebbe stato.

Ho trascorso questo tempo a Vicenza, presso l’istituto di formazione professionale ENGIM, dove ho potuto sperimentare alcuni degli aspetti operativi di quella che, spero, sarà la mia professione, oltre ad aver incontrato persone che ricorderò a lungo; i professori e in particolar modo i ragazzi con cui ho lavorato –alcuni più problematici di altri- che mi hanno permesso di entrare nel loro mondo, così diverso dal mio. Entro il contesto scolastico mi sono posta verso di loro come una presenza positiva che non li giudicasse in quanto studenti, bensì come persone, e proprio questa scelta mi ha permesso di instaurare con loro un rapporto di fiducia sincera.

Sento di aver imparato molto da questa esperienza. Mi sono messa in discussione, non solo con me stessa, ma anche nei rapporti interpersonali; la possibilità di affiancare la stesura dell’elaborato finale all’esperienza di tirocinio mi ha convinto a non trattare questo scritto con freddezza, bensì a riempirlo di qualcosa che fosse mio, personale.

Ho scelto una trattazione sui Disturbi Alimentari perché sono qualcosa che mi ha riguardato da vicino tempo addietro; può accadere che, per svariate ragioni, si entri in dinamiche dalle quali ci sentiamo inviccinabili ma che invece, numeri alla mano, risultano più prossime di quanto si possa credere. Si possono leggere cifre sconvolgenti parlando di incidenza delle patologie alimentari relativamente al genere più vulnerabile e alle fasce d’età più colpite (Kring, Johnson, Davison & Neale, 2017).

Penso che, trattando di psicologia, per quanto sia fondamentale un approccio scientifico, rigoroso e metodico, rimanga necessario tenere a mente che si sta parlando di “uomo” nella sua totalità e questo comprende in una certa misura, diversi elementi personali che lo caratterizzano e lo arricchiscono.

## 1.1 INQUADRAMENTO TEORICO

L'elaborato corrente, come si può evincere dal titolo, non si occuperà di Disturbi del Comportamento Alimentare nello specifico, bensì di strategie di regolazione emotiva; proprio perché la vastità dell'argomento in esame si presta ad un numero indefinito di divagazioni, è opportuno declinare entro un contesto specifico le venturose analisi, nell'ottica di condurre la ricerca e l'esposizione di quest'ultima, nel migliore dei modi.

Per prima cosa, dopo un breve excursus sui Disturbi Del Comportamento Alimentare, si fornisce una definizione di strategie di regolazione emotiva, che, rimanendo per ora in termini generali, funge da cornice entro cui leggere l'elaborato; l'argomento verrà poi approfondito e declinato nel capitolo 2. Seguirà una analisi circa la disregolazione emozionale nell'Anoressia Nervosa, con le relative implicazioni funzionali, riguardo l'elaborazione emozionale e il modo in cui quest'ultima inficia la percezione corporea e le relazioni con l'ambiente. Al termine dell'elaborato si discuterà sull'aspetto ambivalente del cibo e si riporteranno alcune riflessioni personali.

E' bene tenere presente che quando si parla di regolazione emotiva vi è una componente di soggettività non indifferente, non solo nella cognizione dell'emozione in sé ma anche nel modo di viverla e di sentirla come appartenente al nostro orizzonte ( Galati et al. 2008); si è tentato di dare una definizione generale alle emozioni, classificandole in base al tipo di arousal, alle modificazioni della muscolatura facciale ed è appunto emerso che le 6 emozioni principali sono riconoscibili transculturalmente, ciononostante esistono micro sfumature che sono percepibili solo grazie ad una grande raffinatezza empatica (Ekman, 1982, in Celeghin, Diano, Bagnis & Tamietto, 2017; Ekman & Friesen, 1971). Nel momento in cui un individuo prova una determinata emozione e desidera gestirla -regolarla, per l'appunto-, volontariamente o non, attraverso una serie di strategie e comportamenti messi in atto, ricerca delle risposte soggettive alle proprie reazioni emotive, che modificano in maniera flessibile l'esperienza dell'emozione, consentendo l'alterazione del processo emotivo in termini di comparsa, durata, contenuto e qualità dell'esperienza (Casadio, 2016).

E' difficile fornire una legge che funga da modello universalmente valido per definire cause e soluzioni dell'Anoressia Nervosa, tuttavia si può spiegare in maniera generale, senza avere la presunzione di rilegare in compartimenti stagni i sintomi e i segni del disturbo, quali relazioni vi siano tra suddetto problema e un adattamento emotivo funzionalmente compromesso.

## 1.2 BREVE EXCURSUS SUI DCA

Il quadro che verrà di seguito proposto si basa sul modello categoriale e nosografico che è presentato nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-V), redatto nella sua Quinta edizione (American Psychiatric Association, 2013). Nella Sezione II del manuale vi sono i disturbi che soddisfano la seguente definizione: “[...] sindrome caratterizzata da un’alterazione clinicamente significativa della sfera cognitiva, della regolazione delle emozioni o del comportamento di un individuo, che riflette una disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi che sottendono il funzionamento mentale. I disturbi mentali sono solitamente associati ad un livello significativo di disagio o disabilità in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti[...]” (pag.22)

I Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione, più comunemente noti come Disturbi del Comportamento Alimentare -per praticità verrà usata spesso la sigla DCA-, comprendono un gruppo eterogeneo di patologie a carattere mentale e, come si può facilmente dedurre, anche organico, caratterizzate da un approccio disfunzionale verso l’assunzione di cibo, comportando un’alterazione significativa della salute fisica e del funzionamento psicosociale (APA, 2013).

Nel DSM-V si tratta di:

- Picacismo,
- Disturbo da Ruminazione,
- Disturbo evitante/restrittivo dell’assunzione di cibo,
- Anoressia Nervosa (AN),
- Bulimia Nervosa (BN),
- Disturbo da Binge Eating (BED),
- Disturbo della nutrizione o dell’alimentazione con altra specificazione/senza specificazione.

Da una prospettiva aerea emerge che queste patologie siano mutualmente esclusive, o almeno, l’approccio categoriale permette di determinare una sola diagnosi per ogni episodio considerato; non sono tuttavia infrequenti comorbidità tra 2 o più delle patologie trattate, sia al momento di insorgenza del disturbo, sia in fase di decorso. Si nota inoltre che le sopraccitate abbiano delle componenti in comune, come ad esempio la persistenza e la ripetitività di determinati comportamenti, l’attenzione morbosa all’immagine corporea e talvolta la distorsione di quest’ultima, il rapporto disfunzionale/ossessivo per il cibo, i sentimenti di marcato disagio e vergogna per il proprio agire. Gli elementi per i quali differiscono sono il decorso clinico, l’esito e

la necessità di trattamento, che debbono considerare le caratteristiche peculiari di ogni patologia (APA, 2013).

### **1.3 FOCUS SULL'ANORESSIA NERVOSA (AN) CON RIFERIMENTO AL DSM-V (APA, 2013)**

#### **1.3.1 CRITERI DIAGNOSTICI E SPECIFICATORI**

Secondo il DSM-V i criteri diagnostici dell'Anoressia Nervosa riguardano non solo l'oggettività fisica del soggetto in analisi, con una significativa riduzione del peso corporeo, ma anche la sfera cognitiva-percettiva che riguarda la propria immagine corporea e il rapporto con il cibo.

CRITERIO A) assunzione di calorie nettamente ristretta rispetto al fabbisogno calorico necessario che ha come conseguenza una consistente perdita di peso e dunque un peso corporeo molto basso relativamente ad età, sesso, sviluppo e salute fisica. Come indice oggettivo di riferimento si valuta l'Indice di Massa Corporea (IMC), da non considerare esclusivamente in quanto valore numerico, bensì da inserire all'interno del contesto di analisi del paziente, tenendo conto che la normalità in termini di peso contempla un range soggettivo di variabilità. Non meno importanti sono la costituzione corporea dell'individuo, lo storico del peso ed eventuali disturbi fisiologici (APA, 2013).

CRITERIO B) nonostante il peso corporeo significativamente basso, il soggetto mostra persistente paura di aumentare di peso e/o di ingrassare e mette in atto comportamenti che impediscono l'aumento di peso. E' bene notare che il controllo del peso non contribuisce ad alleviare la paura; quest'ultima, infatti, oltre a non essere riconosciuta, spesso è inversamente proporzionale alla perdita di peso, e per questo aumenta al diminuire del numero sulla bilancia. Se non vi sono altre cause organiche a cui è attribuibile la persistente magrezza estrema, il soggetto corrisponde pienamente al criterio B (APA, 2013).

CRITERIO C) percezione alterata del proprio peso, della forma del corpo e del modo di viverlo; l'autostima del soggetto si basa sul peso o sulla forma corporea e può rimanere costante il fatto di non riconoscere la gravità della condizione di sottopeso. Si possono presentare diversi scenari su questo fronte; pazienti che si sentono 'grassi' nonostante vi siano prove evidenti che testimoniano il contrario, pazienti che sono consapevoli della propria condizione di sottopeso ma sono convinti che alcune parti del corpo siano un particolare accumulo di adipe -addome, glutei, cosce etc-. Il proprio valore si basa su fattori esclusivamente estetici, distorti peraltro, dimenticando le implicazioni mediche del sottopeso e della malnutrizione (APA, 2013).

Tra gli specificatori si trovano:

- Tipo con restrizioni : la perdita di peso avviene mediante dieta ferrea, digiuno e/o attività fisica eccessiva. Negli ultimi 3 mesi non vi sono stati episodi di abbuffata o condotte di eliminazione/compensazione
- Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione : nel corso degli ultimi 3 mesi il soggetto ha presentato episodi ricorrenti di abbuffata con condotte di eliminazione/ compensazione quali, verbigrazia, vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi.
- Un ulteriore indicatore del livello di gravità è il sopraccitato BMI( Body Max Index) – IMC (Indice di Massa Corporea) (Weir & Jan, 2019) -
  1. Lieve :  $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$
  2. Moderata:  $IMC 16 - 16,99 \text{ kg/m}^2$
  3. Grave:  $IMC 15 - 15,99 \text{ kg/m}^2$
  4. Estrema:  $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

### **1.3.2 CARATTERISTICHE PECULIARI E COMORBIDITA'**

Il periodo critico in cui di solito si manifestano problemi relativi all'immagine corporea è l'adolescenza e più in generale la fase della pubertà; esistono anche casi in cui l'esordio di patologie precede la pubertà o segue i 35/40 anni, ma sono situazioni piuttosto rare.

