



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata

Dipartimento di Psicologia Generale

Corso di laurea Magistrale in Psicologia

Tesi di laurea Magistrale

**Disturbi del Comportamento Alimentare e *Decision-Making*:
Relazione ed effetti sul funzionamento globale**

Eating Disorders and Decision-Making: Relation and Effects on Global Functioning

Relatore:

Prof.ssa Lea Ferrari

Laureanda: Alessandra Morgani

Matricola: 230606/PS

Anno Accademico 2021/2022

A Dario e Renato

Ringraziamenti

Desidero innanzitutto ringraziare la Prof.ssa Lea Ferrari, relatrice di questa tesi, per la pazienza, il sostegno e il tempo dedicatomi.

Ringrazio mio marito e mio figlio, che mi hanno sempre incoraggiata e sostenuta durante il mio percorso di studi e soprattutto per aver creduto in me, più di quanto lo abbia fatto io.

Un grazie alle mie amiche Paola e Silvia, sono state per me un esempio da seguire per raggiungere questo traguardo.

Ed infine un grazie ai miei genitori, che nonostante non ci siano più da molto tempo, sono sempre stati accanto a me.

Grazie a tutti voi

Indice

Introduzione.....	3
Capitolo 1. I Disturbi del Comportamento Alimentare	5
1.1 I Disturbi del Comportamento Alimentare: definizione e caratteristiche.....	5
1.1.1 Anoressia Nervosa	7
1.1.2 Bulimia Nervosa	10
1.1.3 <i>Binge Eating Disorder</i>	12
1.1.4 Altri disturbi del comportamento alimentare	14
1.2 Fattori di rischio ed eziologia dei DCA.....	15
1.2.1 Fattori predisponenti	17
1.2.2. Fattori precipitanti e perpetuanti	19
1.3 Ipotesi di trattamento	20
Capitolo 2. Il <i>Decision-Making</i> nei DCA.....	23
2.1 Il <i>Decision-Making</i>: definizione, modelli e caratteristiche	23
2.2 <i>Decision-making</i>, impulsività e rigidità.....	26
2.2.1 <i>Decision-making</i> e regolazione delle emozioni.....	29
2.2.2 L'alessitimia.....	32
2.2.3 <i>Decision-making</i> nei diversi ambiti di vita	35
2.3 Il processo decisionale nei DCA.....	38
Capitolo 3. Anoressia e <i>Decision-Making</i>.....	43
3.1 Interrogativo di ricerca e metodologia.....	43
3.2 Studi sulla relazione tra anoressia e <i>decision-making</i>.....	45
3.2.1 Anoressia, <i>decision-making</i> e impulsività.....	46
3.2.2 Anoressia, <i>decision-making</i> e regolazione emotiva.....	47
3.2.3 Anoressia, <i>decision-making</i> e perfezionismo.....	49
3.2.4 Effetti neurobiologici dell'anoressia sul <i>decision-making</i>	50
3.3 Interventi clinici: tipologie e benefici nel processo decisionale.....	52
3.3.1 Studi sui benefici dei trattamenti.....	53
3.3.2 Limiti dei trattamenti.....	54
3.4 Implicazioni nei diversi ambiti di vita.....	56

Capitolo 4. Bulimia e <i>Decision-Making</i>	61
4.1 Studi sulla relazione tra bulimia e <i>decision-making</i>	61
4.1.1 La sensibilità alla ricompensa nella bulimia.....	62
4.1.2 Bulimia, impulsività, apprendimento reversibile e <i>decision-making</i>	64
4.1.3 Bulimia, tratti ossessivo-compulsivi, emozioni e <i>decision-making</i>	65
4.2 Implicazioni per il trattamento: lo <i>Shared Decision Making</i>	68
4.3 Conseguenze dei deficit decisionali sullo stile di vita e la salute	72
Capitolo 5. BED e <i>Decision-Making</i>	75
5.1 BED, <i>bias</i> cognitivi, impulsività e <i>decision-making</i>	75
5.2 BED, regolazione emotiva e <i>decision-making</i>	79
5.3 Discussione degli studi relativi a DCA e <i>decision-making</i>	83
5.4 Limiti degli studi e prospettive future di ricerca	87
Conclusioni.....	92
Bibliografia.....	94

Introduzione

Questa tesi esplorerà gli effetti che i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) hanno sul processo decisionale (*decision-making*) della persona. I DCA sono dei disturbi invalidanti che hanno un impatto significativo sul comportamento alimentare, ma anche sui processi di pensiero, sulla regolazione delle emozioni, sul controllo degli impulsi e sulla capacità di agire in funzione di stimoli piacevoli.

Questi disturbi, dunque, si riflettono sul modo in cui le persone prendono decisioni, non solo riguardo alla loro alimentazione, ma anche in relazione agli altri ambiti di vita, come i rapporti familiari e affettivi, lo studio, il lavoro. La condotta alimentare disregolata, da un lato, comporta disfunzioni sul piano endocrinologico e metabolico, oltre a modificare il comportamento della persona, perché ne altera l'esame di realtà riguardo sé stessa e la propria immagine corporea, ma anche riguardo gli altri e le situazioni sociali. Tutto ciò interessa anche il *decision-making* e gli effetti di questi deficit decisionali possono arrivare a prefigurare esiti negativi dal punto di vista della qualità di vita. Dunque, essi richiedono di essere intercettati in sede di diagnosi e, eventualmente, modulati attraverso l'intervento psicoterapeutico.

Comunque, l'impatto dei DCA sul *decision-making* ha ricevuto un maggior impulso negli ultimi decenni, per questo può essere utile approfondire questo tema, riportando i risultati degli studi preliminari condotti a livello internazionale. Tale panoramica permette di fare il punto sullo "stato dell'arte" relativo a questo argomento, con implicazioni non solo teoriche, ma anche pratiche, relativamente ai possibili interventi di supporto rivolti ai pazienti con DCA.

Per questo motivo, si è scelto di dedicare i capitoli centrali di questa tesi a tali studi, distribuendoli in relazione a ciascuno dei tre principali DCA: Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa e Disturbo da Alimentazione Incontrollata (*Binge-Eating Disorder*, BED).

Nello specifico, il capitolo iniziale e introduttivo di questa tesi sarà dedicato ai DCA, descrivendone caratteristiche e criteri diagnostici, oltre a fornire una panoramica sull'eziologia e sui fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento. Il secondo capitolo sarà dedicato al *decision-making* e alle sue componenti, offrendo anche in questo caso una panoramica generale del costrutto. Il terzo capitolo sarà dedicato al rapporto tra anoressia e *decision-making*, riportando gli esiti degli studi empirici, mentre il quarto capitolo sarà dedicato al rapporto tra bulimia e *decision-making* e il quinto a BED e *decision-making*. La metodologia e gli interrogativi di ricerca saranno specificati all'inizio del terzo capitolo, per poi essere discussi in maniera approfondita alla fine del quinto capitolo.

Capitolo 1. I Disturbi del Comportamento Alimentare

1.1 I Disturbi del Comportamento Alimentare: definizione e caratteristiche

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono un insieme di disturbi che interessano la condotta alimentare della persona, specificamente la quantità di cibo che essa assume, la sua qualità e anche le modalità con le quali, in seguito, essa ne gestisce la metabolizzazione (Brusset, 2002). Il regime alimentare avviene dunque in maniera irregolare e la persona tende ad attribuire un'eccessiva importanza al cibo, al peso e alle forme corporee, che si riflette sull'autostima e il concetto di sé (Giorgini, Costantino & Petrucci, 2017).

Più nello specifico, quando la malnutrizione caratteristica dei DCA si manifesta per difetto, il regime alimentare si connota come restrittivo, con l'assunzione di quantità di cibo limitate e dal ricorso a comportamenti compensatori di svuotamento, come l'utilizzo di diuretici e lassativi e il vomito autoindotto. Quando invece la malnutrizione si manifesta per eccesso, sopraggiungono episodi di alimentazione eccessiva, con perdita di controllo da parte della persona, non seguite da condotte liberatorie. Sebbene i ricercatori abbiano focalizzato il *continuum* che va dalla malnutrizione per eccesso a quella per difetto (Tylka & Meydlo Subich, 1999), la definizione e classificazione delle diverse tipologie di DCA è stata per diverso tempo oggetto di dibattito e, tutt'ora, nella comunità scientifica non vi è un totale accordo circa le specifiche tipologie assunte da questi disturbi (Mancuso, Newton, Bosanac, Rossell, Nesci & Castle, 2015).

La quinta edizione del *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, curato dall'American Psychiatric Association (DSM-5; APA, 2013) ha visto l'identificazione di 6 differenti tipologie di disturbi della nutrizione e

dell'alimentazione, di cui i principali sono Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa e Disturbo da Alimentazione Incontrollata (*Binge Eating Disorder*, BED). Ad essi si aggiungono la Pica, il Disturbo da Ruminazione e il Disturbo Evitante/Restrittivo dell'Assunzione di cibo.

Il DSM-5 ha dunque fatto segnare una prima importante discontinuità rispetto alle edizioni precedenti, come il DSM-IV-TR (APA, 2000), per il fatto di aver escluso per la prima volta l'obesità dai DCA. L'obesità, caratterizzata dalla presenza di un accumulo eccessivo di grasso corporeo conseguente a un'assunzione esagerata di calorie in relazione al loro consumo, era in precedenza considerata un disturbo del comportamento alimentare, ma l'APA (2013) ha sottolineato l'assenza di sufficienti evidenze empiriche circa la componente psichiatrica di questo disturbo.

Quella proposta dal DSM-5 è una classificazione di tipo categoriale, che concepisce ciascun DCA come un'entità nosologica a sé stante, nettamente distinta dalle altre. Tuttavia, alcune interpretazioni psicodiagnostiche dei DCA che adottano criteri più dimensionali e qualitativi, interpretano le diverse forme che può assumere una condotta alimentare disfunzionale come tra loro connesse, facenti parte di un unico *continuum* che va da comportamenti restrittivi, tipici dell'anoressia, a forme miste di anoressia e bulimia, fino alla bulimia vera e propria e al BED (Tylka & Meydlo Subich, 1999).

La letteratura sui DCA è infatti molto vasta e copre oltre un secolo, essendo stati alcuni di questi disturbi, come l'anoressia, studiati già a partire dall'Ottocento (Brusset, 2002). Come conseguenza di tale vastità, anche le interpretazioni proposte circa le caratteristiche, l'eziologia e le strategie di trattamento dei DCA differiscono in relazione al modello utilizzato e all'orientamento psicodiagnostico di riferimento.

Il DSM-5, invece, è un manuale a-teorico, nel senso che esso non fa riferimento a nessun approccio in particolare, cercando di fornire una descrizione di ciascun disturbo che sia basata sulle sue caratteristiche osservabili e sulla sua evoluzione nel corso del tempo. Esso concepisce inoltre il disturbo mentale come una forma di disagio che può compromettere il funzionamento della persona nei diversi ambiti di vita (personale e interpersonale, lavorativo, scolastico) e il suo esame di realtà (APA, 2013).

I DCA rispondono a questi criteri, poiché possono suscitare, soprattutto nelle persone più vulnerabili come le adolescenti, un'insoddisfazione per il proprio corpo e l'interiorizzazione di un ideale di bellezza e forma corporea irrealistico, configurandosi dunque come disturbi invalidanti, che hanno un impatto sulle abitudini di vita della persona e che, nei casi più gravi o quando i sintomi si protraggono per diverso tempo, possono arrivare a metterne a repentaglio la sopravvivenza o contribuire all'insorgenza di patologie fisiche, a causa dei cambiamenti che il regime alimentare disfunzionale comporta per il metabolismo e lo stato ponderale della persona (Giorgini, Costantino & Petrucci, 2017).

1.1.1 Anoressia Nervosa

Il termine anoressia deriva dalla parola greca *anoreksia*, formata dal prefisso privativo *ἀν* e dalla radice del verbo *ὄρεξις*, che significa “avere appetito”. In realtà la definizione “mancanza di appetito” (Giorgini, Costantino & Petrucci, 2017, p. 37) non è propriamente corretta, perché le persone con anoressia hanno fame, ed è proprio resistendo ad essa che si sentono forti. Secondo Garner e Garfinkel (1979), che furono tra i primi autori a sviluppare uno strumento di misurazione dei comportamenti

alimentari della persona, l'*Eating Attitudes Test* (EAT), la caratteristica principale di questa patologia non sarebbe comunque la mancanza di appetito, quanto il rifiuto di mangiare e l'eccessiva preoccupazione per le forme corporee.

Anche secondo il DSM-5, l'anoressia nervosa si caratterizza per una restrizione significativa dell'assunzione di cibo, che determina una contrazione evidente del peso della persona in rapporto all'età, al genere e alla traiettoria di crescita, con conseguenze per la salute fisica. A tale sintomo si associa una intensa paura e/o preoccupazione nei confronti dell'assunzione di peso e del rischio di diventare grassi e un comportamento persistente di interferenza con l'assunzione di peso.

La persona, malgrado sia già magra o, in alcune circostanze, molto magra, continua a percepirsi come eccessivamente grassa e aspira a ridurre al massimo il grasso corporeo. Anche il proprio aspetto fisico è oggetto di preoccupazione e la persona tende a valutarsi negativamente, mancando invece di riconoscere la serietà del problema e i possibili rischi per la propria salute.

Coerentemente con la letteratura precedente sull'argomento, il DSM-5 identifica due sotto-tipi di anoressia nervosa, quello restrittivo e quello di tipo *binge-purge*. Nel primo, non vi è presenza di abbuffate e svuotamenti impropri. Il secondo sottotipo, invece, è caratterizzato da frequenti episodi di abbuffate compulsive, seguite da comportamenti di svuotamento.

I criteri sopra esposti evidenziano l'importanza di non arrestare l'indagine diagnostica al riconoscimento della riduzione eccessiva del peso della persona, poiché tale constatazione, basata su un approccio di tipo bio-medico, è necessaria ma non sufficiente a pervenire a diagnosi (Giorgini, Costantino & Petrucci, 2017). Accanto a tale valutazione, occorre affiancare un approfondito colloquio con la persona, volto a

comprenderne credenze, percezioni e aspettative e indagando, in particolare, i vissuti associati alla perdita di peso in corso e le motivazioni che la spingono a metterla in pratica. Anche le specifiche modalità di attuazione sono essenziali per distinguere un sottotipo dall'altro.

L'anoressia nervosa tende a manifestarsi, generalmente, durante la pubertà o l'adolescenza, periodi del ciclo di vita accompagnati da fisiologici cambiamenti nel peso e nell'altezza, nella forma del corpo e del viso e anche da mutamenti nel metabolismo e nel ciclo ormonale. Questo insieme di cambiamenti comporta un aggiornamento dell'immagine corporea e dello schema corporeo, costrutti affini, ma che richiedono di essere distinti per meglio comprenderne la relazione con i principali DCA (Schilder, 1973). Infatti, lo schema corporeo indica l'orientamento motorio della persona, la sua capacità di muoversi nello spazio esterno. Invece, l'immagine corporea è legata alla percezione soggettiva di come il proprio corpo appare all'esterno.

Sul piano emotivo e cognitivo, accanto all'alterazione dell'immagine corporea, si segnala l'eccessivo bisogno di controllo, che coinvolge anzitutto la sfera alimentare (Brusset, 2002). Le pazienti tendono a esaminare in maniera minuziosa ciò che mangiano, vagliandone il valore nutritivo e l'impatto calorico, ma questa valutazione non è finalizzata al semplice "mangiare sano", ma alla paura di ingrassare. Si riscontra inoltre un marcato perfezionismo, coerente con gli standard estetici e fisici elevati e spesso irrealistici che le pazienti si prefiggono.

Ancora, si può osservare la tendenza al pensiero dicotomico, con assenza di gradualità nella valutazione delle diverse situazioni. Infine, si osservano *pattern* di pensiero ossessivi, timore delle critiche e mancanza di fiducia in sé stesse, con

conseguente attivazione di strategie disfunzionali di fronteggiamento dello stress. (Giorgini, Costantino & Petrucci, 2017).

Come accennato, sebbene il DSM-5 distingue nettamente l'anoressia dalla bulimia, in realtà questi due disturbi sono spesso collegati e alcune interpretazioni eziologiche suggeriscono la possibilità che uno stesso paziente possa alternare fasi restrittive, caratterizzate dal tentativo di imporre un elevato controllo sul proprio corpo e sugli stimoli fisiologici legati alla nutrizione (fame e sete), con fasi viceversa espansive, in cui vi è perdita di controllo sul processo alimentare ed elevata ingestione di cibo (Cotrufo, 2008). Anche in questo caso, l'utilizzo di criteri dimensionali, qualitativi, aiuta a comprendere i processi evolutivi e i cambiamenti nel funzionamento mentale e affettivo in atto nei pazienti che soffrono di questi disturbi.

1.1.2 Bulimia Nervosa

Il termine "bulimia" deriva anch'esso dal greco βουλιμία e significa "fame da bue" (Giorgini, Costantino & Petrucci, 2017, p. 46). La bulimia nervosa si caratterizza per ricorrenti episodi di "abbuffate", ovvero di sovra-alimentazione, durante i quali la persona ingurgita una elevata quantità di cibo, superiore a quello che un'altra persona mangerebbe nello stesso periodo di tempo e in simili circostanze. Durante queste abbuffate, essa sperimenta una perdita di controllo, come se non riuscisse a smettere di mangiare (APA, 2013).

A seguito di tali episodi, il paziente bulimico indulge poi in ricorrenti comportamenti di compensazione, volti a prevenire l'accumulo di peso, che comprendono: l'autoinduzione di vomito, l'abuso di lassativi, diuretici e altri farmaci,

l'eccessivo esercizio fisico. Come rilevano Giorgini e collaboratori (2017), anche nel caso della bulimia è possibile rintracciare un sottotipo che prevede condotte di svuotamento e un sottotipo non caratterizzato da queste condotte, ma improntato sull'eccessivo esercizio fisico o sulla pratica del digiuno a seguito della fase di perdita di controllo e sovra-alimentazione.

Come nelle pazienti con anoressia, anche in quelle con bulimia la valutazione di sé è profondamente influenzata dalla forma corporea e dal peso. I comportamenti compensatori, in inglese *purge behaviors*, provocano una sensazione di sollievo e, in alcune circostanze, possono diventare l'obiettivo primario della persona, che li mette in atto anche a seguito di una normale o ridotta assunzione di cibo, come sintetizzato dalla figura seguente.

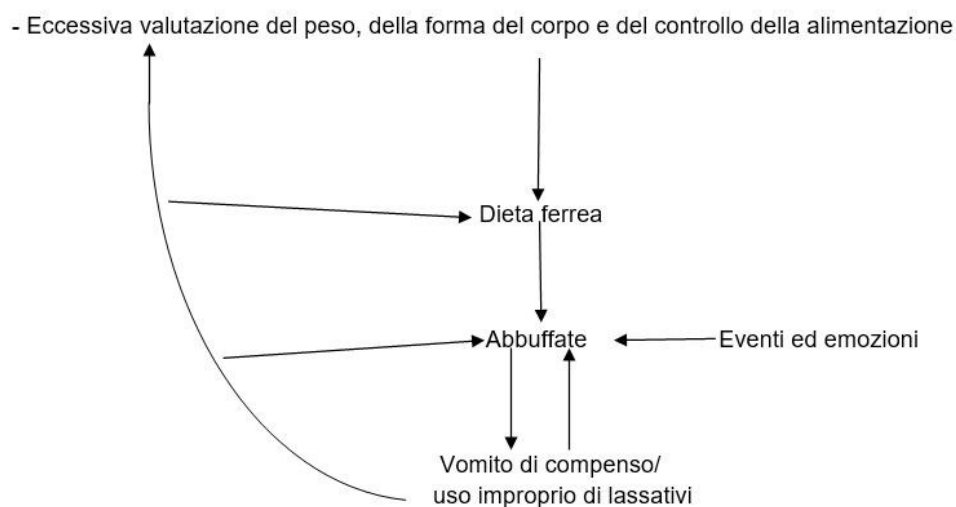


Figura 1. Schema di funzionamento cognitivo della bulimia. In Fairburn, C. G. (2018). *La terapia cognitivo-comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. Trento: Erickson.

Questo schema evidenzia un vero e proprio circolo vizioso che tende ad autopetersarsi, con conseguenze gravi per l'organismo. La preoccupazione per il peso

spinge infatti la paziente ad adottare un regime alimentare restrittivo, aumentando così la possibilità e la frequenza delle abbuffate, che a loro volta scateneranno delle condotte eliminatorie di compenso.

Durante le abbuffate, la persona non sperimenta piacere e, difatti, l'elemento caratterizzante non è la qualità, ma la quantità di cibo introdotto (Giorgini, Costantino & Petrucci, 2017). In un secondo tempo, comunque, possono emergere emozioni intense come vergogna, rabbia, senso di colpa per non essere stati in grado di contenersi, con conseguenze negative sull'autostima e la fiducia nella propria capacità di gestire con efficacia i propri comportamenti.

1.1.3 *Binge Eating Disorder*

Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata, dall'inglese *Binge Eating Disorder* (BED), è stato identificato solo negli ultimi decenni dai ricercatori, che osservando i *pattern* di comportamento di alcuni pazienti bulimici, notarono come in essi non vi fossero i ricorrenti meccanismi di compensazione propri dei *purge behavior*, benché sussistesse il *pattern* di *binge eating* caratteristico delle abbuffate (Marzilli, Cerniglia & Cimino, 2018).

Come conseguenza, a differenza dei pazienti bulimici, in quelli con BED vi è un progressivo aumento di peso, conseguente al fatto di mangiare in maniera smodata durante le abbuffate, che per il resto assumono caratteristiche simili alla bulimia, con sensazione di perdita di controllo. A differenza della bulimia, comunque, nel BED il fatto di mangiare non è necessariamente associato a senso di colpa, anzi spesso assume per la persona un effetto gratificante.

In precedenza, il BED veniva incluso all'interno dei Disturbi dell'Alimentazione non altrimenti specificati (APA, 2000). Il BED è stato, in passato, associato anche all'obesità e, effettivamente, esso può condurre la persona a sviluppare una massa corporea paragonabile a quella delle persone con obesità (de Zwaan, 2001). Ciò aiuta a spiegare come mai l'obesità, intesa come condizione biomedica, sia stata sostituita nel DSM-5 dal BED.

