



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Dipartimento di Psicologia Generale

Corso di laurea magistrale in Psicologia Clinica dello Sviluppo

Tesi di laurea magistrale

La relazione tra Ortorexia Nervosa, perfezionismo, tendenza al controllo e abitudini alimentari nella popolazione generale

Relationship between Orthorexia Nervosa, perfectionism, tendency to control and eating habits in general population

Relatrice

Prof.ssa Caterina Novara

Laureanda: Alice Palombarini

Matricola: 2080394

Anno accademico 2023/2024

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1: INQUADRAMENTO DELL'ORTORESSIA NERVOSA	4
1.1 DEFINIZIONE DELL'ORTORESSIA NERVOSA	4
1.2 PROPOSTE DI CLASSIFICAZIONE E CRITERI DIAGNOSTICI.....	6
1.2.1 <i>Documento di consenso di Donini et al. (2022)</i>	7
1.2.2 <i>Criteri proposti da Dunn e Bratman (2015)</i>	10
1.2.3 <i>Diagnosi differenziali</i>	11
1.3 EPIDEMIOLOGIA E FATTORI DI RISCHIO	13
1.4 STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE DELL'ON	17
CAPITOLO 2: FATTORI TRASVERSALI AL DOC, ALL'AN E ALL'ON.....	21
2.1 IL CONTROLLO	21
2.1.1 <i>Nel disturbo ossessivo - compulsivo</i>	21
2.1.2 <i>Nell'anoressia nervosa</i>	23
2.2 IL PERFEZIONISMO	25
2.2.1 <i>Nel disturbo ossessivo - compulsivo</i>	26
2.2.2 <i>Nell'anoressia nervosa</i>	26
2.3 LA REGOLAZIONE EMOTIVA	28
2.3.1 <i>NEL DISTURBO OSSESSIVO - COMPULSIVO</i>	29
2.3.2 <i>NEI DISTURBI ALIMENTARI</i>	30
2.4 L'ORTORESSIA E L'ON.....	31
2.6 LA DIETA E L'ESERCIZIO FISICO COME FATTORI DI RISCHIO	33
CAPITOLO 3: LA RICERCA	36
3.1 OBIETTIVI E IPOTESI.....	36
3.2 METODO	38
3.2.1 <i>Raccolta dati</i>	38
3.2.2 <i>Strumenti</i>	39

3.3 RISULTATI.....	47
3.3.1 Partecipanti	47
3.3.2 Punteggi dei questionari.....	55
3.3.3 Correlazioni.....	61
2.3.4 Predittori dell'ON.....	63
CAPITOLO 4: DISCUSSIONE	65
4.1 INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI	65
4.1.1 Disturbi alimentari	65
4.1.2 Le tendenze ossessivo - compulsive	66
4.1.3 Convinzioni sulla perdita di controllo	67
4.1.4 La regolazione emotiva.....	68
4.1.5 Il perfezionismo.....	69
4.1.6 La percezione individuale di “sano”	69
4.1.7 Le motivazioni alla base della dieta	71
4.1.8 I principali predittori dell'Ortoressia Nervosa	71
4.2 LIMITI DELLA RICERCA E PROSPETTIVE FUTURE	72
4.3 CONCLUSIONI	73
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	74

INTRODUZIONE

I disturbi del comportamento alimentare sono emersi come un fenomeno di salute pubblica, sollevando preoccupazioni e sollecitando l'attenzione di ricercatori, professionisti della salute e politici. Questi comportamenti comprendono un ampio spettro di attitudini e abitudini alimentari irregolari e patologiche, con importanti implicazioni per il benessere fisico, psicologico e sociale. Pattern alimentari restrittivi e/o eccessivi possono infatti provocare conseguenze anche gravi a livello nutrizionale e metabolico, oltre ad essere spesso collegati allo sviluppo di altri disturbi mentali, come la depressione e l'ansia e condurre alla compromissione della vita sociale, rinforzando il ciclo vizioso del disturbo (Horovitz & Argyrides, 2023). I principali disturbi mentali finora presi in considerazione sono l'Anoressia Nervosa, la Bulimia Nervosa e il Disturbo da Alimentazione Incontrollata, proprio per le conseguenze di maggior gravità. Nella nostra società l'interesse per l'alimentazione sana è aumentato notevolmente, riflettendo il desiderio crescente di raggiungere l'ideale di un certo stile di vita. Le persone interessate al consumo di cibo salutare generalmente scelgono in modo prioritario prodotti naturali ed evitano ingredienti processati e artificiali, con l'obiettivo di accrescere il proprio benessere e la salute fisica. Tuttavia, l'interesse per l'alimentazione sana può condurre ad esiti negativi, poiché implica il rischio di creare pattern alimentari rigidi, promuovere standard irrealistici e contribuire alla stigmatizzazione di certi cibi (Horovitz & Argyrides, 2023). Questa è la differenza sostanziale tra uno stile di vita sano e l'Ortoressia Nervosa, disturbo che implica un'ossessione verso tutto ciò che è salutare, con rigidi comportamenti volti al consumo di cibi puri e qualitativamente accettabili. L'Ortoressia Nervosa non è ancora stata riconosciuta nei manuali diagnostici, a causa degli inconsistenti risultati della ricerca e

dal dibattito in corso sulla sua concettualizzazione e classificazione tra gli altri disturbi mentali, in particolare sulla distinzione dall'Anoressia Nervosa e dal Disturbo Ossessivo-Compulsivo (Xiang Ng et al., 2024; Brytek-Matera et al., 2022).

L'obiettivo di questo elaborato è infatti quello di contribuire all'inquadramento di questo disturbo, analizzando innanzitutto la letteratura recente e le proposte di criteri diagnostici. Sono stati approfonditi anche i fattori di rischio, soprattutto quelli trasversali all'Anoressia e al Disturbo Ossessivo-Compulsivo, e gli strumenti di valutazione attualmente esistenti.

Successivamente, tramite la compilazione di questionari online è stata indagata empiricamente la presenza dell'ortoressia nel campione (n = 100) e la sua relazione con la percezione individuale di "sano", con le motivazioni sottostanti la scelta del tipo di dieta, con i disturbi alimentari e ossessivo-compulsivi, e infine con i costrutti trasversali ad altri disturbi, come il perfezionismo, le convinzioni sulla perdita di controllo e la disregolazione emotiva.

I risultati confermano l'ipotesi di un'associazione tra l'ortoressia e l'interesse generale per la salute, come anche la motivazione salutistica alla base della scelta del regime alimentare. L'ortoressia risulta inoltre correlata al perfezionismo, in particolare agli elevati standard personali, e ai disturbi alimentari, soprattutto agli aspetti restrittivi e di elevato controllo sul cibo. Contrariamente alle ipotesi, non è emersa una correlazione con le tendenze ossessivo-compulsive né con le credenze sulla perdita di controllo, differenziando così l'ortoressia dal disturbo ossessivo-compulsivo.

In sintesi emerge in modo preponderante la rilevanza dell'alimentazione in questo disturbo, suggerendo un suo possibile inserimento nella categoria diagnostica dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Tuttavia, non è ancora chiara la sua

distinzione dagli altri disturbi alimentari, per cui sono necessari ulteriori studi, possibilmente con campioni più numerosi, al fine di indagare gli aspetti che la differenziano. Inoltre, risulterebbe utile espandere la ricerca anche a popolazioni cliniche, con pazienti affetti da Anoressia Nervosa e/o Disturbo Ossessivo-Compulsivo per poter indagare la comorbidità e i fattori trasversali.

CAPITOLO 1

INQUADRAMENTO DELL'ORTORESSIA NERVOSA

1.1 Definizione dell'Ortoressia Nervosa

La parola Ortoressia viene dal greco (ὀρθός – corretto e ὄρεξις – appetito) ed è stata utilizzata per la prima volta dal clinico S. Bratman, per indicare una forma di ossessione per il cibo ritenuto sano con lo scopo di raggiungere uno stato di salute e/o evitare la malattia (Bratman & Knight, 2000).

L'Ortoressia e l'Ortoressia Nervosa (ON) sono due concetti distinti, ma correlati, che si riferiscono a comportamenti alimentari inadeguati. L'Ortoressia può essere definita come una preoccupazione ossessiva ed estrema per il consumo esclusivo di cibi “puri” e “sani”, per cui chi ne è affetto mostra regole alimentari rigide, spesso evita intere categorie di cibo ed è preoccupato per la fonte, preparazione e valori nutrizionali dei propri pasti. L'ON rappresenta una forma più severa di questa ossessione, caratterizzata da un'intensa ansia, distress e compromissione del funzionamento quotidiano (Horovitz & Argyrides, 2023).

In uno studio di Bratman è emerso che l'ortoressia si caratterizza per due fasi: la prima è innocente, generalmente elogiabile e consiste nella scelta di perseguire un'alimentazione sana; la seconda consiste in un'intensificazione di quella scelta in un'ossessione morbosa. Secondo Bratman, il comportamento ortoressico diventa patologico solo se sono presenti pensieri ossessivi, comportamenti compulsivi, autopunizioni e restrizioni crescenti, che diventano conduttori centrali della vita dell'individuo ed impediscono il funzionamento di altre aree importanti (Bratman, 2017).

Le teorie sulla corretta alimentazione, cioè le credenze che spingono il soggetto a preferire il consumo di un certo tipo di cibo rispetto ad un altro (per esempio il cibo vegetale rispetto a quello di origine animale), cambiano molto da individuo a individuo. In generale, più è complessa una teoria e più materiale fornisce per l'accelerazione del comportamento ortoressico. È inoltre molto comune osservare che una volta sviluppata l'ortoressia, l'individuo può passare da un'ideologia ad un'altra, anche se i principi della nuova contraddicono quelli della precedente. Le teorie basate sulla purezza del cibo e del corpo possono condurre a (o derivare da) difficoltà con un senso di impurità personale, sporcizia e vergogna; mentre quelle basate sulla dieta più bilanciata ed equilibrata possibile possono enfatizzare una tendenza al controllo; quelle basate su concetti di iper-sensibilità ai cibi, per esempio quelli ritenuti infiammatori, possono aumentare la paura di ammalarsi; quelle basate sulla moralità, come la dieta vegana o vegetariana, portano a sentimenti di superiorità nei confronti degli altri e così via (Bratman, 2017).

La definizione di alimentazione sana varia molto anche in relazione alla cultura e al background individuale. È possibile che un individuo con sintomi dell'ON ritenga sani comportamenti alimentari che promuovono la perdita o il mantenimento del peso (come l'eccessivo consumo di verdure), indipendentemente dal contenuto nutrizionale del cibo che consumano. La maggior parte degli studi nella rassegna di Atchison e Zickgraf (2022) mostra una relazione tra l'ON e l'impulso alla magrezza, ma al contempo una mancanza di relazione con la preoccupazione per il peso e la forma corporea.

Diversamente dagli altri disturbi alimentari, in cui l'insoddisfazione corporea è considerata un aspetto chiave dell'impulso alla magrezza, della restrizione e della motivazione alla perdita di peso, secondo gli autori nell'ON questo potrebbe essere

spiegato dalla convinzione che la magrezza è più sana. Nonostante ciò, non c'è accordo sulla differenziazione dell'ON dagli altri disturbi alimentari (Atchison & Zickgraf, 2022).

Nonostante molti autori abbiano proposto dei criteri diagnostici, l'ON non è riconosciuta né nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (American Psychiatric Association, 2013), né nella Classificazione Internazionale delle Malattie (World Health Organization, 2018). Questo può essere spiegato dagli inconsistenti risultati della ricerca attuale (riguardanti il sesso, l'età, l'indice di massa corporea e la prevalenza dell'ON), ma anche dal dibattito ancora in corso sulla sua concettualizzazione (definizione e criteri diagnostici) e la sua classificazione tra gli altri disturbi mentali, cioè se si tratta di un disturbo distinto, di una variante del disturbo alimentare o di una variante del disturbo ossessivo compulsivo (Xiang Ng et al., 2024; Brytek-Matera et al., 2022). È evidente la mancanza di accordo anche sull'epidemiologia dell'ON, che potrebbe essere attribuita alla varietà di strumenti diagnostici utilizzati che mancano di chiare proprietà psicometriche (Xiang Ng et al., 2024; Gkiouleka et al., 2022).

1.2 Proposte di classificazione e criteri diagnostici

La mancanza di una diagnosi nosografica e di una definizione condivisa nella letteratura scientifica impedisce di confrontare i vari studi, ostacolando quindi la ricerca su fattori protettivi e di rischio, sulla fisiopatologia, sulle conseguenze funzionali e sugli approcci terapeutici *evidence-based* (Donini et al., 2022).