La letteratura scientifica individua due categorie di fattori di rischio che classifica come generali e particolari; nella prima rientrano le situazioni esterne o le condizioni interne alla persona che costituiscono una predisposizione allo sviluppo di una qualunque psicopatologia, della seconda fanno parte invece quelle caratteristiche interne o esterne che rendono più alto il rischio probabilistico di sviluppare un DCA. All'interno di questa seconda categoria risaltano la qualità del rapporto con la famiglia, eventuali abusi sessuali/emotivi o maltrattamenti in età infantile, inoltre il perfezionismo come tratto di personalità che aumenterebbe il rischio di sviluppare patologie alimentari (Bardone-Cone et al. 2007). Solitamente dopo una dieta molto rigida o a seguito di un evento stressante iniziano ad esserci delle problematiche con l'immagine corporea o con il rapporto con il cibo: è interessante notare come le donne con un punteggio elevato nella misurazione dei comportamenti alimentari distorti, determinato attraverso l'*Eating Disorders Inventory* – le sottoscale vanno ad indagare tratti caratteristici che vengono associati ai DCA, ad esempio, pulsione verso la magrezza, inadeguatezza, perfezionismo, insoddisfazione per il proprio corpo etc.-, alla

richiesta di identificare la forma del corpo attuale, quella ideale e quella che si ritiene la più attraente per il sesso opposto tra le figure proposte, mostrerebbero la tendenza a sovrastimare la magrezza, in quanto giudicato preferibile non solo per se stesse, ma anche per il genere maschile (Kring et al. 2017). Il tasso di guarigione si colloca tra il 50% e il 70%, passando però attraverso ricadute frequenti e terapie che possono durare anni (Kring et al. 2017).

Non di rado, insite nel soggetto con diagnosi di Anoressia Nervosa, vi sono tratti caratteristici di altri disturbi mentali o diagnosi concomitanti con il quadro di Anoressia, ad esempio, Disturbo Bipolare, Disturbi d'Ansia o Disturbo Depressivo. Quest'ultimo in particolare si identifica frequentemente con i seguenti segni e sintomi: umore depresso, ritiro sociale, irritabilità, insonnia e diminuzione dell'impulso sessuale. Non rare sono tendenze ossessivo-compulsive relative o meno al cibo, ad esempio la percezione polarizzata del cibo, tendente al polo negativo, l'accumulo di cibarie o il pensiero persistente orientato al cibo. Spesso anche il disturbo da uso di sostanze può aggiungersi alla diagnosi di AN, specie se si tratta del tipo con abbuffate/condotte di eliminazione. Inoltre, senza che ciò sia indice di comorbidità con altre patologie, si associano ad AN anche preoccupazione nel mangiare in presenza di altre persone, senso di inadeguatezza, desiderio intenso di poter controllare l'ambiente circostante, poca elasticità mentale, diminuita spontaneità sociale e tendenza a reprimere la propria espressività sociale (APA, 2013).

Sovente, senza che ciò sia indice di comorbidità con altre patologie, si associano ad AN anche preoccupazione nel mangiare in presenza di altre persone, senso di inadeguatezza, desiderio intenso di poter controllare l'ambiente circostante, poca elasticità mentale, diminuita spontaneità e tendenza a reprimere la propria espressività sociale (APA, 2013).

Tra i fattori che ostacolano l'aumento di peso ma non costituiscono una patologia a sé, vi è un sottogruppo di soggetti anoressici accomunati dall'attuazione di attività fisica eccessiva; spesso precedono l'esacerbazione del disturbo la volontà di 'dare una aggiustata all'alimentazione', di 'mettersi a dieta' o di 'fare più attività sportiva'. In particolare quest'ultima può rivelarsi come un metodo di compensazione "brucia-calorie" che segue o precede l'assunzione di cibo (APA, 2013).

## 2. LA REGOLAZIONE EMOZIONALE

La definizione che propone la Treccani (1991) del termine ‘processo’ indica una successione di fenomeni che presenti una certa unità e si svolga in modo regolare. Da qui si evince che la regolazione emotiva in quanto insieme di ‘modi di procedere’ verso un determinato fine, goda di un elemento trasversale, nonostante le differenze individuali, che è l’omogeneità. Ciò significa che, per quanto le strategie possano variare da persona a persona, a livello interindividuale rimanga una forma di coerenza tale da garantire quanto precedentemente detto.

Ad oggi sappiamo che lo sviluppo delle emozioni è un percorso che prosegue pari passo alla crescita fisica di un individuo; si tratta dunque di un processo di apprendimento e continua integrazione di informazioni che vengono gradualmente identificate e riorganizzate per consentire l’adattamento funzionale del soggetto all’ambiente (Schwartz & Clore, 2003).

Quando si parla di regolazione emotiva è importante tenere a mente innanzitutto che si tratta di strategie di *coping* -cioè di fronteggiamento di situazioni emotivamente cariche, sia in positivo che in negativo- che sono strettamente legate a variabili ambientali. In primis, l’aspetto della consapevolezza di metterle in atto; in secondo luogo, il contesto entro cui vengono messe in atto, in quanto altamente informativo non solo dell’aspetto qualitativo della strategia ma anche dell’effettiva funzionalità della stessa (Casadio, 2016).

Il concetto di regolazione funzionale o disfunzionale è estremamente soggettivo e di fatto, l’efficacia di una strategia di regolazione rispetto ad un’altra dipende dal tipo di utilizzo che ne fa l’individuo. Sheppes, Scheibe, Suri & Gross (2011) mettono in luce come l’attivazione di un obiettivo sia fondamentale per il processo di generazione di un’emozione, in quanto il soggetto può essere coinvolto sia intrinsecamente –in sé e per sé -sia estrinsecamente – in rapporto ad altri.

Secondo Hopp, Troy & Mauss (2011), esistono 3 strategie migliori di altre in termini funzionali. Vi è in primis la Ristrutturazione Cognitiva (*Reappraisal*) che riguarda la capacità di produrre autonomamente una serie di spiegazioni e punti di vista positivi riguardo una situazione. Quindi, il *Problem-Solving* indica il tentare volontariamente di modificare o contenere le conseguenze di una situazione carica di stress. Infine si parla di Accettazione come di una pratica che consiste nel legittimare l’emozione esperita e di guardare ad essa senza giudizio.

Quanto alle strategie di regolazione emotiva considerate convenzionalmente come disadattive perché possono concorrere all’insorgenza e al mantenimento di un disturbo, si considerino la Soppressione delle esperienze emozionali che, come bene insegna l’esperimento di Wegner, Schneider, Carter & White (1987) circa la soppressione dei pensieri, ha come risultato l’insorgenza

della emozione che si vuole reprimere, con maggiore intrusività; quindi l'Evitamento che consiste nell'evitare, a livello esperienziale e/o comportamentale, le condizioni per le quali ci si ritroverebbe ad esperire quella determinata emozione; infine il Rimuginio e la Ruminazione che portano il soggetto a soffermarsi ripetitivamente sulle emozioni, sulla loro origine e su quello che potrebbero implicare.

Lo studio di Sheppes et al. (2011) indaga la scelta delle strategie di regolazione emotiva preferite in situazioni definite *low-intensity negative situations* e *high-intensity negative situations* in 3 condizioni; durante le prime due, ai soggetti sono state presentate immagini ad alta carica emotiva, nell'ultima, invece, è stata somministrata una stimolazione elettrica non preannunciata. Le strategie ipotizzate per la regolazione emotiva -ipotesi poi confermate dai risultati- sono la *engagement reappraisal* e la *distraction* per giungere al disimpegno, bloccando il Processamento emozionale ad uno stadio iniziale, prima che diventi forte. Ciò che emerge da questo studio è che gli individui sani gestiscono le loro emozioni oscillando in maniera flessibile tra il Processamento emotivo -favorito dalla *engagement reappraisal*- con stimoli negativi a bassa intensità, invece, laddove lo stimolo negativo sia ad alta intensità, si predilige la *distraction*. In contrasto a quanto compare in altri studi, vengono messi in dubbio dei modelli precorrenti che mostrano l'importanza dell'*engagement* con stimoli emotigeni e gli effetti negativi dell'inibizione e del disimpegno cronico; al contrario questo studio mette in luce come in situazioni avverse, una ridotta risposta emozionale può essere predittiva di un migliore funzionamento a lungo termine.

## **2.1 IL MODELLO DI J.JAMES GROSS (2014)**

Le emozioni, come si è visto finora, sono il modo attraverso cui creiamo una relazione con l'ambiente, ci adattiamo ad esso, prendiamo decisioni circa il contesto in cui ci troviamo, gestiamo le relazioni sociali e comunichiamo con le altre persone (Keltner,& Kring, 1998).

Ma che cosa sono le emozioni? Questa la domanda con cui inizia l'analisi di Gross (2014) sulla natura delle emozioni. La letteratura pullula di possibili risposte a questa domanda e a quelle che ne derivano conseguentemente, tuttavia i modelli classici tendono ad uniformare un fenomeno interno quanto esterno che comprende un range di risposte significativamente ampio "*from the mild to the intense, the brief to the extended, the simple to the complex, and the private to the public*" (pag. 3-4). La prima tra le caratteristiche centrali dell'emozione riguarda il momento della sua insorgenza, con l'attivazione corrispondente alla valutazione che un individuo fa di una determinata situazione; a seguito, quindi, di una situazione psicologicamente rilevante, un processo attentivo conduce ad

una relativa valutazione cognitiva e conseguentemente ad una risposta. La fase di modulazione attraverso cui un individuo dona una forma, esperisce ed esprime le emozioni viene definita Regolazione Emotiva che Gross spiega con una serie di *core features* ben precise; innanzitutto l'attivazione di un *goal* che può essere intrinseco o estrinseco a seconda che la regolazione avvenga in sé o in relazione ad altri; il coinvolgimento di processi che sono responsabili dell'alterazione della traiettoria emotiva, possono essere impliciti o espliciti, in altre parole, consapevoli o non consapevoli; infine l'impatto che la regolazione ha sulle dinamiche emozionali, quindi latenza, durata, tempistiche etc.