Una possibile ragione dell'aumento esponenziale dei casi di *binge eating* patologico, risiede nella parallela commercializzazione e diffusione del cosiddetto *junk food*, o “cibo spazzatura”, caratterizzato da elevata piacevolezza e anche da caratteristiche nutrizionali che lo rendono parzialmente additivo. Per questo, nel BED, le abbuffate si caratterizzano come un *emotional eating* (“mangiare emotivo”; Giorgini, Costantino & Petrucci, 2017). Quest'espressione corrisponde al bisogno di mangiare per sedare qualsiasi tipo di emozione e di tensioni interne, per avere una gratificazione immediata, a costo però di un successivo pentimento, accompagnato da sentimenti di vergogna, che non attivano però meccanismi compensatori, come nel caso della bulimia.

Il processo che porta allo sviluppo del BED è riassunto dalla figura seguente.

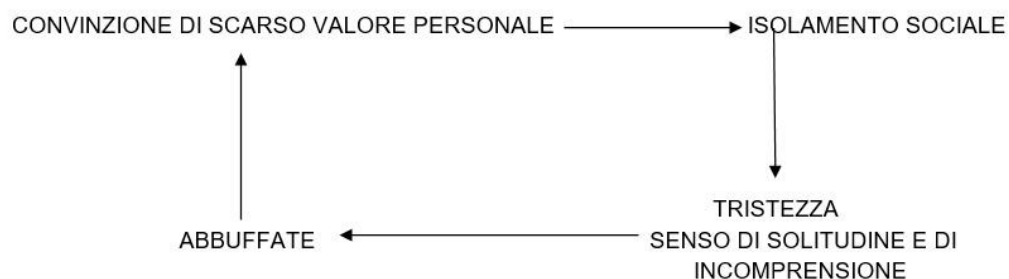


Figura 2. Schema di funzionamento cognitivo del *binge eating disorder* (BED). In Fairburn, C. G. (2018). *La terapia cognitivo-comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. Trento:

Erickson.

Come si vede dallo schema, la persona, partendo da una base di bassa autostima e convinta che gli altri non la accettino a causa delle sue forme corporee, finisce poi per autoescludersi dalla vita sociale. Questa situazione di solitudine la porta poi a sviluppare sentimenti di tristezza, che essa cercherà di lenire con l'aiuto del cibo, che diventa un mezzo per placare la propria angoscia.

1.1.4 Altri disturbi del comportamento alimentare

I tre disturbi sopra descritti sono riconosciuti come i principali DCA, ma ad essi si affiancano disturbi più rari, riconosciuti dal DSM-5 come DCA per via delle loro caratteristiche e manifestazioni. Il primo è la Pica, che si caratterizza per un'assunzione persistente di sostanze non nutritive, di carattere non alimentare, come stoffa, ghiaccio, ghiaia, ecc., per un periodo di almeno un mese. Il fatto di impiegare questi oggetti come fonte di nutrimento deve essere inappropriato rispetto alla fase di sviluppo della persona e non deve essere accidentale, ma un comportamento volontario, ripetuto nel tempo (APA, 2013).

La pica tende a manifestarsi durante l'infanzia e l'adolescenza, ma talvolta anche in età adulta ed è spesso associata a casi di disabilità intellettiva o ad altri disturbi del neurosviluppo che possono compromettere la capacità di giudizio della persona. Essa richiede di essere distinta dagli altri DCA perché anche nel BED e nella bulimia, le abbuffate avvengono sempre in funzione dell'assunzione di cibo e non di altre categorie di oggetti.

Parimenti, il Disturbo da Ruminazione è caratterizzato dalla ripetuta rigurgitazione di cibo appena dopo aver mangiato. Il cibo che era stato in precedenza inghiottito e ora parzialmente digerito, viene rigurgitato, masticato e/o mantenuto in bocca senza apparente disagio dalla persona, che non sperimenta nausea o disgusto. Perché si possa diagnosticare tale disturbo, la ripetuta rigurgitazione deve avvenire per un periodo di almeno un mese e non essere associata ad altre condizioni mediche, ad esempio di natura gastrointestinale. I criteri della diagnosi differenziale suggeriti dall'APA (2013) evidenziano la differenza tra questo disturbo e altri DCA come anoressia e bulimia, poiché nel disturbo da ruminazione la rigurgitazione del cibo costituisce l'unico sintomo osservabile e non è accompagnata da modifiche del regime alimentare.

Infine, il Disturbo Evitante/Restrittivo dell'Assunzione di cibo è caratterizzato da un'apparente assenza di interesse verso il cibo e dall'evitamento dell'alimentazione, associato a perdita significativa di peso, significativa deficienza nutrizionale e dipendenza da sistemi suppletivi di nutrizione, come l'assunzione per via orale di pasticche. Questo disturbo si manifesta soprattutto durante l'infanzia e l'età evolutiva e si differenzia dagli altri DCA, come l'anoressia, perché in quest'ultimo vi è la paura di assumere peso o di diventare grassi, mentre nel disturbo evitante/restrittivo la persona non esprime questo tipo di preoccupazioni.

1.2 Fattori di rischio ed eziologia dei DCA

Gli studi sui DCA, portati avanti fin dall'Ottocento, hanno portato alla diffusione di molteplici ed eterogenei modelli causali, che cercano di ricostruire l'eziopatogenesi

di questi disturbi in accordo con l'approccio impiegato (Gritti, 2009). Per diverso tempo, hanno prevalso modelli mono-dimensionali, che si focalizzavano cioè su un solo aspetto o su un insieme ristretto di fattori di rischio.

Ad esempio, soprattutto in ambito psicodinamico, l'eziologia di questi disturbi è stata spesso attribuita a un conflitto inconscio che l'adolescente sperimenta nei confronti del proprio corpo in cambiamento, che si attiva in corrispondenza della pubertà e della riattivazione di spinte di natura sessuale, dove il cibo assume dunque un valore simbolico di tipo sessuale e relazionale (Cotrufo, 2008). Ancora, in ambito sistemico le cause dei DCA sono state ricondotte a sistemi familiari dai confini permeabili e dai ruoli confusi, con scarsa indipendenza e differenziazione tra i membri (Tafà, Cerniglia, Cimino & Ballarotto, 2017).

Parimenti, il modello socio-culturale attribuisce l'eziopatogenesi di questi disturbi all'influenza che il contesto sociale e storico esercita sullo sviluppo della persona, inclusi i modelli di bellezza e gli standard legati al peso e alla forma del corpo (Brusset, 2002). Quest'ultimo aiuterebbe a comprendere come mai negli ultimi decenni, in corrispondenza con l'avvento dei mezzi di comunicazione di massa (*mass media*), la diffusione sempre più pervasiva di ideali di bellezza irrealistici e spesso associati a eccessiva magrezza, è coincisa con un significativo aumento dei casi di DCA, in particolar modo di anoressia e bulimia. Allo stesso modo, come accennato, la diffusione del *junk food* e la facilità di accesso, può contribuire a spiegare l'incremento dei casi di obesità e di disturbo da *binge eating*.

Infine, un filone di studi recenti sta approfondendo i possibili fattori di rischio genetici connessi ai DCA, rintracciando una vulnerabilità ereditaria in alcuni individui (Trace, Baker, Penas-Lledo & Bulik, 2013). Questi studi, comunque, hanno finora

messo in luce un'associazione tra la presenza di specifici marcatori genetici e il successivo sviluppo di problemi alimentari, mentre minori evidenze vi sono relativamente a un'origine ereditaria dei DCA.

Attualmente, comunque, per spiegare l'origine dei DCA si tende a privilegiare un modello integrato e multidimensionale, coerente con l'approccio bio-psico-sociale (Engel, 1977), che suggerisce la coesistenza di fattori biologici, psicologici e socio-culturali alla base dei disturbi mentali. L'approccio bio-psico-sociale suggerisce di studiare il modo in cui questi diversi piani della vita degli individui interagiscono tra loro, a volte configurando una molteplicità di fattori di rischio. È stata dunque abbandonata l'idea che alla base dei DCA vi sia una causalità lineare e monofattoriale, rilevando come in ogni fase che precede, accompagna e segue lo sviluppo di questi disturbi, intervengano molteplici fattori di rischio.

Alcuni autori, come Bryant-Waugh e Lask (1995) hanno proposto una distinzione tra fattori di rischio predisponenti, scatenanti e di mantenimento, che possono essere implicati nello sviluppo di un DCA.

1.2.1 Fattori predisponenti

I fattori predisponenti includono l'insieme di caratteristiche bio-psico-sociali che configurano una vulnerabilità nei confronti di una o più patologie, ma che di per sé non sono sufficienti a determinarne l'insorgenza (Ricci Bitti & Gremigni, 2013).

Tra le caratteristiche individuali, l'età e il genere sembrano svolgere un ruolo preminente. Generalmente, infatti, l'esordio dei sintomi tende ad avvenire nel periodo adolescenziale, caratterizzato dal passaggio dall'infanzia all'età adulta e che comporta un insieme di cambiamenti anatomici, morfologici e psicologici, di definizione della

propria identità personale e sociale e di graduale acquisizione di indipendenza dal nucleo familiare. Tenzialmente, i DCA si sviluppano in adolescenti di sesso femminile, che presentano una struttura di personalità improntata al perfezionismo, caratterizzata da scarsa flessibilità cognitiva e da ridotta autostima (Fairburn, 2018).

Anche la dimensione biologica può svolgere un ruolo nel predisporre la persona allo sviluppo di questi disturbi (Swaab, 2010). Ad esempio, occorre considerare l'impatto che le alterazioni ormonali caratteristiche dell'adolescenza possono avere sulla regolazione della serotonina, un neurotrasmettitore cerebrale implicato nella regolazione dell'ansia, dell'umore, delle sensazioni di fame e sazietà. Ancora, un eccessivo stress, accompagnato dal rilascio di cortisolo, può influenzare le sensazioni fisiologiche, il ritmo sonno-veglia e anche la condotta alimentare.

Per quanto concerne le caratteristiche familiari, va evidenziato come, malgrado le ipotesi proposte da alcuni autori, non esista un prototipo di famiglia "psicosomatica" (Minuchin, 1974) tale da favorire l'insorgenza di un DCA. Le ipotesi sistemiche (Tafà *et al.*, 2017) riconducono comunque a famiglie in cui la gestione di ruoli e confini è confusa, vi è un elevato livello di ostilità, controllo e/o invischiamento tra genitori e figli e uno scarso riconoscimento dei bisogni emotivi, una vulnerabilità nei confronti di questo tipo di disturbi.

Le ipotesi socio-culturali attribuiscono infine ai modelli di bellezza diffusi dai *mass-media* un ruolo, nel senso che tali modelli "impongono" standard di magrezza non facilmente accessibili in adolescenza, come conseguenza dei cambiamenti ormonali e metabolici in atto (Brusset, 2002). Allo stesso modo, anche i *social media* sembrano svolgere un ruolo nell'alterare l'immagine corporea (Marks, De Foe & Collett, 2020).

1.2.2. Fattori precipitanti e perpetuanti

I fattori precipitanti costituiscono, parimenti, l'insieme di circostanze che pongono la persona in uno stato attivo di rischio e includono eventi di vita destabilizzanti, come esperienze di violenza e maltrattamento a scuola (bullismo o *bodyshaming*, cioè critiche aggressive alla propria forma corporea) o in famiglia (abuso), eventi traumatici focali, come incidenti, o cumulativi, come la rottura di un rapporto o una malattia (Ricci Bitti & Gremigni, 2013; Giorgini, Costantino & Petrucci, 2017).

In queste circostanze, i fattori predisponenti interagiscono con le nuove variabili, esacerbando le precedenti, come la bassa autostima, l'elevata insoddisfazione corporea e il *coping* disadattivo, di modo che sintomi di entità sub-clinica pre-esistenti si manifestino con maggiore evidenza, o insorgano in maniera più netta, configurando un progressivo quadro sintomatologico che assume maggiore coerenza nel tempo (Ghaderi, 2010).

Infine, i fattori perpetuanti o di mantenimento comprendono i sintomi secondari e le abitudini di vita che si instaurano in seguito all'insorgenza del disturbo, configurando un "circolo vizioso" che porta al perpetuarsi della patologia e all'inasprimento del quadro sintomatologico, con effetti anche sulla salute fisica, mentale e sociale. Anche da questo punto di vista, fattori predisponenti come una struttura di personalità caratterizzata da rigidità, impulsività, perfezionismo e scarsa autostima possono a loro volta svolgere un ruolo nel mantenimento del disturbo, che proprio per questo richiede un intervento tempestivo sia sul piano medico che su quello psicoterapeutico (Costantino, 2018).

1.3 Ipotesi di trattamento

Un ultimo aspetto su cui può essere utile, per completezza, soffermarsi brevemente sono le strategie di trattamento dei DCA. In questa sede, per motivi di spazio, non saranno approfondite le ipotesi eziologiche, le tecniche e gli obiettivi di intervento propri dei diversi approcci, ma ci si limiterà a passarne in rassegna i principali presupposti. I tre principali approcci al trattamento dei DCA sono quello psicodinamico, quello cognitivo-comportamentale, quello sistemico-relazionale, a cui si affiancano diverse sotto-tipologie, nonché protocolli pensati specificamente per una data categoria di DCA (Gritti, 2009).

In generale, questi diversi approcci condividono alcune linee guida e buone prassi trasversali (Costantino, 2018). Ad esempio, l'obiettivo comune è il ripristino di condizioni fisiche e standard nutrizionali in linea con l'età e la modifica dei *pattern* di comportamento e degli schemi di pensiero ad essi associati, assicurando ad esempio un miglioramento dell'autostima della paziente e una maggiore integrazione nel contesto familiare e sociale.

Per quanto riguarda l'approccio psicodinamico, sono state proposte diverse interpretazioni dei DCA alla luce dei conflitti intrapsichici e intersoggettivi che la persona può sperimentare durante l'adolescenza, come conseguenza dei cambiamenti fisiologici legati al peso e all'aspetto, ma anche alle relazioni con i pari e con i genitori (Bellini & Scarnecchia, 2002).

Secondo questo approccio, il trattamento dei DCA parte dunque dalla ricostruzione del profilo psicodinamico del paziente e in particolare dei meccanismi di difesa e delle resistenze, che possono ridurre la *compliance* nei confronti dell'intervento

e determinare scarsa aderenza al trattamento, inclusa la mancata costruzione di una “alleanza terapeutica” con lo psicoterapeuta. In quest’ottica, è essenziale distinguere le caratteristiche personologiche delle pazienti, poiché a seconda che siano presenti sintomi di anoressia, bulimia o BED, anche il profilo di personalità potrebbe cambiare.

Per quanto riguarda invece l’approccio cognitivo-comportamentale, esso si focalizza sulle credenze disfunzionali alla base della condotta alimentare della paziente, a loro volta associate a specifici *pattern* di comportamento che occorre decostruire e sostituire con nuovi e più salutari schemi (Fairburn, 2019). Secondo questo approccio, la paziente va aiutata fornendole anche compiti e procedure da rispettare, in modo da rinforzare i comportamenti alimentari efficaci. Una rassegna della letteratura curata da Gritti (2009) ha evidenziato come l’approccio cognitivo-comportamentale sia quello più indicato in termini di efficacia.

L’approccio sistemico-relazionale, nella sua versione attuale, si focalizza invece sulla famiglia, sotto forma di una *Family-Based Therapy* (FBT) a carattere psicoeducativo, che mira a modificare i modelli di organizzazione del sistema familiare che possono contribuire all’insorgenza e al mantenimento dei sintomi nel membro più vulnerabile (Tafà *et al.*, 2017). Il coinvolgimento attivo della famiglia nel supporto terapeutico prevede l’instaurazione di abitudini alimentare più coerenti e adattive, il monitoraggio dei confini e la concessione di maggiore autonomia decisionale ai figli adolescenti, anche per quanto riguarda il regime alimentare.

A prescindere dallo specifico approccio terapeutico, comunque, occorre sempre effettuare anche un’attenta valutazione biomedica per comprendere il livello di sotto-alimentazione o di sovra-alimentazione in cui versa la paziente, così come per riscontrare eventuali altre anomalie metaboliche causate dalla condotta alimentare

disfunzionale, che potrebbero esitare in pericoli per la salute fisica, oltre che mentale, della persona (Gritti, 2009).

Un altro aspetto da considerare in sede di diagnosi e trattamento è costituito dalle frequenti comorbidità con disturbi dello spettro ossessivo, disturbi d'ansia e disturbi di personalità, che richiedono una scrupolosa valutazione (Costantino, 2018). Questi diversi aspetti rendono il trattamento dei DCA, come sintetizzato da Gritti (2009), un campo complesso, che richiede di integrare la dimensione somatica e quella psichica, la realtà interna della persona con quella esterna.

Capitolo 2. Il *Decision-Making* nei DCA

2.1 Il *Decision-Making*: definizione, modelli e caratteristiche

Il *decision-making* è il processo di revisione, selezione e attuazione di una decisione, rispetto a un problema o a un compito (Bruch & Feinberg, 2017). Il processo decisionale è stato oggetto di studi fin dall'Ottocento, soprattutto nel campo dell'economia, per comprendere in che modo le persone prendono decisioni riguardo a come spendere i soldi e su cosa investire.

Tra i primi psicologi a occuparsi del *decision-making* vi è stato Edwards (1954), il quale ha formulato l'ipotesi della "scelta senza rischi", ritenendo che le persone tendano a selezionare l'opzione più sicura, che consente loro di minimizzare gli imprevisti, piuttosto che quella in assoluto più vantaggiosa, ma potenzialmente anche più rischiosa.

Nei decenni successivi, gli studi sul *decision-making* hanno evidenziato come questo processo sia essenziale non solo nelle situazioni di emergenza, ma in tutte le attività quotidiane, poiché consente alla persona di intraprendere una risposta corretta a un problema e superare, in questo modo, le sfide e le difficoltà, senza subire conseguenze (Galotti, 2002).

Nel valutare la possibile risposta, intervengono comunque diversi fattori, che sono stati analizzati e descritti da vari autori all'interno di differenti modelli di processo decisionale.

Tra i vari modelli quello sviluppato da Busemeyer e Johnson (2004), è detto "a funzione singola" (*Single-Feature Model*, SFM), poiché individua alla base delle decisioni individuali una sola caratteristica del problema. Secondo questo modello, le persone inizialmente tendono a considerare molteplici aspetti della questione, ma

spesso, quando poi si trovano a prendere una decisione, si basano primariamente su una sola caratteristica saliente, percepita come più importante rispetto alle altre variabili, che vengono di conseguenza scartate.

Il fatto di optare per un *decision-making* a funzione singola può esporre la persona al rischio di *bias* cognitivi, cioè pregiudizi che influenzano la decisione, ma può anche rivelarsi una scelta efficace, quando ad esempio si ha poco tempo per decidere e per passare in rassegna tutte le variabili del problema e quest'ultimo non è particolarmente complesso. In questi casi, selezionare e focalizzarsi solo sull'aspetto più importante consente di risparmiare tempo e decidere in maniera euristica, rapida e intuitiva.

Le specifiche modalità con cui avviene questo processo decisionale sono comunque distinte. Secondo Glockner e Betsch (2008), il *decision-making* a funzione singola è basato sulla comparazione attiva di tutte le opzioni di risposta possibili al problema e sulla selezione della risposta che appare più promettente, a volte anche integrando più risposte tra loro.

Invece, secondo gli stessi Busemeyer e Johnson (2004), il processo avviene in maniera sequenziale: vengono passate in rassegna una dopo l'altra le diverse opzioni di risposta, focalizzandosi su una per volta, finché non se ne trova una adeguata.

Un secondo modello è detto "a funzionalità additiva" (*Additive-Feature Model*, AFM; Cavanagh, Wiecki, Kochar & Frank, 2014) ed è preferibile quando la persona si trova a dover prendere decisioni più complesse. Infatti, esso prevede di considerare fin da subito tutte le caratteristiche del problema e tutte le caratteristiche di ciascuna scelta possibile. Si tratta di una valutazione sistematica e graduale del problema, dunque più lenta e ragionata, che richiede elevate capacità di analisi, riflessione e applicazione della risposta.

A differenza del modello a risposta singola, questo approccio consente di prendere una decisione più sicura, basata su una elaborazione più approfondita del problema e costituisce, dunque, una risposta ideale a problemi complessi, mentre risulta meno indicata quando si ha poco tempo per decidere. Infatti, in queste circostanze occorre affidarsi a strategie maggiormente rapide ed euristiche, che coinvolgono anche l'intuizione, oppure si rischia di non poter terminare l'analisi approfondita del problema e di dover decidere avendo dati incompleti su di esso.

Infine, un terzo modello sviluppato dai ricercatori è quello “a eliminazione per aspetti” (*Elimination by Aspects*). Questo modello è stato proposto originariamente da Tversky (1972), che ha osservato come in molti casi, le persone non procedano per comparazione o per addizione delle opzioni decisionali, ma per eliminazione, scartando subito le risposte meno promettenti e procedendo poi a testare solo quella che non presentava difetti significativi. Dunque, mentre il modello a funzione singola si concentra sulla caratteristica più importante, quello proposto da Tversky (1972) procede, appunto, per eliminazione, senza guardare agli aspetti salienti, ma analizzando ciascuna caratteristica, scartando quelle meno importanti, fino a restare con l'unica caratteristica che non è riuscito a “bocciare”.

Il fatto di andare a eliminazione consente di focalizzarsi sui punti di debolezza delle diverse opzioni di risposta, permettendo così di valutare da subito gli eventuali limiti di ciascuna. Anche in questo caso, comunque, il *decision-making* tende ad essere più lungo, perché l'eliminazione delle risposte non consente di intraprendere scorciatoie cognitive, ma richiede un'analisi approfondita delle diverse opzioni.

Dunque, questi differenti modelli e strategie di *decision-making* non sono alternativi tra loro ma dipendono, piuttosto, dalle caratteristiche del problema, dalle

risorse e dal grado di informazioni di cui la persona dispone rispetto ad esso, nonché dalle caratteristiche stesse del decisore, che influenzano a più livelli il processo di valutazione e analisi delle opzioni e delle loro conseguenze (Galotti, 2002).