1.2.1 Documento di consenso di Donini et al. (2022)

Recentemente, Donini et al. (2022) hanno proposto un documento di consenso sulla definizione e i criteri diagnostici dell'ON. Un gruppo internazionale di 47 ricercatori, selezionati e convocati secondo il criterio di aver pubblicato uno o più lavori correlati all'ON, ha completato una ricerca scientifica con metodo Delphi¹ con i seguenti scopi: 1) raggiungere una definizione condivisa dell'ON e proporre dei criteri diagnostici; 2) valutare in quale capitolo e in quale categoria del DSM inserire l'ON; 3) descrivere il decorso, i fattori di rischio e di protezione, la comorbidità psichiatrica, le diagnosi differenziali e le conseguenze psicologiche e funzionali. I risultati del processo sono i seguenti:

Criterio A: definizione, aspetti clinici e durata

1. L'ON è caratterizzata da una forte preoccupazione per il proprio comportamento alimentare e da regole rigide autoimposte, strettamente controllate e include il dispendio eccessivo di tempo per pianificare, ottenere, preparare e/o mangiare il cibo.
2. La definizione di “cibo salutare” o “cibo puro” include una teoria dietistica o un set di credenze i cui dettagli specifici possono variare. Gli individui con ON si riferiscono al cibo “sano” come puro, pulito, organico, giusto, corretto, naturale, sicuro; mentre il cibo “malsano” è quello processato, con ingredienti aggiuntivi, preparato, trattato, tossico, contaminato al punto da rappresentare conseguenze dannose per la salute dell'individuo.

¹ Il metodo Delphi è un modello d'indagine sistematico e interattivo, a più fasi, in cui gli esperti esprimono opinioni poi valutate, con l'obiettivo di far convergere le opinioni più complete e condivise in un'unica definizione.

3. L'ON è un disturbo mentale associato a riduzione del benessere e potrebbe essere inclusa nella categoria diagnostica dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) del DSM-5.
4. Gli individui con ON fanno esperienza di *distress* emotivo, ansia, problemi di attenzione e concentrazione e un senso di colpa come conseguenza dell'incapacità di mangiare sano.
5. L'aderenza alle regole autoimposte sul cibo ha un'influenza sulla valutazione di sé.
6. I sintomi dovrebbero manifestarsi per almeno 6 mesi, ma nel caso di una compromissione della salute o del funzionamento psicosociale la diagnosi può essere eseguita anche dopo 3 mesi.

Critério B: conseguenze

1. Il comportamento correlato all'ON include abitudini alimentari che portano ad una dieta sbilanciata, che influenza la salute (sia mentale che fisica) e la qualità di vita.
2. L'ON include conseguenze emotive (come sentirsi in colpa dopo aver mangiato cibi considerati non sani), cognitive (come mancanza di attenzione e concentrazione) e/o sociali (come l'isolamento sociale), che hanno effetti negativi sulla vita accademica, lavorativa o sociale.
3. Come conseguenza del tempo eccessivo speso per la dieta, l'ON ha un impatto negativo su altre importanti aree di funzionamento psicosociale e personale.
4. La selettività sui cibi può contribuire a causare deficit nutrizionali (come anemia, estrema perdita di peso, malnutrizione) e ormonali.
5. Le regole rigide possono condurre ad un peso corporeo ridotto che corrisponde agli ideali socio-culturali di magrezza, ma questo peso risulta essere un effetto

collaterale o una conseguenza dell'ON e non il risultato dell'insoddisfazione corporea.

Criterio C: esordio dell'ON

1. L'ON sembra associata allo sviluppo di altre forme di DNA e/o alla migrazione verso altre forme di DNA. Può precedere, coesistere, seguire altri DNA oppure rappresentare una strategia di coping per gli individui affetti da Anoressia Nervosa (AN) per continuare a restringere la propria dieta.
2. Gli individui possono sviluppare l'ON come conseguenza di una dieta prescritta o auto-prescritta, correlata o meno a condizioni cliniche (per esempio le persone con malattie croniche/somatiche che necessitano di restrizioni specifiche). In questi casi l'ON può rappresentare un meccanismo di coping per le malattie croniche in cui la dieta stretta è necessaria tramite la percezione di avere la situazione sotto controllo.

Criterio D: esclusione

1. La selezione e/o esclusione di cibo dalla dieta non è attribuibile a una prescrizione clinica (come nell'insufficienza renale, nell'obesità, nelle intolleranze o allergie alimentari).
2. Se sono presenti condizioni cliniche che motivano la selezione e/o esclusione di cibo, l'esordio dell'ON è caratterizzato da una selezione e/o esclusione di cibo che è eccessiva, inappropriata e oltrepassa la prescrizione medica.
3. La selezione e/o esclusione di cibo dalla dieta non è attribuibile a condizioni economiche, valori, credenze culturali, religiose o deliranti.

Altre caratteristiche associate e/o possibili fattori di rischio

- Sport competitivi, preoccupazioni per la performance e esercizio fisico ad alta frequenza.

- Storia di altri DNA o disturbi mentali (per esempio Disturbo Ossessivo Compulsivo - DOC).
- Problemi somatici e psicosomatici, ipocondria, sintomi depressivi, ansia (generalizzata o specifica).
- Perfezionismo, bisogno di controllo, bassa autostima, narcisismo, auto-criticismo e tendenza ad imporsi alti standard.
- Essere eccessivamente influenzati dai media, dai social networks, dalle piattaforme online e dai siti correlati a comportamenti alimentari e/o aspetto fisico.
- Abitudini vegane o vegetariane.
- Disregolazione emotiva.
- Scelte universitarie e professionali (per esempio dietisti e nutrizionisti).

1.2.2 Criteri proposti da Dunn e Bratman (2015)

Prima di Donini et al. (2022), anche altri autori hanno proposto dei criteri diagnostici per l'ON, tra cui Dunn e Bratman (2015). A seguito di una revisione della letteratura hanno infatti proposto i seguenti criteri:

Criterio A. Focus ossessivo sull'alimentazione "sana", come definito da una teoria dietistica o un insieme di credenze i cui specifici dettagli possono variare; si evidenzia un distress emozionale esagerato conseguente a scelte alimentari considerate malsane; la perdita di peso può verificarsi come risultato delle scelte dietistiche, ma non è l'obiettivo principale. Si evidenziano i seguenti aspetti:

1. Il comportamento compulsivo e/o la preoccupazione mentale riguardanti le pratiche alimentari restrittive sono perseguite dall'individuo per raggiungere la salute ottimale.

2. La violazione delle regole alimentari auto-imposte causa una paura eccessiva di ammalarsi, un senso di impurità personale e/o sensazioni negative fisiche, accompagnate da ansia e vergogna.
3. Le restrizioni alimentari aumentano col tempo e possono arrivare ad includere l'eliminazione di interi gruppi di cibi e includere digiuni parziali considerati purificanti o detossificanti progressivamente più frequenti e/o severi.

Criterio B. Il comportamento ossessivo e la preoccupazione mentale diventano clinicamente rilevanti quando si verifica uno dei seguenti:

1. Malnutrizione, severa perdita di peso o altre complicazioni mediche che derivano dalla dieta ristretta.
2. Distress interpersonale o effetti negativi sul funzionamento sociale, accademico o vocazionale, secondariamente alle credenze o comportamenti sulla dieta sana.
3. L'immagine del corpo positiva, l'autostima, l'identità e/o la soddisfazione sono eccessivamente dipendenti dal rispettare i comportamenti alimentari individualmente definiti come sani.

Ci sono differenze tra i criteri proposti dai vari autori e nessuna classificazione è stata pubblicata nel DSM-5 o nell'ICD-11, complicando la diagnosi e il trattamento (Atchison & Zickgraf, 2022).

1.2.3 Diagnosi differenziali

Non è ancora chiara la classificazione dell'ON tra gli altri disturbi mentali, cioè se si tratta di una variante di altri disturbi, come quello alimentare o quello ossessivo-compulsivo. Presenta infatti delle similitudini e dei tratti in comune con AN, ARFID

(Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder – Disturbo Evitante/Restrittivo

dell'Assunzione di Cibo) e DOC, ma è caratterizzata anche da sostanziali differenze.

Per quanto riguarda l'AN, dal documento di consenso di Donini et al. (2022) emerge che nell'ON la preoccupazione per l'aspetto fisico non è centrale, non è iper-valutata e non c'è una ricerca esplicita della magrezza, invece nell'AN l'obiettivo è perdere peso o mantenere il peso corrente. Nell'ON l'obiettivo principale è quello di essere il più sano possibile e la “fobia per il peso/forma”, se presente, è un'attitudine implicita di cui la persona non è consapevole.

Inoltre, nell'AN l'autostima dipende dal peso/forma corporea mentre nell'ON dipende dall'abilità di seguire le regole alimentari autoimposte per migliorare lo stato di salute e/o evitare conseguenze negative.

Secondo Donini et al. (2022), l'ARFID è un altro disturbo alimentare che presenta restrizioni simili all'ON, ma da cui si differenzia. Nell'ARFID i marcatori diagnostici sono la malnutrizione, il basso peso corporeo e la compromissione psicosociale dovuti alla restrizione alimentare. Quest'ultima si verifica come conseguenza di un'esperienza avversa con il cibo, che causa appunto una risposta condizionata negativa con l'alimentazione (come il soffocamento), l'apparente mancanza di interesse verso il cibo, o alimentazione altamente selettiva basata sulle proprietà sensoriali dei cibi, come il colore, il sapore o la consistenza. Al contrario, la restrizione alimentare nell'ON è il risultato di preoccupazioni sulla salubrità di un certo cibo e la malnutrizione può rappresentare una conseguenza, non un criterio diagnostico. Inoltre, i pazienti con ARFID sono preoccupati delle conseguenze nel breve periodo (come vomitare o soffocare), mentre i pazienti con ON sono preoccupati delle conseguenze nel lungo termine (come diabete, cancro, colesterolo alto).

L'ON condivide con il DOC numerosi tratti, tra cui la rigidità cognitiva, il perfezionismo, il bisogno di controllo e le tendenze ossessivo-compulsive. Nell'ON però quest'ultime si limitano al comportamento alimentare e alla salute, includendo anche le pratiche ritualistiche dell'acquisto, preparazione e consumo del cibo. Inoltre, le ossessioni nell'ON sono egosintoniche e considerate appropriate e desiderabili, meno intrusive, mentre gli individui con DOC fanno esperienza di ossessioni egodistoniche, che provano a ignorare o sopprimere (Donini et al., 2022). I comportamenti ritualistici dell'ON non sembrano avere lo scopo di ridurre il distress, come invece accade nel caso delle compulsioni del DOC (Novara et al., 2021). Le ossessioni dell'ON potrebbero essere considerate delle idee iper-valutate, che essendo mantenute con una minore intensità delirante sono meno angoscianti e quindi non rinforzano negativamente i comportamenti che possono essere utili a evitarle o neutralizzarle. Tuttavia, le idee iper-valutate fanno più che altro riferimento all'ortoressia e non all'ON, poiché non sono patologiche di per sé, ma lo diventano solo quando sono intrusive, difficili da controllare e angoscianti (Xiang Ng et al., 2024).

Comunque, ON e DOC sembrano essere spesso in comorbidità (Gkiouleka et al., 2022; Brytek-Matera et al., 2021).

1.3 Epidemiologia e fattori di rischio

La letteratura spesso mostra risultati contrastanti a proposito dell'epidemiologia, in quanto la prevalenza è diversa a seconda del Paese in cui viene effettuato lo studio, del gruppo di soggetti e dello strumento usato (Xiang Ng et al., 2024). La rassegna di Niedzielski e Kazmierczak-Wojtaś (2021) mostra che gli indici di prevalenza hanno una

variabilità molto elevata, con un range tra il 6.9% nella popolazione italiana e l'88.7% in un gruppo di studenti di dietistica brasiliani.

Non è chiaro se le differenze di genere influenzino l'esordio della patologia, ma sembra che la prevalenza dell'ON sia maggiore in persone più giovani, con un più alto livello di istruzione e un alto reddito (Gkiouleka et al., 2022; McComb & Mills, 2019). Il rischio di sviluppare l'ON è poi maggiore in individui che studiano o lavorano nell'ambito di determinate discipline, come nutrizionisti, medici, infermieri, istruttori di yoga, ginnasti o allenatori e anche ballerini o giovani artisti (Gkiouleka et al., 2022).

Altre caratteristiche che possono influire sull'esordio dell'ON sono legate al tipo di alimentazione. La dieta vegetariana, vegana, biologica e in generale il desiderio di evitare certi tipi di alimenti sono predittori importanti del disturbo, così come l'aderenza a una dieta rigida e la grande quantità di tempo spesa per preparare i pasti. Sono invece presenti risultati contrastanti per quanto riguarda le intolleranze alimentari, sia reali che percepite, come predittori dell'ON (McComb & Mills, 2019).

L'ON è stata inoltre associata a sintomi depressivi, insonnia, mancanza di interesse per le attività quotidiane, fatica cronica e insoddisfazione generale. Spesso è infatti presente una diagnosi precedente di un ampio spettro di disturbi, tra cui depressione, DOC, disturbi alimentari, disturbi d'ansia e disturbi psicotici, che aumenta il rischio di sviluppare l'ON (Gkiouleka et al., 2022; McComb & Mills, 2019).