Gross presenta già nel 1998 un *Process Model Of Emotion* che integra queste tre caratteristiche principali, descrive le emozioni come un processo dinamico di elaborazione delle informazioni entro il quale sono cinque i momenti in cui un individuo può regolare le proprie emozioni che corrispondono a cinque diversi processi di regolazione emotiva:

- la selezione della situazione: il soggetto attua comportamenti volti a rendere più o meno probabile l'esperienza di determinate emozioni piuttosto che altre.
- la modifica della situazione: si sceglie di modificare direttamente la situazione in modo tale da avere controllo sulle conseguenze emotive.
- la focalizzazione sulla situazione: contempla la distrazione con annesso spostamento del focus attentivo ad uno stimolo diverso, la concentrazione su uno stimolo specifico o la ruminazione, che pone al vertice gli stati emotivi interni e le rispettive conseguenze negative.
- il cambiamento cognitivo: cioè la capacità di modificare la valutazione cognitiva di una determinata situazione in modo tale da ottenere un significato emotivo più accettabile.
- la modulazione della risposta: si cerca di controllare la risposta fisiologica, inibendo eventuali comportamenti non adeguati.

Nell'opera di riferimento, Gross (1998) ripercorre il panorama scientifico entro il quale concepisce il suo modello, al fine di riconoscere che il benessere psicologico risiede in una gestione appropriata dell'apparato emotivo.

La situazione che viene riportata è contraddittoria, infatti, sebbene, da un lato, l'avvento della medicina psicosomatica aveva messo in discussione la regolazione emotiva, in quanto l'eccessiva coercizione dell'aspetto psicologico pareva correlata con disordini organici -emerse correlazione tra l'inibizione cronica di tristezza e pianto con disordini dell'apparato respiratorio, oppure, l'inibizione cronica della rabbia viene associata a disordini cardiovascolari (Alexander, 1950;1939 in Gross,

1998) -, dall'altro in risposta a questo dibattito, Gross propose un modello procedurale *input-output* che sancì l'inizio della concezione di emozione sulla base di una valutazione dei *cues* emotivi, esterni o interni. La valutazione innesca un insieme coordinato di risposte emozionali che si manifestano a livello comportamentale, esperienziale e fisiologico, che insieme facilitano una risposta adattiva allo stimolo percepito. La risposta può essere appunto modulata, ed è questa modulazione che porta alla manifestazione definitiva della risposta emotiva; il tipo di manipolazione può riguardare il sistema di *input* - le strategie di regolazione focalizzate sull'antecedente- o quello di *output* -regolazione emotiva focalizzata sulla risposta-.

La differenza sostanziale e qualitativa che Gross mette in evidenza nel panorama della regolazione emotiva, riguarda il momento in cui 'si spegne' l'emozione; vi sarà infatti notevole differenza tra la gestione di una emozione appena agli inizi, rispetto ad un'altra che ha già generato una risposta, da qui la differenza tra regolazione emotiva *antecedent* o *response-focused*. Gross specifica un ulteriore dettaglio sulle strategie di regolazione da lui elaborate, cioè che se diverse forme di regolazione emotiva hanno diverse conseguenze, non esiste una strategia che sia superiore alle altre a livello assoluto e sempre valida; ciò che porta ad un utilizzo adattivo delle strategie è come, quando e con che frequenza vengono usate le stesse.

## **2.2 RISPOSTE EMOZIONALI: REGOLAZIONE ED ELABORAZIONE DELLE EMOZIONI IN AN**

All'interno dell'ampio scenario che costituisce la prospettiva multifattoriale dell'eziopatogenesi dei DCA (Striegel-Moore e Bulik, 2007 in Lombardo et al. 2013), la regolazione delle emozioni e il vissuto costituiscono un fattore di mantenimento oltre che essere determinanti nell'insorgenza delle patologie alimentari (Polivy e Herman, 2002; Bardone-Cone e Cass, 2006; Macht, 2008 in Lombardo et al. 2013). Proprio i processi affettivi vanno ad influenzare il comportamento alimentare, anche se spesso è difficile predirne le modalità: chiaramente, come è stato messo in evidenza nelle pagine precedenti, laddove vi sia capacità di regolare le proprie emozioni secondo strategie focalizzate sull'antecedente o sulla risposta (Gross, 2007 in Lombardo et al. 2013), la cosa ha un beneficio sul vissuto emotivo, sia questo caratterizzato da emozioni negative o positive.

Il legame tra comportamento alimentare ed esperienza emozionale risale all'infanzia (Bruch, 1998). Quando infatti, la madre è responsiva rispetto i bisogni del pargolo, discrimina il pianto che costituisce la manifestazione del bisogno nutritivo del bambino; soddisfacendo questo bisogno, il bambino impara a distinguere tra fame in quanto bisogno fisiologico e altre sensazioni. Se invece il bisogno non venisse accolto e soddisfatto adeguatamente, la cosa comporterebbe uno stato di

confusione nell'adulto e andrà a riflettersi sul rapporto con il cibo, che verrebbe quindi percepito non più solo come il mezzo attraverso cui si ottiene il raggiungimento della necessità fisiologica, ma anche e soprattutto come strumento per compensare un'emozione percepita come disturbante. A questo proposito, Macht (2008) individua tre tipologie di *Eaters*, che, a partire dalla gestione dei processi emotivi, affrontano l'approccio al cibo con modalità differenti. Parla di *Normal*, *Restrictive* ed *Emotional Eaters* a seconda che, in presenza di emozioni negative o eventi stressanti, la quantità di cibo ingerito venga aumentata, diminuita o rimanga invariata. Il *five-way model* che ne deriva, definisce cinque stili di introiezione alimentare che Macht definisce “*emotion-induced changes of eating*” (pag. 2): (1) la scelta del cibo dipende dall'emozione elicitata dallo stimolo alimentare; in altre parole, ci si basa sul ‘potere gustativo’ del cibo che, chiaramente, se percepito come gradito, ne stimolerà l'assunzione, viceversa se non piacevole. A questo punto si aggiunge anche il *craving*, ovvero il desiderio spasmodico di gruppi alimentari solitamente ricchi di zuccheri e grassi, tipica di *Binge Eaters* e Bulimici. (2) Le risposte emotive percepite come incomprensibili, poiché elicitate da emozioni esperite come molto intense, sopprimono l'atto alimentare, che viene pertanto identificata come naturale risposta allo stress. (3) Emozioni con un *arousal* o intensità moderate, percepite come negative o positive, conducono ad un *impairment* – cioè uno sbilanciamento, un deterioramento- del sistema di controllo dell'atto di mangiare, con l'implicazione che i *Restrictive Eaters* aumentino l'assunzione di cibo. (4) Emozioni negative con un *arousal* o intensità moderate, portano gli *Emotional Eaters* a voler regolare, e quindi, rendere piacevole l'emozione tramite assunzione di cibi particolarmente soddisfacenti per il palato; mangiano, quindi al fine di ridurre l'emozione negativa. Infine (5) emozioni con un *arousal* o intensità moderate, nei *Normal Eaters* le caratteristiche motivazionali e cognitive sono influenzate congruentemente all'emozione.

Polivy ed Herman (1975, in Lombardo et al. 2013) iniziano a parlare di *Restrictive Eaters* all'interno della teoria sulla restrizione-disinibizione, riportando la tendenza di queste persone a mantenere le distanze da alcuni cibi ipercalorici, oltre a limitare l'assunzione di troppe calorie giornalmente; tuttavia, gli stessi che avrebbero questo ferreo controllo cognitivo, tenderebbero a perderlo, compensando con le cosiddette abbuffate, in presenza di emozioni negative o di eventi percepiti come stressanti. Non è raro identificare schemi di pensiero di tipo dicotomico, del tipo tutto o niente, in cui si mantenga il controllo assoluto oppure, al minimo sgarro, ci si abbandona all'eccesso; questa particolare modalità di pensiero è quella più plausibile per spiegare le abbuffate in tutti i DCA, compresa l'Anoressia.

A questo punto iniziamo ad addentrarci in quelle che sono le strategie preferite dalle pazienti con DCA secondo diversi studi: oltre alla minore consapevolezza delle emozioni (Harrison, Sullivan,

Tchanturia & Treasure, 2009, in Lombardo et al. 2013), vige la tendenza a scegliere strategie di regolazione non adattive, come ricorrere alla soppressione -inibizione- o all'evitamento delle emozioni (Oldershaw et al. 2012, in Lombardo et al.2013), inoltre, la messa in atto di comportamenti come restrizione alimentare, abbuffate e condotte di compensazione al fine di ridurre l'intensità o spostare l'attenzione da emozioni percepite come intollerabili (Torres et al. 2011, in Lombardo et al. 2013). In particolare, si noti come, in un'analisi di sei strategie di regolazione emotiva -accettazione, evitamento, problem solving, ristrutturazione cognitiva, ruminazione e soppressione-, condotta da Aldao, Nolen-Hoeksema e Schweizer (2010), sia emersa la relazione con patologie come ansia, depressione e disturbi alimentari. Ciò che risalta è che nelle terapie cognitivo- comportamentali, l'accettazione e la ristrutturazione cognitiva sono le strategie più efficaci, mentre in termini di insorgenza, comorbidità con altri disturbi e mantenimento delle patologie suddette, in particolare quelle di ordine alimentare, la soppressione e l'evitamento, sarebbero le strategie disfunzionali più gettonate. Il confronto tra i risultati dei pazienti AN e il gruppo di controllo sulle strategie di regolazione delle emozioni (Lombardo et al. 2013) mette in luce come, di fronte all' *Emotion Regulation Questionnaire*, vi siano differenze significative riguardo le scale di riferimento: la scala *Expressive Suppression* mostra punteggi più alti nel gruppo delle pazienti e la scala *Cognitive Reappraisal* riporta invece punteggi più alti nel gruppo di controllo, ciò significa che i pazienti AN di tipo restrittivo, fanno più uso di strategie disfunzionali rispetto al gruppo di controllo.