2.2 Decision-making, impulsività e rigidità

Altri autori non si focalizzano sulle specifiche strategie di *decision-making* impiegate dalle persone, quanto sui diversi fattori che influenzano, sia dall'esterno che dall'interno, il processo decisionale stesso. Ad esempio, tra i fattori estrinseci, Sollner e collaboratori (2014) rilevano come il grado di informazioni in possesso della persona influenzi sia il processo a funzione singola che quello additivo, basato sul confronto tra più opzioni. Infatti, se la persona dispone di poche informazioni sul problema, potrebbe affidarsi maggiormente all'intuizione, dunque decidere seguendo strategie euristiche, meno precise, oppure cercare di ottenere maggiori informazioni, con il rischio però di perdere tempo prezioso per decidere.

Anche fattori intrinseci, come i tratti di personalità, possono influenzare il processo decisionale. Le persone tendono infatti a collocarsi lungo un *continuum* che va da personalità impulsive, che tendono ad agire senza riflettere, a personalità più riflessive, che potrebbero viceversa prendere molto tempo prima di decidere cosa fare, rimanendo in alcuni casi indecise fino alla fine (Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz & Swann, 2001).

Le persone impulsive tendono a prendere decisioni più rischiose e a selezionare risposte che consentono loro di ottenere ricompense immediate, senza considerare le possibili conseguenze negative a lungo termine. Evenden (1999) si focalizza sulle azioni impulsive, definite come rischi mal concepiti, comportamenti prematuri o inadeguati

alla situazione e che hanno conseguenze indesiderabili. Si distinguono inoltre riflessioni impulsive, con un mancato approfondimento delle opzioni decisionali a disposizione, scelte impulsive e comportamenti impulsivi.

In questo senso, Moeller e collaboratori (2001) descrivono i comportamenti impulsivi come un “agire senza pensare” e ne riscontrano la presenza in diversi disturbi psichiatrici, caratterizzati da elevata sensibilità alle ricompense positive e bassa sensibilità alle conseguenze negative.

In queste persone, il processo di inibizione cognitiva, che consente di “fermare” l’azione e di riflettere attentamente sulle sue implicazioni, è spesso deficitario o compromesso, rendendole predisposte a una iper-reazione agli eventi esterni, specialmente quelli strettamente connessi con le caratteristiche del loro disturbo.

A sua volta, anche la relazione tra disturbi alimentari e impulsività è stata molto approfondita, soprattutto per quanto riguarda i pazienti con bulimia e con BED, che tendono appunto a cibarsi in maniera impulsiva e reiterata (Dawe & Loxton, 2004). L’ampio *corpus* di studi ha infatti evidenziato una correlazione tra tutti i principali disturbi del comportamento alimentare e l’impulsività, sebbene con livelli differenti in base alla tipologia di disturbo.

Sulla base di una *review* dell’impulsività, Lavender e Mitchell (2015) individuano 5 diverse sfaccettature dell’impulsività nei DCA, che influenzano indirettamente anche il processo decisionale. Il primo aspetto è rappresentato dalla ricerca di sensazioni, ovvero dalla tendenza a sperimentare attività che possono trasmettere sensazioni intense alla persona, come appunto la sovra-alimentazione e/o la sotto-alimentazione.

La seconda sfaccettatura dell’impulsività è la mancata pianificazione. La persona tende ad agire in maniera non pianificata, quindi senza prima programmare i propri

comportamenti, calandoli in un piano d'azione preciso. La mancata pianificazione comporta anche la scarsa considerazione per gli esiti lontani nel tempo del proprio comportamento.

La terza sfaccettatura è la mancanza di perseveranza. La perseveranza consente di portare avanti un progetto nel tempo, ritardando la gratificazione finché l'obiettivo non sarà raggiunto. Si tratta di una risorsa essenziale in molte attività umane, che possono essere di per sé percepite come noiose o ripetitive, ma la cui ripetizione nel tempo consente di raggiungere risultati che non potrebbero essere afferrati nell'immediato. Una scarsa perseveranza rende difficile per la persona mantenere l'impegno preso, anche quando questo riguarda comportamenti e abitudini salutari.

La quarta sfaccettatura è l'urgenza positiva, mentre la quinta è l'urgenza negativa. Entrambi questi processi sono legati alla gestione degli impulsi e in particolare del senso di urgenza associato a un dato comportamento. Nello specifico, l'urgenza positiva è la pressione a eseguire un dato comportamento perché percepito come piacevole, mentre l'urgenza negativa è la pressione a eseguire un dato comportamento perché le conseguenze della sua inibizione sono percepite come spiacevoli o difficili da tollerare.

Secondo Lavender e Mitchell (2015), nelle persone con disturbi alimentari queste differenti sfaccettature o aspetti dell'impulsività, tendono a presentarsi simultaneamente, contribuendo in molti casi a esacerbare i sintomi o a rendere più difficile la loro remissione nel tempo.

Oltre all'impulsività, anche la rigidità influenza il processo decisionale, spingendo la persona a reiterare schemi comportamentali senza considerare i loro possibili effetti negativi (Rosman, Lubaktin & O'Neill, 1994). Il fatto di prendere decisioni in maniera rigida, poco flessibile, comporta una maggiore esposizione ai rischi, perché la persona

esclude dalla valutazione sia l'analisi dei passati fallimenti, sia una valutazione prospettica, legata ai cambiamenti in una situazione. Infatti, non è detto che una scelta che si è rivelata corretta in passato, possa avere lo stesso effetto in futuro.

2.2.1 *Decision-making* e regolazione delle emozioni

Da un punto di vista cognitivo, il *decision-making* è stato considerato per diverso tempo un processo freddo, razionale, che richiede di vagliare le diverse opzioni disponibili, selezionando infine quella ritenuta, ragionevolmente, come la più efficace e opportuna (Alvino & Franco, 2017). Tuttavia, molto spesso tale processo è accompagnato anche da fattori cognitivi “caldi”, come l'attenzione, la memoria e la motivazione, che sono strettamente legati anche alla dimensione emotiva del funzionamento individuale.

A volte, infatti, le persone si trovano a dover prendere decisioni che possono avere importanti implicazioni a livello personale e/o di gruppo, dunque dotate di un impatto emotivo significativo. Ad esempio, quando la decisione riguarda la propria salute e sicurezza, o quella degli altri, oppure quando tali scelte si rifletteranno sul proprio futuro, relativamente alla carriera o agli studi, la valutazione non può non tenere conto anche dei risvolti emotivi.

In queste circostanze, le strategie di *decision-making* impiegate sono influenzate dallo stato emotivo della persona e anche dalle pressioni esterne, come ad esempio il tempo a disposizione, nonché dalle caratteristiche stesse del problema, quali il grado di complessità e la competenza della persona rispetto ad esso. L'ansia e la preoccupazione possono condizionare la risposta al problema e orientare le priorità su cui prendere una decisione (Galotti, 2002).

In presenza di problemi altamente personali, complessi e sfaccettati, prendere una decisione sbagliata, oppure non decidere affatto, ma anche prendere la decisione giusta, rappresentano tutti scenari con un impatto emotivo sulla persona, e l'anticipazione delle conseguenze emotive della propria scelta è spesso ciò che guida l'individuo nel prendere una decisione.

Ciò fa sì che non sempre la decisione per cui si opta è quella più razionale, ma più spesso si tratta della decisione in grado di minimizzare le conseguenze emotive negative di un eventuale errore, come già osservato da Edwards (1954). Anzi, come evidenziano Alvino e Franco (2017), l'idea del "decisore razionale" viene oggi considerata poco realistica e inadeguata a descrivere la complessità del processo decisionale.

Per questo, spesso gli studi sul *decision-making* ricadono nel campo dell'economia comportamentale, una branca della psicologia che analizza il modo in cui le persone si comportano, il significato delle loro azioni e decisioni in funzione delle aspettative che esse hanno sul loro risultato (Gradinaru, 2014). L'economia comportamentale studia i profili di comportamento delle persone, rintracciando similarità e differenze nel modo in cui persone diverse prendono decisioni sulla propria vita.

La complessità di un processo decisionale che ha implicazioni emotive dirette sul decisore è ben esemplificata dalla varietà di risposte individuali rilevate dai ricercatori: si osservano infatti tentativi di affidare la decisione ad altri, anche quando il problema riguarda sé stessi, tendenza a procrastinare la decisione, tendenza a decidere in maniera impulsiva e non premeditata, anche per via del carico cognitivo associato alla valutazione.

Dunque, i processi decisionali disfunzionali si possono osservare anche in persone perfettamente sane dal punto di vista cognitivo e affettivo, che tuttavia, quando chiamate a prendere decisioni importanti o a valutare problemi altamente complessi, possono andare in difficoltà.

Nel complesso, sia il *decision-making* che le implicazioni affettive di una decisione già presa sono mediati dal processo di regolazione emotiva, descritto da Gross (1998) come la capacità di riconoscere, esprimere e modulare le proprie emozioni, in modo da impiegarle in maniera efficace e creativa, come stimolo per l'azione, invece che in modo distruttivo, come un ostacolo per sé e per gli altri. Secondo questo autore, saper regolare le emozioni significa anche riuscire a verbalizzarle, avendo chiaro ciò che si prova e comunicandolo ad altri, invece di esprimerlo attraverso l'azione.

La regolazione delle emozioni è connessa anche a un altro processo coinvolto nel *decision-making*, ovvero il fronteggiamento dello stress. Lazarus e Folkman (1984) hanno rilevato che le persone tendono a fronteggiare lo stress in diversi modi, mettendo in atto strategie di *coping* che possono essere funzionali, come la ricerca di supporto sociale e la rivalutazione positiva del problema, oppure disfunzionali, come la ruminazione, che consiste nel pensare in maniera ossessiva al problema, senza tuttavia riuscire a progredire nella sua comprensione e soluzione.

Dal momento che spesso le situazioni che richiedono una presa di decisione sono percepite come stressanti dalla persona, strategie di *coping* e meccanismi di regolazione emotiva disfunzionali possono contribuire a una presa di decisione sbagliata, influenzando negativamente il *decision-making* della persona o, in alcuni casi, arrivando a comprometterlo.

Un aspetto che occorre considerare è che, nei disturbi del comportamento alimentare, la capacità di riconoscere, verbalizzare e modulare le emozioni è spesso interessata e, come conseguenza, la persona fatica a comprendere ciò che prova e ad esprimerlo in maniera funzionale, invece di limitarsi ad “agirlo” (Leppanen, Brown, McLinde, Williams & Tchanturia, 2022).

2.2.2 L’alessitimia

Questa incapacità di riconoscere ed esprimere le emozioni può assumere, nei DCA, i connotati di un vero e proprio deficit. Tale condizione è detta “alessitimia” (Lesser, 1981) ed è stata originariamente associata ai disturbi psicosomatici, che coinvolgono il corpo, visto come “valvola di sfogo” per un disagio psicologico che la persona non è in grado di esprimere a parole.

Di conseguenza, l’alessitimia appare piuttosto frequente in tutti i sottotipi di disordine alimentare, come l’anoressia, la bulimia e il BED, anche se con frequenze differenti da disturbo a disturbo. L’alessitimia indica proprio l’incapacità di esprimere a parole le proprie emozioni, rendendo difficile per i pazienti con DCA il comunicare ciò che sentono, non solo agli altri ma anche a sé stessi. Come rilevano rassegne recenti (ad es. Westwood *et al.*, 2017), l’alessitimia può essere considerata un tratto stabile della personalità, al pari dell’impulsività, caratterizzante la struttura di personalità di molti pazienti con DCA.

In quest’ottica, essa contribuisce a determinare una vulnerabilità in queste persone, ponendosi quindi come un fattore predisponente di rischio di contrarre un DCA, ma si configura anche, allo stesso tempo, come fattore di mantenimento,

rendendo più difficile per la persona prendere coscienza del proprio disturbo ed esprimerlo a parole alle altre persone, richiedendo aiuto e supporto.

Ancora, sempre secondo Westwood e collaboratori (2017), l'alessitimia può aiutare a spiegare anche le difficoltà nel trattamento di questi disturbi, dal momento che durante la seduta psicoterapeutica è essenziale descrivere ciò che si sente, allo scopo di maturare una maggiore consapevolezza e acquisire anche una elevata fiducia sul piano decisionale.

Tendenzialmente, dunque, in questa popolazione clinica vi è la predisposizione a mettere in atto strategie di gestione dello stress e delle emozioni disadattive, come la ruminazione e la non-accettazione delle emozioni, conseguenti anche a fattori predisponenti come l'alessitimia e l'impulsività. Inoltre, la persona ha difficoltà a regolare in maniera autonoma gli affetti corporei e si appoggia su oggetti esterni, primariamente il cibo, anche se tale *pattern* si osserva soprattutto nei pazienti con bulimia e con disturbo da alimentazione controllata.

Più in generale, un altro aspetto significativo del rapporto tra *decision-making* ed emozioni è rappresentato dalla razionalizzazione conseguente a una decisione sbagliata. Spesso, infatti, le persone tendono a giustificare a posteriori una decisione presa, anche quando questa si rivela non corretta, attribuendole retrospettivamente un significato (Alvino & Franco, 2017).

In alcune circostanze, tale processo si attiva anche prima di prendere una decisione, rivelando un'interpretazione razionale di un comportamento che, in realtà, può essere percepito come irrazionale e poco logico. Dunque, a uno sguardo poco attento, la persona può apparire come un decisore razionale, mentre in realtà le decisioni

prese, anche se apparentemente, logiche, in realtà la danneggiano e possono arrivare a riflettersi negativamente sulle sue scelte future, creando un circolo vizioso pericoloso.

Per di più, come osservano Alvino e Franco (2017), gli studi di economia comportamentale aiutano anche a comprendere come a volte, le persone tendano a ripetere in modo compulsivo scelte sbagliate, nella convinzione che, sul lungo periodo, esse si riveleranno corrette.

Questo comportamento è stato notato inizialmente dalle scienze economiche ed è in grado di spiegare investimenti e strategie finanziarie fallimentari, ma si può riscontrare anche nella vita quotidiana e può dare vita a veri e propri disturbi. Ad esempio, la dipendenza da gioco d'azzardo può trarre origine dalla credenza, illusoria, di poter vincere, che porta la persona a ripetere la stessa decisione più volte, nonostante questa si sia rivelata errata.

Nella ripetizione compulsiva di una decisione errata si può osservare anche questa tendenza alla razionalizzazione, dunque la razionalizzazione è associata anche a tratti di personalità come il perfezionismo, che crea rigidità nell'esecuzione di comportamenti, riducendo la capacità di variarli in relazione alle loro conseguenze (Kaye, Fudge & Paulus, 2009).

La razionalizzazione può dunque essere considerata un meccanismo di difesa che orienta l'interpretazione dei propri comportamenti anche all'interno di disturbi psichiatrici come, appunto, quelli del comportamento alimentare. Come rilevato da alcuni autori, spesso le pazienti con DCA tendono a razionalizzare la propria condotta, ritenendola "sana" dal punto di vista nutrizionale: ad esempio, dicono di evitare il cibo troppo calorico, grasso, insalubre, ecc., cercando di persuadere anche familiari e medici della bontà delle loro scelte (Musolino, Warin, Wade & Gilchrist, 2013). In questo

modo, però, nascondono (a volte anche a sé stesse) il vero scopo del loro regime alimentare.

Ciò aiuta a comprendere come il *decision-making* sia un processo multidimensionale e flessibile, che si evolve nel tempo ed è preceduto e accompagnato da un ragionamento non sempre freddo e lucido, ma più spesso coinvolto e parziale, ulteriormente segnato da *bias* cognitivi nel momento in cui la persona presenta meccanismi disfunzionali a livello di regolazione emotiva, risposta ai problemi e gestione dello stress e capacità di valutazione delle opzioni a disposizione.

2.2.3 Decision-making nei diversi ambiti di vita

Come accennato, il *decision-making* è un processo che si verifica quotidianamente, poiché ogni giorno le persone sono chiamate a prendere decisioni e a fare scelte senza avere del tutto chiara l'opzione più auspicabile o la strada più sicura per raggiungere un dato obiettivo. Per questo, gli studi sul *decision-making* hanno fatto luce anche sul modo in cui le persone prendono delle decisioni nei diversi ambiti di vita, come ad esempio nel contesto familiare e scolastico, in quello lavorativo e nelle situazioni sociali (Galotti, 2002).

Questi studi hanno aiutato a chiarire quali fattori estrinseci, dipendenti dal contesto, possono intervenire nel processo decisionale, influenzandolo. Ad esempio, nel contesto lavorativo, il *decision-making* è influenzato sia dalla cultura organizzativa, cioè dall'insieme di norme e valori che vigono sul posto di lavoro, sia dal clima organizzativo, ovvero dalla qualità delle relazioni tra lavoratori, dirigenti e leader dell'azienda.

Anche il ruolo, le mansioni e le responsabilità del lavoratore, nonché le sue conoscenze, abilità e competenze, influenzano le decisioni intraprese: egli può infatti essere chiamato a prendere decisioni per il bene dell'organizzazione, oppure dei dipendenti, o ancora di se stesso e non necessariamente questi diversi interessi sono concordi tra loro (Negulescu & Doval, 2014).

Allo stesso modo, in ambito familiare, il processo decisionale è stato descritto come "intergenerazionale" (Lin, Lipstein, Wittenberg, Tay, Lundstrum *et al.*, 2021), poiché influenzato da norme, valori e credenze che si trasmettono dai genitori ai figli, orientando la rappresentazione dei problemi e la scelta delle strategie con cui affrontarli. I genitori, in particolare, sono chiamati a prendere numerose scelte relative alla vita e alla salute dei figli, che investono anche l'approccio medico oltre a quello educativo e relazionale e che si trasmettono, nel corso del tempo, anche ai figli stessi.

Secondo Lin e collaboratori (2021), si possono individuare tre dimensioni del processo decisionale familiare. La prima è l'ausilio decisionale, ovvero il grado di autonomia della persona nel prendere una decisione riguardo la propria vita e quella degli altri e anche il livello di supporto percepito nel caso in cui abbia bisogno di consigli dai familiari. Ad esempio, un adolescente può non sentirsi autonomo nelle scelte, perché "controllato" dai genitori o anche perché poco supportato da essi. Vi è poi la valutazione economica, che non fa necessariamente riferimento alla sfera finanziaria, ma più in generale all'analisi del possibile impatto di una decisione su di sé e sugli altri. Ad esempio, spesso un genitore è chiamato a prendere una decisione legata al benessere dei figli, dunque deve essere in grado di valutare l'impatto di tale scelta.

Infine, vi sono le prospettive sul ruolo, vale a dire la percezione dei compiti associati a ogni membro in rapporto alle decisioni da prendere. Ad esempio, in molte

famiglie ci si aspetta che sia il genitore a intraprendere importanti scelte mediche sui figli, ma non sempre ciò avviene e, comunque, non è detto egli sia sempre in grado di prendere le decisioni migliori. Dunque, anche nel contesto familiare, occorre tenere conto di molteplici variabili quando si analizza il *decision-making* del singolo e del gruppo, specialmente di fronte a problemi che influenzano la stabilità emotiva della famiglia stessa, come nel caso dei disturbi del comportamento alimentare, che possono interessare pre-adolescenti, adolescenti e giovani adulti.

In queste età della vita, la capacità di giudizio della persona è ancora limitata, a prescindere dalle sue capacità cognitive. Ciò è anche una conseguenza del fatto che, come evidenziato dalle neuroscienze, durante l'adolescenza la corteccia prefrontale, l'area del cervello evolutivamente più recente e deputata al ragionamento morale, all'autoconsapevolezza e al processo decisionale, non è ancora completamente sviluppata (Swaab, 2010).

Dunque, gli adolescenti hanno la tendenza a prendere decisioni in maniera rapida, poco riflessiva, talvolta rischiosa, sviluppando solo gradualmente la capacità di scegliere dopo attenta riflessione. Verso la fine dell'adolescenza, ad esempio, subentra la capacità di ragionare in maniera astratta e controfattuale, ipotizzando in maniera sistematica i possibili scenari conseguenti alle proprie azioni e valutando le probabilità associate a ciascuno di essi (Mann, Harmoni & Power, 1989).

Tuttavia, in adolescenza vi è anche una forte influenza da parte di fattori esterni, come il gruppo dei pari e i *mass-media* (Palmonari, 2011). Il primo influenza quotidianamente le decisioni dell'adolescente, che ricerca l'approvazione del gruppo e la gratificazione che deriva dal fatto di sentire di farne parte. Come conseguenza, è più propenso a prendere decisioni coerenti con le aspettative, i principi e i valori del gruppo.

In questi casi, non si tratta solo di decisioni che riguardano la vita quotidiana, ma anche abitudini e comportamenti più radicati, tra cui rientra anche il proprio regime alimentare. Allo stesso modo, i *mass-media* e, più recentemente, i *social media*, che sono piattaforme virtuali di interscambio di informazioni e notizie, all'interno delle quali gruppi di persone possono comunicare a distanza, scambiandosi opinioni e consigli, possono influenzare il processo decisionale, dal momento che le scelte del giovane sono spesso condizionate dalle aspettative degli altri e dal modo in cui egli ipotizza che gli altri potrebbero percepire le sue decisioni (Travasoli, Salimi, Jouyandeh, Gilani & Wong, 2019).

2.3 Il processo decisionale nei DCA

Le ricerche sul *decision-making* nei disturbi del comportamento alimentare sono state intraprese come conseguenza di due percorsi di studio. Da un lato, vi sono gli studi sul *decision-making* alimentare, cioè sulle scelte che le persone intraprendono rispetto alla loro alimentazione. Come rilevato da Rangel (2013), infatti, sebbene di norma l'alimentazione possa essere considerata un processo automatico, in realtà essa ha alle spalle un percorso attivo di riflessione, valutazione e scelta su cosa mangiare, quando e in che quantità.

Anche per effetto della diffusione di campagne informative e di sensibilizzazione, le persone tendono a essere più consapevoli di ciò che mangiano e, dunque, anche dell'impatto che determinate tipologie di alimenti hanno sullo stato ponderale e la massa corporea, sull'umore e sul benessere psicofisico. Proprio il crescente consumo di "cibo spazzatura", ha indotto i consumatori a considerare con più attenzione le

caratteristiche nutrizionali del cibo, senza fermarsi semplicemente ad aspetti come il gusto e la consistenza, i quali comunque orientano il processo decisionale alimentare.