Per quanto riguarda i fattori che possono predisporre alla sua insorgenza, l'ON condivide numerosi tratti e fattori di rischio con il DOC e l'AN. Questo potrebbe spiegare la parziale ma consistente comorbidità dell'ON con tali disturbi e il motivo per cui il suo riconoscimento come disturbo psichiatrico distinto sia ancora oggetto di discussione (Donini et al., 2022; Gkiouleka et al., 2022).

Uno dei costrutti connessi ai disturbi alimentari e all'ON è la regolazione emotiva. Questa si riferisce alla capacità di utilizzare strategie cognitive e comportamentali con l'obiettivo di raggiungere un determinato stato emotivo e comprende numerose capacità, come un'alta comprensione emotiva, autoconsapevolezza, accettazione delle sensazioni e controllo degli impulsi (Gerges et al., 2023). L'alterazione di questa capacità può contribuire allo sviluppo e/o al mantenimento dell'ON, caratterizzata soprattutto dalla tendenza a respingere le risposte emotive e ad utilizzare strategie limitate e inadeguate (Gerges et al., 2023).

Un altro tratto di personalità che l'ON condivide con l'AN e il DOC è il perfezionismo (Gkiouleka et al., 2022). Gli individui perfezionisti sono caratterizzati dallo sforzo di essere impeccabili e dall'imporsi standard eccessivamente elevati, accompagnati dalla tendenza a valutarsi in modo iper-critico. È una disposizione che pervade tutte le aree, in particolare la vita accademica e lavorativa, ma può interessare e influenzare anche aspetti personali e relazioni sociali. È un segno di maladattamento psicologico e spesso i pazienti trattati per ansia e depressione ne mostrano un alto livello (Stoeber & Childs, 2011). Il perfezionismo riguarda gli alti standard personali e l'organizzazione rigida, che nell'ON potrebbero spiegare l'inflessibile aderenza ad uno stile alimentare ritenuto sano (Novara et al., 2022; Novara et al., 2021), nello sforzo di raggiungere standard idealizzati e impeccabili di salute e nutrizione (Horovitz & Argyrides, 2023).

Il perfezionismo, insieme all'autodisciplina e al senso di responsabilità individuale, contribuisce a giustificare il regime alimentare severo. Influisce anche sulla stima di sé, che nell'ON dipende dall'aderenza alle regole nutrizionali auto-imposte, e sulla vita sociale, in quanto può creare un falso senso di superiorità nei confronti degli altri (Brytek-Matera et al., 2022).

Un altro costrutto che risulta essere correlato all'ON è la tendenza ossessivo-compulsiva, il cui aspetto centrale è il bisogno di controllo e di ordine. Nel caso dell'ON queste tendenze possono condurre gli individui a pianificare meticolosamente i propri pasti, con conseguente dispendio significativo di tempo ed energia mentale (Horovitz & Argyrides, 2023) e ciò può intensificare l'ossessione per la purezza del cibo, portando a pensieri e comportamenti ripetitivi e rituali legati alle scelte alimentari (McComb & Mills, 2019).

Considerando la necessità di mantenere il controllo, risulta significativo considerare la paura che può sorgere al pensiero di poterlo perdere. Questa emerge in particolare dalla ricerca sui pazienti con DOC, che temono in modo patologico di perdere il controllo sui propri pensieri, sulle emozioni e conseguentemente sul comportamento, al punto da sentirsi obbligati a mettere in atto comportamenti compulsivi e rituali per ridurre l'ansia (Radomsky, 2022). Questo costrutto è trasversale e riguarda anche i disturbi alimentari, in cui il comportamento degli individui è volto al controllo del peso e della forma fisica e spesso diete rigide, abbuffate e condotte compensatorie rappresentano perdite e tentativi di controllo sull'alimentazione (Radomsky, 2022). Nell'ON il controllo dell'alimentazione è centrale, ma è volto ad ottenere uno stile di vita il più sano possibile e non al dimagrimento come negli altri disturbi alimentari (Donini et al., 2022; Dunn & Bratman, 2015).

La combinazione di perfezionismo e tendenze ossessivo-compulsive crea quindi un terreno fertile per lo sviluppo dell'ON e potrebbe essere una delle determinanti di questi comportamenti, per cui è importante valutare questi tratti al fine terapeutico di promuovere un approccio al cibo più equilibrato e flessibile (Horovitz & Argyrides, 2023; Brytek-Matera et al., 2021).

1.4 Strumenti per la valutazione dell'ON

Esistono diversi strumenti per la valutazione dell'ON, ma alcuni di questi non mostrano proprietà psicometriche adeguate. A questo proposito, la rassegna di Valente et al. (2019) e quella di Niedzielski e Kazmierczak-Wojtaś (2021) si propongono di analizzarli:

- *L'Orthorexia self-test* (BOT) è il primo questionario creato ed è stato sviluppato da Bratman e Knight (2000). Si basa sulla concettualizzazione dell'ON come “un'ossessione verso l'alimentazione sana, che sembra acquisire le caratteristiche di un disturbo alimentare”. Consiste in dieci domande sì/no che identificano la presenza del disturbo, anche se l'autore non fa riferimento ad alcun criterio diagnostico. La versione originale del BOT manca di validazione e le proprietà psicometriche non sono state indagate (Niedzielski & Kazmierczak-Wojtaś, 2021; Valente et al., 2019);
- *L'ORTO-15* è uno degli strumenti più utilizzati. È stato creato da Donini et al. (2005) in Italia e si basa su criteri diagnostici come comportamenti alimentari specifici e tratti di personalità ossessivi-compulsivi/fobici. È composto da quindici domande a scelta multipla che indagano le aree cognitiva-razionale, clinica ed emotiva e le risposte si basano su una scala Likert a quattro punti, cioè “sempre”, “spesso”, “qualche volta”, “mai” (Niedzielski & Kazmierczak-Wojtaś, 2021; Valente et al., 2019). La validazione dello strumento riporta un'alta sensibilità e specificità, ma secondo altri autori l'*ORTO-15* risulta mancare di specificità per la patologia ed è stato accusato di sovrastimare la prevalenza dell'ON (Xiang Ng et al., 2024). Inoltre, non si basa sulle recenti proposte di criteri diagnostici, come quella di Dunn e Bratman del 2015 (Valente et al., 2019).

- L'*Eating Habits Questionnaire* (EHQ-21) è stato sviluppato da Gleaves et al. nel 2013 e si basa sulla concettualizzazione dell'ON proposta da Bratman e Knight (2000), cioè una preoccupazione eccessiva per l'alimentazione sana. Il questionario si compone di ventuno item a scelta multipla e le risposte si basano su una scala Likert a quattro punti ("Falso, assolutamente non vero", "Leggermente vero", "Abbastanza vero", "Assolutamente vero") che indaga la conoscenza del cibo sano, i problemi associati al mangiare sano e i sentimenti positivi che ne conseguono. L'unica criticità mossa contro questo strumento è la mancanza di validità correlata ai criteri diagnostici (Valente et al., 2019), ma sembra comunque avere buone qualità psicometriche e può essere utilizzato per diagnosticare l'ON (Niedzielski & Kazmierczak-Wojtaś, 2021). La versione italiana dell'EHQ-21 è stata testata in uno studio del 2017 e ha mostrato buoni indici di adattamento (Novara et al., 2017).
- Il *Dusseldorf Orthorexia Scale* (DOS) è uno strumento sviluppato da Barthels et al. nel 2015 e concettualizza l'ON come una fissazione possibilmente patologica sulla dieta sana, basandosi sullo studio di Bratman & Knight (2000). Ci sono due versioni: una con ventuno item e la versione breve con dieci item, in cui i partecipanti rispondono su una scala Likert a quattro punti secondo il grado in cui l'affermazione si applica a loro (Niedzielski & Kazmierczak-Wojtaś, 2021). L'unica critica nei confronti del DOS è che non sembra in grado di differenziare pazienti anoressici da pazienti ortoressici (Valente et al., 2019). Lo strumento è stato testato su un campione della popolazione italiana e ha mostrato un buon adattamento per quanto riguarda le proprietà psicometriche (Cerolini et al., 2021).
- Il *Barcelona Orthorexia Scale* (BOS) è stato sviluppato da Bauer et al. nel 2018. Questo strumento concettualizza l'ON come una fissazione patologica

sull'assunzione di cibo sano, basandosi sui criteri proposti da Dunn e Bratman (2015). Nessuno studio ha usato il BOS per valutare la presenza dell'ON, perciò non è stato possibile cogliere eventuali criticità nei confronti di questo strumento (Niedzielski & Kazmierczak-Wojtaś, 2021; Valente et al., 2019). Il BOS non è stato ancora validato su popolazione italiana.

- Il *Teruel Orthorexia Scale* (TOS) è stato creato da Barrada e Roncero nel 2018 e si basa sull'ultima pubblicazione di Bratman (2017) che definisce l'ON come il lato patologico dell'ortoressia. Questa concettualizzazione dualistica implica quindi la presenza di un'ortoressia "sana", cioè un approccio non patologico alla nutrizione, e lo strumento indaga infatti questi due aspetti. Anche in questo caso, non sono stati trovati studi che hanno utilizzato questo strumento e di conseguenza non sono state mosse critiche nei confronti di esso (Valente et al., 2019), ma i due fattori mostrano un'alta attendibilità (Niedzielski e Kazmierczak-Wojtaś, 2021). Il TOS è stato validato sulla popolazione italiana da Fallares et al. (2023) e risulta avere buone proprietà psicometriche.
- L'*Orthorexia Nervosa Inventory* (ONI) è stato creato da Oberle et al. (2020) ed è composto da ventiquattro item su scala Likert a quattro punti, in cui i partecipanti rispondono da "Assolutamente non vero" a "Assolutamente vero". Si basa sugli strumenti precedentemente designati alla diagnosi dell'ON, come l'EHQ e il DOS, i cui item sono stati migliorati per differenziare in modo efficace tra l'alimentazione sana e il comportamento patologico. È anche il primo strumento a valutare gli effetti legati alla salute fisica (Niedzielski & Kazmierczak-Wojtaś, 2021). Anche le proprietà psicometriche della versione italiana ONI sono risultate soddisfacenti (Zagaria et al., 2023).

La rassegna di Valente et al. (2019) mostra come gli strumenti attualmente utilizzati per valutare l'ON non siano sufficientemente adeguati dal punto di vista psicometrico.

Alcuni non sono mai stati usati, altri sono stati utilizzati in diversi studi ma hanno ricevuto critiche riguardanti difetti psicometrici, sovrastima della prevalenza dell'ON e in generale mancanza di una definizione condivisa dei criteri diagnostici. Gli strumenti che si basano sulla concettualizzazione di Dunn e Bratman (2015) mostrano comunque delle discrepanze con i criteri diagnostici, sottolineando la necessità di una ri-concettualizzazione dei criteri e della costruzione di un nuovo strumento basato su di essa (Valente et al., 2019).

CAPITOLO 2

FATTORI TRASVERSALI AL DOC, ALL'AN E ALL'ON

I disturbi alimentari e il disturbo ossessivo-compulsivo mostrano spesso un'elevata comorbidità con un range stimato tra il 35% e il 44%, ma non è ancora chiaro perché ciò si verifichi (Vanzhula et al., 2021). La letteratura suggerisce che il controllo (Radomsky, 2022), i pensieri ossessivi, il perfezionismo (Vanzhula et al., 2021) e i deficit di regolazione emotiva (Meule et al., 2021) possano essere fattori di rischio e di mantenimento comuni ai due disturbi. Questi fattori sembrano avere un ruolo anche nel caso dell'ortoressia nervosa (Donini et al., 2022), per cui risulta di fondamentale importanza analizzarli innanzitutto nel DOC e nell'AN, per poterli indagare successivamente nell'ON. Relativamente all'ortoressia, risulta significativo indagare anche le differenze con il salutismo e il ruolo della dieta e dell'esercizio fisico come fattori di rischio.

2.1 Il controllo

2.1.1 Nel disturbo ossessivo - compulsivo

Le teorie cognitive sul DOC sostengono l'idea che gli individui affetti da questo disturbo interpretino in modo catastrofico e/o disfunzionale il significato e l'importanza dei pensieri intrusivi, che conducono poi ad emozioni negative e all'urgenza di impegnarsi in strategie di neutralizzazione per ridurre il distress e prevenire eventi indesiderati (Sandstrom et al., 2023). È stato ipotizzato che queste interpretazioni siano dovute in parte a credenze disfunzionali su specifiche aree, sei in particolare: la responsabilità, la sovrastima della minaccia, l'intolleranza dell'incertezza, il

perfezionismo, l'importanza dei pensieri e il bisogno di controllarli (Obsessive Compulsive Cognition Working Group, 2001). Il controllo esercita un ruolo fondamentale poiché gli individui con questo disturbo tentano di controllare i propri pensieri affidandosi anche a comportamenti compulsivi. Il bisogno di controllare i pensieri è definito come la sovrastima dell'importanza di esercitare un controllo completo su pensieri, immagini ed impulsi intrusivi e la credenza che ciò sia possibile e auspicabile (Obsessive Compulsive Cognition Working Group, 1997).