Un altro aspetto interessante che riguarda il modo attraverso il quale viene gestita la relazione emotiva con il cibo è la scelta degli alimenti; persone con problemi alimentari tendono ad avere preferenze e regole alimentari piuttosto rigide e giungono a dichiarare di non apprezzare cibi ricchi di grassi, in favore di altri meno calorici, al punto che il paziente arriva a credere che queste scelte si basino effettivamente sui propri gusti e non su delle distorsioni caloriche. Quello che viene definito *evaluative conditioning* (Williamson, White, York-Crowe, & Stewart, 2004) è infatti una forma di apprendimento in cui un individuo arriva ad associare la piacevolezza o la non piacevolezza di uno stimolo in base al contesto in cui viene presentato (De Houwer, Thomas, & Baeyens, 2001 in Williamson et al. 2004); l'atto o l'idea di consumare un cibo grasso può produrre una serie di emozioni negative - legata alla credenza che un cibo ricco di lipidi andrà immediatamente a depositarsi in tessuto adiposo- e pertanto, elicitare ansia, vergogna o senso di colpa, cosa che riflette quanto sostengono Södersten, Bergh, & Zandian (2006) affermando "*Concentrating on food all the time anorexics realize that eating all the food they think about would make them overweight*" (pag. 575). Ecco perché consumare cibi con poche calorie può essere

adottata come strategia, messa in atto a livello comportamentale, per gestire l'afflusso di emozioni negative e il senso di fame.

Lo sviluppo di un disturbo alimentare potrebbe derivare da un apprendimento emotivo anormale e da rappresentazioni cognitive del cibo disfunzionali; infatti una associazione tra cibo ed esperienze traumatiche - tramite un processo ripetuto di condizionamento, che sfrutterebbe informazioni 'paurose' riguardo al cibo, o tramite apprendimento vicario- parrebbe trovare consolidazione sottoforma di alterazioni persistenti entro regioni specifiche del cervello (Treasure, Cardi, & Kan, 2012). In particolare si riscontra l'importanza critica dell'amigdala nel veicolare una risposta di riduzione del cibo introiettato a seguito della presentazione di un *cue* 'pauroso' (Petrovich, Ross, Mody, Holland, & Gallagher, 2009 in Treasure et al. 2012). La paura, generata conseguentemente, si mantiene tramite strategie cognitive come evitamento e creazione di rituali che costituiscono una specie di *safe-zone* entro la quale però il disturbo persiste, con annesse sfumature soggettive di rigidità e compulsività (Schmidt & Treasure, 2006 in Treasure et al. 2012). Non è un caso che persone con DCA presentino un alto livello di autoregolazione e di controllo cognitivo, al punto che questo stile cognitivo viene definito *rule-bound cognitive style* (Roberts, Tchanturia, Stahl, Southgate, & Treasure, 2006 in Treasure et al. 2012); il controllo si esercita con una pianificazione quasi estrema e dettagliata ai fini di gestire al meglio l'introito calorico e/o il dispendio energetico. Vi è una attenzione quasi maniacale al dettaglio, tanto che il sistema cognitivo si irrigidisce e riconosce le modalità di pensiero *If-then* (Gollwitzer & Schaal, 1998 in Treasure et al. 2012).

La riduzione dell'apporto calorico mostra come conseguenza evidente oltre alla depressione, anche sintomi ossessivo-compulsivi e stati ansiosi -come si è già visto parlando di comorbidità-; lo studio di Keys et al. (1950 in Södersten et al. 2006) riscontra una relazione lineare tra il livello del *caloric intake* e i punteggi relativi della depressione. Ancora, il medesimo studio (Keys et al. 1950 in Södersten et al. 2006) mostra che oltre al senso di fatica esperito e alla perdita della libido, si riscontra una vera e propria ossessione costante e pervasiva per il cibo; del resto, in una condizione di iponutrizione in cui tutti i sistemi organici relativi al mantenimento dell'omeostasi sono in stato di emergenza -come si vedrà parlando di basi neurali e fisiologiche in AN- non è strano che il cibo sia un pensiero persistente e inflessibile.

### 3 DUALISMO MENTE-CORPO: UNA PROSPETTIVA AEREA

Affrontare questo argomento significa considerare il campo dell'intelligenza emozionale; si ha a che fare con la capacità di riconoscere le proprie emozioni e quelle altrui, con la capacità di gestirle e, in una certa misura, anche di saperle sfruttare a proprio vantaggio. Studi empirici mostrano che proprio nei pazienti AN questa capacità di usare le emozioni come modo di comunicare e percepire il mondo viene a mancare, ipotesi suggerite tramite il confronto tra i risultati di diversi test quali *Reading the Mind in the Eyes Task* (RME) o *The Awareness of Social Inference Test* (TASIT); inoltre il *Negative Mood Regulation Scale* mostra come la scarsa capacità di regolazione delle emozioni implichi un calo di consapevolezza emozionale in AN (Harrison, Sullivan, Tchanturia, & Treasure, 2009).

Il fatto che nei DCA il nutrimento venga vissuto in maniera patologica, dipende dal fatto che questo diventa un mezzo per veicolare emozioni (Cooper, Wells, & Todd, 2004; Waller, Kennerley, & Ohanian, 2004 in Harrison et al. 2009) che vengono vissute come intollerabili; in particolare, la strategia dell'evitamento in pazienti AN verrebbe usata come metodo per inibire le emozioni e la loro carica di significato. Le conseguenze della malnutrizione sul corpo sono devastanti: l'anemia, la perdita dei capelli, la peluria che ricopre la pelle, l'amenorrea, la riduzione del metabolismo basale, un corpo scheletrico e martoriato, insieme ad una serie di disfunzioni neurologiche ed endocrine che spesso vengono identificate come fattore predisponente/causa ma anche risultato/conseguenza di un comportamento e di una mentalità anoressica (Bruch, 1998).

Secondo Susan Bordo vi sono in particolare 3 assi lungo i quali si muove un comportamento alimentare patologico: l'asse dualistico, l'asse del controllo e l'asse genere-potere (Bordo, 2004 in Montalti, 2016) -quest'ultimo non verrà trattato, in quanto riguardante il contesto sociale, che evolve con le persone e la storia; infatti un'analisi perfettamente coerente in un'epoca, può risultare fuori luogo in un'altra-.

La filosofia ci parla dell'essere umano attraverso il dualismo mente-corpo dai tempi più antichi, definendolo secondo due realtà distinte che, nonostante la separatezza, costituiscono un intero innegabile (Montalti, 2016). Vi è una sorta di contrasto implicito nel nominare queste due componenti singolarmente e tuttavia insieme. L'una è il continuum dell'altra -basti pensare a tutti i disturbi che si ripercuotono a livello organico, causa la somatizzazione di un evento percepito come stressante-, ciononostante permane questa idea che una debba dominare sull'altra. Parlando di anoressia, si può dire che sia il corpo a dominare la mente o viceversa? La ferrea disciplina imposta da una mente anoressica sul piano alimentare e talvolta su quello fisico, fornisce la percezione del controllo sul corpo, ma se la schiavitù venisse imposta dal bisogno di 'possedere' un corpo che deve

assolutamente rispecchiare un ideale spesso costruito e irraggiungibile o ancora, il bisogno di sparire perché ci si sente ‘di troppo’, si potrebbe dire che è, in effetti, una dittatura del corpo sull’anima?

Il cognitivismo risponderebbe che il nostro modo di stare al mondo, di ‘esserci’ nel senso filosofico di *dasein* di Heidegger, dipende dalla valutazione cognitiva che elaboriamo a partire da stimoli relativamente aspecifici (Roseman e Smith, 2001, in Parise, 2019). Secondo questa logica, il primato dell’aspetto psicologico sarebbe innegabile, in quanto, complice la continua comparazione con standard di bellezza irrealistici, “il rifiuto del cibo, la perdita di peso, l’esercizio fisico intenso e la capacità di sopportare il dolore e l’esaurimento fisico sono divenuti le metafore culturali dell’autodeterminazione, della volontà e della fermezza morale” (Bordo,2004; pag. 27). Per cui, nella misura in cui un corpo è magro, passando attraverso valori come controllo, disciplina ferrea, dominio su di sé, si giungerebbe a giudicarlo come più bello e -udite, udite- anche più sano. (Montalti, 2016).

I concetti di sano e di peso, sono due aspetti che assumono nella patologia in esame caratteristiche sempre più soggettive relativamente all’individuo; il peso sano secondo il *BMI (Body Mass Index; Weir & Jan, 2019)*. non è sempre un indice di benessere per il singolo e allo stesso modo, per un paziente AN, l’estrema magrezza può essere associata ad un corpo in salute, quando una serie di valori fisiologici non fanno che confermare oggettivamente il contrario. Eppure rimane così difficile disconfermare le credenze secondo le quali una briciola di nutrimento in più potrà portare ad accumulare chili su chili di grasso (De Clerq, 1995).

L’asse del controllo forse tra i più difficili da affrontare poiché si deve tenere conto quasi del tutto dell’aspetto mentale e delle conseguenti ripercussioni comportamentali della patologia: la dieta diventa il terreno entro cui regna “la preoccupazione per il controllo e la paura costante di perderlo”(Ruocco, 2015 in Montalti, 2016), che si manifesta tramite il conteggio maniacale delle calorie, la programmazione della giornata in funzione del cibo – o meglio, del non cibo-, il calcolo di ogni possibile variabile al fine di mantenere il circuito della restrizione e/o delle condotte di eliminazione. Il problema che ci si pone è: come non mangiare? E leggendo le innumerevoli testimonianze di donne che sono sopravvissute o continuano a vagare in questo abisso, ci si renderà conto che si può giungere a compromessi inimmaginabili, a soluzioni spesso improponibili, pur di perorare i propri scopi anoressici; le donne che ne soffrono -perché per lo più le vittime sono di genere femminile (Kring et al. 2017)- sono “soprattutto le ragazze più brillanti, istruite, ricche di talento, ambiziose e perfezioniste”(Girard, 2008 in Montalti, 2016) che mettono la loro intelligenza a servizio di un obiettivo che causa così tanta sofferenza.