Inoltre, come osservato da Rangel (2013), già durante l'età evolutiva, il bambino inizia a esprimere preferenze sul cibo, ma è solo con l'adolescenza che subentra una maggiore autonomia decisionale, derivante anche dalla capacità di acquistare e preparare un alimento. In questa fase, possono sopraggiungere conflitti con i genitori riguardo gli orari, le modalità e le caratteristiche dell'alimentazione, le quali a loro volta possono influenzare il percorso che porta allo sviluppo di disturbi alimentari. Dall'altro lato, a orientare le ricerche sul rapporto tra processo decisionale e DCA, vi sono gli studi sull'impulsività, i quali evidenziarono, come si è visto, una stretta relazione con le diverse tipologie di condotta alimentare disregolata (Lavender & Mitchell, 2015).

In particolare, i ricercatori iniziarono a ipotizzare che una disregolazione emotiva, associata a sintomi di alessitimia, a caratteristiche personologiche come impulsività e perfezionismo e a strategie di *coping* disadattive come la ruminazione, potessero nel complesso riflettersi anche sul processo decisionale delle pazienti riguardo la loro alimentazione (Ciberti, Cavalletti, Palagini, Giorni Mariani, Dell'Osso *et al.*, 2020).

Se il processo decisionale relativo al proprio regime alimentare, a cosa mangiare, quando e in che quantità, è disregolato, ciò aiuta a comprendere come mai le persone con DCA tendono a prendere decisioni sfavorevoli riguardo il cibo, decisioni che sono influenzate anche dalla dis-percezione della propria immagine corporea, da strategie di regolazione emotiva inefficaci o dannose, da scarsa capacità di gestire lo stress e di controllare i propri impulsi. Ciò, a sua volta, aiuta a spiegare come mai alcuni pazienti faticano a comprendere i risvolti negativi della propria condotta alimentare e tendono a razionalizzarla, interpretandola come funzionale e salutare. Infatti, come si è visto nel

primo capitolo, spesso nei DCA non vi è consapevolezza del proprio processo decisionale e dell'impatto delle proprie azioni. La persona tende ad agire in maniera non riflessiva, rispondendo a stimoli emotivi troppo intensi, che non è in grado di gestire.

Gli studi sul processo decisionale nei DCA sono stati intrapresi solo negli ultimi vent'anni. Fin dall'inizio, nell'approcciare il processo decisionale nei DCA, autori come Brand e collaboratori (2007) rilevarono molti punti di contatto tra i pazienti che soffrivano di deficit decisionali, con difficoltà nel prendere decisioni vantaggiose a medio-lungo termine, preferendo una ricompensa immediata, e i pazienti con alimentazione disturbata.

Il costrutto di ricompensa immediata è stato a sua volta descritto da Bechara, Damasio e Damasio (2000) come caratterizzato da estrema sensibilità alle ricompense e alle punizioni, dove le prime generano urgenza positiva e le seconde urgenza negativa. Questa forma di sensibilità, nei DCA, potrebbe essere perfino amplificata nel corso del tempo, a causa dell'alterazione che la condotta alimentare disregolata comporta nell'elaborazione delle sensazioni corporee e delle emozioni (Ciberti *et al.*, 2020).

In effetti, come evidenziato da Boeka e Lokken (2006), in ciascun DCA è possibile riscontrare un collegamento tra processo decisionale e ricerca della ricompensa immediata. Nell'anoressia, la ricompensa immediata si ottiene attraverso la restrizione e l'evitamento dell'assunzione del cibo, perché la persona sperimenta una forma di piacere derivante dal fatto di privarsi dell'alimentazione esercitando, così, un controllo sul proprio corpo e su sensazioni fisiologiche che indurrebbero a nutrirsi.

Nella bulimia, viceversa, il piacere può derivare sia dal momento dell'abbuffata, sia dalla fase, successiva, di epurazione del cibo. Infine, nel BED, è l'abbuffata a rappresentare una fonte di piacere immediato per la persona, generando un'urgenza

positiva alla quale è impossibile resistere. Tutti questi fattori aiutano a spiegare il perpetuarsi dei sintomi e l'impatto negativo che essi hanno sul processo decisionale dei pazienti.

Importanti progressi nella comprensione del rapporto tra *decision-making*, impulsività e DCA si sono avuti con gli studi condotti direttamente sui pazienti, che indagavano anche il funzionamento cerebrale e la distribuzione di questi deficit in base ai diversi sottotipi di DCA. Ad esempio, Kaye, Fudge e Paulus (2009) hanno studiato le aree cerebrali coinvolte in questi disturbi, osservando come nei DCA, vi sia un'alterazione della corteccia prefrontale, orbitofrontale e dorsolaterale, aree coinvolte anche nel processo decisionale. Nella circostanza, questi autori ipotizzarono anche che la compromissione del *decision-making* nei pazienti con DCA non riguardasse solo l'alimentazione e il rapporto con il cibo, ma si estendesse anche a tutti gli altri ambiti di vita, interessando ad esempio le scelte relative allo studio, al lavoro, alle relazioni affettive, sociali e familiari.

Per fare chiarezza sulla questione e verificare se vi sia effettivamente una relazione tra deficit nel processo decisionale e DCA, di recente Ciberti e collaboratori (2020) hanno condotto uno studio su un campione di 51 pazienti con DCA, equamente suddivisi in pazienti con anoressia, bulimia e BED. Questi autori partivano dal presupposto che il processo decisionale è deficitario o comunque coinvolto negativamente in tutti i DCA, ma le distribuzioni potrebbero variare in base alle tipologie e, con esse, anche il coinvolgimento di tratti di personalità come l'impulsività. A quest'ultima potrebbe affiancarsi o sostituirsi, specialmente nelle pazienti con anoressia, il perfezionismo, che comporta rigidità nel processo decisionale.

Questa ipotesi era stata avanzata, in precedenza, da Lavender e Mitchell (2015), in uno studio che indagava la relazione tra impulsività e disturbi alimentari. In questo studio, i ricercatori avevano riscontrato come l'impulsività sia una caratteristica personologica più frequente nei pazienti che fanno parte dello "spettro" della bulimia, cioè con comportamenti orientati alle abbuffate e/o alle purghe, compresi quelli con BED. Invece, nei pazienti con anoressia, l'impulsività risulta presente, ma con minore frequenza e ciò induce a pensare che il processo decisionale sia interessato a diversi livelli, con il coinvolgimento di altri fattori, come la disregolazione emotiva, l'alessitimia, strategie di *coping* disfunzionali, rigidità e perfezionismo. Di fatto, ciò permetterebbe di comprendere il maggiore grado di controllo esercitato dalle pazienti con anoressia sul proprio corpo, compresa la soppressione dell'istinto ad alimentarsi.

Effettivamente, anche nello studio condotto su pazienti con bulimia, anoressia e BED, Ciberti e collaboratori (2020), analizzando anche i tratti di personalità associati alle diverse tipologie di DCA, hanno riscontrato in tutti i pazienti prestazioni inferiori alla media nel processo decisionale, a conferma che esso è deficitario in maniera trasversale ai diversi disturbi. Tuttavia, a conferma degli studi di Lavender e Mitchell (2015), questi autori hanno anche riscontrato differenze specifiche nel processo decisionale in relazione al profilo di personalità e al funzionamento cognitivo di questi pazienti, al punto da ritenere che il *decision-making* nei pazienti con DCA sia sì deficitario, ma non esista un unico deficit, comune a tutti i casi e quindi perfettamente sovrapponibile da paziente a paziente. Tali differenze saranno oggetto dei prossimi capitoli, ciascuno dei quali sarà dedicato al rapporto tra uno specifico DCA e il processo decisionale.

Capitolo 3. Anoressia e *Decision-Making*

3.1 Interrogativo di ricerca e metodologia

Questo capitolo e i seguenti saranno dedicati allo studio del rapporto tra i principali DCA e il *decision-making*, per valutare la presenza e l'entità di deficit decisionali in queste popolazioni cliniche. In particolare, l'interrogativo di ricerca a cui si cercherà di rispondere, riguarda la presenza di deficit decisionali specifici in ciascuno dei tre principali DCA, ovvero Anoressia, Bulimia e BED.

Gli studi preliminari riportati nel precedente Capitolo, come quello di Kaye e collaboratori (2009), mostrano che i deficit decisionali sono presenti in tutti i principali DCA, ma non approfondiscono le eventuali differenze tra un sotto-tipo e l'altro. Per questo, è necessario entrare più nel dettaglio del tema, analizzando gli articoli dedicati a ciascuno dei tre DCA e al *decision-making*, basati su studi empirici su campioni rappresentativi di queste popolazioni di pazienti.

Una prima ipotesi che può essere formulata in via preliminare, riguarda i punti di contatto e le differenze tra i 3 sotto-tipi di DCA dal punto di vista dei deficit decisionali. Dal momento che questi DCA condividono alcuni sintomi, ma presentano anche caratteristiche tra loro differenti, ci si aspetterebbe che anche i deficit nel *decision-making* possano essere diversi da disturbo a disturbo, pur avendo una base comune.

Un'altra ipotesi è che i deficit decisionali siano legati a tutti i principali ambiti di vita. In altre parole, ci si può aspettare che nei pazienti con DCA, la compromissione del *decision-making* abbia risvolti non solo nel campo dell'alimentazione, ma anche nella vita familiare e sociale, nello studio e nel lavoro, portando queste persone a prendere

decisioni spesso rischiose, impulsive, oppure eccessivamente rigide, poiché improntate a un perfezionismo patologico.

Per rispondere a queste ipotesi e interrogativi di ricerca, saranno analizzati articoli pubblicati negli ultimi dieci anni e dedicati a questi argomenti. La selezione di questi articoli è stata svolta mediante *database online* come *Google Scholar*, *PubMed*, *Medline*, *PsycInfo*, e altri. Questi *database* mettono a disposizione articoli pubblicati su riviste scientifiche internazionali e dedicati al tema del *decision-making* nei DCA, che sono selezionati mediante l'inserimento di parole chiave come "eating disorder and decision-making", "decision-making and anorexia", "decision-making and bulimia", "decision-making and BED" e altri.

Sono stati adottati alcuni criteri di inclusione, come il fatto di essere studi pubblicati negli ultimi dieci anni e condotti con metodo sperimentale su campioni consistenti, e criteri di esclusione: ad esempio, sono stati esclusi articoli precedenti gli ultimi dieci anni, così come studi *single-case*, che riportano, cioè, i risultati di un singolo caso clinico, perché tali risultati non sono generalizzabili, ovvero non consentono di ricavare indicazioni generali sul rapporto tra DCA e *decision-making*. Ancora, sono state escluse da questa analisi tesi di laurea, editoriali, interviste o atti di convegni.

Gli articoli, quando presenti in versione integrale, sono stati letti e analizzati, soffermandosi su ipotesi e obiettivi, tipologia e caratteristiche del campione, procedura e strumenti, risultati e conclusioni. In questo modo, è stato anche possibile confrontare tra loro questi risultati, mettendo in evidenza punti in comune, differenze e aspetti che ancora restano da colmare sull'argomento. I risultati complessivi di questa indagine saranno passati in rassegna alla fine del Capitolo 5.

3.2 Studi sulla relazione tra anoressia e *decision-making*

L'influenza dell'anoressia sul processo decisionale costituisce un nuovo ambito di studi da parte dei ricercatori. Come rilevato da Ciberti e collaboratori (2020), nelle pazienti con anoressia si riscontra con frequenza un deficit del processo decisionale, nel senso che il normale ragionamento che conduce alla presa di una decisione è influenzato negativamente dal disturbo, in maniera significativa. Queste pazienti hanno difficoltà a prendere decisioni, il raggiungimento di una scelta avviene in maniera rallentata e non sempre logica.

Il processo decisionale appare inoltre orientato sulla fissità e rigidità cognitiva, dunque su una generale difficoltà a modificare il proprio punto di vista (Ciberti *et al.*, 2020). Ciò comporta, per queste pazienti, la mancata integrazione di nuovi dati a supporto di una possibile opzione piuttosto di un'altra, esponendole a decisioni potenzialmente sbagliate e fallimentari. Come si vedrà meglio nei prossimi paragrafi, tutto ciò si ripercuote anche sullo stile di vita e le relazioni interpersonali delle pazienti, nonché sul lavoro e sullo studio.

Comunque, occorre considerare come il rapporto tra *decision-making* e anoressia sia influenzato da fattori di mediazione, quali tratti di personalità come l'impulsività e il perfezionismo, e strategie di regolazione emotiva, come la ruminazione, che contribuiscono alla presa di decisione e alla gestione delle situazioni stressanti. Saranno ora presi in considerazione studi che approfondiscono ciascuno di questi fattori.

3.2.1 Anoressia, *decision-making* e impulsività

Per comprendere la relazione tra il *decision-making* e questo DCA, occorre considerare anzitutto l'impulsività, poiché essa svolge un ruolo significativo nel modo in cui le persone prendono le decisioni nella vita quotidiana (Ciberti *et al.*, 2020). Come si è visto nel precedente capitolo, rispetto ad altri DCA, come la bulimia e il *bing eating*, l'anoressia presenta una bassa associazione con l'impulsività, perché le pazienti con anoressia sono in grado di resistere all'impulso fisiologico di mangiare e, anzi, fanno proprio della capacità di controllare i propri impulsi una delle caratteristiche fondamentali di questo disturbo.

Come afferma Cotrufo (2008), la bulimia può essere vista, in quest'ottica, come la conseguenza di una perdita di controllo sugli impulsi, come una "vittoria" della fame sulla volontà di contenere questo stimolo. Ciò aiuta a spiegare come mai alcune pazienti con anoressia possano, giunte a un certo punto, sconfinare nella bulimia, iniziando con le abbuffate, o come viceversa alcune pazienti riescano a ripristinare il controllo degli impulsi e a intraprendere un regime alimentare restrittivo.

Il processo decisionale nelle pazienti con anoressia è dunque influenzato, anzitutto, dalla loro capacità di tollerare l'impulsività e di reprimere l'istinto a mangiare, un processo che può essere agevolato dalla loro rigidità e dalla tendenza al perfezionismo (Ciberti *et al.*, 2020). Rigidità e perfezionismo sono due tratti di personalità frequenti nell'anoressia, perché la prima facilita l'adozione e il mantenimento di un dato regime alimentare, in maniera rigida, poco flessibile, mentre il secondo porta queste ragazze ad aspirare a un ideale spesso perfetto, irrealistico, concentrando gli sforzi sul raggiungimento di questo obiettivo.

3.2.2 Anoressia, *decision-making* e regolazione emotiva

Gli studi sul rapporto tra anoressia e *decision-making* hanno preso in considerazione anche la regolazione emotiva. Quest'ultima, come si è visto, è spesso deficitaria nelle pazienti con anoressia, che hanno difficoltà nel riconoscere e nell'esprimere in maniera adeguata le proprie emozioni.

In uno studio recente, Van Elburg e collaboratori (2021) hanno analizzato gli effetti che l'anoressia nervosa cronica ha su questi processi, rilevando che la causa comune delle disfunzioni nella regolazione emotiva e nel processo decisionale è da ricercarsi nella ridotta capacità mentale delle pazienti con anoressia.

Per "capacità mentale" si intende la generale abilità nell'elaborare le informazioni, nel prendere una scelta consapevole, nel considerare le implicazioni emotive e sociali delle proprie azioni. Le pazienti con sintomi elevati di anoressia, non sono in grado di elaborare le informazioni in maniera accurata e affidabile e ciò si riflette sul loro processo decisionale: esse prenderanno scelte rischiose, poco ponderate, dettate dall'urgenza di soddisfare gli obiettivi di dimagrimento e di restrizione del regime alimentare.

Inoltre, queste pazienti non saranno in grado di comprendere ed esprimere in maniera corretta le proprie emozioni, anche a causa dell'alessitimia, quindi avranno difficoltà a prendere decisioni in accordo con emozioni piacevoli. La relazione tra processo decisionale ed emozioni è stata di recente sottolineata dalle neuroscienze (Damasio, 2003): mentre in precedenza si riteneva che per prendere decisioni lucide, fosse necessario rimanere razionali e non considerare i risvolti emotivi delle proprie scelte, attualmente si ritiene viceversa che tenere conto delle proprie emozioni e di quelle degli altri sia essenziale nel *decision-making*, proprio perché ogni decisione ha un

impatto sui propri sentimenti, sul proprio stato d'animo e anche sulla stabilità emotiva delle altre persone.

Lo studio di Van Elburg e collaboratori (2021) rintraccia in una scarsa capacità mentale delle pazienti con anoressia la causa dei deficit nel *decision-making* e nella regolazione emotiva, ma altri studi hanno proposto un rapporto diverso tra questi processi. Ad esempio, Francesconi e collaboratori (2022) hanno messo alla prova un modello che attribuisce proprio al *decision-making* un ruolo chiave nella relazione tra DCA e regolazione emotiva.

Lo studio ha coinvolto un vasto campione, composto da 11.303 pazienti con anoressia nervosa e da altri DCA, che sono stati sottoposti a strumenti di misurazione della regolazione emotiva e delle diverse componenti del processo decisionale, tra cui la qualità del *decision-making*, la capacità di prendere decisioni pianificate e la considerazione del rischio. Lo strumento utilizzato in questo caso è stato il *Child Social Behaviour Questionnaire* (CSBQ; Hogan, Scott, & Bauer, Reference Hogan, Scott & Bauer, 1992)

Da questo studio è emerso che, effettivamente, il *decision-making* media la relazione tra DCA e regolazione emotiva. In particolare, la qualità del *decision-making* è risultata bassa nella maggior parte dei partecipanti ed è emersa una attitudine a prendere decisioni rischiose e poco pianificate.

Tutto ciò si riflette sullo stato emotivo della persona, perché decisioni sbagliate hanno conseguenze negative sull'umore, attivando a loro volta un processo di regolazione emotiva inadeguato o disadattivo. Nel complesso, dunque, una regolazione emotiva disfunzionale, unita a un *decision-making* inefficace, può contribuire

all'insorgenza, al mantenimento e al peggioramento dei disturbi alimentari, creando un circolo vizioso.

3.2.3 Anoressia, *decision-making* e perfezionismo

Oltre all'impulsività, anche un altro tratto di personalità, il perfezionismo, influenza il processo decisionale di queste pazienti. Il perfezionismo determina infatti fissità cognitiva e incapacità di modificare i propri comportamenti fino al raggiungimento dell'effetto desiderato, spesso irrealistico e dunque impossibile da soddisfare (Cotrufo, 2008).

Il fatto di voler perfezionare la propria immagine corporea, rendendola aderente a standard di magrezza eccessivi e pericolosi, porta queste pazienti a mantenere il percorso intrapreso anche quando questo si rivela dannoso, interpretando come segnali positivi, di avvicinamento all'obiettivo, i sintomi di disagio lanciati dal corpo (Giorgini, Costantino & Petrucci, 2017).

Come evidenziato da uno studio recente, il perfezionismo ha tra i suoi effetti quello di rallentare il processo decisionale delle persone con anoressia (Lloyd, Yiend, Schmidt & Tchanturia, 2014). Questo non significa, comunque, che il perfezionismo e l'impulsività non possano convivere: infatti, il processo decisionale è sì rallentato dalla volontà di prendere decisioni coerenti con le proprie aspettative irrealistiche, ma poi spesso le decisioni prese non sono frutto di un ragionamento accurato, ma di una scelta impulsiva.

Combinati insieme, il perfezionismo, l'impulsività e i deficit di regolazione emotiva determinano una compromissione dell'esame di realtà, della capacità di

considerare in maniera lucida le situazioni, non solo quelle inerenti alla scelta del cibo e al proprio regime alimentare.

3.2.4 Effetti neurobiologici dell'anoressia sul *decision-making*

Alcuni autori si sono concentrati anche sugli effetti neurobiologici che l'anoressia nervosa ha sul *decision-making*. In particolare, sono state studiate le disfunzioni metaboliche che essa determina nel momento in cui diventa cronica o particolarmente intensa. Questo disturbo ha infatti un impatto significativo sul metabolismo della persona, conseguente al dimagrimento, che può arrivare a creare un profondo stato di debilitazione, alterando l'omeostasi, cioè la capacità dell'organismo di raggiungere un equilibrio funzionale tra i diversi processi biochimici (Symmonds, Emmanuel, Drew *et al.*, 2010).

L'effetto dell'alterazione del regime alimentare e dell'instabilità biochimica si riflette infatti sugli ormoni, compresi quelli coinvolti nel cosiddetto "circuito della ricompensa". Infatti, ogni decisione presa, in base ai suoi effetti, può risultare piacevole e gratificante, oppure spiacevole. Quando la decisione si rivela piacevole, si attiva un circuito neurobiologico noto come circuito della ricompensa che rilascia sostanze associate al piacere, come la dopamina (Swaab, 2010).

Nell'anoressia nervosa, il circuito della ricompensa può essere alterato dal regime alimentare restrittivo e ciò comporta una maggiore difficoltà nel distinguere le decisioni piacevoli, e dunque giuste, da quelle spiacevoli, e dunque sbagliate. Infatti, una decisione piacevole è desiderabile, mentre una che non è percepita come gratificante, ma anzi come fastidiosa, viene di solito evitata, a meno che non possa dare frutti positivi in futuro. Quando il circuito della ricompensa è alterato, le decisioni spiacevoli

vengono sottovalutate e, come conseguenza, la persona sperimenta una generale incapacità di prendere decisioni, non solo relativamente al cibo ma anche ai diversi ambiti di vita.

Ciò è stato recentemente confermato da uno studio ad opera di Bernardoni e collaboratori (2020), che hanno indagato il processo decisionale di 131 pazienti con anoressia nervosa, dei quali 94 presentavano un peso molto inferiore al normale e 37 presentavano invece un peso nella norma ed erano in via di remissione. Il *decision-making* di entrambi i gruppi è stato confrontato con quello di 119 individui sani, che fungevano da gruppo di controllo.