Sono stati indagati più costrutti relativi al controllo, tra cui il *Locus of Control* (LOC), che misura l'estensione per cui un individuo attribuisce la controllabilità degli eventi a una fonte interna oppure esterna, il senso di controllo (SC), cioè la percezione di poter controllare una specifica situazione e il desiderio di controllo (DC), che è definito come la motivazione individuale al raggiungimento di un certo livello di controllo (Sandstrom et al., 2023).

Recentemente, è stato proposto un nuovo costrutto rilevante e predittivo della sintomatologia del DOC, cioè le credenze e la paura relative alla perdita di controllo (Radomsky, 2022).

Nonostante molte persone possano fare esperienza di pensieri anche intrusivi riguardanti la perdita di controllo, questi non sono problematici a meno che l'individuo non attribuisca loro importanza e significato. La rilevanza di uno specifico pensiero e il distress che causa dipendono dalle preoccupazioni della singola persona, per esempio alcuni possono trovare primaria l'importanza di mantenere il controllo, mentre altri possono temere le conseguenze di perderlo, come diventare pazzo o pericoloso (Radomsky, 2022). Gli individui con DOC interpretano la presenza di tali pensieri come un segnale di perdita di controllo sulla propria attività mentale e ipotizzano una perdita

di controllo anche comportamentale. Per esempio un paziente che sperimenta un pensiero intrusivo a carattere sessuale, ritenuto ripugnante e moralmente sbagliato, avrà paura di non riuscire ad impedirsi di metterlo realmente in atto. Gli individui caratterizzati da questa paura hanno un verosimile basso SC e alti DC e LOC (Radomsky, 2022). Il carattere egodistonico di queste preoccupazioni fa sì che causino distress e successivi tentativi di neutralizzarle, per esempio attraverso le compulsioni. Questo è un aspetto chiave che differenzia il DOC dall'ortoressia, in cui l'ossessione è invece egosintonica e considerata desiderabile (Donini et al., 2022).

2.1.2 Nell'anoressia nervosa

È stato ipotizzato che il controllo abbia un ruolo centrale nell'eziologia e nel mantenimento dei disturbi alimentari e in particolare dell'AN, ma l'evidenza empirica che supporta questa correlazione è inconsistente a causa della molteplicità dei costrutti usati per definire il controllo, come il SC, il LOC e il DC (Froreich et al., 2016).

La restrizione ossessiva sull'alimentazione e sul peso rappresenta una strategia per far fronte alla sensazione generalizzata di mancanza di controllo, per cui riuscire a controllare il proprio corpo diventa gratificante poiché indica un'alta efficacia (Barca e Pezzulo, 2020), soprattutto quando nelle altre aree di vita il controllo sembra irraggiungibile (Howard et al., 2022). La percezione di mancanza di controllo e la paura di perderlo sono infatti due dei fattori che contribuiscono maggiormente allo sviluppo di un disturbo alimentare (Froreich et al., 2016). Nello studio di Tiggemann e Raven (2007) non sono emerse differenze in termini di percezione di controllo tra i soggetti anoressici e quelli bulimici, nonostante le differenze sintomatologiche rispetto all'alimentazione, e questo risultato sottolinea l'ipotesi di una psicopatologia sottostante

trasversale a più disturbi. Coerentemente, nello studio di Froreich e al. (2016) volto a indagare la rilevanza della dimensione del controllo nei pazienti affetti da disturbi alimentari e da DOC, gli autori sottolineano che nessuno degli item nelle scale riguardanti il controllo si riferisce direttamente all'alimentazione, al peso o alla forma corporea e ciò è coerente con l'ipotesi che le credenze sul controllo non siano specifiche del disturbo, ma generiche e sottostanti ad altri disturbi, come il DOC. Gli autori ipotizzano che il bisogno di controllare l'alimentazione sia un prodotto del senso internalizzato di inefficacia e di paura di perdere il controllo, per cui gli individui con un disturbo alimentare ricorrono a meccanismi di controllo ausiliario, come la restrizione sulla dieta, per respingere la paura di non avere controllo. Di conseguenza la malattia può essere vista come una risposta maladattiva derivante dal fallimento di meccanismi e fonti di controllo più appropriate.

La paura di perdere il controllo risulta essere uno dei predittori più importanti sia dei DNA (Tiggermann & Raven, 2007) che del DOC, supportando l'ipotesi che entrambi i disturbi abbiano una simile paura sottostante, mentre le sensazioni di inadeguatezza, inutilità e mancanza di controllo sembrerebbero specifiche dei disturbi alimentari (Froreich et al., 2016).

Un altro aspetto che accomuna i disturbi alimentari (in particolare l'AN) e il DOC è l'intolleranza all'incertezza, cioè la necessità di essere sicuri dovuta alla credenza di non saper reagire di fronte a cambiamenti imprevedibili e che sia difficile funzionare in situazioni ambigue (Obsessive Compulsive Cognition Working Group, 1997).

Nell'anoressia questa si riferisce principalmente agli eventi riguardanti il corpo, infatti i pazienti sperimentano un deficit dell'elaborazione delle informazioni che ne provengono, che potrebbe inficiare vari processi fondamentali come la formazione di

una rappresentazione corporea accurata, la regolazione dei bisogni fisiologici, l'elaborazione delle emozioni, l'interazione sociale e un senso di sé coeso. La restrizione alimentare potrebbe quindi essere usata come una strategia per minimizzare l'incertezza enterocettiva, per esempio aumentando il senso di fame finché non è totalmente riconoscibile, più che per controllare il peso e la forma corporea in sé (Barca & Pezzulo, 2020). La difficoltà di controllo dei pensieri è un fattore comune ai DNA e al DOC, anche se il contenuto dell'ossessione è diverso. Coerentemente, le compulsioni e i comportamenti alimentari ritualizzati, come organizzare il cibo in un certo modo per prevenire una catastrofe (come l'aumento di peso nell'AN e la contaminazione in alcuni pazienti con DOC) sono comportamenti specifici utilizzati per una funzione simile, ovvero la riduzione dell'ansia e del distress causati dall'ossessione (Vanzhula et al., 2021).

2.2 Il perfezionismo

Il perfezionismo è la tendenza ad avere standard personali elevati, alti livelli di auto-criticismo e preoccupazione per la propria performance (Stoeber & Childs, 2011). Può essere adattivo se la persona prova soddisfazione raggiungendo obiettivi che richiedono un grande sforzo ma evita di auto-criticarsi dopo un fallimento o un ostacolo, al contrario è maladattivo quando l'individuo ha elevati standard personali ed è iper-critico nella valutazione di sé anche se raggiunge lo standard prefissato (Dahlenburg, 2019; Lunn et al., 2023). Il perfezionismo maladattivo è un fattore transdiagnostico comune ai DNA e al DOC, che può avere un ruolo nell'esordio e nel mantenimento di entrambi i disturbi (Vanzhula et al., 2021).

2.2.1 Nel disturbo ossessivo - compulsivo

Il perfezionismo risulta fortemente correlato al DOC tramite più modalità. Sembra avere un'influenza sulla messa in atto di specifiche compulsioni, per esempio i rituali di lavaggio hanno l'obiettivo di raggiungere uno stato di pulizia "perfetto" come i rituali di *checking* sono un tentativo perfezionistico di esercitare più controllo sugli eventi di vita. Il perfezionismo media parzialmente anche la relazione tra il disturbo e l'esperienza soggettiva della performance del compito, che viene ripetuto più volte finché l'individuo non percepisce uno svolgimento sufficientemente corretto (Frost & Steketee; 1997). Gli aspetti che risultano maggiormente correlati al DOC sono infatti i dubbi sulle azioni e le preoccupazioni relative agli errori (Frost & Steketee; 1997). Le preoccupazioni perfezionistiche risultano avere una forte associazione con la psicopatologia anche nell'età evolutiva, non solo con il DOC ma anche con la depressione e con i disturbi d'ansia (Lunn et al., 2023). Il perfezionismo sembra quindi una condizione che predispone allo sviluppo di diverse forme di psicopatologia, ma non determina l'esatta natura del disturbo. Nel caso del DOC potrebbe essere concettualizzato come un tratto necessario ma insufficiente per il suo sviluppo (Frost & Steketee; 1997).

2.2.2 Nell'anoressia nervosa

Il perfezionismo è risultato associato ai disturbi alimentari e in particolare all'AN, nella quale predice la gravità dei sintomi alimentari e tende a permanere dopo una malattia di grado severo, supportando l'ipotesi che abbia un ruolo sia nello sviluppo che nel mantenimento del disturbo (Martini et al., 2021; Dahlenburg et al., 2019). Nello studio di Howard et al. (2022) molti partecipanti affetti da AN, con alti livelli di perfezionismo

e sentimenti di vergogna hanno riportato esperienze traumatiche e genitori ipercritici ed esigenti durante l’infanzia, oltre a una predisposizione individuale per il perfezionismo. La vergogna precederebbe quindi il perfezionismo, che sembra essere un tentativo di placare la vergogna stessa provocata dalla critica e dal giudizio altrui. I partecipanti hanno riportato alti livelli di vergogna generalizzata, dovuta probabilmente agli alti livelli di criticismo durante lo sviluppo, che ha portato al bisogno di essere “perfetti” in quanto unico modo percepito per alleviare l’opprimente disagio. L’ipotesi degli autori è che nell’AN la vergogna generalizzata si sia poi concentrata sul corpo, conducendo all’impulso alla magrezza e alla restrizione alimentare. Queste ultime sono intensificate in un circolo vizioso dal perfezionismo maladattivo, che spinge ad ottenere sempre di più e al tempo stesso aumenta i livelli di vergogna, in quanto l’individuo percepisce di non fare abbastanza e di fallire. Il modello proposto da Howard et al. (2022) è rappresentato nella figura 1.

Figura 1: Modello della relazione tra vergogna, perfezionismo e AN.



Fonte: The relationship between shame, perfectionism and Anorexia Nervosa: A grounded theory study (Howard et al., 2022).

Nello studio di Martini et al. (2021), il senso di inefficacia risulta il fattore principale caratterizzante il disturbo alimentare. Il concetto di inefficacia comprende sentimenti di inutilità, insicurezza e valutazione negativa del sé e questo potrebbe rappresentare il terreno emotivo e cognitivo su cui i comportamenti e le cognizioni del disturbo vengono costruiti. Sia l'inefficacia che l'impulso alla magrezza, cioè il secondo fattore per importanza, sono risultati connessi direttamente al perfezionismo. La paura di commettere errori e i dubbi sulla propria performance risultano connettere il perfezionismo agli altri elementi della sintomatologia alimentare, come tenere il corpo sotto rigido controllo attraverso parametri esterni come il peso corporeo (Martini et al., 2021). Questo suggerisce che mantenere la presentazione di sé e la propria performance in range soggettivamente accettabili, ma verificabili attraverso la conferma di indicatori esterni come il peso corporeo, sia più rilevante nell'AN rispetto all'enterocezione e alle sensazioni interne, troppo vaghe per rappresentare una fonte d'informazione affidabile sulle proprie azioni (Barca & Pezzulo, 2020).

2.3 La regolazione emotiva

La regolazione emotiva si riferisce ai processi di modulazione e di risposta adattiva alle proprie emozioni. Si tratta di un costrutto multidimensionale che comprende diversi aspetti, tra cui la consapevolezza emotiva, l'accettazione delle proprie emozioni, l'accesso alle strategie di regolazione e il controllo degli impulsi (Gratz & Roemer, 2004). La consapevolezza si riferisce alla capacità di riconoscere e descrivere le proprie ed altrui emozioni, mentre l'accesso alle strategie di regolazione fa riferimento alla percezione individuale di essere in grado o meno di regolare gli stati emotivi (Sighinolfi et al., 2010).

Le diverse strategie disfunzionali messe in atto per sopperire alle difficoltà di regolazione emotiva, per esempio le compulsioni nel DOC e la restrizione alimentare nell'AN, supportano l'ipotesi che questo deficit possa essere alla base di disturbi differenti (Meule et al., 2021).