In questa sede si analizzeranno, tenendo conto della prospettiva dualistica tra mente e corpo, l'alessitimia come prodotto di uno stile di attaccamento insicuro-evitante, il ruolo del perfezionismo e del *worry* nel mantenimento di cognizioni disfunzionali e di un generale stato di allerta, quindi le distorsioni dell'immagine corporea relative e dei meccanismi dopaminergici in AN.

### **3.1 PROCESSI ALESSITIMICI E STILE DI ATTACCAMENTO IN AN**

Negli anni '50 del Novecento, seguendo la strada aperta dalla psicanalisi, si identifica il cosiddetto "analfabetismo emotivo" come manifestazione della sofferenza emotiva; lo studio di Caretti e La Barbera (2005, in Epifanio, La Grutta, Roccella, & Lo Baido, 2014 )su come valutare e curare l'alessitimia, identificano quest'ultima in quanto costrutto transnosografico, riconosciuto inoltre come fattore di rischio aspecifico per i Disturbi del Comportamento Alimentare.

"L'alessitimia, meglio identificabile come funzionamento mentale di tipo alessitimico, si pone come disturbo particolare della regolazione affettiva, di quella capacità cioè di regolare i propri stati interni [...]" (Epifanio et al. 2014, pag. 194).

L'origine del problema ha radici ben più profonde del momento di semplice insorgenza del disturbo; infatti le emozioni cosiddette di base sono innate nell'infante, ma ciò che definisce l'individuo capace di organizzazioni adattive più complesse, dipende dalla qualità del rapporto madre-figlio e dal successivo vissuto soggettivo (Merciai, & Cannella, 2009). L'Alessitimia, letta alla luce di una analisi psicodinamica come "fenomeno del tipo tutto o nulla" (Taylor, Bagby, Parker, & Speranza, 2000 in Epifanio et al. 2014, pag 196 ), risulta come una ridotta disponibilità da parte del caregiver ad elargire e legittimare affetto e relative manifestazioni emotive; in assenza di comunicazione, al pargolo viene preclusa la possibilità di esperire ed apprendere determinate emozioni, che, quindi, non ottengono accesso alla consapevolezza. In presenza dunque di uno stato interno sconosciuto, per lo più doloroso, vissuto come non comunicabile, l'individuo non conosce strategie efficaci relative alla sua modulazione e, pertanto, ricorre ad alternative disfunzionali (Speranza, 1997 in Taylor et al. 2000 in Epifanio et al. 2014). L'incapacità di comprendere non solo le proprie emozioni, ma anche quelle altrui, si riflette anche a livello relazionale, precludendo al soggetto la possibilità di instaurare relazioni sane e bilanciate. Vengono anzi, spesso stabilite relazioni di dipendenza associate ad attaccamento insicuro-evitante, alla ricerca insistente di cure e attenzioni e, in accordo con la visione di rigidità mentale dicotomica tipica dell'Anoressia, il soggetto o instaura i modelli relazionali sopracitati oppure tende all'isolamento (Salvatori, 2003).

L'attaccamento di tipo insicuro-evitante, in genere, è caratterizzato da uno sviluppo cognitivo relativamente buono che rende i soggetti tendenti al perfezionismo, a controllare la vicinanza affettiva e a trovare certezza nel dichiarare la propria indipendenza; questo in realtà maschera una immaturità nello sviluppo affettivo che porta a non voler riconoscere sentimenti che sarebbero tipici dell'essere umano, quali tenerezza, rabbia e tristezza (Colucci, 2017). Si consideri il paradigma della *Strange Situation*, in quanto fornisce informazioni sulla relazione madre-figlio già dai primi giorni di vita (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 2015), che, come si è visto, predice la qualità dei rapporti con l'esterno. Se il complesso schema di interazioni tra madre e infante costituisce una base sicura -concetto introdotto da Ainsworth, approfondito da Bowlby (1989, in Colucci, 2017)- il bambino metterà in atto comportamenti di esplorazione in maniera sicura, certo di trovare un punto di riferimento nel *care-giver*.

Bowlby spiega l'attaccamento insicuro-evitante (tipo A) con un modello di attaccamento non soddisfacente, focalizzandosi sul processo di Esclusione Difensiva e sulla costruzione di Modelli Operativi Multipli (Bowlby, 1973, 1980; Main, Kaplan e Cassidy, 1985 in Colucci, 2017). La prima spiega come un individuo che abbia esperito un attaccamento disfunzionale possa arrivare a creare un modello operativo scisso del sé relativamente al *care-giver*; il conflitto tra conscio e inconscio verrebbe espresso tramite una valutazione cognitiva positiva del *caregiver* a livello consapevole e negativa di sé, mentre a livello inconsapevole le prospettive sono invertite. La seconda spiega la compresenza di prospettive e valutazioni non compatibili e opposte riguardo lo stesso oggetto o la stessa persona (Cavanna, Delogu, & Zavattini, 2012).

Con l'apertura del dibattito tra alessitimia come tratto di personalità versus alessitimia come stato transitorio, si giunge alla concettualizzazione di questa come deficit di integrazione tra sistema limbico e neocorteccia, ma soprattutto alla distinzione tra alessitimia primaria e secondaria (Sifneos, 1993 in Epifanio et al. 2014): la prima deriverebbe da mancanze a livello relazionale tra madre e bambino, cosa che causerebbe il deficit neurobiologico di cui sopra, la seconda sarebbe la conseguenza di un trauma psicologico o di un arresto nello sviluppo. Freyberger (1977, in Epifanio et al. 2014) riprende questo concetto dell'alessitimia secondaria e lo analizza in chiave psicanalitica, proponendolo come un meccanismo di difesa primitivo -tipo diniego, proiezione- attuato per far fronte ad esperienze traumatiche.

Il metodo di diagnosi più affidabile ad oggi è il *Toronto Alexithymia Scale* (1992), una scala psicometrica di 20 *items* (TAS-20) che identifica tre caratteristiche presenti nel disturbo: la difficoltà nell'identificare le sensazioni, la difficoltà nel descrivere le sensazioni proprie e altrui, il pensiero orientato quasi solo all'esterno, e raramente verso i propri stessi processi endopsichici. Il

campione cui è stato sottoposto il TAS-20, composto da adolescenti, mostra infatti instabilità del 3°fattore della scala, fornendo così un riscontro oggettivo della correlazione positiva tra distress psicologico e stile di attaccamento insicuro come fattori che rendono i soggetti più esposti ai DCA (Bagby et al. 2003 in Epifanio et al. 2014).

A conferma della tesi, uno strumento self-report di valutazione retrospettiva, il *Parental Bonding Instrument* (PBI; Parker et al., 1979 in Cavanna et al. 2012) rende noto che pazienti con DCA riportano cure genitoriali generalmente negative, padri distanti a livello emotivo e rifiutanti, madri come perfezioniste, impositive e controllanti (Palmer et al. 1988; Swanson et al. 2010 in Cavanna et al. 2012), mentre le famiglie vengono descritte come poco supportive e poco flessibili (Bulik et al. 2007; Laporte et al., 2001; Guttman & Laporte, 2002; Bonne et al. , 2003 in Cavanna et al. 2012).

Ancora, lo studio di Ramacciotti et al. (2001, in Cavanna et al. 2012) mostra che tra le pazienti considerate -diagnosi di Anoressia Nervosa e *Eating Disorder Not Otherwise Specified*- vi è una maggioranza del 69.8% di modelli di attaccamento insicuro. La medesima prevalenza si riscontra nello studio di Ward et al. (2001, in Cavanna et al.2012) con aggiunta una percentuale significativa di traumi irrisolti tra madri e figlie con AN.

È comunque opportuno precisare che alcuni autori (Rosenstein & Horowitz, 1996; Allen, Hauser & Borman-Spurrell,1996, in Cavanna et al. 2012) mettono in luce che non vi siano risultati a conferma logica e matematica del fatto che ad un determinato stile corrisponda il rispettivo disturbo. La componente soggettiva gioca un ruolo fondamentale in merito, e, per questo, si lavora su quanto è più plausibile, tenendo conto dell'anamnesi ricostruita insieme al paziente.

### **3.2 PERFEZIONISMO, *WORRY* ED ELABORAZIONE DELLE EMOZIONI**

Come si è visto, lo stile di attaccamento è predittivo relativamente al pattern comportamentale ed emotivo che l'individuo metterà in atto per relazionarsi con se stesso, gli altri e il mondo; dalla letteratura emerge che, in accordo con la teoria dell'attaccamento di Ainsworth, vi sia correlazione tra uno stile di attaccamento insicuro-evitante (tipo A) e lo sviluppo di Anoressia Nervosa, come è stato riportato in diversi esempi. Il bambino che ha quindi subito un accudimento non sintonizzato né responsivo relativamente ai suoi bisogni, diventerà un adulto alla costante ricerca dell'approvazione altrui e pertanto, bisognoso di soddisfare standard spesso autoimposti, volti a preservare una immagine idealizzata e vincente di sé.