I ricercatori hanno ipotizzato che l'anoressia di tipo restrittivo dei partecipanti avrebbe determinato un livello eccessivo di autocontrollo, alterando la regolazione omeostatica e il circuito della ricompensa. Il processo decisionale non è stato valutato attraverso test specifici, ma erano previste una serie di analisi neurobiologiche per comprendere le concentrazioni di ormoni nel sangue associati al circuito della ricompensa e all'omeostasi o che inibiscono il circuito della ricompensa, come la leptina.

Da questo studio sono emersi alcuni dati significativi sugli effetti che l'anoressia può avere sul *decision-making*. La capacità di prendere decisioni basate sulla gratificazione immediata da parte dei pazienti con anoressia è risultata, infatti, scarsa o assente. Al contrario, questi partecipanti tendevano a prendere decisioni rischiose relative alla propria salute, noncuranti delle conseguenze. Esse tendevano a farlo poiché in grado di "ritardare la ricompensa", cioè di sopportare un esito spiacevole iniziale (la fame) pur di raggiungere un obiettivo per loro auspicabile (il dimagrimento).

Questo meccanismo è risultato associato a una alterazione del circuito della ricompensa. Dunque, è stato effettivamente dimostrato che le persone con anoressia non

sono in grado di prendere decisioni efficaci relativamente al proprio stato di salute e al regime alimentare e ciò appare anche una conseguenza della loro incapacità di provare piacere a seguito di una decisione vantaggiosa.

Ciò le porta a perseverare nel progetto di dimagrire, in maniera rigida e perfezionistica, noncuranti dei rischi. Un aspetto significativo è che nei partecipanti che avevano sintomi di anoressia, ma erano riusciti a ripristinare una corretta alimentazione, la capacità di cogliere rischi e la sensibilità alle ricompense sembrava accresciuta e ciò sembra indicare che il ripristino di un peso adeguato e, conseguentemente, dell'omeostasi, ha un effetto positivo sul *decision-making*, che torna a essere equilibrato.

3.3 Interventi clinici: tipologie e benefici nel processo decisionale

Quanto sopra esposto, ha implicazioni interessanti anche per quanto riguarda il trattamento dell'anoressia, perché spinge a dare la priorità al ripristino del peso, che può essere poi d'aiuto per queste pazienti nel considerare le scelte a disposizione in maniera più lucida e razionale. Infatti, è essenziale che queste pazienti siano aiutate a riconoscere i rischi insiti nella loro condotta alimentare e allo stesso tempo divengano nuovamente sensibili a stimoli positivi e piacevoli come quelli associati a un'alimentazione sana e bilanciata.

L'intervento clinico di tipo farmacologico prevede il ricovero della persona e l'assunzione di sostanze nutritive mediante inserimento della flebo. Esso mira proprio al ripristino del peso, dunque ha una funzione essenzialmente biomedica, senza intervenire anche sui processi mentali alla base dell'alimentazione disadattiva. Comunque, i suoi effetti possono influenzare, indirettamente, anche il comportamento e le idee della

persona e questo perché, come si è visto, tra mente e corpo vi è un rapporto bidirezionale e il deficit calorico in cui cadono le pazienti con anoressia influenza negativamente i loro pensieri, spingendole paradossalmente verso il circolo vizioso di una perdita progressiva del peso. Invertire tale perdita può dunque innescare cambiamenti indiretti anche nelle cognizioni di queste pazienti (Costantino, 2008).

3.3.1 Studi sui benefici dei trattamenti

Alcuni studi si sono effettivamente focalizzati sul modo in cui il processo decisionale può essere ripristinato in queste pazienti attraverso diverse tipologie di trattamento. Ad esempio, Foerde e collaboratori (2021) hanno studiato i cambiamenti nel cervello conseguenti al trattamento cognitivo, coinvolgendo un campione di donne sane ($n = 29$) e di donne ricoverate in ospedale con sintomi di anoressia nervosa ($n = 24$), di età compresa tra 18 e 40 anni e sottoposte anche a un trattamento farmacologico, mirante anzitutto al ripristino di un adeguato stato ponderale e di una buona massa corporea.

Entrambi i gruppi sono stati sottoposti a Risonanza Magnetica Funzionale (fMRI) in due intervalli di tempo, a qualche mese di distanza l'uno dall'altro. Questo doppio controllo aveva lo scopo di valutare in che modo si evolve il processo decisionale nel gruppo di pazienti con anoressia a seguito del recupero del peso.

Si è osservato che il *decision-making* delle pazienti con anoressia ha effettivamente subito una modifica dopo il trattamento, per quanto riguarda la scelta del cibo e delle qualità degli alimenti. La valutazione è stata effettuata attraverso il *Food Choice Task*. Si tratta di una procedura in tre fasi: valutazione della salubrità, valutazione della bontà e scelta. In ogni blocco, i partecipanti hanno valutato 76

alimenti su una scala a 5 punti. Mentre in precedenza queste pazienti tendevano a scartare cibi ricchi di grassi, a seguito del trattamento mostravano maggiore propensione a mangiarli.

Ciò sembra indicare che il trattamento modifica il modo in cui queste pazienti percepiscono il cibo e le loro scelte alimentari, permettendo loro di orientarsi verso cibi che consentono di ripristinare un adeguato stato ponderale.

D'altra parte, occorre considerare come il ripristino del peso e un miglioramento del processo decisionale relativo al cibo, non sono sufficienti, come indicano i tassi di ricaduta anche a seguito delle dimissioni da ospedali e cliniche (Kaplan, Wlash, Olmsted *et al.*, 2009). Si tratta di un segnale del fatto che il ripristino del peso andrebbe accompagnato a trattamenti più strutturati, anche di natura psicologica, che favoriscano un recupero del processo decisionale e della regolazione, espressione e comunicazione delle emozioni.

Le diverse tipologie di intervento clinico, descritte più nel dettaglio nel Capitolo 1, comprendono infatti un lavoro sui pensieri, le emozioni, i comportamenti e le motivazioni delle pazienti, dunque inglobano anche il processo decisionale, che è per sua natura “ibrido”, in quanto comprende sia le emozioni sia le cognizioni e le idee della persona, che vengono valutate in funzione di prendere una decisione.

3.3.2 Limiti dei trattamenti

Una revisione recente della letteratura ad opera di Fuglset (2019) ha esplorato gli effetti del trattamento clinico, sia sotto forma di terapia farmacologica che come terapia della parola, sul *decision-making* e su processi affini, come la capacità di cambiare assetto mentale, modificando i propri obiettivi, e la capacità di mantenerli, portandoli

avanti in maniera coerente. La selezione degli studi ha portato a identificare 23 articoli che approfondivano queste tematiche.

Dall'analisi successiva, è emerso come, generalmente, il trattamento non sia in grado di migliorare in maniera significativa il *decision-making*, la flessibilità cognitiva e la coerenza delle pazienti con anoressia nervosa. Lievi miglioramenti si sono comunque osservati nel processo decisionale in corrispondenza con cambiamenti nel funzionamento neuropsicologico. Una possibile spiegazione è che tali difficoltà nel pianificare, nel prendere decisioni e nel modificarle nel corso del tempo, siano preesistenti all'anoressia e possano, anzi, svolgere un ruolo nella sua insorgenza.

In quest'ottica, i deficit di *decision-making* potrebbero essere legati a tratti stabili della personalità come la rigidità e il perfezionismo, che impediscono alla persona di ragionare in maniera flessibile sulle scelte da fare.

Un altro aspetto del problema è rappresentato proprio dalla scelta del tipo di trattamento. Tan e collaboratori (2007) osservano che se le pazienti con anoressia presentano un *decision-making* deficitario, anche la loro capacità di scegliere un percorso di trattamento, nonché la loro *compliance*, cioè l'aderenza al trattamento, possono risultare compromesse.

Ciò pone sia delle difficoltà per l'intervento clinico, perché lo psicoterapeuta ha a che fare con un paziente resistente alla cura, sia sul piano etico, poiché comunque intraprendere delle cure forzose significa aggirare l'autonomia della persona. Inoltre, come rilevato sempre da Tan e collaboratori (2007), spesso in queste pazienti è assente anche la capacità di rifiutare il trattamento, specialmente quando i sintomi sono in fase acuta e la persona non ha sufficienti forze per opporsi. A differenza del trattamento farmacologico, in quello psicoterapico la motivazione della persona svolge un ruolo

centrale, dunque se non vi sono sufficienti motivazioni, anche processi raffinati e complessi come il *decision-making* potrebbero non beneficiare del trattamento.

Comunque, più in generale, questi studi non forniscono indicazioni conclusive sugli effetti che il trattamento può avere sul processo decisionale negli altri ambiti di vita. Infatti, sebbene nell'anoressia nervosa gli effetti principali dell'alterazione del *decision-making* si osservino nella scelta del regime alimentare, questi effetti interessano anche le decisioni relative agli altri ambiti di vita, come il lavoro, le relazioni sociali e affettive e i rapporti con la famiglia d'origine.

3.4 Implicazioni nei diversi ambiti di vita

Relativamente a quest'ultimo punto, pochi studi hanno approfondito gli effetti del *decision-making* delle pazienti con anoressia sui diversi ambiti di vita. In generale, il DSM-5 sottolinea come i DCA influenzino in maniera negativa la qualità e lo stile di vita della persona, in un'ottica bio-psico-sociale, riflettendosi cioè sul loro benessere biofisico, ma anche sulla salute psicologica e sociale. Come rilevato da Fairburn (2018), inoltre, l'anoressia e gli altri DCA sono soggetti a stigma e a pregiudizi, attivando inoltre ansosce e paure nei familiari e negli altri significativi, che a volte non sono in grado di sostenere nel modo giusto queste pazienti, guidandole nel prendere le decisioni migliori per la loro salute.

Il disturbo determina inoltre un forte carico cognitivo, perché la persona è impegnata con costanza nell'obiettivo di dimagrire e di evitare l'assunzione di cibi calorici, processi che sottraggono risorse alla capacità di concentrarsi nello studio, nell'attività lavorativa e nella vita familiare e di coppia. A ciò si aggiunge inoltre la

ridotta disponibilità di energie, che si riflette sulla capacità di impegnarsi in attività complesse per tempi prolungati (Ciberti *et al.*, 2020).

Ad esempio, sul posto di lavoro, gli effetti negativi di questo disturbo sono molteplici, come documentato da Godfrey (2013). Questa autrice ha approfondito diversi aspetti della vita lavorativa delle pazienti con anoressia, tra cui il significato attribuito al proprio lavoro, i livelli di motivazione, coinvolgimento e di soddisfazione lavorativa, che a loro volta si riflettono sull'impegno e anche sulle decisioni relative al lavoro.

Da questa analisi è emerso che le pazienti con anoressia sperimentano, talvolta, un impegno eccessivo nel lavoro (così come in altri ambiti, come lo studio), che le porta spesso ad assumere un carico di lavoro non necessario e potenzialmente disadattivo. Questo impegno eccessivo non è però correlato con un'elevata soddisfazione lavorativa, ma è piuttosto da attribuire al perfezionismo e a tratti rigidi e ossessivi della personalità di queste pazienti.

In alcune circostanze, comunque, emerge anche scarsa motivazione e una perdita di significato attribuito al lavoro: la persona perde entusiasmo e riduce il proprio impegno nelle attività lavorative quotidiane, nel rispetto di compiti e scadenze. Probabilmente questo avviene come conseguenza di una ridotta disponibilità di energie che si osserva nelle fasi acute del disturbo, in cui lo stato di deperimento dovuto all'alimentazione disregolata è più significativo.

Un aspetto interessante emerso dallo studio di Godfrey (2013) in relazione al *decision-making* riguarda la scelta delle professioni o del lavoro. Tenzialmente, infatti, le pazienti con anoressia tendono a evitare attività "centrate sul corpo", cioè tutti quei lavori in cui è richiesto di fare uso del proprio corpo, sia dal punto di vista

dell'attività fisica, quindi lavori fisicamente impegnativi, sia dal punto di vista estetico, quindi lavori che richiedono di esibire il proprio corpo. Questo aspetto risulta in controtendenza con ricerche classiche che riconducono l'anoressia a specifici settori professionali incentrati sull'esibizione del corpo magro, come la moda e lo spettacolo (Brusset, 2002).

Una possibile spiegazione di questa discrepanza è che le pazienti che soffrono di anoressia e che si rivolgono a psicoterapeuti e ad altre figure, che sono state coinvolte nello studio di Godfrey (2013), presentavano una relativa consapevolezza del proprio disturbo ed esso rappresentava, per la maggior parte di loro, un ostacolo alla realizzazione professionale, piuttosto che uno strumento per sentirsi accettate sul posto di lavoro.

Un altro ambito interessato è quello delle relazioni interpersonali, sia quelle di natura amicale che quelle romantiche. In questo senso, uno studio recente ad opera di Cardi e colleghi (2018) ha investigato l'impatto che l'anoressia nervosa ha su questo ambito, esplorandone le implicazioni anche per qualche riguarda il *decision-making* sociale, cioè la decisione di esporsi per costruire nuove relazioni con le altre persone.

In questo studio sono stati coinvolti 91 pazienti con anoressia, di cui il 97% erano donne. Oltre all'intensità dei sintomi, è stata misurata la qualità delle esperienze affettive primarie con i genitori, la paura delle valutazioni sociali negative da parte delle altre persone, il bisogno di stringere relazioni interpersonali, il funzionamento interpersonale sul posto di lavoro. Si tratta di processi che, indirettamente, influenzano anche il *decision-making* sociale.

Gli strumenti usati sono stati: *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994); *Early Life Experiences Scale* (ELES; Gilbert, Cheung &

Grandfield, 2003); *Brief Fear of Negative Evaluation* (BFNE; Leary, 1983); *Interpersonal Needs Questionnaire* (INQ; Van Orden, Cukrowicz, Witte & Joiner, 2012); *The Work and Social Adjustment Scale* (WSAS; Mundt, Marks, Shear & Greist, 2002).

Dallo studio è emerso che la paura del giudizio negativo altrui e una storia di esperienze affettive negative, con genitori aggressivi e controllanti, influenzano la decisione di esporsi e di stringere nuove relazioni sociali nelle pazienti con anoressia. Un aspetto significativo è che queste difficoltà erano pre-esistenti allo sviluppo del disturbo e potrebbero, dunque, aver agito come fattore predisponente per queste pazienti.

Ciò significa che le difficoltà nelle relazioni sociali contribuiscono a un *decision-making* sociale orientato all'evitamento: si cercano di aggirare i contatti interpersonali, sia con la famiglia che con i pari che con i colleghi sul posto di lavoro. Questi comportamenti sono comunque pre-esistenti il disturbo alimentare e potrebbero contribuire alla sua instaurazione.

Allo stesso tempo, tali difficoltà agiscono anche come fattore di perpetuazione, contribuendo all'isolamento sociale di queste pazienti, portandole a non esporsi sul loro disturbo e a non chiedere supporto, anche da parte dei familiari, percepiti come controllanti e freddi. Anche sotto questo aspetto, dunque, si comprende come gli effetti dei DCA sul *decision-making* siano bidirezionali, nel senso che da un lato disturbi come l'anoressia influenzano il processo decisionale, rendendolo disadattivo, e dall'altro lato è lo stesso *decision-making* rigido e disfunzionale a contribuire al mantenimento del disturbo e al peggioramento dello stato di salute della persona.

Ulteriori studi, sia su casi singoli che su piccoli gruppi, potrebbero aiutare a fare maggiore chiarezza sull'impatto che l'anoressia ha sul processo decisionale nei vari ambiti di vita. Ciò aiuterebbe anche a pianificare interventi di sostegno per queste pazienti, per evitare a non commettere errori o a prendere decisioni sfavorevoli sul lavoro, nello studio, in famiglia e nelle relazioni sociali e affettive.

Capitolo 4. Bulimia e *Decision-Making*

4.1 Studi sulla relazione tra bulimia e *decision-making*

Come si è visto nei precedenti capitoli, i DCA comportano un'alterazione del processo decisionale, interessando le sue principali componenti, come la regolazione delle emozioni, la sensibilità alla ricompensa e il controllo degli impulsi. Spesso, nei DCA il processo decisionale è influenzato anche dal livello di consapevolezza dei propri impulsi, dei propri bisogni e delle proprie emozioni e dall'incapacità di esprimere queste ultime in maniera corretta (Fuglset, 2019).

Come conseguenza, il disagio viene canalizzato nel corpo e soprattutto nell'alimentazione, che diviene un'opportunità per "sfogare" un disagio emotivo di cui la persona, talvolta, non è neppure pienamente consapevole. Non è chiaro, comunque, se tale processo interessi da vicino uno specifico DCA, come ad esempio la bulimia. Per questo, sono stati svolti degli studi che indagavano il rapporto delle persone con bulimia con le loro emozioni e con i loro impulsi, per capire se e in che modo la disregolazione emotiva e l'impulsività possano influenzare il loro *decision-making* (Liao, Uher, Lawrence, Treasure *et al.*, 2009).

Nel complesso, questi studi hanno dimostrato la presenza di un deficit nel processo decisionale, simile a quello che interessa le altre pazienti con DCA, come quelle con anoressia. Tuttavia, si sono anche evidenziate alcune differenze, sia nell'entità di questo deficit, sia nelle sue caratteristiche, rispetto alle pazienti con anoressia. Queste differenze saranno ora approfondite nel dettaglio.

4.1.1 La sensibilità alla ricompensa nella bulimia

Un aspetto essenziale del processo decisionale è la sensibilità alla ricompensa immediata (Fuglset, 2019). Come si è visto nel precedente capitolo, le pazienti con anoressia sono in grado di ritardare in modo indefinito le sensazioni piacevoli legate all'assunzione di cibo, poiché perseguono l'obiettivo di dimagrire. Questa scelta influenza il loro *decision-making*, mettendole in pericolo sul piano della salute fisica, oltre che emotiva e sociale.

Ci si può aspettare che, nelle pazienti con bulimia, si possa osservare il processo inverso, ovvero che queste pazienti presentino una incapacità di ritardare la gratificazione e un bisogno di ricevere un piacere immediato, dato proprio dall'ingestione di grandi quantità di cibo-spazzatura, che sopraggiunge in circostanze di crisi emotiva, quando sperimentano emozioni intense che non sono in grado di regolare.

A questo proposito, uno studio ad opera di Matsumoto e collaboratori (2015), svolto in Giappone, presso il Chiba University Hospital, era interessato a confrontare il processo decisionale di pazienti con bulimia, pazienti con anoressia e donne con caratteristiche socio-demografiche simili (età, etnia, reddito, ecc.), ma senza DCA, valutando l'impatto della sensibilità alla ricompensa e della regolazione emotiva. I ricercatori, dunque, si sono focalizzati soprattutto sull'impatto che le emozioni hanno sul *decision-making* di questi gruppi, sottoponendo a tutte le partecipanti un test della capacità decisionale, l'*Iowa Gambling Task* (IGT; Bechara, Damasio, Damasio & Anderson, 1994).

Si tratta di un compito neuropsicologico che permette di testare il processo decisionale in condizioni di incertezza, come quelle legate al gioco d'azzardo. Alla persona vengono forniti un quantitativo di partenza di soldi e quattro mazzi di carte, di

cui due definiti “buoni” che, se giocati, consentono una vincita e una perdita bassa e due, definiti “cattivi”, che viceversa permettono vincite maggiori, ma perdite molto superiori. Dopodiché, si inizia a giocare, valutando in che modo la persona risponde alle perdite, se opterà per i mazzi “buoni”, minimizzando le perdite a costo di un guadagno più modesto, o rischierà di perdere tutto, sperando di vincere di più.

Le 58 partecipanti coinvolte nello studio di Matsumoto e colleghi (2015), di cui 22 con anoressia e 36 con bulimia, sono state sottoposte al test e sono stati valutati i loro schemi decisionali. I ricercatori si aspettavano delle differenze tra i due DCA e anche tra i DCA e il gruppo di controllo e questa ipotesi ha trovato conferma, infatti il *decision-making* delle partecipanti con anoressia e di quelle con bulimia è risultato differente. Anzitutto, queste differenze riguardavano l'intensità del deficit del processo decisionale. Le partecipanti con bulimia presentavano una compromissione superiore rispetto a quelle con anoressia. In secondo luogo, queste partecipanti tendevano a prendere decisioni sbagliate nel compito in maniera sistematica e sono risultate molto sensibili alla ricompensa immediata, ovvero alla possibilità di ottenere una vincita elevata utilizzando i mazzi di carte “cattivi”, finendo così per perdere il gioco, a causa delle perdite molto superiori. Le pazienti con anoressia erano invece in grado di rimediare alle iniziali decisioni sbagliate, pur presentando difficoltà decisionali maggiori rispetto al gruppo di controllo senza DCA.

Ciò significa che le persone con bulimia, hanno difficoltà a considerare le conseguenze negative delle proprie azioni, preferendo benefici immediati, ma illusori. I ricercatori hanno riscontrato una somiglianza tra l'approccio decisionale nel gioco di carte dell'IGT e la generale condotta alimentare di queste donne, che hanno la tendenza

a mangiare ripetutamente, cercando poi di rimediare alle abbuffate tramite le purghe, ignorando le conseguenze negative a lungo termine.

4.1.2 Bulimia, impulsività, apprendimento reversibile e *decision-making*

L'elemento condiviso da tutte le pazienti con DCA, come rilevato da Brogan e colleghi (2010) sempre ricorrendo all'IGT, è il cosiddetto "apprendimento reversibile" (*Reversal Learning*). Si tratta della capacità cognitiva di cogliere i rischi insiti in una condotta inizialmente percepita come piacevole e, sulla base di tale riscontro, modificare il proprio comportamento, per minimizzare i rischi. Ciò richiede una flessibilità cognitiva di base, oltre che la capacità di andare oltre la sensibilità iniziale alla ricompensa, cogliendo anche i rischi connessi a tale ricompensa.

Le pazienti con bulimia condividono con gli altri DCA la difficoltà a rivedere quanto appreso e a modificare in corso d'opera le scelte fatte, quando capiscono che esse sono disfunzionali (Brogan *et al.*, 2010). In parte, la mancata modifica di tali scelte è dovuta alla perdita di sensibilità nei confronti del rischio, ma un ruolo è svolto anche dalla difficoltà a prendere scelte in maniera ponderata e riflessiva.