2.3.1 Nel disturbo ossessivo - compulsivo

Gli individui affetti dal disturbo ossessivo-compulsivo fanno esperienza di varie risposte emotive nei confronti delle ossessioni e delle compulsioni, tra cui una forte ansia o angoscia (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013). Le difficoltà di regolazione emotiva sono comuni tra i pazienti con DOC e sono predittive della gravità dei sintomi esperiti (Eichholz et al., 2020). Nella rassegna di See et al. (2022), la scarsa consapevolezza delle emozioni e la difficoltà di controllo degli impulsi risultano correlate ai sintomi ossessivi-compulsivi, anche se sono maggiormente associate alla depressione e all'ansia. La difficoltà di accesso alle strategie di regolazione, cioè la credenza di essere incapace di regolare le emozioni, è invece emersa in maniera consistente nel campione clinico di pazienti affetti da DOC. Allo stesso modo, la non accettazione delle emozioni risulta correlata con i pensieri ossessivi considerati inaccettabili, così come ai tentativi di neutralizzarli (See et al., 2022). Le compulsioni tipiche del DOC possono essere concettualizzate come una sorta di strategia di regolazione emotiva per far fronte al distress causato dalle ossessioni (Radomsky, 2022; Eichholz et al., 2020). I pazienti hanno difficoltà ad influenzare le proprie emozioni in maniera costruttiva, per cui vi rispondono con comportamenti patologici (Eichholz et al., 2020).

Un altro costrutto recentemente considerato per lo studio dell'eziologia e del mantenimento del DOC è l'auto-compassione. Questa comprende la gentilezza verso sé stessi, piuttosto che l'autocritica, e l'accettazione al posto dell'iper-focalizzazione su pensieri e sentimenti dolorosi. La mancanza di auto-compassione risulta correlata al DOC, considerando che i pazienti con questo disturbo sono molto autocritici nei confronti dei propri pensieri intrusivi negativi. Inoltre, questo costrutto risulta correlato negativamente all'ansia e al perfezionismo, caratteristiche tipiche dei pazienti affetti da DOC (Eichholz et al., 2020).

Nello studio di Eichholz et al. (2020), la severità dei sintomi e delle credenze ossessive è risultata negativamente correlata con l'auto-compassione e positivamente associata alle difficoltà di regolazione emotiva. Inoltre, l'auto-compassione risulta correlata negativamente alle difficoltà di regolazione emotiva, che invece hanno un ruolo predittivo rispetto alla severità dei sintomi del DOC.

2.3.2 Nei disturbi alimentari

Le pazienti con AN mostrano difficoltà nel riconoscimento delle emozioni complesse e nella loro regolazione, che costituiscono un fattore predittivo della sintomatologia alimentare (Saure et al., 2022). Risulta comune in questo disturbo l'alessitimia, ovvero l'incapacità di identificare e descrivere le proprie emozioni, che sembra correlata a deficit generali nell'interpretazione di segnali enterocettivi come la fame o la stanchezza (Saure et al., 2022). L'alessitimia risulta correlata anche all'intolleranza all'incertezza, suggerendo un possibile ruolo di questa dimensione nelle disfunzioni socio-emotive del disturbo (Barca & Pezzulo, 2020), e all'ansia e all'evitamento sociale che possono contribuire a prolungare la durata dell'AN (Saure et al., 2022). Nello studio di Saure et

al. (2022), le difficoltà nel riconoscimento e nella regolazione delle emozioni e gli alti punteggi di alessitimia riscontrati nel campione clinico di pazienti affette da AN sembrano essere associati ad una sintomatologia psicopatologica più ampia e condivisa da più disturbi mentali, piuttosto che specifica di questo disturbo alimentare. Gli autori ipotizzano che l'ansia, la depressione, i sintomi ossessivo-compulsivi e tratti dell'autismo possano mediare queste difficoltà nell'AN.

Inoltre, Meule et al. (2021) sottolineano che i pazienti con AN e BN mostrano entrambi deficit nella regolazione emotiva, ma con strategie disfunzionali opposte, che si muovono nel contesto dell'alimentazione emotiva. Mentre gli individui con BN sembrano utilizzare il *binge-eating* per regolare gli affetti negativi, gli individui con AN utilizzano il digiuno per lo stesso scopo. Per cui il primo gruppo riporta di mangiare più del solito in risposta ad emozioni negative, ma meno del solito di fronte ad emozioni positive, mentre il secondo gruppo mostra un pattern di risposta inverso tendendo a mangiare meno di fronte ad emozioni negative e di più in risposta ad emozioni positive. Di conseguenza, le difficoltà di regolazione emotiva sottostanno alla psicopatologia, ma non sono sufficienti a causarla o a stabilirne la natura (Meule et al., 2021).

2.4 L'ortoressia e l'ON

L'ortoressia si distingue dall'ON poiché è definita come un interesse sano per la dieta e uno stile di vita salutistico, mentre la seconda è caratterizzata da una preoccupazione rigida e patologica (Horovitz & Argyrides, 2023).

L'ON è predittiva di un funzionamento generale peggiore e di una scarsa conoscenza nutrizionistica che conduce ad una dieta di peggiore qualità, comprendente una maggiore assunzione di cibo considerato soggettivamente migliore e una minore

assunzione di frutta e verdura. Al contrario l'ortoressia risulta correlata a un pattern opposto, in cui la conoscenza nutrizionistica è maggiore, la dieta è migliore e il comportamento alimentare non è patologico (Zickgraf & Barrada, 2021). In riferimento all'ortoressia, Anastasiades e Argyrides (2022) approfondiscono il concetto di alimentazione intuitiva. Questa si riferisce a un comportamento alimentare flessibile e regolato da fattori interni, come i segnali di fame e sazietà, in cui i cibi non vengono etichettati come buoni/cattivi e le scelte alimentari sono su base fisica e non un modo per affrontare il distress emotivo. L'alimentazione intuitiva è associata a minori livelli di *binge eating*, impulso alla magrezza, alimentazione emotiva, preoccupazione per il cibo e diete rigide e inoltre risulta intensificata dalla presenza di un'immagine corporea positiva e dall'*embodiment*, che promuovono consapevolezza e apprezzamento per le funzioni del corpo. L'alimentazione intuitiva, l'*embodiment*, l'immagine corporea positiva, l'apprezzamento per il corpo e per la sua funzionalità risultano positivamente associati all'ortoressia e negativamente all'ON, supportando la distinzione tra le due (Anastasiades & Argyrides, 2022). Coerentemente, ortoressia e ON sono state differenziate dalla presenza di un atteggiamento *mindful*, che è associato alla prima ma non alla seconda. Questo è definito come l'attenzione e la consapevolezza non giudicante del presente come processo autoregolatorio, che nell'ambito dell'alimentazione favorisce scelte più sane e contrasta comportamenti patologici e all'alimentazione impulsiva (Strahler, 2020). Gli individui con ON si concentrano meno sul cibo mentre mangiano e prestano meno attenzione ai segnali di fame e di sazietà. Inoltre, nell'ON il tentativo di mangiare solo cibi puri e sani provoca una certa pressione, che può portare a sentimenti di colpa e di vergogna nel caso in cui non si

riesca ad aderire completamente alla dieta ristretta (Thorne et al., 2023), similmente al caso dell'anoressia nervosa (Howard et al., 2022).

La mancanza di una definizione chiara e condivisa dell'ON aumenta il rischio di una sovradiagnosi, con conseguente patologizzazione e stigmatizzazione anche di chi segue una dieta sana a prescindere dalla presenza di patologia (Anastasiades & Argyrides, 2022).

2.6 La dieta e l'esercizio fisico come fattori di rischio

Nel documento di consenso di Donini et al. (2022), viene ipotizzato che gli individui possano sviluppare l'ON anche come conseguenza di una dieta, sia prescritta che auto-prescritta, correlata o meno a condizioni cliniche.

Nello studio di Grammatikopoulou et al. (2021), i pazienti con diabete mellito tendono a mostrare tendenze ortoressiche. L'ortoressia è descritta dai pazienti diabetici come una “salvezza” dalla malattia cronica attraverso la ricerca della salute, anche se le diete restrittive portano spesso ad un'assunzione inadeguata di micronutrienti e una varietà di complicazioni (Grammatikopoulou et al., 2021). Lo studio di Kujawowicz et al. (2022) ha indagato invece la correlazione tra l'ON e la celiachia, un'altra malattia per cui deve essere esclusa un'ampia varietà di alimenti. Questa sembra essere associata all'ortoressia, ma non all'ON, anche se sono necessari ulteriori studi (Kujawowicz et al., 2022).

Gli individui che hanno una restrizione nella propria dieta, scelta o obbligata, sono più a rischio di sviluppare una preoccupazione patologica per l'alimentazione sana (Parra-Fernandez et al., 2020). Nello studio di Parra-Fernandez et al. (2020), il 58.2% dei vegani, il 24.1% dei vegetariani e il 17.7% degli onnivori sono risultati a rischio per

l'ON, ma è necessario approfondire anche la motivazione della scelta della dieta. Gli autori sottolineano che scegliere di seguire una dieta vegana per motivi etici non è sufficiente a predire lo sviluppo di ON, al contrario sceglierla per motivi salutistici (come considerare la carne un alimento non salutare) potrebbe avere un ruolo importante nell'eziologia di una dieta sbilanciata. I risultati sono coerenti con la rassegna di Brytek-Matera (2021), in cui la maggior parte degli articoli considerati conferma che la dieta vegetariana possa aumentare il rischio di sviluppare un comportamento ortoressico conseguente all'eliminazione di un ampio gruppo di micro e macronutrienti. Inoltre, la dieta vegetariana potrebbe anche costituire un modo socialmente accettabile di mascherare un disturbo alimentare (Brytek-Matera, 2021). Un altro fattore che costituisce un rischio per lo sviluppo di ON è l'esercizio fisico. Nello studio di Martinovic et al. (2022), il 56% degli atleti professionisti ha mostrato una tendenza ad avere comportamenti ortoressici. Poiché la carriera dipende dalla performance, la scelta di nutrienti appropriati e sufficienti è fondamentale per mantenere la salute. Infatti gli atleti professionisti necessitano di grassi insaturi e un'assunzione maggiore di proteine, mentre consumano pochi zuccheri processati ed evitano l'alcol (Martinovic et al., 2022; Surała et al., 2020). Nello stesso studio è stata trovata una correlazione tra la tendenza all'ON e la dieta mediterranea, forse perché è globalmente considerata sana e rispecchia quindi il desiderio sottostante dell'ON di assumere solo cibi sani. Questo risultato si contrappone agli studi precedentemente citati secondo cui le diete vegetariana e vegana sono un fattore di rischio per lo sviluppo dell'ON (Parra-Fernandez et al., 2020; Brytek-Matera, 2021), facendo presupporre che l'attività fisica possa mediare questa relazione. I comportamenti ortoressici sembrano inoltre aumentare con l'aumento della frequenza e della durata settimanale degli

allenamenti (Surafa et al., 2020) e risultano correlati anche alla dipendenza dall'esercizio fisico. Questa coesistenza di comportamenti patologici si situa nella costruzione sociale dell'ideale di "sano", secondo cui ognuno dovrebbe raggiungere il benessere fisico tramite abitudini alimentari sane ed esercizio fisico, in un'ottica perfezionistica (Mavrandrea & Gonidakis, 2022). La presentazione perfezionistica di sé, cioè mostrare solo gli aspetti buoni e non i difetti, risulta infatti il principale predittore dell'ON in campioni di sportivi (Pratt et al., 2021).

CAPITOLO 3

LA RICERCA

3.1 Obiettivi e ipotesi

Il presente elaborato ha l'obiettivo di contribuire ad inquadrare l'Ortoressia Nervosa e di indagare specifici costrutti transdiagnostici che possono costituire dei fattori di rischio per lo sviluppo dell'ON e che possono spiegare la comorbidità con altre patologie.

Tra le specifiche caratteristiche trasversali all'ON, al DOC e all'AN prese in considerazione in questa ricerca figurano il perfezionismo, la paura di perdere il controllo e la capacità di regolare le emozioni. Vengono poi approfondite le comorbidità, in particolare con il disturbo ossessivo-compulsivo e con i disturbi alimentari, e infine le motivazioni sottostanti alla scelta del tipo di alimentazione e la percezione individuale del cibo sano e il piacere che ne deriva.

Si attendono per l'EHQ-21 buone associazioni con i costrutti trasversali, quindi una correlazione tra l'ortoressia e la disregolazione emotiva (Gerges et al., 2023), il perfezionismo (Novara et al., 2022) e il desiderio di mantenere il controllo (Donini et al., 2022). La disregolazione emotiva è recentemente risultata connessa all'ortoressia (Gerges et al., 2023), si ipotizzano quindi delle associazioni positive tra i punteggi relativi alla misura dell'ortoressia della scala totale dell'EHQ-21 e la scala totale e le sottoscale del DERS (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*; Gratz e Roemer, 2004) che misurano la mancanza di accettazione delle emozioni negative, la difficoltà a distrarsi dalle sensazioni negative, la difficoltà nel riconoscimento e la ridotta autoconsapevolezza emotiva. Considerando gli studi che evidenziano una relazione tra

perfezionismo e ortorexia (Novara et al., 2022; Novara et al., 2021) si attendono correlazioni positive tra la scala totale e la sottoscala relativa agli standard personali elevati del questionario MPS (*Multidimensional Perfectionism Scale*; Frost et al., 1990) e i punteggi relativi all'ortorexia della scala totale e della sottoscala relativa alle emozioni provate in relazione all'alimentazione dell'EHQ-21. I comportamenti ortoressici di rigida aderenza ad un'alimentazione considerata sana riflettono il bisogno di mantenere il controllo (Donini et al., 2022), ma sono egosintonici e non percepiti come angoscianti, perciò non è chiaro se la paura e le credenze sulla perdita di controllo siano caratteristiche dell'ON. Per questo è stata svolta un'indagine esplorativa con il BALCI (*Beliefs About Losing Control Inventory*; Radomsky & Gagné, 2020).