Si parla di perfezionismo in quanto tendenza a voler raggiungere la perfezione, ponendosi obiettivi eccessivamente alti per sé e per le persone significative, spesso affiancandosi ad un forte senso di autocritica (Frost, Marten, Lahart & Rosenblate, 1990; Hewitt & Flett 1991 in Todisco, 2005). Alcuni autori (Di Bartolo et al., 2004; Di Bartolo, Li, Frost, 2007; Dunkley et al., 2006 in Lombardo et al. 2014) distinguono tra perfezionismo clinico o negativo, detto appunto *maladaptive evaluative concerns* – associato a disturbi mentali come ansia e depressione, nonché a caratteristiche personali come bassa autostima- e perfezionismo positivo o *positive strivings* -che avrebbe a che fare con il raggiungimento di obiettivi elevati e benessere psicologico-. Questa distinzione ritorna utile in relazione alla tesi in quanto, se tipicamente il perfezionismo negativo viene osservato in pazienti con altri disturbi mentali, nei soggetti AN si riscontrano entrambi i tipi di perfezionismo sopracitati; da un lato pare evidente che il perfezionismo negativo abbia conseguenze nefaste, dall'altro sorprende che il perfezionismo positivo possa favorire lo sviluppo di conseguenze disfunzionali, oltre ad essere un tratto recidivo, nonostante l'intervento clinico possa rimettere i sintomi più eclatanti. Motivo per cui il perfezionismo sembrerebbe rientrare tra i fattori di rischio specifico e anche tra i fattori di mantenimento (Lombardo et al. 2014).

La rassegna di Chiri & Sica (2007) pone in relazione il perfezionismo, con i relativi processi di elaborazione emotiva, gli aspetti fisiologici e psicopatologici, con un costrutto *worry*, in quanto intrusione cognitiva di pensieri sottoforma verbale che si riferiscono ad eventuali minacce che il soggetto potrebbe incontrare in futuro; si può parlare di preoccupazione anticipatoria rispetto ad un particolare evento che genera stress nella persona e che necessiterebbe di essere fronteggiato con un adeguato processo di gestione dell'emozione associata. Borkovec, Robinson, Pruzinsky & De Pree (1983, in Chiri & Sica, 2007) forniscono la definizione di *worry* in termini di immagini mentali e pensieri incontrollabili in successione, con una connotazione emozionale negativa; poiché si propone come un tentativo di gestione di uno stimolo ansiogeno, ha a che fare con processi di paura, di catastrofizzazione e indecisione protratta riguardo le soluzioni applicabili ai problemi.

Come il perfezionismo, anche il *worry* può essere adattivo o disadattivo; nel primo caso, risulta un processo di problem-solving che garantisce il mantenimento di livelli di vigilanza tali da essere proattivi nella ricerca di soluzioni e nella prontezza ad affrontare il pericolo, nel secondo caso, viene percepita una eccessiva esperienza cognitiva, incontrollabile e persistente, che causa disagio e può sfociare in disturbi d'ansia. La connotazione verbale-linguistico del *worry* è la caratteristica che più ne definisce l'aspetto di interiorità: infatti il *worry* si manifesta con un linguaggio interno (Chiri & Sica, 2007). La, per così dire, 'indipendenza' del sistema verbale è un meccanismo che si è sviluppato con l'evoluzione -ha, di fatto, funzione adattiva-, al fine di organizzare il comportamento

che si rivela più adatto in base alle circostanze. Tuttavia, l'eccessiva attività verbale mantiene salienti le informazioni relative alla situazione stressante, impedendone l'elaborazione emozionale, cosa che contribuisce al mantenimento dell'ansia e dell'attenzione selettiva sullo stimolo ansiogeno (Chiri & Sica, 2007). Da qui l'implicazione del *worry* anche in altri costrutti cognitivi che ne mettono in evidenza la componente patologica, poiché è infatti il suo aspetto pervasivo e persistente a renderlo un processo disadattivo. Sono, infatti, la frequenza, l'intensità e l'incontrollabilità del *worry* a definirlo patologico o meno (Borkovec et al. 199, in Chiri & Sica, 2007). Verbigrazia, parlando di intolleranza all'incertezza; il fatto che un determinato evento, percepito come particolarmente stressante, possa accadere, viene stimato con una probabilità maggiore della realtà, e ciò causa una grande preoccupazione nel soggetto (Ladouceur, Gosselin & Dugas, 2000 in Chiri & Sica, 2007); nel pensiero catastrofico, con il suo meccanismo di continuo porsi domande, genera una preoccupazione cronica direttamente proporzionale al senso di incertezza e inadeguatezza personale (Davey & Levy, 1998 in Chiri & Sica, 2007); ancora, nella ricerca del perfezionismo, che porta con sé il bisogno di soddisfare le aspettative dei genitori, ipercriticismo e standard personali eccessivamente alti (Frost, Marten, Lahart e Rosenblate (1990, in Chiri & Sica, 2007) e quindi un consistente livello di preoccupazione al fine di mantenere questa apparenza idealizzata.

Sotto un profilo strettamente clinico, il *worry* presenta diverse somiglianze con le ossessioni, in quanto pensieri intrusivi, dotati di carica negativa e tipicamente associati a sintomi ansioso/depressivi, che, come già visto, possono presentare comorbidità con AN. Tuttavia le ossessioni si differenziano in quanto pensiero per immagini e impulsi, presentano una persistenza statica di forma e contenuto, mentre il *worry* è più variabile in termini di processi che riguardano un medesimo argomento; infine le ossessioni hanno una componente di anormalità e bizzarria, laddove invece il *worry* sembra avere a che fare con problematiche reali (Turner, Beidel & Stanley, 1992, in Chiri & Sica, 2007).

Il continuum tra perfezionismo e *worry*, con l'elaborazione emotiva non è difficile da tracciare; se è vero che, d'innanzi ad una minaccia percepita, consegue una elaborazione emozionale tale da progettare un piano di valutazione e fronteggiamento della minaccia (Wells, 2002, in Chiri & Sica, 2007), alla presenza del *worry* questa plasticità adattiva, relativamente alla scelta delle strategie migliori da attuare, non verrà messa in atto. Se infatti, viene mantenuto uno stato di allerta, il pericolo continuerà ad essere percepito insieme allo stato ansioso, non saranno prese in considerazione prospettive nuove, in quanto la rigidità cognitiva impedirà di sviluppare nuove soluzioni. Secondo Wells e Davis (1994, in Chiri & Sica, 2007) strategie attentive fondate su meccanismi di *worry* sopra spiegati sarebbero correlate positivamente alla vulnerabilità a disturbi

psicologici. Anche se non è ancora chiaro in che modo il *worry* ostacoli la processazione delle emozioni, secondo la teoria di Davey e Tallis (1994, in Chiri & Sica, 2007), il problema sarebbe il focus attentivo, diretto eccessivamente verso i medesimi stimoli, difficilmente rimpiazzabili. La comorbidità con pensieri e comportamenti, relativi al cibo, di tipo ossessivo-compulsivo in pazienti AN, pone le sue radici in questa sostanziale incapacità di spostare il focus attentivo su altre dimensioni che portano quindi il soggetto a ragionare in funzione del cibo e dell'aspetto corporeo.

### **3.3 DISTORSIONI DELL'IMMAGINE CORPOREA: PERCEZIONE EMOZIONALE DEL CORPO**

Parlare di disturbi legati all'immagine corporea non può prescindere dal considerare la componente mentale; le parole di Binswanger (1942;1947 in Zappa, 2009) esprimono chiaramente che non sia sufficiente considerare l'uomo come 'solo mente', in quanto non solo esiste nel corpo ma vive attraverso il corpo e utilizza quest'ultimo come mezzo per esprimersi, per comunicare e intercedere con l'altro e il mondo. Ed è splendido parlare della corporeità dell'uomo come di un "essere parlante" (Zappa, 2009, pag. 29), dotato di vita, di un linguaggio formato di parole e gesti, che, per quanto diversificato, trova tuttavia uno spazio comunicativo entro cui dialogare (Zappa, 2009). Non ho scelto a caso la parola dialogo, in quanto la sua origine dal greco antico *dia+legomai*, composta dalle parole "attraverso" e "discorso", indica proprio il confronto verbale che passa attraverso le persone come strumento per esprimere il proprio punto di vista e discutere in maniera costruttiva idee non sempre convergenti. Allo stesso modo, parlare di un dialogo tra mente e corpo per definire il rapporto complesso tra queste due componenti, come se avvenisse tra due persone che hanno prospettive differenti e riescono tuttavia a trovare un compromesso, introduce chiaramente la frattura che si crea tra le suddette, nel momento in cui questa forma di comunicazione viene a mancare. Binswanger (1942;1947 in Zappa, 2009) parla di "psicopatologia dialettica" (pag. 28), scoraggiando l'idea di riferirsi ad un disturbo come ad una mera elencazione di sintomi, poiché porterebbe a perderne le cause sottostanti, con l'intento di esaltare, nell'analisi di una malattia concepita come un fenomeno unitario, il modo in cui il paziente vive e sente il proprio corpo. Con quest'ottica verrà condotta la presente analisi e date queste premesse, uno sguardo alla letteratura è d'obbligo.

L'immagine corporea è il costrutto che definisce le modalità attraverso cui consideriamo, percepiamo e valutiamo il nostro corpo; la parte neurologica fa sì che il soggetto abbia in mente una chiara mappa mentale del proprio corpo, uno schema corporeo, per l'appunto, invece la parte psicologica, fa sì che il soggetto attribuisca al corpo una componente emotiva, fondata sul concetto

di schema mentale (Mian, 2006 in Formica et al. 2018). Secondo una prospettiva cognitivo-comportamentale la *body image evaluation* ha a che fare con la soddisfazione o l'insoddisfazione circa il proprio corpo, la *body image investment* è l'importanza che le persone danno all'aspetto fisico in base alla propria salienza motivazionale e l'autovalutazione (Cash et al., 2004; Melnyk et al., 2004, in Formica et al. 2018).