In questo senso, oltre alla consapevolezza e alla regolazione delle emozioni, anche la gestione degli impulsi appare disregolata nei DCA. Nell'anoressia, come si è visto, i livelli di impulsività sono spesso superiori a quelli delle altre persone, anche se sono controbilanciati da livelli elevati di rigidità, che consente a queste pazienti di mantenere il controllo sul proprio bisogno di mangiare, contrastando, di fatto, l'impulsività.

Nel caso della bulimia, l'impatto dell'impulsività sul *decision-making* risulta essere ancora superiore, considerando come le pazienti con bulimia abbiano difficoltà a reprimere l'istinto a mangiare e come uno dei principali sintomi di questo DCA, le

cosiddette abbuffate, sia caratterizzato proprio da una temporanea perdita di controllo, che compromette anche il processo decisionale (Costantino, 2008).

Alcuni studi hanno indagato i correlati neuropsicologici del *decision-making* nelle pazienti con bulimia, interessandosi in particolare all'impulsività. Ad esempio, Brand e colleghi (2007) hanno indagato il processo decisionale per mezzo di un test simile all'IGT. Parallelamente, i loro processi cognitivi venivano valutati mediante tecniche di *neuroimaging*, che permettono di indagare in tempo reale il funzionamento del cervello, monitorando l'attività nervosa e vedendo quali aree si attivano in risposta agli stimoli.

Dallo studio si è scoperto che i deficit nel *decision-making* delle partecipanti con bulimia, sono da attribuire a livelli elevati di impulsività e sono evidenziati anche da anomalie nel funzionamento del circuito della ricompensa e della gestione degli impulsi a livello cerebrale.

4.1.3 Bulimia, tratti ossessivo-compulsivi, emozioni e *decision-making*

Un filone di studi recenti ha investigato la relazione tra processo decisionali e tratti di personalità ossessivo-compulsivi nelle pazienti con bulimia. Le personalità ossessivo-compulsive presentano infatti la tendenza a eseguire azioni rituali, sono ossessionate dal controllo e spesso presentano elevata rigidità e perfezionismo, che orientano in profondità anche il loro *decision-making* (APA, 2013).

È dunque possibile che questi tratti di personalità, se associati a un DCA come la bulimia, svolgano un ruolo nel processo decisionale. A questo proposito, Liao e collaboratori (2009) hanno impiegato l'IGT per studiare il *decision-making*, già descritto a pagina 62 di questa tesi.

Lo studio ha coinvolto 26 pazienti con bulimia nervosa, 29 pazienti con anoressia nervosa, 51 controlli sani. Dallo studio è emerso che le pazienti che presentavano un *decision-making* particolarmente deficitario, fallendo nel compito dell'IGT, presentavano anche tratti ossessivo-compulsivi. Ciò significa che, almeno nel caso della bulimia, la capacità di prendere decisioni è spesso compromessa, ma in alcune circostanze, caratteristiche personologiche come l'impulsività e i tratti ossessivo-compulsivi, contribuiscono a rendere il *decision-making* ancora più disregolato, riflettendosi in maniera negativa sulla qualità di vita di queste persone.

Gli stati ossessivi sono spesso accompagnati da emozioni negative come ansia e preoccupazione, che a loro volta influenzano la sensibilità alla ricompensa. Gli studi di Zeeck e collaboratori (2011) hanno portato a identificare una relazione tra comportamento alimentare, stati emotivi negativi e impulsività, che può essere amplificata dai tratti ossessivi.

Secondo questo modello, esiste una stretta relazione tra cibo ed emozioni, particolarmente forte nelle pazienti con bulimia e con BED. Per queste persone, il cibo è fonte di rassicurazione, di piacere e di conforto, dunque le aiuta a modulare emozioni negative come ansia, preoccupazione, ma anche scarsa autostima e immagine negativa di sé. Il fatto di attraversare un'emozione negativa spinge, di solito, la persona a ricorrere a strategie di regolazione come la richiesta di supporto sociale, la valutazione del problema, l'espressione delle emozioni. Tuttavia, nelle pazienti con DCA, anche a causa della compresente alessitimia, spesso non vi è consapevolezza di queste emozioni, oppure non riescono ad esprimerle e a chiedere aiuto o, ancora, le strategie di regolazione sono inefficaci o addirittura dannose (Costantino, 2008).

Ad esempio, può innescarsi la ruminazione, che, come si è visto, consiste nel pensare in maniera ossessiva al problema, ripercorrendolo mentalmente in modo ripetitivo, senza realmente trovare sbocchi o soluzioni. La ruminazione è considerata una strategia di *coping* disadattiva in quanto, invece di favorire l'elaborazione dello stato emotivo negativo, lo amplifica, creando sempre maggiore disagio psicologico nella persona (Smith, Mason & Lavender, 2018).

Come rilevato da Fairburn (2018), la ruminazione costituisce una delle caratteristiche cognitive ricorrenti nelle pazienti con bulimia. Il fatto di pensare con insistenza e in maniera ossessiva ai propri stati emotivi negativi, può portare queste pazienti oltre il limite, superando la soglia di tolleranza. A quel punto, subentra un crollo emotivo, che può essere gestito e compensato solo ricorrendo alle abbuffate, che causano un temporaneo sollievo, proprio per via del piacere associato al mangiare. Il cibo diventa dunque un fattore di regolazione delle emozioni esterno, laddove le strategie interne, invece di ridurre le emozioni negative, le amplificano.

A sua volta, però, il fatto di essersi abbuffate innesca un nuovo stato emotivo negativo, amplificato a sua volta dai tratti ossessivo-compulsivi, che attivano il bisogno di ricorrere alle purghe, all'esercizio fisico o al vomito autoindotto come strategia di compensazione delle calorie assunte mangiando.

Nel complesso, come rilevano anche Liao e collaboratori (2009), il ruolo svolto da tratti di personalità come l'impulsività e l'ossessività, induce a pensare che le condotte alimentari disregolate come quelle delle pazienti con bulimia, che si riflettono anche sul loro *decision-making*, presentino una serie di fattori predisponenti stabili, radicati nella struttura di personalità di queste persone.

D'altra parte, è possibile intervenire sulle strategie di gestione dello stress e di regolazione delle emozioni, modulando, indirettamente, anche i tratti ossessivi e impulsivi. Per questo, anche nel caso delle pazienti con bulimia, è di grande importanza il trattamento psicoterapico, mirato anche a modificare gli schemi di pensiero che contribuiscono al processo decisionale.

4.2 Implicazioni per il trattamento: lo *Shared Decision Making*

Come si è visto nel precedente capitolo, il trattamento farmacologico e psicoterapico dovrebbe mirare anche a ripristinare il processo decisionale delle pazienti con DCA, aiutandole a prendere decisioni funzionali ed efficaci in relazione al proprio benessere alimentare, psicologico e sociale. Per questo motivo, negli ultimi anni nel campo dei DCA si sta affermando un nuovo approccio terapeutico, definito “processo decisionale condiviso” (*Shared Decision Making*, SDM), improntato alla responsabilizzazione delle pazienti e al recupero delle abilità decisionali attraverso una costante interazione con il terapeuta e il medico per quanto riguarda le strategie di intervento (Himmerich, Bentley, Lichtblau, Brennan & Au, 2019).

Il processo decisionale condiviso parte dal presupposto di coinvolgere le pazienti con DCA nel percorso di cura a più livelli, contrastando, in questo modo, i deficit nel *decision-making* e soprattutto nella capacità di prendere decisioni inizialmente costose, ma più positive per la propria vita. Come riportano Himmerich e colleghi (2019), questo approccio richiede che il clinico e il paziente prendano decisioni insieme nel corso di tutte le fasi dell'intervento, orientandolo in funzione dei bisogni emergenti della persona. Questo approccio, a sua volta, può essere diviso in quattro tappe.

La prima tappa riguarda la consapevolezza del problema. Nella bulimia, così come negli altri DCA, spesso non vi è coscienza di malattia, ciò significa che la persona tende a negare di avere un problema con l'alimentazione, a giustificarlo oppure a nascondere. Un esempio è rappresentato dal fatto che le pazienti con bulimia spesso indulgono nelle abbuffate e nei comportamenti compensatori come le purghe, quando sono sole, senza informare i familiari della cosa. Dunque, senza coscienza di malattia, non è possibile impostare un percorso di cure efficace, fondato sull'aderenza al trattamento, sull'alleanza terapeutica con il clinico e sul recupero del processo decisionale efficace.

La seconda tappa consiste nella condivisione di informazioni. La paziente, da un lato, è chiamata a fornire al terapeuta un quadro completo e affidabile della propria condotta alimentare, delle proprie difficoltà e delle proprie risorse. A sua volta, il terapeuta, per poter concordare con il paziente il miglior percorso di cure da seguire, deve metterlo al corrente delle strategie, esporre le informazioni relative alle diverse modalità di cura, i loro vantaggi e limiti.

Su tale base di condivisione delle informazioni si innesta la terza tappa, che consiste nella scelta del percorso terapeutico da seguire. Ciascun percorso, sia esso basato su una terapia della parola oppure sul supporto farmacologico, comporta una sfida per la paziente, che deve essere consapevole delle difficoltà. In questo caso, il fatto di prendere una decisione che può essere inizialmente costosa, per via dei cambiamenti che comporta per il regime alimentare e per il lavoro su cognizioni, emozioni e comportamenti, aiuta la paziente a modulare la tendenza a fare scelte impulsive e dettate dal bisogno di una gratificazione immediata.

La quarta e ultima tappa consiste nel valutare periodicamente l'efficacia delle decisioni intraprese e nel modificarle qualora si constati che non sono efficaci o che non sono più indicate per le attuali circostanze. Lo sviluppo di questa flessibilità è di grande importanza per le pazienti con DCA, dal momento che, come si è visto, a contraltare della loro impulsività spesso esse presentano anche tratti ossessivo-compulsivi, che le portano ad applicare con rigidità e meticolosità strategie di risposta ai problemi anche quando queste si rivelano inefficaci o dannose.

Come evidenziano Brogan e colleghi (2010), in molte circostanze una scelta iniziale potenzialmente positiva può poi rivelarsi disfunzionale, perché non si è considerato in maniera abbastanza accurata il rapporto costi-benefici. In questo caso, è indispensabile riuscire a rendere reversibile la scelta fatta, cambiando idea e prospettiva e prendendo una nuova decisione alla luce dei dati aggiornati a propria disposizione. Il terapeuta dovrebbe aiutare la paziente a sviluppare maggiore flessibilità e capacità di rendere reversibile il comportamento e la scelta intrapresi, invece di rimanere "fissati" sulla scelta iniziale.

Dunque, come sintetizzano Himmerich e colleghi (2019), il *decision-making* condiviso costituisce un importante strumento a disposizione del terapeuta per favorire lo sviluppo cognitivo e la flessibilità delle pazienti con DCA, comprese quelle con bulimia. Questi autori osservano come l'efficacia di questo approccio sia trasversale alle diverse tipologie di intervento a sostegno delle pazienti, da quella farmacologica alla terapia della parola.

Nello specifico della terapia farmacologica, l'obiettivo clinico dello *Shared Decision-Making* è di migliorare la capacità dei pazienti di prendersi cura della propria salute attraverso la condivisione di informazioni sui farmaci e sulle caratteristiche del

trattamento. La scelta della cura viene dunque basata sui bisogni, gli obiettivi, le preferenze della persona, che vengono ascoltate e fatte emergere, affinché essa si senta coinvolta nel trattamento e non lo subisca passivamente.

Nel caso invece della terapia della parola, lo *Shared Decision-Making* si focalizza anche e soprattutto sul superamento delle resistenze e sulla creazione di una alleanza terapeutica basata sul rispetto del punto di vista del paziente e sulla valorizzazione dei suoi vissuti e delle sue percezioni positive.

Come evidenziano Brogan e collaboratori (2010), è dunque di particolare importanza assicurarsi che il percorso clinico, sia esso farmacologico o basato sull'intervento psicoterapeutico, non vada ulteriormente a detrimento della capacità di scelta autonoma della persona. Ad esempio, l'assunzione di determinati farmaci potrebbe a sua volta impattare negativamente sul *decision-making* della persona, rendendo il suo ragionamento poco lucido e dunque favorendo il ricorso a scelte impulsive, potenzialmente disfunzionali o rischiose.

Anche nel caso della psicoterapia, comunque, l'aspetto centrale dello *Shared Decision-Making* è proprio lo sviluppo di decisioni condivise, in cui la persona da un lato viene guidata e sostenuta nel processo decisionale, aiutandola a non commettere errori di giudizio e a ragionare in maniera logica sulla situazione, senza lasciarsi guidare dall'impulsività o dal bisogno di trovare soluzioni coerenti con il proprio stato emotivo (Himmerich *et al.*, 2019).

Dall'altro lato, questa guida non esula la persona dall'assunzione di responsabilità, in modo che essa si "fidi" del terapeuta, ma non si "affidi", passivamente, ad esso, con il rischio che il *decision-making* non venga modificato dal percorso terapeutico. Il pericolo sarebbe, infatti, che la persona, una volta smesso di

seguire in maniera pedissequa le indicazioni del terapeuta, trovandosi a decidere in autonomia ricomincerebbe a prendere le scelte sbagliate, sia per quanto riguarda l'alimentazione che in relazione ai vari altri ambiti e situazioni di vita.

4.3 Conseguenze dei deficit decisionali sullo stile di vita e la salute

Come nel caso dell'anoressia, anche per quanto riguarda la bulimia, il *decision-making* disadattivo può comportare conseguenze negative sullo stile di vita e la salute (Brogan, Hevey & Pignatti, 2010). Per queste pazienti, l'incapacità di cogliere i rischi insiti nella propria condotta alimentare determina un accresciuto rischio per la salute connessa all'alimentazione, anche a causa dei cambiamenti che si osservano a livello neuroendocrino, connessi all'assunzione elevata di calorie e al loro smaltimento mediante vomito, purghe o lassativi.

Sebbene tradizionalmente siano stati indagati soprattutto i rischi per la salute fisica delle pazienti con anoressia, attualmente vi è maggiore interesse sulle conseguenze che anche gli altri DCA, compresa la bulimia, possono avere sullo stile di vita, considerando anche come, rispetto all'anoressia, il sotto-tipo di bulimia con condotte di svuotamento possa non essere immediatamente visibile all'esterno, in quanto la paziente riesce, con fatica, a mantenere uno stato ponderale nella norma (Costantino, 2018).

Gli studi svolti sul *decision-making* delle pazienti con bulimia mediante compiti come l'IGT, come quello di Liao e collaboratori (2009), hanno dimostrato che il processo decisionale è alterato non solo in relazione all'alimentazione, ma anche ad altre situazioni e contesti, apparentemente slegati dal cibo. L'incapacità di cogliere i rischi insiti nelle proprie scelte è infatti trasversale e può riflettersi anche sul percorso di

studi e professionale, sulle decisioni familiari, sulle relazioni sociali e affettive. Nel complesso, viene a determinarsi una vulnerabilità nei confronti di decisioni potenzialmente remunerative nell'immediato, ma, se viste in prospettiva, rischiose o addirittura controproducenti e dannose.

Inoltre, sempre nello specifico delle pazienti con bulimia, l'incapacità di ritardare la ricompensa, si traduce in una difficoltà a portare avanti attività e compiti faticosi e poco gratificanti nell'immediato, ma che sul lungo periodo risultano vantaggiosi (Matsumoto *et al.*, 2015). Diverse attività quotidiane, come il lavoro e lo studio, presentano questo tipo di struttura, dunque possono innescare lo stesso tipo di meccanismi decisionali negativi già visti all'opera nelle prestazioni delle persone con bulimia all'*Iowa Gambling Task*.

D'altra parte, altri studi dimostrano come proprio la tendenza a impegnarsi in maniera perfezionistica e ossessiva in attività scarsamente gratificanti, può rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di DCA come l'anoressia e la bulimia (Pettersson, Clinton, Brudin, Perseus & Norring, 2018). Una possibile spiegazione di questo paradosso potrebbe risiedere, nel caso della bulimia, proprio nel bisogno di compensare, ricorrendo alle abbuffate, lo stato di frustrazione dovuto al fatto di condurre attività poco gratificanti.

Relativamente ad ambiti specifici, come il lavoro, recentemente Safi e collaboratori (2022) hanno osservato come i DCA, tra cui la bulimia, possano impattare la prestazione lavorativa a più livelli, sia in termini di impegno che di partecipazione sociale. L'ipotesi di partenza era proprio che l'intensità dei sintomi correli negativamente con le prestazioni lavorative e la partecipazione alla vita sociale sul posto di lavoro, riducendole entrambe.

Per provare queste ipotesi, gli autori hanno sottoposto a revisione la letteratura recente sull'argomento, prendendo in considerazione solo partecipanti agli studi con età superiore ai 15 anni e includendo sia attività lavorative pagate che attività lavorative non pagate, come *stage* e percorsi di apprendistato. Questi ultimi sono infatti più frequenti tra i lavoratori adolescenti e i giovani adulti, fasce d'età in cui i DCA sono particolarmente presenti e diffusi.

L'analisi svolta ha confermato le ipotesi di partenza, dimostrando oltretutto che anche le pazienti che presentavano un DCA in remissione e che stavano recuperando un peso nella media e abitudini alimentari adeguate, presentavano scarse prestazioni lavorative e una vita sociale sul posto di lavoro inferiore a quella dei colleghi. Una possibile spiegazione di questo dato è che, anche quando il disturbo è in remissione, l'impegno necessario a mantenere abitudini alimentari corrette "svuota" di energie la persona, riducendo la sua capacità di concentrarsi sul lavoro. Inoltre, molte ex pazienti con DCA possono vivere con ansia situazioni sociali con estranei e conoscenti, come quelle sul posto di lavoro.

Tutto ciò ha implicazioni indirette anche per quanto riguarda il *decision-making*, dal momento che vi è un rapporto tra energie cognitive, coinvolgimento, partecipazione sociale e processo decisionale (Fuglset, 2019). In generale, comunque, come nel caso dell'anoressia, sono necessari ulteriori studi per comprendere sia le cause, sia il modo in cui il *decision-making* disfunzionale di adolescenti e donne con bulimia si riflette sul loro stile di vita e sulle relazioni sociali, affettive, lavorative e di studio.

Capitolo 5. BED e *Decision-Making*

5.1 BED, *bias* cognitivi, impulsività e *decision-making*

Come la bulimia, anche il terzo dei tre principali DCA, il Disturbo da Alimentazione Incontrollata o *binge-eating disorder* (BED), si caratterizza per un'assunzione di cibo eccessiva, rapida e senza controllo, tuttavia in questo disturbo non vi è poi il ricorso a comportamenti di compensazione. Come conseguenza, la persona tende a ingerire molto cibo nel corso delle settimane, con il rischio di sviluppare una massa ponderale elevata, fino all'obesità (APA, 2013).

Inoltre, come la bulimia e l'anoressia, anche il BED è stato associato da studi recenti a una significativa compromissione del processo decisionale, comprovata anche sul piano neurocognitivo da Reiter e collaboratori (2017). Questi autori hanno ricostruito un modello specifico dei deficit decisionali nel BED, basato su una serie di esami di *neuroimaging* a cui hanno condotto un campione di 22 pazienti con BED, confrontando i loro circuiti neuronali del *decision-making* con quelli di un campione equivalente di individui sani.

Nello specifico, le ricostruzioni del funzionamento dei circuiti decisionali, sono state compiute mediante risonanza magnetica funzionale (fMRI). Da questo confronto è emerso un deficit significativo del *decision-making* nei pazienti con BED, con una ridotta attivazione di molteplici circuiti associati al ragionamento, alla capacità di fare ipotesi e inferenze, alla capacità di adattarsi a un ambiente che cambia. Ad esempio, negli individui sani facenti parte del gruppo di controllo, era presente la capacità di rappresentarsi le possibili conseguenze delle proprie azioni e, dunque, di pianificare la

scelta da prendere in relazione ai suoi effetti, orientandosi in maniera flessibile in funzione dei propri obiettivi.

Nei pazienti con BED, questi processi non si attivavano, con la conseguenza che queste persone correvano un rischio molto maggiore di fare scelte sbagliate, poco coerenti anche con i propri obiettivi. L'aspetto significativo è che, come nel caso degli altri DCA, anche in questa circostanza i deficit decisionali non erano limitati alle scelte alimentari ma investivano tutte le scelte prese dalla persona nei vari ambiti di vita, con implicazioni negative significative.

Questo studio ha dunque offerto un'importante conferma dei deficit decisionali nei pazienti con BED. Tuttavia, le tecniche di *neuroimaging* permettono di "fotografare" la presenza di un deficit, ma non forniscono prove significative sulle sue cause e i suoi effetti. Da questo punto di vista, comunque, altri studi hanno evidenziato come la compromissione decisionale nel BED sia determinata, essenzialmente, da tre fattori, ovvero i *bias* cognitivi, l'impulsività e le difficoltà nella regolazione emotiva (Svaldi, Brand & Tuschen-Caffier, 2010).

Relativamente al primo fattore, i *bias* cognitivi, si tratta di pregiudizi cognitivi che alterano la capacità di giudizio della persona e, conseguentemente, anche il suo autocontrollo, orientandola verso risposte impulsive, non premeditate, a fronte di emozioni e stimoli particolarmente intensi (Ehrlinger, Readinger & Kim, 2015). I *bias* cognitivi, secondo una lettura cognitivo-comportamentale di questi disturbi, sono dovuti a credenze irrealistiche o disfunzionali, che alterano la percezione della realtà e che si osservano ogniqualvolta la persona deve fare un'analisi della situazione, prendere una decisione o risolvere un problema, ostacolando il processo (Fairburn, 2018).

Da ciò si comprende come, la presenza di *bias* cognitivi, possa influenzare il processo decisionale dei pazienti con BED. A questo proposito, recentemente, Voon (2015) ha analizzato il rapporto tra BED, *bias* cognitivi, impulsività e *decision-making*, valutando il ruolo svolto proprio dai *bias* cognitivi sulle funzioni esecutive, che sono un insieme di processi che svolgono un ruolo nella pianificazione delle decisioni e nel controllo degli impulsi.