Inoltre, considerando l'alta comorbidità con i disturbi alimentari e il disturbo ossessivo-compulsivo (Donini et al., 2022), è stato ipotizzato che gli individui che presentano alti punteggi per l'ortorexia possano mostrare alti livelli anche in queste aree sintomatologiche. Per quanto riguarda i disturbi alimentari, si attendono correlazioni positive ed elevate tra i punteggi relativi all'ortorexia della scala totale, della sottoscala relativa ai problemi e di quella relativa alle emozioni dell'EHQ-21 e i punteggi della scala totale e delle sottoscale sulla restrizione e sul controllo alimentare dell'EAT-26 (*Eating Attitudes Test*; Garner et al., 1982). Per quanto concerne invece la comorbidità con la sintomatologia del DOC, si ipotizza un'associazione positiva tra la scala totale dell'EHQ-21 e le tendenze ossessivo-compulsive, in particolare con le sottoscale riguardanti le ossessioni e il tentativo di neutralizzarle dell'OCI-R (*Obsessive-Compulsive Inventory – Revised*; Foa et al., 2022).

Infine, in questo studio volevamo analizzare le motivazioni sottostanti la scelta del tipo di dieta. Nell'ON l'obiettivo principale è quello di perseguire uno stile alimentare

ineccepibile in termini qualitativi (Donini et al., 2022), per questo è attesa un'associazione positiva ed elevata tra la sottoscala riguardante le motivazioni legate alla salute dell'EATMOT (*Eating Motivation Scale*; Guiné et al., 2020) e la scala totale e le sottoscale dell'EHQ-21, mentre si ipotizza che le altre motivazioni abbiano una correlazione non significativa. Allo stesso modo è attesa una correlazione positiva ed elevata tra l'EHQ-21 e le sottoscale riguardanti l'interesse generale per la salute e per i cibi naturali dell'HTAS. Poiché l'interesse dell'individuo con caratteristiche ortoressiche riguarda la qualità del cibo e non il potere calorico (Donini et al., 2022), ma comunque i cibi *light* potrebbero essere percepiti come salutari e quindi preferibili ad altri, si ipotizza una correlazione moderata con la sottoscala relativa all'interesse per i cibi *light* dell'HTAS (*Health and Taste Attitude Scales*; Roininen et al., 1999). Inoltre, dato il carattere egosintonico e totalizzante delle convinzioni tipiche dell'ON (Donini et al., 2022), si attendono delle correlazioni negative con le sottoscale riguardanti la voglia di consumare cibi dolci, l'utilizzo del cibo come ricompensa e il piacere derivante dall'alimentazione dell'HTAS.

3.2 Metodo

3.2.1 Raccolta dati

I partecipanti sono stati raccolti dalla popolazione generale, utilizzando social media e piattaforme di messaggistica online tramite cui è stato fornito un link per compilare i questionari sul sito web *Qualtrics*. La presentazione dei questionari è stata randomizzata per evitare effetti d'ordine e la compilazione è stata impostata in modo da forzare la risposta per ogni domanda per ottenere solo dati completi. Il questionario ha richiesto un tempo di circa 40-50 minuti e ha previsto la compilazione del consenso informato

alla partecipazione della ricerca, di una scheda socio-anagrafica e di otto questionari che verranno descritti in seguito.

I dati ottenuti dai questionari sono stati inseriti su Excel e l'analisi è invece stata condotta tramite il software R.

3.2.2 Strumenti

1. L'*Eating Habits Questionnaire* (EHQ-21; Gleaves et al., 2013; versione italiana a cura di Novara et al., 2017) è composto da 21 item su scala Likert a 4 punti (da 1 = “Falso, assolutamente non vero” a 4 = “Assolutamente vero”) e indaga la preoccupazione eccessiva relativa all'alimentazione sana. Gli item formano tre sottoscale: la prima riguarda le proprie conoscenze sull'alimentazione sana (*Knowledge*; es. “Sono molto più informato/a di altri riguardo l'alimentazione sana”), la seconda concerne i relativi problemi associati (*Problems*; es. “Rinuncio a impegni sociali che comportano un'alimentazione malsana”) e infine la terza indaga le emozioni correlate (*Feelings*; es. “Mi sento magnificamente quando mangio cibo sano”). Il questionario è risultato essere adeguato dal punto di vista psicométrico, con una buona consistenza interna (α di Cronbach compreso tra 0,82 e 0,90). In questo campione risultano buoni i valori della scala totale (α di Cronbach = 0.88), delle sottoscale *Knowledge* ($\alpha = 0.82$) e *Problems* ($\alpha = 0.82$), mentre la sottoscala *Feelings* presenta un $\alpha = 0.69$.
2. Il *Beliefs About Losing Control Inventory* (BALCI; Radomsky & Gagné, 2020) è un questionario che si compone di 21 item a risposta multipla su scala Likert a 5 punti (da 0 = “Per nulla” a 4 = “Moltissimo”) e che indaga le convinzioni sulla perdita di controllo. Si divide in tre sottoscale che riguardano la paura di perdere il

controllo sui propri pensieri, emozioni ed azioni (*Thoughts/Behaviour/Emotions*, TBE; es. “Se ho troppi pensieri, o se sono troppo intensi, potrei perdere il controllo della mia mente”), di perdere il controllo in generale (*Importance of Staying in Control*, ISC; es. “Una priorità importante per me è mantenere il controllo”) e infine di perderlo sulle proprie funzioni corporee (*Body/Bodily Functions*, BBF; es. “Se perdessi il controllo, mi verrebbe da vomitare”). I valori di consistenza interna sono ottimi per la scala totale ($\alpha = 0.93$) e per la TBE ($\alpha = 0.94$), mentre la scala ISC presenta $\alpha = 0.81$ e la BBF $\alpha = 0.67$. In questo campione, i valori dell' α di Cronbach sono ottimi per la scala totale ($\alpha = 0.95$) e per la sottoscala TBE ($\alpha = 0.96$), e buoni per le sottoscale ISC ($\alpha = 0.89$) e BBF ($\alpha = 0.65$).

3. L'*Eating Attitudes Test* (EAT-26; Garner et al., 1982; versione italiana a cura di Dotti e Lazzari, 1998) è composto da 26 item su scala Likert a 6 punti (da “Mai” a “Sempre”) ed è volto ad identificare i soggetti con vari gradi e tipi di disturbi alimentari, mentre la sua versione originale è composta da 40 item e ha lo scopo di misurare i sintomi dell'anoressia nervosa (EAT-40; Garner e Garfinkel, 1979). In questo studio è stata utilizzata la versione ridotta in quanto prende in considerazione i vari tipi di DNA e non si limita all'anoressia nervosa. Si suddivide in 3 sottoscale: la prima riguarda la restrizione alimentare (*Dieting*; es. “Faccio molta attenzione al potere calorico dei cibi che mangio”), la seconda concerne la preoccupazione per il cibo e la bulimia (*Bulimia and Food Preoccupation*; es. “Mi capita di vomitare dopo aver mangiato”) e infine la terza riguarda il controllo sull'alimentazione (*Oral Control*; es. “Quando ho fame evito di mangiare”). La versione italiana presenta una buona validità per quanto riguarda la scala totale ($\alpha = 0.86$) e la sottoscala *Dieting* ($\alpha = 0.87$), mentre la sottoscala *Bulimia and Food*

Preoccupation mostra un $\alpha = 0.70$ e la *Oral Control* un $\alpha = 0.62$. In questo campione, i valori dell' α di Cronbach sono ottimi per la scala totale ($\alpha = 0.94$) e la sottoscala *Dieting* ($\alpha = 0.92$), mentre per la sottoscala *Bulimia and Food Preoccupation* risulta un $\alpha = 0.88$ e per la *Oral Control* un $\alpha = 0.72$.

4. Il *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz e Roemer, 2004; versione italiana a cura di Sighinolfi et al., 2010) è un questionario che misura le capacità di regolazione delle emozioni di natura negativa. È composto da 36 item su scala Likert a 5 punti (da “Quasi mai” a “Quasi sempre”), suddivisi in 6 sottoscale. Nella versione italiana le sottoscale riguardano: la mancanza di accettazione delle emozioni negative (*Mancanza di accettazione*; es. “Quando sono turbata/o, mi imbarazza sentirmi in quel modo”), la difficoltà a distrarsi dall’emozione negativa e a svolgere compiti alternativi (*Difficoltà a distrarsi*; es. “Quando sono turbata/o, ho delle difficoltà a completare il mio lavoro”), la mancanza di fiducia nelle proprie capacità di regolazione emotiva (*Mancanza di fiducia*; es. “Quando sono turbata/o, credo che rimarrò in quello stato per molto tempo”), la difficoltà di controllo dei propri comportamenti quando si prova un’emozione negativa (*Mancanza di controllo*; es. “Quando sono turbata/o, perdo il controllo”), il grado in cui un individuo riesce a riconoscere l’emozione provata (*Difficoltà nel riconoscimento*; es. “Non ho idea di come mi sento”) e infine la consapevolezza emotiva (*Ridotta autoconsapevolezza*; es. “Presto attenzione a come mi sento”). Nella versione italiana sono stati rimossi tre item, il 17, il 34 e il 35, poiché inficiavano la consistenza interna e coerentemente sono stati rimossi anche nella presente ricerca. Nella validazione italiana la scala totale del DERS ha un’elevata consistenza interna ($\alpha = 0.90$) e le sei sottoscale risultano adeguate, con un α compreso tra 0.74

e 0.88. In questo campione, i valori dell' α di Cronbach sono ottimi per la scala totale ($\alpha = 0.96$) e per le sottoscale *Mancanza di accettazione* ($\alpha = 0.92$), *Mancanza di controllo* ($\alpha = 0.91$) e *Ridotta autoconsapevolezza* ($\alpha = 0.90$), mentre sono buoni per le sottoscale *Difficoltà nella distrazione* ($\alpha = 0.89$), *Mancanza di fiducia* ($\alpha = 0.88$) e *Difficoltà nel riconoscimento* ($\alpha = 0.88$).

5. Il *Multidimensional Perfectionism Scale* (MPS; Frost et al., 1990; versione italiana a cura di Lombardo, 2008) è uno degli strumenti più utilizzati per misurare il perfezionismo e si compone di 35 item su scala Likert (da 1 = “Forte disaccordo” a 5 = “Forte accordo”). È suddiviso in 4 sottoscale, che misurano: le preoccupazioni per gli errori e i dubbi sulle azioni (CMD; es. “Commettere degli errori mi farebbe sentire a disagio”), la tendenza a preferire l’ordine e l’organizzazione (O; es. “Per me, l’organizzazione è molto importante”), la tendenza a porsi standard personali elevati (PS; es. “Se non mi imponessi degli standard molto elevati, finirei col diventare una persona di second'ordine”) e infine la presenza di aspettative e critiche genitoriali eccessivamente elevate (PEPC; es. “I miei genitori volevano che io fossi il/la migliore in ogni cosa”). Nella validazione italiana, sono risultati buoni i valori dell' α di Cronbach per le 4 sottoscale, con un $\alpha = 0.86$ per CMD, $\alpha = 0.87$ per O, $\alpha = 0.76$ per PS e $\alpha = 0.81$ per PEPC. Questo campione presenta una buona validità sia per la scala totale ($\alpha = 0.81$), che per le sottoscale: $\alpha = 0.87$ per CMD, $\alpha = 0.88$ per O, $\alpha = 0.86$ per PS e infine $\alpha = 0.87$ per PEPC.
6. L'*Obsessive-Compulsive Inventory – Revised* (OCI-R; Foa et al., 2002; versione italiana a cura di Marchetti et al., 2010) è uno strumento che si propone di valutare le dimensioni eterogenee del disturbo ossessivo-compulsivo tramite risposte sulla base del fastidio percepito nell’ultima settimana (scala Likert a 5 punti, da 0 = “Per

nulla” a 4 = “Moltissimo”). I 18 item si dividono nelle seguenti 6 sottoscale: i comportamenti di pulizia (*Washing*; es. “Lavarmi le mani più spesso e più a lungo del necessario”), le ossessioni (*Obsessing*; es. “Avere frequenti pensieri sgradevoli e difficoltà a liberarmene”), la tendenza all’accumulo (*Hoarding*; es. “Conservare talmente tante cose che ora sono intralciato/a da esse”), la tendenza all’ordine (*Ordering*; es. “Irritarmi notevolmente se gli oggetti non sono sistemati al loro giusto posto”), il controllo dell’ambiente circostante (*Checking*; es. “Controllare ripetutamente i rubinetti del gas, dell’acqua e gli interruttori della luce dopo averli chiusi/spenti”) e infine il tentativo di neutralizzare le ossessioni (*Mental neutralizing*; es. “Sentire di dover ripetere certi numeri”). Il questionario ha riportato una buona consistenza interna, con valori dell’ α di Cronbach compresi tra 0.72 e 0.93, ad eccezione delle sottoscale *Mental neutralizing* ($\alpha = 0.34$) e *Checking* ($\alpha = 0.65$). In questo campione la consistenza interna risulta ottima per la scala totale ($\alpha = 0.90$) e buona per le restanti sottoscale, con un range da 0.76 (*Washing*) a 0.88 (*Ordering*), ad eccezione della scala *Checking* che mostra un $\alpha = 0.63$.