Se il nostro corpo non ci soddisfa o non corrisponde all'immagine mentale attesa, si forma una crepa tra la percezione sul piano mentale e quella sul piano fisico. Secondo Thompson e colleghi (1999, in Formica et al. 2018), questa discrepanza è una piaga cronicamente diffusa tra le donne occidentali, specialmente in età puberale, cosa che può appunto portare a condotte disfunzionali. Anche in questo caso il continuum tra percezione corporea, insoddisfazione per il proprio aspetto fisico e DCA non è difficile da dipanare (Cash, 2002, in Formica et al. 2018); laddove la teoria conduce ad associare queste caratteristiche o a parlarne in termini di probabilità piuttosto elevata, lo studio dei casi singoli o la lettura delle testimonianze di pazienti AN mette proprio in risalto che vi sia un tipo di distorsione percettiva e affettiva. Ancora, un attaccamento di tipo ansioso non solo correla positivamente con lo sviluppo di AN, come si è già visto, ma è anche predittivo di insoddisfazione corporea, complice anche l'influenza negativa dei media (Hardit et al., 2012; Pellerone, Tomasello & Migliorisi, 2017; Pellerone et al., 2017 in Formica et al. 2018).

L'importanza di una immagine corporea coerente viene meno laddove non vi sia capacità di riconoscere le peculiarità del proprio corpo d'innanzi ad uno specchio; si parla di Dismorfofobia o Dismorfismo corporeo, diagnosticata nel momento in cui la preoccupazione per l'aspetto fisico è tale da provocare una forte ansia e la compromissione delle attività quotidiane. Non è un caso che nella quinta edizione del DSM questa patologia rientri entro la categoria dei disturbi correlati al Disturbo Ossessivo-Compulsivo, in quanto la risposta a preoccupazioni legate all'aspetto fisico consiste nella messa in atto di comportamenti ripetitivi e rigidi o azioni mentali intrusive e ricorrenti. Di frequente accade che vi sia comorbidità tra Dismorfofobia e DCA, come ha evidenziato Hilde Bruch nella sua opera *Patologia del Comportamento Alimentare* (1993, in Bruch, 1998), portando ad esempio pazienti che nonostante la condizione di grave sottopeso, affermavano con determinazione di vedersi grasse. Il confine tra queste due patologie è tracciabile poiché la distorsione dell'immagine corporea in AN contempla il corpo nella sua interezza, mentre nella Dismorfofobia è più specifica e riferita ad una o più parti che verrebbero percepite come disturbanti (Amerio & Ampollini, 2014).

Durante la pubertà il corpo subisce un cambiamento non indifferente che a volte può essere percepito come una perdita di controllo su quella che prima era una realtà certa e definita; non è

insolito che un paziente AN esprima nei confronti della maturazione dei caratteri sessuali primari e secondari una modalità difensiva al punto che l'amenorrea -conseguenza del sottopeso- possa quasi essere vista come una vittoria (Recalcati, 2010, in Zappa, 2009). La dispercezione corporea coinvolge i meccanismi dell'attenzione selettiva, che portano la persona a focalizzarsi su quelle parti del corpo più 'vulnerabili' e fonte di preoccupazione. La negazione è il sistema preferito per gestire una dissonanza vissuta come fisica e mentale; si rifiutano la fame, la fatica e la sessualità, si rinnegano il cibo, il peso e il corpo stesso. Se è vero che le informazioni sensoriali e le immagini mentali vengono modificate secondo una elaborazione di tipo affettivo, la riabilitazione terapeutica dell'immagine corporea, consisterà nel recuperare il vissuto soggettivo del paziente e rielaborarlo in funzione di una emotività adattiva, regolata da strategie flessibili e coerenti (Zappa, 2009).

### 3.4 BASI NEURALI IN AN (CENNI)

Secondo una prospettiva puramente biologica, sembra semplice elaborare l'equazione che definisce il continuum cibo=energia come una necessità al servizio della sopravvivenza dell'individuo e della specie. Cannon definisce omeostasi cellulare (1956, in Gigli, Zannoni, & Rocca, 2011), il processo attraverso cui le nostre cellule portano a compimento il loro dovere metabolico tramite l'energia di cui noi le riforniamo con l'alimentazione; ne conseguono un incremento o una diminuzione ponderale e, quindi, le rispettive modificazioni a livello corporeo, ma anche e soprattutto a livello cognitivo-percettivo. Il comportamento alimentare è pertanto il prodotto delle interazioni tra processi omeostatici, motivazionali e di autocontrollo e autoregolazione (Shin, Zheng, & Berthoud, 2009; Zheng, Lenard, Shin, & Berthoud, 2009, in Treasure et al. 2012) che possono essere schematicamente rappresentati con 3 diversi sistemi: l'*homeostatic system*, tra tronco encefalico e ipotalamo, veicola le informazioni fornite dai marker metabolici e dai tratti gastrointestinali con le relative risposte di fame e sazietà. Quindi il *drive system* ha invece a che fare con i circuiti del piacere localizzati nel sistema mesolimbico e nel nucleo striato, che ricevono informazioni dagli organi di senso e dall'ippocampo; qui viene registrata la valutazione della piacevolezza percepita del cibo e il corrispondente desiderio di mangiare -non a caso i neurotrasmettitori coinvolti sono cannabinoidi, oppioidi e dopamina. Infine il *self-regulatory system* nella corteccia prefrontale integra le informazioni provenienti dagli altri sistemi e le colloca in un contesto ragionato fatto di obiettivi a lungo termine, valori e insieme dei significati relativi all'individuo. Il fatto in AN che ci sia un controllo cognitivo, forte delle sue funzioni esecutive significativamente sviluppate nei termini di *planning* e *inhibition*, fa sì che la sensibilità dei circuiti edonici e omeostatici venga meno. Questo controllo cognitivo disfunzionale può essere sovrascritto da processi *bottom-up* - ad

esempio, lo stimolo a nutrirsi, facendo leva sull'aspetto edonico del cibo e circuiti annessi, oppure, quando la perdita di peso è consistente, questo porta ad una forte attivazione del sistema omeostatico-, che agirebbero come una specie di sistema di allarme per ripristinare le condizioni ottimali del corpo. La scarsa nutrizione può implicare un indebolimento del sistema di controllo *top-down*, tuttavia, il fatto che in alcuni casi clinici vi sia una perdita di peso costante e inesorabile, porta a dedurre che vi sia poca sensibilità rispetto a questi sistemi di allarme, edonico e omeostatico (Shin et al. 2009; Zheng et al. 2009, in Treasure et al. 2012). Il sistema dopaminergico, secondo alcuni studi neurochimici, sembra particolarmente relato all'Anoressia Nervosa poiché implicato nella scelta degli alimenti e delle relative preferenze (Gigli et al. 2011). Riporto i risultati di una *review* che ha riassunto le risposte soggettive e oggettive d'innanzi alle immagini di cibo in persone con disturbi alimentari (Giel et al. 2011 in Treasure et al. 2012); le rappresentazioni di cibo portano ad esperire disgusto e paura, oltre a mantenere stabile la reazione difensiva di sorpresa/spavento che viene definita *startle response*. Queste reazioni suggeriscono che alla presentazione di uno stimolo riferito al cibo, si attivi uno stato di vigilanza generalizzato, risultato che sostiene l'ipotesi che nei disturbi alimentari, l'avversione al cibo sia dovuta al condizionamento.

Una spiegazione realistica del perché i disturbi alimentari si sviluppino e vengano mantenuti viene proposta in uno studio di Per Södersten, Cecilia Bergh, Michel Zandian (2006) che qui riporto; "*Anorexia nervosa starts by a reduction of food intake*" (pag. 573). In questo studio si appura con rammarico che l'insorgenza di un DCA abbia un aspetto multifattoriale e che in ogni caso porti il paziente a ridurre l'apporto di macronutrienti introiettati; si discute riguardo il fatto che a partire da una prospettiva biologica, i tratti psichiatrici caratteristici dell'Anoressia derivino dall'assunzione di troppo poco cibo per un periodo prolungato di tempo, e questo implica modificazioni nei valori della serotonina presenti nel Liquido Cerebro-spinale, che viene ripristinato con l'aumento del peso e il recupero di abitudini alimentari regolari e salutari. Lo stomaco, il fegato e l'intestino forniscono un feedback tramite la leptina, importante per comunicare al cervello il senso di sazietà; il digiuno - che costituisce uno stimolo stressogeno - comporta la secrezione di glucocorticoidi, attraverso l'Asse HPA (ipotalamo-ipofisi-surrene). Questo meccanismo interviene come facilitatore dei comportamenti tipici dell'anoressia in quanto la dipendenza dai glucocorticoidi causerebbe euforia, attivando i circuiti della ricompensa (Gigli et al. 2011).

## 4 CONCLUSIONI

### 4.1 IL CIBO COME “PHARMAKON” (MALATTIA E CURA)

Il corpo e la psiche siano entità distinte che lavorano insieme, tanto che, a volte, sembra impossibile tracciare il confine che separa l'uno dall'altra; purtroppo ci sono delle condizioni in cui gli ingranaggi si bloccano e il meccanismo smette di funzionare, per le cause più varie. Ad esempio, le patologie di ordine alimentare secondo Hilde Bruch (2001) insorgono nel momento in cui si crea confusione tra bisogno fisiologico di mangiare e altre sensazioni, al punto che il cibo viene impiegato come stimolo soddisfacente al fine di veicolare emozioni che altrimenti verrebbero percepite come negative o stressanti (Macht, 2008), o, ancora, nel momento in cui vi siano tratti di personalità o aspetti relativi al contesto familiare e culturale in cui il soggetto nasce e cresce, questi fungono da fattore predisponente allo sviluppo di AN (Kring et al. 2017).