Il punto di partenza di questo studio era che non sempre gli strumenti auto-somministrati, come questionari o interviste, sono in grado di tracciare un profilo accurato dei livelli di impulsività di questi pazienti. Infatti, questi strumenti si basano sulla capacità della persona di auto-analizzare sé stessa, ma spesso nei DCA tale capacità è ridotta o compromessa, dunque anche i dati emersi da questi strumenti potrebbero non essere del tutto affidabili. Per questo, Voon (2015) si è servito esclusivamente di dati laboratoriali, provenienti da studi condotti mediante procedure, come il *Wisconsin Card Sorting Task*, i soggetti devono abbinare le carte a 1 su 4 carte, che differiscono per dimensioni specifiche (colore, forma o numero) in base a regole specifiche che cambiano nel tempo, per vedere se riuscivano ad applicarle di volta in volta, concentrandosi ogni volta sulla regola da applicare o piuttosto agendo a caso.

Dalla rassegna degli studi ad opera di Voon (2015) è emerso come i pazienti con BED presentino livelli di impulsività non solo più elevati della popolazione generale, ma anche di tutti gli altri DCA. Queste persone mostrano una spiccata tendenza ad agire in maniera impulsiva e l'impulsività appare sia di natura decisionale che motoria. Ciò significa che prendono decisioni impulsive e agiscono senza riflettere. Inoltre, vi è impulsività di attesa, cioè l'incapacità di aspettare uno stimolo per agire: queste persone tendono ad anticipare tale stimolo e ad agire in maniera eccessivamente rapida.

L'impulsività nel BED appare, a sua volta, favorita dalla presenza di *bias* cognitivi, tra cui spicca una forte sensibilità alle ricompense, anche in circostanze rischiose. Ad esempio, negli studi che prevedono l'utilizzo di test basati sul gioco d'azzardo, come il già citato *Iowa Gambling Task*, questi pazienti risultano sempre orientati a prendere decisioni rischiose, sottovalutando i rischi e l'ambiguità della situazione e sopravvalutando i possibili, ma incerti guadagni.

Questi risultati collocano gli schemi decisionali dei pazienti con BED su un piano simile a quello di alcuni pazienti che soffrono di dipendenza da sostanze e che assumono tali sostanze in maniera incontrollata, rischiando l'*overdose*. Nel caso dell'assunzione incontrollata di cibo, i rischi non sono immediati come nel caso dell'assunzione incontrollata di sostanze psicotrope, ma possono comunque determinare una significativa alterazione del peso. Non a caso, ancora nel DSM-IV-Tr il BED veniva strettamente associato all'obesità (APA, 2000).

I *bias* cognitivi e l'elevata impulsività di questi pazienti si riflettono anche sulla loro flessibilità comportamentale e sui processi esecutivi (Voon, 2015). I pazienti con BED tendono ad agire in maniera compulsiva, ripetendo cioè lo stesso comportamento anche quando questo si rivela ormai inadeguato rispetto alla situazione presente. In questo modo, dimostrano scarsa capacità di pianificazione esecutiva e scarsa flessibilità comportamentale, che consente di modificare il proprio comportamento quando questo si rivela inadeguato.

Relativamente alla flessibilità cognitiva e comportamentale, anche un altro studio, ad opera di Aloï e collaboratori (2015), ha esplorato la connessione con l'impulsività e il *decision-making*, confrontando le prestazioni di pazienti con BED e di pazienti con anoressia nervosa con quelle di un gruppo di controllo sano. Anche questo studio, come

molti dei precedenti, prevedeva il ricorso all'*Iowa Gambling Task* (IGT), affiancato ad altri compiti come *Wisconsin Card Sorting Task*, descritto a pagina 77.

Questo studio ha evidenziato come entrambi i gruppi clinici (AN e BED) presentassero livelli di impulsività superiori al gruppo di controllo e livelli di flessibilità cognitiva e comportamentale inferiori. Nel complesso, inoltre, le prestazioni delle pazienti con BED sono risultate inferiori anche a quelle delle pazienti con anoressia, indicando come il loro processo decisionale sia maggiormente compromesso rispetto alle persone con anoressia.

Un'ulteriore differenza tra le due popolazioni cliniche era legata a tratti di personalità e abilità cognitive: nelle pazienti con anoressia si è osservata una forte rigidità comportamentale, mentre lo scarso *decision-making* delle pazienti con BED è stato attribuito a una difficoltà ad adattarsi ai cambiamenti e alle nuove situazioni, nonché a una forte sensibilità alle ricompense. Dato che le ricompense e le gratificazioni svolgono un ruolo nel processo decisionale e la sensibilità ad esse è legata al modo in cui la persona elabora le proprie emozioni, Aloï e colleghi (2015) hanno ipotizzato una relazione tra BED, *decision-making* e disregolazione emotiva.

5.2 BED, regolazione emotiva e *decision-making*

Nel caso del BED, dunque, è di particolare interesse comprendere la relazione esistente tra l'assunzione di cibo e la regolazione emotiva, poiché per questi pazienti, similmente a quanto avviene nel caso della bulimia, il cibo funge da regolatore esterno delle emozioni ed è in grado di trasmettere sensazioni temporaneamente piacevoli, modulando così stati d'animo negativi sperimentati dalla persona (Costantino, 2008; Cotrufo, 2008).

È per questo motivo che, secondo alcuni autori (Fairburn, 2018), nella bulimia come nel BED, il ricorso alle abbuffate ha la funzione di disinnescare emozioni negative come ansia, preoccupazione, imbarazzo, angoscia e vergogna, legate anche a un'immagine negativa di sé. Si viene così a instaurare un circolo vizioso in cui la compensazione dell'ansia e della mancanza di affetto, determina un temporaneo sollievo grazie al piacere provato nel mangiare, ma successivamente genera nuove emozioni negative, legate alla propria forma fisica.

Il fatto di utilizzare in questo modo il cibo indica una generale sensibilità alle ricompense piacevoli, che può essere “spostata” dal cibo ad altri fattori, come il gioco. Ciò è stato comprovato scientificamente da Svaldi e collaboratori (2010) in uno studio che ha coinvolto 17 donne con BED e 18 donne in condizione di obesità ma senza diagnosi di BED, che sono state sottoposte a un *task* simile a quello dell'IGT, ma basato sul gioco dei dadi. I ricercatori erano interessati a misurare il rapporto tra *decision-making*, regolazione emotiva e sensibilità alla ricompensa nei due gruppi.

Dallo studio è emerso che le donne con BED tendevano a compiere scelte più rischiose, perché le percepivano come maggiormente vantaggiose e in grado di assicurare loro una “ricompensa”. Come nel caso della bulimia, anche nel BED vi è dunque una forte tendenza a fare affidamento a oggetti e situazioni esterni, percepiti come piacevoli e gratificanti, a causa della difficoltà nel regolare in maniera autonoma e funzionale le proprie emozioni.

Tuttavia, rispetto a un campione di pazienti con bulimia sottoposte allo stesso test in uno studio precedente (Brand, Franke-Sievert, Jacoby, Markowitsch & Tuschen-Caffier, 2007), nello studio di Svaldi e collaboratori (2010), le pazienti con BED presentavano una maggiore capacità di riconoscere le scelte sbagliate a posteriori.

Dunque, a fronte di elevati livelli di impulsività, la loro capacità di cogliere in retrospettiva i rischi corsi potrebbe essere impiegata con successo a scopo terapeutico, per ripristinare livelli adeguati di *decision-making*.

Questi risultati hanno portato Svaldi e collaboratori (2010) a ipotizzare che gli episodi di *binge-eating*, o abbuffate, siano una diretta conseguenza della compromissione del *decision-making* in queste pazienti. Il modello di comportamento potrebbe essere descritto come composto da due fasi, che ricalcano quelle osservate durante il *task* dei dadi.

Nella prima fase, la persona va incontro a un periodo restrittivo durante il quale si alimenta in maniera normale o si sotto-alimenta, anche per motivi estrinseci, ad esempio perché vuole dimagrire o perché, a causa dei ritmi quotidiani, non riesce a consumare pasti. Nella seconda fase, si innesca il meccanismo dell'abbuffata, che interviene allo scopo di "compensare" la mancanza di sensazioni piacevoli associate al cibo. Di norma, un *decision-making* funzionale arginerebbe l'impulso all'abbuffata, ad esempio permettendo alla persona di assumere una quantità consona di cibo, senza esagerare.

Tuttavia, come si è visto, l'elevata impulsività, unita alla presenza di sensibilità alla ricompensa "emotiva" del cibo e alla scarsa flessibilità comportamentale, spingono la persona in un circolo vizioso basato sulle abbuffate. Nel BED è assente la terza fase, che si riscontra invece nella bulimia, ovvero il ricorso ai comportamenti di evacuazione forzata, come l'esercizio fisico o l'uso di lassativi.

Anche un altro studio ha confermato la compromissione del *decision-making* e la sensibilità selettiva verso stimoli percepiti come gratificanti nelle donne con BED, confrontate con un campione di donne con indice di massa corporea superiore alla norma (che rientra nei casi di obesità) e con un campione di donne con un indice di

massa corporea nella norma (Danner, Ouwehand, van Haastert, Hornsveld & de Ridder, 2011). In questo caso, è stato impiegato l'IGT, affiancato a questionari che misuravano la sensibilità alla ricompensa, il grado di auto-controllo e impulsività e l'intensità dei sintomi.

In questo caso, le prestazioni del gruppo di partecipanti con BED e di quello con obesità sono risultate simili: entrambi questi gruppi presentavano una scarsa capacità di superare l'IGT, rispetto al gruppo di donne normopeso. Entrambi questi gruppi non erano in grado di modificare le loro scelte nel corso del tempo, non mostravano la capacità di imparare dalle scelte errate commesse in passato ed esibivano la costante tendenza a decidere in funzione di ciò che ritenevano essere più vantaggioso e gratificante, anche quando tale scelta si accompagnava chiaramente a un maggior rischio di perdita o di mancata vincita.

Inoltre, l'utilizzo dell'IGT ha permesso di confermare l'associazione tra i livelli di gravità del BED e le prestazioni negative nell'IGT. Ciò potrebbe significare che il *decision-making* nel BED è tanto più compromesso quanto più sono intensi i sintomi del disturbo. D'altra parte, questi risultati invitano anche a considerare le similitudini tra BED e obesità e il pericolo, per i pazienti con BED, di sviluppare anche obesità, con conseguenti rischi per il peso, l'equilibrio biochimico e la salute generale.

Nel complesso, dunque, anche nel BED, come negli altri due principali DCA, la compromissione del *decision-making* è significativa, ma essa appare coerente con un profilo clinico caratterizzato da scarso controllo degli impulsi, tendenza a sopravvalutare le ricompense ed elevata sensibilità verso di esse, che sommandosi determinano una bassa attitudine al ragionamento e una scarsa flessibilità nei pensieri, nel comportamento e nella gestione delle emozioni.

5.3 Discussione degli studi relativi a DCA e *decision-making*

Dall'analisi della letteratura riportata in questo e nei capitoli precedenti, si possono trarre alcune indicazioni specifiche sul rapporto tra DCA e *decision-making*, in grado di rispondere all'interrogativo di ricerca posto da questa tesi.

Ci si era infatti chiesti, in primo luogo, se effettivamente siano presenti deficit decisionali in tutti e tre i principali DCA (anoressia, bulimia e BED). A questo proposito, si era ipotizzata la presenza di tali deficit in tutti e tre questi disturbi.

In secondo luogo, ci si era chiesti se tali deficit siano presenti allo stesso modo in questi disturbi, o vi siano delle differenze legate a ciascun sotto-tipo di DCA. Si era ipotizzato che vi fossero punti di contatto, ma anche alcune discrepanze nelle specifiche caratteristiche dei deficit decisionali a seconda della tipologia e dell'entità del DCA.

Infine, ci si era chiesti se questi deficit decisionali abbiano un impatto sullo stile di vita e la qualità di vita di queste persone, in che misura e in quali ambiti. Anche in questo caso, si era ipotizzato un impatto significativo su tutti i principali ambiti di vita di queste persone.

Anzitutto, in merito al primo interrogativo di ricerca, il *corpus* di studi analizzato ha permesso di confermare l'ipotesi di partenza, evidenziando in maniera coerente l'esistenza di un deficit decisionale, condiviso tra tutti e tre i sotto-tipi più comuni di DCA. Questo deficit comporta una difficoltà cronica nel prendere decisioni funzionali, non solo in relazione all'alimentazione e al controllo del peso, ma anche nella vita quotidiana.

A questo proposito, gli studi sui correlati neurali, ovvero sulle basi neurobiologiche dei DCA, mostrano un deterioramento dei circuiti cerebrali associati al processo decisionale (Reiter *et al.*, 2017). Ciò significa che nei pazienti con DCA vi è

una seria compromissione del *decision-making*, che si riflette su tutti i principali ambiti di vita, dall'alimentazione alla vita familiare e sociale, dallo studio al lavoro alle scelte legate alla salute fisica e al benessere mentale.

Il grado di compromissione del processo decisionale appare, inoltre, correlato alla gravità dei sintomi, nel senso che più gravi sono i sintomi, maggiori saranno anche i deficit decisionali, con conseguenze più rischiose per le scelte di vita della persona (Aloi *et al.*, 2015). È probabile dunque che i deficit decisionali abbiano un impatto significativo sui sintomi e contribuiscano a determinare il disagio bio-psico-sociale che contraddistingue i DCA.

Occorre tuttavia sottolineare due aspetti. Da un lato, tutti i DCA condividono questo deficit decisionale, che presenta caratteristiche comuni, trasversali all'anoressia, la bulimia e il BED. Dall'altro lato, dagli studi qui riportati emergono profili decisionali unici per ciascun DCA, con caratteristiche a sé stanti, che saranno ora sintetizzate. Tutto ciò ha confermato la seconda ipotesi, secondo cui vi sono effettivamente dei punti di contatto, ma anche differenze tra i vari disturbi per quanto riguarda alcuni processi coinvolti nel *decision-making*.

Per quanto riguarda l'anoressia, i deficit decisionali appaiono connessi a una elevata rigidità nelle decisioni e a una elevata capacità di ritardare la ricompensa (Fairburn, 2018). Le pazienti con anoressia sono in grado infatti di prendere decisioni sbagliate, percepite come poco piacevoli, come il fatto di cercare a tutti i costi di dimagrire, perché sono convinte che questo le condurrà, prima o poi, a una gratificazione, derivante dal dimagrimento. Su tale base ignorano gli stimoli legati alla fame e fuggono dall'idea piacevole del cibo, anche se ciò ha conseguenze nefaste sul

loro stato di salute. La rigidità e il perfezionismo le spingono a portare avanti con convinzione questo percorso, non consentendo loro di modificare le scelte intraprese.

Il *decision-making* delle pazienti con anoressia è dunque rigido, poco flessibile, difficile da modificare. Esso non è spinto dai benefici immediati intravisti nella scelta, ma da un ideale astratto (la magrezza assoluta), molto difficile da raggiungere e che comporta seri rischi per la salute. Questo stesso schema si riscontra anche nei vari ambiti di vita, ad esempio nello studio e nel lavoro, dove possono manifestarsi aspettative irrealistiche e condotte rigide e perfezionistiche (Ciberti *et al.*, 2020; Van Elburg *et al.*, 2021).

Per quanto riguarda la bulimia, si registrano elevati livelli di impulsività a fronte di una forte sensibilità alla ricompensa. Per queste pazienti, all'opposto di quelle con anoressia, vi è la tendenza a prendere decisioni percepite come immediatamente gratificanti, senza curarsi delle conseguenze. Appena realizzano che le scelte intraprese in maniera impulsiva si sono rivelate errate, perché ad esempio le conducono ad assumere grande quantità di peso, ricorrono a meccanismi compensativi.

Il *decision-making* delle pazienti con bulimia è dunque, da un lato, estremamente impulsivo, dall'altro vi è il tentativo di modulare questa impulsività attraverso condotte compensative che sono messe in atto secondo uno schema rigido e compulsivo. Anche in questo caso, le conseguenze non riguardano solo l'alimentazione e la gestione del peso, ma interessano anche lo stile di vita della persona (Liao *et al.*, 2009; Matsumoto *et al.*, 2021).

Per quanto riguarda, infine, il BED, sono presenti sia una forte sensibilità alle ricompense, sia una elevata impulsività, esattamente come nella bulimia. Sono però assenti i comportamenti compensatori come l'uso di lassativi per dimagrire dopo le

abbuffate. La perdita di controllo che precede le abbuffate sembra essere associata a una disregolazione emotiva, cioè alla difficoltà nel regolare le proprie emozioni e nell'esprimerle.

Queste problematiche svolgono un ruolo nel processo decisionale, alterandolo e conducendo la persona a prendere scelte poco avvedute sulla propria alimentazione, ma che si riflettono anche sui diversi ambiti di vita (Reiter *et al.*, 2017). Anche nel caso del BED, dunque, il *decision-making* appare deficitario e, talvolta, compromesso, e la persona fatica a prendere decisioni strategiche per il proprio bene, gestendo efficacemente la complessità degli scenari della vita di ogni giorno.

Alcuni fattori di rischio sembrano essere trasversali ai tre profili di *decision-making*. L'aspetto in comune sembra essere l'impulsività, i cui livelli sono elevati in tutti e tre i principali DCA, anche se con differenze di intensità. Ad esempio, nell'anoressia i livelli di impulsività sono inferiori a quelli della bulimia e del BED, ed è soprattutto la tendenza alla rigidità cognitiva e l'incapacità di modificare la propria prospettiva a influenzare negativamente il processo decisionale.

In risposta al terzo interrogativo di ricerca, si può affermare che il *decision-making* è nel complesso deficitario in tutti i principali DCA e gli effetti di tale compromissione si estendono dal comportamento alimentare agli altri ambiti di vita, comportando rischi per la salute non solo fisica, ma anche mentale, sociale, lavorativa e accademica di questi pazienti (Negulescu & Doval, 2014; Lin *et al.*, 2021).

Sebbene per diverso tempo le implicazioni di questa compromissione siano state sottovalutate dai ricercatori, negli ultimi anni maggiore attenzione è stata dedicata al *decision-making* e all'impatto che un deficit di questo processo può avere sulla qualità della vita dei pazienti con DCA e anche sul loro percorso terapeutico. In tal senso,

diviene particolarmente importante intervenire sui deficit decisionali all'interno del trattamento, farmacologico o psicoterapeutico, ad esempio promuovendo un *decision-making* condiviso tra paziente e terapeuta.

Ciò, oltre ad aumentare la *compliance* del paziente verso l'intervento, gli permetterebbe di ritrovare autonomia e flessibilità nelle scelte, riducendo sia l'impulsività, sia la rigidità e le tendenze compulsive e accrescendo la capacità di ritardare la ricompensa in presenza di scelte potenzialmente dannose. D'altra parte, è necessario anche lavorare per ripristinare un comportamento alimentare corretto, poiché i deficit decisionali interessano anche le scelte in fatto di nutrizione, ponendo seri rischi per la salute fisica di questi pazienti. Non si può d'altronde escludere che gli stessi deficit decisionali siano dovuti anche a scompensi metabolici prolungati, come ipotizzato da Symmonds e collaboratori (2010).

5.4 Limiti degli studi e prospettive future di ricerca

Da quanto finora emerso dagli studi, è possibile anche trarre indicazioni per studi futuri, che colmino le lacune nella letteratura attuale. Le direttrici di ricerca possibili, potrebbero essere due: la prima legata al rapporto causale tra DCA e deficit del processo decisionale, la seconda legata alle conseguenze che tali deficit hanno sui diversi ambiti di vita. Entrambi questi aspetti, infatti, sono poco approfonditi dai ricercatori e gli esiti delle poche ricerche finora condotte vanno perciò considerati ancora preliminari e non esaustivi (Fuglset, 2019; Bernardoni *et al.*, 2020; Ciberti *et al.*, 2020).

Per quanto riguarda il rapporto causale tra DCA e *decision-making*, la maggior parte degli studi condotti sono correlazionali, dunque indagano l'esistenza di un rapporto tra deficit decisionali e DCA, senza approfondirne le cause. Tuttavia, come

sottolineano, tra gli altri, Costantino (2008) e Fairburn (2017), nel caso dei DCA è di particolare importanza distinguere tra fattori predisponenti, precipitanti e perpetuanti, che spesso non si sovrappongono.

Si tratta di fattori tra loro distinti, che svolgono un ruolo differente nell'eziologia di un DCA: conoscerli, permette anche di identificare strategie di prevenzione e di intervento sul disturbo, evitando che questo possa svilupparsi, evolversi e peggiorare o addirittura cronicizzarsi, complicando il trattamento stesso. Dunque, non essere riusciti a stabilire con certezza le cause dei deficit decisionali nei DCA, rappresenta un significativo limite degli studi svolti finora.

In questo senso, studi longitudinali, che analizzino l'evoluzione nel tempo dei DCA e dei deficit decisionali, potrebbero aiutare a fare chiarezza sui meccanismi alla base di tale relazione. Gli studi longitudinali, svolti anche mediante *follow-up* a 6, 9 o 12 mesi dalle prime misurazioni, aiuterebbero ad esempio a capire se i deficit nel *decision-making* sono presenti anche prima che si sviluppi il DCA o se, viceversa, emergano successivamente, come effetto di questo disturbo.

Nel primo caso, i deficit decisionali potrebbero essere considerati un fattore predisponente e precipitante dei DCA. Questa ipotesi è coerente con il fatto che tali deficit sono presenti in tutti e tre i sotto-tipi di DCA. Tuttavia, gli studi neurobiologici, svolti mediante tecniche di *neuroimaging*, come quello di Symmonds e colleghi (2011), mostrano un deterioramento del *decision-making* dovuto alla condotta alimentare disfunzionale dei pazienti con DCA. Ciò sembrerebbe indicare che questi deficit sono piuttosto una conseguenza, e non una delle cause, dei DCA.

Valutare l'evoluzione del processo decisionale tramite studi longitudinali consentirebbe di stabilire se l'andamento di questi deficit segue quello del disturbo e in che modo si influenzano vicendevolmente questi due aspetti.