7. L’*Health and Taste Attitude Scales* (HTAS; Roininen et al., 1999) è un questionario che indaga la percezione individuale del cibo sano e del piacere che deriva dall’alimentazione con risposte su scala Likert a 7 punti (da 1 = “Fortemente in disaccordo” a 7 = “Fortemente in accordo”). Si compone di 38 item, suddivisi in 6 sottoscale: tre di queste riguardano la salute e la concezione individuale di “sano”, mentre le altre tre si riferiscono al gusto. Le tre sottoscale sulla salute riguardano l’interesse per la salute in generale (*General Health Interest*, GHI; es: “Sono molto esigente sul fatto che quello che mangio sia sano”), l’interesse per i prodotti *light* (*Light Product Interest*, LPI; es. “Penso che mangiare prodotti light

aiuti a mantenersi in forma”) e infine l’interesse per i prodotti naturali (*Natural Product Interest*, NPI; es. “Cerco di non mangiare cibi che contengono additivi”).

Le tre sottoscale sul gusto invece si riferiscono alla voglia di consumare cibi dolci (*Craving for Sweet Foods*, CSF; es. “Spesso ho una voglia irrefrenabile di cioccolata”), all’utilizzo del cibo come ricompensa (*Using Food as a Reward*, UFR; es. “Secondo me cercare conforto nel cibo è ingannare sé stessi”) e al piacere derivante dall’alimentazione (*Pleasure*, P; es. “Non credo che il cibo debba sempre essere fonte di piacere”). Nella versione originale, le scale mostrano una buona consistenza interna, con un range dell’ α di Cronbach da 0.67 a 0.89 (Roininen, 1999). Nella validazione italiana di Saba et al. (2019) risultano buoni i valori di α per le prime cinque sottoscale, con un range da 0.74 a 0.91, ma la consistenza della scala P risulta molto bassa ($\alpha = 0.34$) e per questo è stata esclusa. Inoltre, la sottoscala CSF è stata divisa in due sottoscale, riguardanti la comprensione della voglia altrui di consumare dolci (*Other People Craving*, OPC; $\alpha = 0.96$) e la voglia individuale (*Personal Craving*, PC; $\alpha = 0.88$). Coerentemente con lo studio di Saba et al. (2019), anche in questo campione la scala P mostra una consistenza inadeguata, con $\alpha = 0.29$ ed è stata esclusa. Sono accettabili la scala totale ($\alpha = 0.63$) e la sottoscala NPI ($\alpha = 0.64$), mentre le altre sottoscale mostrano buoni valori dell’ α di Cronbach, con un range da 0.78 (GHI) a 0.93 (OPC).

8. *Eating Motivation Scale* (EATMOT; Guiné et al., 2020). È un questionario composto da 49 item a risposta multipla su scala Likert a 5 punti (da 1 = “Fortemente in disaccordo” a 5 = “Fortemente in accordo”) ed è volto a determinare le varie motivazioni alla base della dieta di un individuo. Si compone di 6 sottoscale: la prima raggruppa gli item che riguardano le motivazioni legate

alla salute (*Health*; es. “Per me è importante che la mia dieta contenga pochi grassi”), la seconda quelle legate alle emozioni (*Emotional*; es. “Il cibo mi aiuta a gestire lo stress”), la terza riguarda le motivazioni economiche e di disponibilità (*Economic*; es. “Di solito compro il cibo che è in promozione”), la quarta quelle sociali e culturali (*Social*; es. “Pranzi e cene sono un momento di aggregazione e piacere”), la quinta le motivazioni politiche ed ambientali (*Environmental*; es. “Quando cucino ho in mente le quantità per evitare sprechi”) e infine la sesta concerne gli aspetti commerciali e legati al marketing (*Marketing*; es. “Le marche sono importanti nella mia scelta di alimenti”). L’EATMOT ha riportato un’ottima consistenza interna per quanto riguarda la sottoscala *Environmental* ($\alpha = 0.80$), dei buoni indici per le sottoscale *Health* ($\alpha = 0.71$) e *Emotional* ($\alpha = 0.77$), dei valori accettabili per le sottoscale *Economic* ($\alpha = 0.50$) e *Social* ($\alpha = 0.50$) e un α di Cronbach inadeguato per la sottoscala *Marketing* ($\alpha = 0.40$), che è stata esclusa. Questo campione mostra dei buoni valori dell’ α di Cronbach per la scala totale ($\alpha = 0.73$) e per le sottoscale *Health* ($\alpha = 0.76$) e *Environmental* ($\alpha = 0.80$), mentre le sottoscale *Emotional* ($\alpha = 0.58$), *Marketing* ($\alpha = 0.56$), *Economic* ($\alpha = 0.47$) e *Social* ($\alpha = 0.34$) sono state escluse poiché non accettabili (Taber, 2017).

I valori dell’ α di Cronbach per questo campione sono riportati in Tabella 3.1.

Valori di consistenza interna per il campione (n = 100)		
Strumenti e sottoscale	Alfa di Cronbach	Numero di item
EHQ-21	0.88	21
<i>Convinzioni</i>	0.82	5
<i>Problemi</i>	0.82	12
<i>Emozioni</i>	0.69	4

BALCI	0.95	21
<i>TBE</i>	0.96	14
<i>ISC</i>	0.89	3
<i>BBF</i>	0.65	4
EAT-26	0.94	26
<i>Dieting</i>	0.92	13
<i>Bulimia and Food Preoccupation</i>	0.88	5
<i>Oral Control</i>	0.72	7
DERS	0.96	33
<i>MA</i>	0.92	6
<i>DD</i>	0.89	5
<i>MF</i>	0.88	8
<i>MC</i>	0.91	6
<i>DR</i>	0.88	5
<i>RA</i>	0.90	3
MPS	0.81	35
<i>CMD</i>	0.87	14
<i>O</i>	0.88	6
<i>PS</i>	0.86	7
<i>PEPC</i>	0.87	8
OCI-R	0.90	18
<i>Washing</i>	0.76	3
<i>Checking</i>	0.63	3
<i>Ordering</i>	0.88	3
<i>Obsessing</i>	0.85	3
<i>Hoarding</i>	0.83	3
<i>Neutralizing</i>	0.82	3
HTAS	0.63	38
<i>GHI</i>	0.78	8
<i>LPI</i>	0.80	6
<i>NPI</i>	0.64	6
<i>OPC</i>	0.93	3
<i>PC</i>	0.85	3
<i>UFR</i>	0.82	6
<i>P</i>	0.29	6
EATMOT	0.73	49
<i>Health</i>	0.76	10
<i>Emotional</i>	0.58	9

<i>Economic</i>	0.47	7
<i>Social</i>	0.34	9
<i>Environmental</i>	0.80	7
<i>Marketing</i>	0.56	7

EHQ-21 = Eating Habits Questionnaire. BALCI = Beliefs About Losing Control Inventory. TBE = Thoughts/Behaviour/Emotions. ISC = Importance of Staying in Control. BBF = Body/Bodily Functions. EAT-26 = Eating Attitudes Test. DERS = Difficulties Emotion Regulation Scale. MA = Mancanza di Accettazione. DD = Difficoltà nella Distrazione. MF = Mancanza di Fiducia. MC = Mancanza di Controllo. DR = Difficoltà nel Riconoscimento. RA = Ridotta Autoconsapevolezza. MPS = Multidimensional Perfectionism Scale. CMD = Preoccupazioni per gli errori e Dubbi sulle azioni. O = Organizzazione. PS = Standard personali elevati. PEPC = Aspettative e critiche genitoriali. OCI-R = Obsessive-Compulsive Inventory – Revised. HTAS = Health and Taste Attitude Scales. GHI = General Health Interest. LPI = Light Product Interest. NPI = Natural Product Interest. OPC = Other People Craving. PC = Personal Craving. UFR = Using Food as a Reward. P = Pleasure. EATMOT = Eating Motivation Scale.

3.3 Risultati

3.3.1 Partecipanti

Il campione è costituito da 100 individui con range di età dai 18 ai 40 anni, con una media di 24.45 anni (ds = 4.94). La distribuzione del campione in riferimento al genere è fortemente sbilanciata, in quanto consiste nel 75% di donne e nel 25% di uomini. Per quanto riguarda la nazionalità, il 97% dei partecipanti ha dichiarato di essere italiano, il 2% svizzero e l'1% argentino, mentre per la residenza il 97% vive in Italia, l'1% in Spagna, l'1% in Olanda e l'1% in Svizzera. Lo stato civile dei partecipanti si è così costituito: l'86% ha dichiarato di essere single/fidanzato non convivente, il 13% sposato/convivente e l'1% separato/divorziato. Per quanto riguarda l'occupazione, il 55% dei partecipanti ha dichiarato di essere studente/essa, il 22% è occupato/a a tempo pieno, l'8% è disoccupato/a, l'8% lavora part-time, il 6% ha indicato "altro" e infine l'1% è casalingo/a. Rispetto all'area professionale o di studio, in cui era possibile selezionare più di una risposta nel questionario, il 56% dei partecipanti ha dichiarato che la propria attività professionale non è legata ad alcuna delle aree indicate, il 22% si occupa di psicologia, il 15% svolge un'attività legata alla salute, il 6% si occupa di alimenti, il 5% di sport, il 3% di nutrizione e l'1% di agricoltura (Tabella 3.2).

Tabella 3.2

Statistiche descrittive del campione (n = 100)	
Variabili demografiche	Percentuale
<i>Genere</i>	
Donna	75%
Uomo	25%
<i>Nazionalità</i>	
Argentina	1%
Italiana	97%
Svizzera	2%
<i>Paese di residenza</i>	
Italia	97%
Olanda	1%
Spagna	1%
Svizzera	1%
<i>Stato civile</i>	
Separato/a / divorziato/a	1%
Single / fidanzato non convivente	86%
Sposato/a /convivente	13%
<i>Occupazione</i>	
Altro	6%
Casalingo/a	1%
Disoccupato/a	8%
Occupato/a a tempo pieno	22%
Part-time	8%
Studente	55%
<i>Area professionale o di studio</i>	
Agricoltura	1%
Alimenti	6%
Attività legate alla salute	15%
Attività professionale non legata ad alcuna delle aree indicate	56%
Nutrizione	3%
Psicologia	22%
Sport	5%

In media gli anni di scolarità sono 16.10 (ds = 2.11), con un minimo di 12 e un massimo di 23 anni di frequenza scolastica (Tabella 3.3).

Frequenza scolastica (n = 100)						
Minimo	1° quartile	Mediana	Media	3° quartile	Massimo	Ds
12.00	14.00	16.00	16.10	18.00	23.00	2.11

L'83% dei partecipanti ha dichiarato di non soffrire di malattie croniche, mentre il 6% soffre di disturbi intestinali (in cui è compresa la celiachia), il 3% di endometriosi, l'1% di diabete, l'1% di disturbi gastrici, l'1% di malattie cardiovascolari, l'1% di colesterolo alto, l'1% di ipertensione arteriosa, l'1% di sindrome dell'ovaio policistico (PCOS), l'1% di asma e l'1% di epilessia. Inoltre, il 19% dei partecipanti ha dichiarato di assumere farmaci. Tra le allergie ed intolleranze alimentari il 10% del campione ha segnalato un'intolleranza al lattosio, il 3% al glutine, il 3% un'allergia ai crostacei, il 2% alla frutta secca e il 6% ha indicato "altro" (Tabella 3.4).

Malattie croniche, farmaci e allergie/intolleranze alimentari (n = 100)					
Malattie croniche	Farmaci	Allergie/intolleranze			
Asma	1%	Antidepressivi	4%	Altro	6%
Colesterolo alto	1%	Antipertensivi	2%	Crostacei	3%
Diabete	1%	Antipsicotici	1%	Frutta secca	2%
Disturbi gastrici	1%	Antistaminici	1%	Glutine	3%
Disturbi intestinali	6%	Insulina	1%	Lattosio	10%
Endometriosi	3%	Non assumo farmaci	81%	Non soffro di allergie o intolleranze	79%
Epilessia	1%	Per ADHD	1%		
Ipertensione arteriosa	1%	Per colesterolo	1%		
Malattie cardiovascolari	1%	Per disturbi intestinali	1%		
Non soffro di malattie	83%	Pillola anticoncezionale	7%		
PCOS	1%	Tiroidei	2%		

Il 30% dei partecipanti ha dichiarato di aver sofferto in passato problemi psicologici e il 2% di essere stato ricoverato/a, mentre l'88% riporta di soffrirne ancora (Tabella 3.5).