Non sono ancora una psicologa e probabilmente non rientro tra le fonti autorevoli da cui attingere citazioni, ma posso riportare la mia esperienza, il mio percorso e gli insegnamenti che ne ho tratto, sulla base della terapia che ho seguito -dichiaratamente di tipo cognitivo-comportamentale -. Il primo step per guarire da una condizione di sottopeso è, paradossalmente, mangiare; chiaro, non avrebbe senso ignorare gli aspetti psicologici alla base del problema -ce ne sono, e sono davvero tanti-, ma essere in una condizione tale da affrontarli, senza che costituiscano un ostacolo insormontabile, passa attraverso un corpo che abbia le energie per sostenere un lavoro interiore di una portata tanto consistente. Un cervello nutrito è flessibile -come del resto lo è anche il pensiero adattivo e le strategie di regolazione emotiva funzionali- e capace di discriminare ciò che è salutare da ciò che non lo è; come scrive Amélie Nothomb nella sua Biografia della Fame “Il cervello è costituito essenzialmente di tessuto adiposo. I più nobili pensieri umani nascono nel grasso” (pag. 133). Accettare il nutrimento significa darsi una possibilità, legittimare una sofferenza che spesso viene soffocata (C.P.Estes, 1993), riprendere a fare qualcosa che appartiene all'uomo da che ne abbiamo memoria: l'uomo ha bisogno di energia, quindi mangia, dunque l'insieme delle sue parti funziona adeguatamente. Ma se viene omissa un elemento di questo continuum, la relazione cibo-corpo-mente perde linearità e incorrono problematiche di ordine fisico e psichico, a seconda dell'origine della mancanza. In questo senso è importante allenare l'introspezione, la consapevolezza, legittimando così un disagio in primis con se stessi, ma anche con il prossimo, senza vergognarsi di chiedere aiuto.

Auspicio che in futuro si possa normalizzare il bisogno di uno psicologo nella propria esistenza, senza che ciò serva a definire uno stato di “pazzia” preoccupante, anche solo per sentirsi liberi di parlare, di confrontarsi, di accogliere una prospettiva diversa dalla nostra.

## Bibliografia

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
- Amélie Nothomb, *Biographie de la faim*, Paris: Albin Michel, 2004, trad. it. di Monica Capuani, *Biografia della fame* (2005), Roma: Voland, 20103, p. 133.
- American Psychiatric Association (APA) (2013), *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2014.
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., & Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical psychology review*, 27(3), 384-405.
- Bordo, S. (2004). *Unbearable weight: Feminism, Western culture, and the body*. Univ of California Press.
- Bruch, H. (1998). *La gabbia d'oro. L'enigma dell'anoressia mentale* (Vol. 72). Feltrinelli Editore.
- Cavanna, D., Delogu, A. M., & Zavattini, G. C. (2012). La prospettiva dell'attaccamento nei disturbi del comportamento alimentare. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 16(1), 3-36.
- Celeghin, A., Diano, M., Bagnis, A., & Tamietto, M. (2017). Emozioni di base e neuroscienze oltre le neuroimmagini. *Sistemi intelligenti*, 29(1), 169-194.
- Chiri, L. R., & Sica, C. (2007). Aspetti psicologici, fisiologici e psicopatologici del costrutto di "worry". *Giornale italiano di psicologia*, 34(3), 531-554.
- Colucci, A. (2017). *Stili di Attaccamento e Disturbi del Comportamento Alimentare*
- De Clercq, F. (1995). *Donne invisibili*. Rizzoli.
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1971). Constants across cultures in the face and emotion. *Journal of personality and social psychology*, 17(2), 124.
- Epifanio, M., LA GRUTTA, S., Roccella, M., & LO BAIDO, R. (2014). L'alessitimia come disturbo della regolazione affettiva. *MINERVA PSICHIATRICA*, 55(4), 193-205.

- Estés, C. P., & Pizzorno, M. (1993). *Donne che corrono coi lupi*. Frassinelli.
- Formica, I., Iacolino, C., Pellerone, M., Falduto, M.L., Gualtieri, S., Calabrese, L., Toscano, C., Romeo, E., Romeo, G., Romeo, V.M. (2018), *Compromissione dell'immagine corporea. Percezioni e valutazioni soggettive in adolescenti e giovani adulti*, in *Narrare i Gruppi*, 31 marzo 2018, pp. 01-21 - website: [www.narrareigruppi.it](http://www.narrareigruppi.it)
- Galati, D., Rognoni, E., Sotgiu, I., Fassio, O., Costa, T., Fazzari, M., & Senatore, G. (2008). *Aspetti soggettivi e somatici delle emozioni della vita quotidiana*.
- Gigli, D., Zannoni, V., & Rocca, C. (2011). *Meccanismi dopaminergici nell'anoressia nervosa* (Vol. 1). Volume Edizioni srl.
- Girard, René, *Anorexie et désir mimétique*, Paris: L'Herne, 2008, trad. it. di Claudio Tarditi, *Anoressia e desiderio mimetico*, Torino: Lindau, 2009.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of personality and social psychology*, 74(1), 224.
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: conceptual and empirical foundations, In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–20). The Guilford Press.
- Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical psychological science*, 2(4), 387-401.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 16(4), 348-356.
- Hopp, H., Troy, A. S., & Mauss, I. B. (2011). The unconscious pursuit of emotion regulation: Implications for psychological health. *Cognition and Emotion*, 25(3), 532-545.
- Keltner, D., & Kring, A. M. (1998). Emotion, social function, and psychopathology. *Review of General Psychology*, 2(3), 320-342.
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. C., & Neale, J. (2017). *Psicologia clinica*. Zanichelli
- Lombardo, C., David, M., Moreschini, A., Battagliese, G., Maccioli, L., Pierotti, A., & Stella, A. (2013). *Risposte emozionali e regolazione delle emozioni nei Disturbi dell'Alimentazione*. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 19(2), 191-207.

- Lombardo, C., David, M., Esposito, R. M., Battagliese, G., Ruocco, R., Marucci, F. S., & Stella, A. (2014). Perfezionismo e impulsività nella bulimia purgativa e nell'anoressia restrittiva. *Rassegna di Psicologia*, 31(1), 25-38.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11.
- MacLean, P. D. (1977). The triune brain in conflict. *Psychotherapy and psychosomatics*, 28(1/4), 207-220.
- Merciai, S., & Cannella, B. (2009). *La psicoanalisi nelle terre di confine*. Cortina, Milano.
- Rollero, C. (2019). Il ruolo dei processi di influenza sociale sull'immagine corporea dei giovani adulti: una ricerca qualitativa. *La camera blu. Rivista di studi di genere*, (21).
- Ruocco, R. (2015). Il "peso" del cibo. Guarire dai disordini dell'alimentazione con il metodo psico.
- Salvatori, M. (2003). Pattern di attaccamento e disturbi del comportamento alimentare.
- Schwarz, N., & Clore, G. L. (2003). Mood as information: 20 years later. *Psychological inquiry*, 14(3-4), 296-303.
- Sheppes, G., Scheibe, S., Suri, G., & Gross, J. J. (2011). Emotion-regulation choice. *Psychological science*, 22(11), 1391-1396.
- Södersten, P., Bergh, C., & Zandian, M. (2006). Understanding eating disorders. *Hormones and behavior*, 50(4), 572-578.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., Parker, J. D., & Speranza, M. (2000). *I disturbi della regolazione affettiva: l'alessitimia nelle malattie somatiche e psichiatriche*. G. Fioriti editore.
- Treasure, J., Cardi, V., & Kan, C. (2012). Eating in eating disorders. *European Eating Disorders Rev*, 20(1), e42-e49.
- Treccani, G. (1991). *Vocabolario della lingua italiana*. Istituto dell'Enciclopedia Italiana fondata da G. Treccani.
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Maynard, L., Jayne, M., Fowler, J. S., Zhu, W., ... & Pappas, N. (2003). Brain dopamine is associated with eating behaviors in humans. *International Journal of Eating Disorders*, 33(2), 136-142.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of personality and social psychology*, 53(1), 5.

Weir, C. B., & Jan, A. (2019). BMI classification percentile and cut off points

Williamson, D. A., White, M. A., York-Crowe, E., & Stewart, T. M. (2004). Cognitive-behavioral theories of eating disorders. *Behavior modification*, 28(6), 711-738.

Zappa, L. E. (Ed.). (2009). *Alice in fuga dallo specchio. Il disturbo dell'immagine corporea nell'Anoressia Nervosa e nei DCA. Un modello integrato di trattamento: Il disturbo dell'immagine corporea nell'Anoressia Nervosa e nei DCA. Un modello integrato di trattamento.* FrancoAngeli.

## Sitografia

Alessitimia. (12 dicembre 2021). Wikipedia, L'enciclopedia libera. Tratto il 6 giugno 2022, 14:15 da [//it.wikipedia.org/w/index.php?title=Alessitimia&oldid=124508530](https://it.wikipedia.org/w/index.php?title=Alessitimia&oldid=124508530).

<https://it.wikipedia.org/wiki/Alessitimia>

Amerio, A., & Ampollini, P.(2014) I Disturbi d'Ansia e il Disturbo Ossessivo--Compulsivo nel DSM--5.

Casadio Roberta, *Strategie di Regolazione emotiva: le emozioni regolano e sono regolate*, (2016), pubblicato su State of Mind, <https://www.stateofmind.it/2016/01/strategie-di-regolazione-emotiva/>

Formica, I., Iacolino, C., Pellerone, M., Falduto, M.L., Gualtieri, S., Calabrese, L., Toscano, C., Romeo, E., Romeo, G., Romeo, V.M. (2018), *Compromissione dell'immagine corporea. Percezioni e valutazioni soggettive in adolescenti e giovani adulti*, in *Narrare i Gruppi*, 31 marzo 2018, pp. 01-21 - website: [www.narrareigruppi.it](http://www.narrareigruppi.it)

Montalti, C. (2016). *Un dualismo incarnato: l'impossibile metafisica dell'anoressia nervosa.* *Dialegesthai*, 18. Pubblicato su <https://mondodmani.org/dialegesthai/articoli/chiera-montalti-01>

Parise, D. P. *Psichiatra e Psicoterapeuta* (2019), *Emozioni, Cognitivismo e Fenomenologia*, pubblicato in <https://www.pasqualeparise.it/emozioni-cognitivismo-fenomenologia/>

Redazione, *Alessitimia – Definizione Psicopedia*, (2014), pubblicato su State of Mind, <https://www.stateofmind.it/2014/12/alessitimia/>

Todisco, P. (2005) *Studi sul perfezionismo*, pubblicato su <http://www.nilalienum.it/Sezioni/Aggiornamenti/Psicopatologia%20dinamica/Psicopatologia%20dinamica/StudiPerf.html>