Ancora, sarebbe utile valutare se l'alessitimia, ossia l'incapacità di comprendere, riconoscere ed esprimere le proprie emozioni e stati d'animo, svolge un ruolo nell'origine dei deficit decisionali o se si tratta di fattori che non interagiscono tra loro, perché gli studi finora svolti non hanno investigato questo aspetto del problema. Per progredire nella comprensione del rapporto tra DCA e *decision-making*, occorre dunque rispondere anche a questo interrogativo di ricerca con studi futuri.

Sarebbe interessante anche comprendere il rapporto causale tra deficit decisionali e ciascuno dei tre principali DCA, considerando come sia anoressia che bulimia e BED presentino un *decision-making* compromesso, ma i livelli di questa compromissione sono differenti, come lo sono anche i livelli di impulsività, flessibilità cognitiva, regolazione emotiva, rigidità e capacità di pianificazione.

Fare chiarezza sul rapporto causale tra DCA e deficit decisionali sarebbe d'aiuto sia per meglio comprendere i fattori predisponenti e precipitanti dei DCA, sia per focalizzare in modo migliore l'intervento farmacologico e psicoterapeutico, prendendo in considerazione anche i rischi legati a un *decision-making* deficitario e alle sue ripercussioni sul trattamento stesso.

A questo proposito, occorrerebbe approfondire l'impatto che i deficit del processo decisionale hanno sui diversi ambiti di vita della persona. Come si è visto, vi sono alcuni studi, ma limitati a specifici contesti, come il lavoro e lo studio e, comunque, tali ricerche approfondiscono soprattutto l'anoressia e la bulimia. Il BED costituisce attualmente il DCA più diffuso nella popolazione ma, paradossalmente, vi sono pochi

studi che indagano le cause dei deficit decisionali e nessuno studio che indaga i loro effetti sui diversi ambiti di vita contemporaneamente, fornendo un punto di vista d'insieme su questa correlazione.

Ciò è dovuto al fatto che il BED è stato inserito da poco all'interno del DSM (APA, 2013) e spesso le diagnosi si basano ancora sulle vecchie edizioni del DSM, come il DSM-IV-Tr, che non distinguono in maniera netta il BED dall'obesità. Questo rischia di creare confusione nei dati e rende più difficile ricostruire gli effetti del BED sulla salute e lo stile di vita dei pazienti, anche perché il *decision-making* dei pazienti con BED è simile, ma non identico, a quello dei pazienti con obesità.

Si tratta dunque senza dubbio di una lacuna da colmare se si vogliono prevenire le conseguenze negative di questo disturbo per la salute fisica, mentale e sociale di queste persone e per le scelte che esse potrebbero fare in famiglia, sul lavoro e nelle relazioni sociali. Sarebbe da investigare con particolare attenzione il BED, soprattutto se si considera che, come riconosciuto anche dall'APA (2013), si tratta di un DCA particolarmente diffuso nelle fasce più giovani della popolazione e nelle nuove generazioni, non solo tra le femmine ma anche tra i maschi in età evolutiva e adolescenziale, periodo della vita in cui la maturità decisionale non è ancora stata raggiunta.

D'altra parte, investigare l'impatto dei deficit decisionali nei vari ambiti di vita rappresenta una sfida a livello di indagine scientifica, perché questi contesti sono spesso molto diversi tra loro e non sempre è possibile svolgere studi "naturalistici", cioè condotti all'interno di quegli stessi ambiti di vita, valutando dunque l'impatto diretto del deficit sulla vita della persona. È per questo che, anche per lo studio del *decision-making* nei DCA, si fa ricorso a test laboratoriali e a compiti come l'*Iowa Gambling*

Task, che simula un contesto di gioco d'azzardo, in cui la decisione logica e prudente svolge un ruolo essenziale, ma che non sempre è in grado di replicare la complessità delle scelte e delle decisioni che le persone sono chiamate a compiere nei vari ambiti.

Se gli studi futuri dovessero riscontrare un ruolo del *decision-making* nella formazione dei DCA, sarebbe infine utile intervenire non solo in un'ottica riparativa, ma anche preventiva, ad esempio aiutando bambini, adolescenti e giovani adulti a sviluppare un *decision-making* efficace, funzionale ai propri obiettivi alimentari, di studio e di vita, che riduca gli eccessi di impulsività e di rigidità, valorizzando la capacità di riflettere sulle proprie emozioni e i propri bisogni (Costantino, 2008).

Il *decision-making* dovrebbe dunque essere messo al centro anche della riflessione terapeutica e degli interventi farmacologici, per aiutare la persona a decidere in maniera proattiva, non reattiva né impulsiva, riguardo ai vari ambiti della sua vita.

Conclusioni

Questa tesi si proponeva di analizzare i deficit del processo decisionale (*decision-making*) nei disturbi del comportamento alimentare (DCA). L'interrogativo di ricerca a cui si è cercato di rispondere era se questi deficit si estendano dal comportamento alimentare agli altri ambiti di vita e se vi siano differenze in base allo specifico DCA. Entrambi questi interrogativi hanno trovato risposte positive.

Da un lato, in tutti e tre i principali DCA (anoressia, bulimia e *binge-eating disorder*) vi è un deficit del processo decisionale che comporta la tendenza a prendere decisioni sbagliate, dettate dall'impulsività, dalla rigidità cognitiva, dalla sensibilità a ricompense immediate anche dovute a scelte rischiose o svantaggiose.

Questo deficit decisionale si estende dal comportamento alimentare a tutti i principali ambiti di vita, come quello familiare e sociale, il lavoro e lo studio. La conseguenza principale è che queste persone hanno difficoltà a prendere decisioni lucide, poiché si fanno guidare da credenze e pregiudizi cognitivi dovuti al loro disturbo, che le portano spesso a perseverare in decisioni sbagliate, non riuscendo a modificarle, oppure a fare scelte impulsive, non pianificate, dettate dall'urgenza e dal bisogno di una gratificazione immediata.

Dall'altro lato, vi sono differenze specifiche nei deficit del *decision-making*, relative ai diversi DCA. Nell'anoressia il processo decisionale è poco flessibile a causa della rigidità e del perfezionismo di queste pazienti, che le porta a ripetere scelte errate e pericolose. Nella bulimia e nel BED, la forte impulsività e sensibilità alla ricompensa spinge queste persone a prendere scelte sbagliate, sottovalutandone i pericoli o non prestando attenzione ad essi.

Questi risultati sono stati evidenziati da studi recenti sottoposti a un'analisi del campione, della metodologia, degli strumenti e dei risultati. Si tratta di studi multidisciplinari, che hanno mostrato la presenza di deficit decisionali significativi, testimoniati anche da una alterazione dei circuiti cerebrali associati al *decision-making* in queste popolazioni cliniche. Tuttavia, si tratta di dati ancora preliminari, che andrebbero supportati da ulteriori ricerche.

Data la centralità che il *decision-making* ha nei diversi ambiti di vita, può essere utile focalizzare l'intervento psicoterapeutico o farmacologico, sul compensare questi deficit. Ad esempio, sarebbe importante potenziare le abilità decisionali di queste pazienti, aumentando la consapevolezza, la flessibilità cognitiva e il controllo degli impulsi, in modo che le scelte prese in ambito alimentare e negli altri contesti di vita siano avvedute e funzionali. Gli articoli analizzati gli sono centrati sulla popolazione femminile, mentre negli ultimi 20 anni i disturbi alimentari sono un problema crescente anche nella popolazione maschile e sarebbe interessante approfondire il *decision making* maschile.

Si potrebbe impostare un percorso di "*decision making* condiviso" in cui il paziente prende decisioni insieme al terapeuta, concordando le strategie di intervento, la condotta alimentare, i comportamenti da tenere nelle relazioni sociali e di lavoro, i progetti di vita futuri. Anche sotto questo aspetto, studi futuri potranno aiutare a fare ulteriore luce sul complesso rapporto tra DCA e *decision-making* e sugli effetti degli interventi di supporto.

Bibliografia

- Aloi, M., Rania, M., Caroleo, M., Bruni, A., Palmieri, A., Cauteruccio, M. A., De Fazio, P., & Segura-Garcia, C. (2015). Decision making, central coherence and set-shifting: a comparison between Binge Eating Disorder, Anorexia Nervosa and Healthy Controls. *BMC Psychiatry*, *15*, 6.
- Alvino, L., & Franco, M. (2017). The decision-making process between rationality and emotions. *International Journal of Scientific Research and Management*, *5*(9), 7074-7092.
- American Psychiatric Association – APA (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington (DC): APA. Tr. It. *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text revision*. Milano: Masson.
- American Psychiatric Association – APA (2013). *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington (DC): APA. Tr. It. *DSM-5. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Quinta edizione. Milano: Cortina.
- Bechara, A., Damasio, H., & Damasio, A.R. (2000). Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cerebral Cortex*, *10*(3), 295-307.
- Bernardoni, F., Bernhardt, N., Pooseh, S., King, J. A., Geisler, D., Ritschel, F., Boehm, I., Seidel, M., Roessner, V., Smolka, M. N., & Ehrlich, S. (2020). Metabolic state and value-based decision-making in acute and recovered female patients with anorexia nervosa. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*, *45*(4), 253–261.

- Boeka, A.G., & Lokken, K.L. (2006). The Iowa gambling task as a measure of decision making in women with bulimia nervosa. *Journal of International Neuropsychological Society*, *12*(5), 741-745.
- Brand, M., Franke-Sievert, C., Jacoby, G. E., Markowitsch, H. J., & Tuschen-Caffier, B. (2007). Neuropsychological correlates of decision making in patients with bulimia nervosa. *Neuropsychology*, *21*(6), 742–750.
- Brogan, A., Hevey, D., & Pignatti, R. (2010). Anorexia, bulimia, and obesity: shared decision making deficit on the Iowa Gambling Task (IGT). *Journal of the International Neuropsychological Society*, *16*, 711-715.
- Bruch, E., & Feinberg, F. (2017). Decision-making processes in social contexts. *Annual Review of Sociology*, *43*, 207–227.
- Brusset, B. (2002). *Psicopatologia dell'anoressia mentale*. Roma: Borla.
- Busemeyer, J.R., & Johnson, E.J. (2004). Computational models of decision making. In D.J. Koehler (Ed.), *Blackwell handbook of judgment and decision making*. Malden (MA): Blackwell.
- Cardi, V., Mallorqui-Bague, N., Albano, G., Monteleone, A. M., Fernandez-Aranda, F., & Treasure, J. (2018). Social difficulties as risk and maintaining factors in anorexia nervosa: a mixed-method investigation. *Frontiers in Psychiatry*, *26*, e00012.
- Cavanagh, J. F., Wiecki, T. V., Kochar, A., Frank, M. J. (2014). Eye tracking and pupillometry are indicators of dissociable latent decision processes. *Journal of Experimental Psychology*, *143*, 1476–1488.
- Ciberti, A., Cavalletti, M., Palagini, L., Mariani, M. G., Dell'Osso, L., Mauri, M., Maglio, A., Mucci, F., Marazziti, D., & Miniati, M. (2020). Decision-making,

impulsiveness and temperamental traits in Eating Disorders. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(4), 199–208.

Costantino, L. (2008). *L'anoressia. Storia, psicopatologia e clinica di un'epidemia moderna*. Napoli: Liguori.

Danner, U. N., Ouweland, C., van Haastert, N. L., Hornsveld, H., de Riddler, D. T. D. (2011). Decision-making impairments in women with binge eating disorder in comparison with obese and normal weight women. *European Eating Disorders Review*, 20(1), 56-62.

Dawe, S., & Loxton, N. J. (2004). The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28, 343–51.

de Zwaan, M. (2001). Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity*, 25, 51–55.

Edwards, W. (1954). The theory of decision-making. *Psychological Bulletin*, 51(4), 380-417.

Ehrlinger, J., Readinger, W. O., & Kim, B. (2016). Decision-making and cognitive biases. *Encyclopedia of Mental Health*, 10.

Evenden, J.L. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, 146(4), 348-361.

Fairburn, C. G. (2018). *La terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. Trento: Erickson.

Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire?. *International journal of eating disorders*, 16(4), 363-370.

- Foerde, K., Walsh, B. T., Dalack, M., Daw, N., Shohamy, D., & Steinglass, J. E. (2021). Changes in brain and behavior during food-based decision-making following treatment of anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 9, 48.
- Francesconi, M., Flouri, E., & Harrison, A. (2022). Decision-making difficulties mediate the association between poor emotion regulation and eating disorder symptoms in adolescence. *Psychological Medicine*, 2022, 1-10.
- Fuglset, T. S. (2019). Set-shifting, central coherence and decision-making in individuals recovered from anorexia nervosa: a systematic review. *Journal of Eating Disorders*, 7, 22.
- Galotti, K. M. (2002). *Making decisions in everyday life*. New York (NY): Lawrence Erlbaum.
- Garner, D. M., & Garfinkel, O. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2), 273-9.
- Ghedari, A. (2010). Review of risk factors for eating disorders: implications for primary prevention and cognitive behavioural therapy. *Scandinavian Journal fo Behavior Therapy*, 30(2), 47-74.
- Gilbert, P., Cheung, M. S. P., Grandfield, T., Campey, F., & Irons, C. (2003). Recall of threat and submissiveness in childhood: Development of a new scale and its relationship with depression, social comparison and shame. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 10(2), 108-115.
- Giorgini, L., Costantino, L., & Petrucci, M. (2017). *Anoressia. Le patologie del comportamento alimentare*. Roma: L'asino d'oro.

- Glöckner, A., & Betsch T. (2008). Modeling option and strategy choices with connectionist networks: Towards an integrative model of automatic and deliberate decision making. *Judgment and Decision Making*, 3(3), 215-228.
- Godfrey, N. (2013). Occupational impact of anorexia nervosa: occupational meaning, motivation and engagement. *British Journal of Occupational Therapy*, 76, 42.
- Gradinaru, A. (2014). The Contribution of Behavioral Economics in Explaining the Decisional Process. *Procedia Economics and Finance*, 16, 417-426.
- Gritti, A. (2009). La psicoterapia dei disturbi del comportamento alimentare. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, 29, 309-321.
- Gross, J. J. (1998). *Handbook of emotion regulation*. New York (NY): Guilford Press.
- Himmerich, H., Bentley, J., Lichtblau, N., Brennan, C., & Au, K. (2019). Facets of shared decision making on drug treatment for adults with an eating disorder. *International Review of Psychiatry*, 31(4), 332-346.
- Hogan, A. E., Scott, K. G., & Bauer, C. R. (1992). The adaptive social behavior inventory (ASBI): A new assessment of social competence in high-risk three-year-olds. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 10(3), 230–239.
- Kaplan, A. S., Walsh, B. T., Olmsted, M., Attia, E., Carter, J. C., Devlin, M. J., *et al.* (2009). The slippery slope: prediction of successful weight maintenance in anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 39(6), 1037–45.
- Kaye, W.H., Fudge, J.L., & Paulus, M. (2009). New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(8), 573-584.
- Lavender, J. M., & Mitchell, J. E. (2015). Eating disorders and their relationship to impulsivity. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 2, 394-401.

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Chicago (US): Chicago University Press.
- Leary, M. R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and social psychology bulletin*, *9*(3), 371-375.
- Leppanen, J., Brown, D., McLinden, H., Williams, S., & Tchanturia, K. (2022). The role of emotion regulation in eating disorders: a network meta-analysis approach. *Frontiers in Psychology*, *23*.
- Lesser, I.M. (1981). A review of the alexithymia concept. *Psychosomatic Medicine*, *43*, 531–543.
- Liao, P.-C., Uher, R., Lawrence, N., Treasure, J., Schmidt, U., Campbell, I. C., Collier, D. A., & Tchanturia, K. (2009). An examination of decision making in bulimia nervosa. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *31*(4), 455-61.
- Lin, J. L., Lipstein, E. A., Wittenberg, E., Tay, D., Lundstrom, R., Lundstrom, G. L., Sediqzadah, S., & Wright, D. R. (2021). Intergenerational decision making: the role of family relationships in medical decision making. *MDM policy & practice*, *6*(2), 23814683211039468.
- Lloyd, S., Yiend, J., Schmidt, U., & Tchanturia, K. (2014). Perfectionism in anorexia nervosa: novel performance based evidence. *PloS one*, *9*(10), e111697.
- Mancuso, S. G., Newton, J. R., Bosanac, P., Rossell, S. L., Nesci, J. B., & Castle, D. J. (2015). Classification of eating disorders: comparison of relative prevalence rates using DSM-IV and DSM-5 criteria. *British Journal of Psychiatry*, *206*(6), 519-20.
- Mann, L., Harmoni, R., & Power, C. (1989). Adolescent decision-making: the development of competence. *Journal of Adolescence*, *12*(3), 265-278.

- Marks, R. J., De Foe, A., & Collett, J. (2020). The pursuit of wellness: Social media, body image and eating disorders. *Children and Youth Services Review, 119*, 105659.
- Marzilli, E., Cerniglia, L., & Cimino, S. (2018). A narrative review of binge eating disorder in adolescence: prevalence, impact, and psychological treatment strategies. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, 9*, 17–30.
- Matsumoto, J., Hirano, Y., Numata, N., Matzuzawa, D., Murano, S. *et al.* (2015). Comparison in decision-making between bulimia nervosa, anorexia nervosa, and healthy women: influence of mood status and pathological eating concerns. *Journal of Eating Disorders, 3*, 14.
- Minuchin, S. (1974). *Families & family therapy*. Harvard (US). Harvard University Press.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry, 158*(11), 1783–1793.
- Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K., & Greist, J. M. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *The British Journal of Psychiatry, 180*(5), 461-464.
- Musolino, C., Warin, M., Wade, T., & Gilchrist, P. (2013). “Healthy anorexia”: rationalizing contradictions. *Journal of Eating Disorders, 1*, 67.
- Negulescu, O., & Doval, E. (2014). The quality of decision-making process related to organizations’ effectiveness. *Procedia Economis and Finance, 15*, 858-863.
- Palmonari, A. (2011). *Psicologia dell’adolescenza*. Bologna: Il mulino.

- Petersson, S., Clinton, D., Brudin, L., Perseius, K. I., & Norring, C. (2018). Perfectionism in Eating Disorders: Are Long-Term Outcomes Influenced by Extent and Changeability in Initial Perfectionism?. *Journal for person-oriented research*, 4(1), 1–14.
- Rangel A. (2013). Regulation of dietary choice by the decision-making circuitry. *Nature neuroscience*, 16(12), 1717–1724.
- Reiter, A. M. F., Heinze, H.-J., Schlagenhaut, F., & Deserno, L. (2017). Impaired flexible reward-based decision-making in binge eating disorder: evidence from computational modeling and functional neuroimaging. *Neuropsychopharmacology*, 42, 628-637.
- Ricci Bitti, P. E., & Gremigni, P. (2013). *Psicologia della salute. Modelli teorici e contesti applicativi*. Roma: Carocci.
- Rosman, A., Lubaktin, M., & O'Neill, H. (1994). Rigidity in decision behaviors: a within-subject test of information acquisition using strategic and financial informational cues. *The Academy of Management*, 37(4), 1017-1033.
- Safi, F., Aniserowic, A. M., Colquhoun, H., Stier, J., Nowrouzi-Kia, B. (2021). Impact of eating disorders on paid or unpaid work participation and performance: a systematic review and meta-analysis protocol. *Journal of Eating Disorders*, 10, 7.
- Schilder, P. (1973). *Immagine di sé e schema corporeo*. Milano: FrancoAngeli.
- Smith, K. E., Mason, T. B., & Lavender, J. M. (2018). Rumination and eating disorder psychopathology: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 61, 9–23.
- Sollner, A., Broder, A., Glockner, A., & Betsch, T. (2014). Single-process versus multiple-strategy models of decision making: Evidence from an information intrusion paradigm. *Acta Psychologica*, 146, 84-96.

- Svaldi, J., Brand, M., & Tuschen-Caffier, B. (2010). Decision-making impairments in women with binge eating disorder. *Appetite*, *54*, 84-92.
- Swaab, D. (2010). *Noi siamo il nostro cervello. Come pensiamo, soffriamo e amiamo*. Roma: Castelvecchi.
- Symmonds, M., Emmanuel, J. J., Drew, M. E., *et al.* (2010). Metabolic state alters economic decision making under risk in humans. *PLoS One*, *5*, e11090.
- Tafà, M., Cerniglia, L., Cimino, S., & Ballaroto, G. (2017). Famiglia e disturbi alimentari. Evidenze empiriche. *Psicobiettivo*, *1*, 131-150.
- Tan, D. J., Hope, P. T., Stewart, D. A., & Fitzpatrick, P. R. (2006). Competence to make treatment decisions in anorexia nervosa: thinking processes and values. *Philosophy, psychiatry, & psychology : PPP*, *13*(4), 267–282.
- Trace, S. E., Baker, J. H., Penas-Lledo, E., Bulik, C. M. (2013). The genetics of eating disorders. *Annual Review of Clinical Psychiatry*, *9*, 589-620.
- Travasoli, K., Salimi, D., Gilani, E., Wong, W. K., & Jouyandeh, M. (2019). A trend study on the impact of social media in decision making. *International Journal of Data and Network Science*, *3*, 201-222.
- Tversky, A. (1972). Elimination by aspects: A theory of choice. *Psychological Review*, *79*(4), 281–299.
- Tylka, T. L., & Subich, L. M. (1999). Exploring the construct validity of the eating disorder continuum. *Journal of Counseling Psychology*, *46*(2), 268-276.
- Van Elburg, A., Danner, U. N., Sternheim, L. C., Lammers, M., & Elzakkars, I. (2021). Mental capacity, decision-making and emotion dysregulation in severe enduring anorexia nervosa. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 545317.

- Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., & Joiner Jr, T. E. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological assessment, 24*(1), 197.
- Voon V. (2015). Cognitive biases in binge eating disorder: the hijacking of decision making. *CNS spectrums, 20*(6), 566–573.
- Waxman, S. E. (2009). A systematic review of impulsivity in eating disorders. *European Eating Disorders Reviews, 17*, 408–25.
- Westwood, H., Kerr-Gaffney, J., Stahl, D., & Tchanturia, K. (2017). Alexithymia in eating disorders: Systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research, 99*, 66–81.
- Zeeck, A., Stelzer, N., Linster, H. W., Joos, A., Hartmann, A. (2011). Emotion and eating in binge eating disorder and obesity. *European Eating Disorders Review, 19*, 426–37.