Tabella 3.5

Problemi psicologici in passato (n = 100)			
	Problemi psicologici in passato	Problemi psicologici attuali	Ricoveri per problemi psicologici
No	70%	88%	98%
Sì	30%	12%	2%

Per quanto riguarda i problemi psicologici in passato, il 15% del campione ha riportato disturbi d'ansia, il 7% disturbi depressivi, il 5% disturbi alimentari, il 5% disturbi ossessivo-compulsivi, il 2% disturbi di personalità, il 2% disturbi post-traumatici da stress (DPTS), l'1% disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), l'1% autolesionismo, l'1% disturbi del sonno, l'1% difficoltà motivazionali e infine l'1% problemi relazionali.

In riferimento ai problemi psicologici attuali, il 4% riporta disturbi ossessivo-compulsivi, il 3% problemi relazionali, il 2% disturbi d'ansia, il 2% disturbi alimentari, il 2% disturbi di personalità, l'1% disturbi depressivi, l'1% disturbi post-traumatici da stress, l'1% disturbo da deficit di attenzione e iperattività e infine l'1% difficoltà motivazionali (Tabella 3.6).

Tabella 3.6		
Quali problemi psicologici (n = 100)		
	Problemi psicologi in passato	Problemi psicologici attuali
Autolesionismo	1%	
Difficoltà motivazionali	1%	1%
Disturbi alimentari	5%	2%
Disturbi d'ansia	15%	2%
Disturbi depressivi	7%	1%
Disturbi del sonno	1%	
Disturbi di personalità	2%	2%
Disturbi ossessivo-compulsivi	5%	4%
DPTS	2%	1%
ADHD	1%	1%
Problemi relazionali	1%	3%

La scheda anagrafica indagava anche alcuni aspetti specifici dei disturbi alimentari, negli ultimi tre mesi e durante un qualsiasi periodo di tre mesi del passato (Tabella 3.7).

Tabella 3.7					
Comportamenti nei disturbi alimentari (n = 100)					
		Mai	Da 1 a 3 volte al mese	Almeno una volta a settimana	Almeno una volta al giorno
Si è indotto/a il vomito per controllare il peso corporeo	Ultimi tre mesi	94%	4%	1%	1%
	Tre mesi del passato	92%	4%	1%	3%
Ha usato lassativi per controllare il suo peso o le forme corporee	Ultimi tre mesi	95%	4%	1%	
	Tre mesi del passato	95%	3%	1%	1%
È stato/a curato/a per un disturbo dell'alimentazione	Ultimi tre mesi	94%	2%	3%	1%
	Tre mesi del passato	91%	2%	6%	1%

Per quanto riguarda invece la frequenza con cui i partecipanti seguono una dieta bilanciata o salutare, il 43% dei partecipanti ha indicato “frequentemente”, il 25% “ogni tanto”, il 17% “sempre”, l’8% “mai” e il 7% “raramente”. In riferimento poi alla frequenza con cui svolgono esercizio fisico, il 36% riferisce di allenarsi moderatamente (cioè due-tre volte a settimana), il 21% sporadicamente (meno di una volta a settimana), il 18% occasionalmente (una volta a settimana), il 17% intensivamente (tre o più volte a settimana) e infine l’8% dichiara di non allenarsi. La frequenza della dieta bilanciata e dell’esercizio fisico sono riportati nella tabella 3.8.

Tabella 3.8			
Frequenza dieta bilanciata ed esercizio fisico (n = 100)			
Dieta bilanciata o salutare		Esercizio fisico	
Mai	8%	Mai	8%
Raramente	7%	Sporadicamente	21%
Ogni tanto	25%	Occasionalmente	18%
Frequentemente	43%	Moderatamente	36%
Sempre	17%	Intensivamente	17%

Per quanto riguarda il tipo di dieta, il 57% dei partecipanti ha dichiarato di non seguire una dieta particolare, il 27% segue una dieta mediterranea, il 10% vegetariana, il 3% senza glutine, il 2% vegana e infine l’1% ha indicato “altro tipo di dieta”.

Nella Tabella 3.9 sono anche riportate le motivazioni sottostanti la scelta di un determinato regime alimentare.

Tabella 3.9

Motivazioni per la scelta del tipo di dieta (n = 100)						
Motivazioni	Tipo di dieta					
	27%	10%	2%	3%	1%	57%
	Mediterranea	Vegetariana	Vegana	Senza glutine	Altro	Non sto seguendo una dieta particolare
Abitudine	5%					
Intolleranza				3%		
Motivi dietistici	1%		1%			
Motivi di gusto	3%					
Motivi etici		8%	1%			
Motivi medici	1%	1%				
Motivi salutistici	17%	2%	1%			
Motivi sportivi					1%	

Il 47% dei partecipanti ha dichiarato di evitare cibi. In particolare, il 10% del campione evita la carne, il 10% i latticini, il 9% uno o più tipi di verdura o frutta, il 6% i cibi processati, il 5% il pesce, il 5% i cibi grassi e/o fritti, il 4% il grano, il 3% i dolci, il 3% il caffè, il 3% i formaggi, il 3% le uova, il 2% gli zuccheri, il 2% i derivati animali, il 2% il cioccolato, il 2% gli alimenti confezionati, il 2% la carne rossa, il 2% gli insaccati e infine l'8% ha indicato "altro".

Per quanto riguarda le motivazioni sottostanti l'evitamento di questi cibi, il 15% ha indicato motivi di gusto, il 14% motivi salutistici, il 7% intolleranza, il 6% motivi medici, il 5% motivi etici, il 5% allergia e infine l'1% motivi dietistici (Tabella 3.10).

Tabella 3.10

Cibi evitati e motivazioni (n = 100)					
Cibi evitati			Motivazioni		
Alimenti confezionati	2%	Dolci	3%	Allergia	5%
Altro	8%	Formaggi	3%	Intolleranza	7%
Caffè	3%	Grano	4%	Motivi dietistici	1%
Carne	10%	Insaccati	2%	Motivi di gusto	15%
Carne rossa	2%	Latticini	10%	Motivi etici	5%
Cibi grassi/fritti	5%	Pesce	5%	Motivi medici	6%
Cibi processati	6%	Tipo di verdura/frutta	9%	Motivi salutistici	14%
Cioccolato	2%	Uova	3%		
Derivati animali	2%	Zuccheri	2%		

La Tabella 3.11 riporta alcune delle convinzioni sulla dieta sana dei partecipanti, indagate tramite domande sul conteggio delle calorie, sul consumo di zuccheri, grassi e dolci, e simili.

Tabella 3.11

	In disaccordo	Né d'accordo né in disaccordo	D'accordo
Una dieta sana si basa sul conteggio delle calorie	60%	24%	16%
Non dovremmo mai consumare prodotti a base di zucchero	90%	8%	2%
Frutta e verdura sono molto importanti in uno stile alimentare salutare		2%	98%
Una dieta salutare dovrebbe essere bilanciata, varia e completa	1%	1%	98%
Possiamo mangiare qualunque cosa, purché sia in piccole quantità	18%	31%	51%
Credo che una dieta salutare non sia economica	43%	29%	28%
Secondo me è strano che alcune persone abbiano un forte desiderio di dolci	47%	11%	4%
Credo che la tradizione sia molto importante per una dieta salutare	42%	41%	17%

Credo che un alimento biologico sia più salutare	20%	29%	51%
Non dovremmo mai consumare alimenti grassi	90%	9%	1%

In riferimento alle fonti attraverso le quali i partecipanti reperiscono le informazioni sulla dieta salutare, le più frequenti risultano essere internet (73%) e familiari/amici (38%), mentre le meno frequenti radio e televisione (Tabella 3.12).

Tabella 3.12

Fonti di informazioni sulla dieta sana (n = 100)			
	Mai	Raramente/ogni tanto	Spesso/Sempre
Ospedali, ambulatori medici, medico di base	30%	49%	23%
Radio	53%	45%	2%
Televisione	33%	55%	12%
Scuola	31%	53%	16%
Libri, giornali, riviste	18%	56%	26%
Internet	6%	21%	73%
Famigliari, amici	12%	50%	38%

3.3.2 *Punteggi dei questionari*

Nel presente studio il valore del punteggio medio dell'EHQ-21 totale risulta essere di 39.02 (ds = 9.53), con un minimo di 22 e un massimo di 63. Nella sottoscala *Convinzioni* la media è di 11.82 (ds = 3.49) con un minimo di 5 e un massimo di 19, mentre *Problemi* mostra un punteggio medio di 17.29 (ds = 5.18), un minimo di 12 e un massimo di 31, e infine nella sottoscala *Emozioni* il punteggio medio è di 9.91 (ds = 2.82), con un minimo di 4 e un massimo di 16 (Tabella 3.13).

Tabella 3.13

Punteggi dell'EHQ-21 per questo campione (n = 100)				
	EHQ-21 totale	Convinzioni	Problemi	Emozioni
Minimo	22	5	12	4
1° quartile	32	9	13	8
Mediana	38	12	15.50	10
Media	39.02	11.82	17.29	9.91
3° quartile	44	15	20	12
Massimo	63	19	31	16
DS	9.53	3.49	5.18	2.82

EHQ-21 = Eating Habits Questionnaire-21.

Nella scala totale del BALCI, il punteggio medio è di 23.64 (ds = 17.49), con un minimo di 0 e un massimo di 80. Le sottoscale presentano i seguenti punteggi: la *TBE* ha una media di 15.53 (ds = 13.56), un minimo di 0 e un massimo di 56; la *ISC* ha un punteggio medio di 6.22 (ds = 3.22), un minimo di 0 e un massimo di 12; la *BBF* ha una media di 1.89 (ds = 2.50), un minimo di 0 e un massimo di 12 (Tabella 3.14).

Tabella 3.14

Punteggi del BALCI per questo campione (n = 100)				
	BALCI totale	TBE	ISC	BBF
Minimo	0	0	0	0
1° quartile	10	5	4	0
Mediana	19.50	12	6	1
Media	23.64	15.53	6.22	1.89
3° quartile	32.25	23	8.25	3
Massimo	80	56	12	12
DS	17.49	13.56	3.22	2.50

BALCI = Beliefs About Losing Control Inventory. TBE = Thoughts/Behaviour/Emotions. ISC = Importance of Staying in Control. BBF = Body/Bodily Functions.

La scala totale dell'EAT-26 ha un punteggio medio di 6.4 (ds = 10.40), un valore minimo di 0 e massimo di 57. La sottoscala *Dieting* presenta una media di 4.18 (ds = 6.53), con minimo 0 e massimo 35, mentre nella *Bulimia and Food Preoccupation* il

punteggio medio è di 1.14 (ds = 2.68), con minimo 0 e massimo 17, e infine la *Oral Control* ha una media di 1.08 (ds = 2.3), con un minimo di 0 e un massimo di 15 (Tabella 3.15).

Tabella 3.15

Punteggi dell'EAT-26 per questo campione (n = 100)				
	EAT-26 totale	Dieting	Bulimia & Food Preoccupation	Oral Control
Minimo	0	0	0	0
1° quartile	1	1	0	0
Mediana	2	2	0	0
Media	6.4	4.18	1.14	1.08
3° quartile	7	4.25	1	1
Massimo	57	35	17	15
DS	10.40	6.53	2.68	2.3

EAT-26 = Eating Attitudes Test.

Nella scala totale del DERS, il punteggio medio è di 76.74 (ds = 24.67), con un minimo di 36 e un massimo di 149. Le sottoscale presentano i seguenti risultati: la *MA* ha una media di 13.96 (ds = 6.34), un valore minimo di 6 e un valore massimo di 30; la *DD* ha una media di 14.11 (ds = 4.87), con minimo 5 e massimo 25; la *MF* ha un punteggio medio di 18.82 (ds = 6.61), con un minimo di 8 e un massimo di 38; la *MC* ha media 12.26 (ds = 5.43), un valore minimo di 6 e massimo di 30; la *DR* ha una media di 11.55 (ds = 4.59), con un minimo di 5 e massimo di 24; infine la *RA* ha una media di 6.04 (ds = 2.71), un minimo di 3 e un massimo di 14. Questi valori sono riportati nella tabella 3.16.

Tabella 3.16

Punteggi del DERS per questo campione (n = 100)							
	DERS totale	MA	DD	MF	MC	DR	RA
Minimo	36	6	5	8	6	5	3
1° quartile	57	9	10	14	8.75	8	4
Mediana	74	12	14	18	11	11	6
Media	76.74	13.96	14.11	18.82	12.26	11.55	6.04
3° quartile	90	18	18	23	15	14	7
Massimo	149	30	25	38	30	24	14
DS	24.67	6.34	4.87	6.61	5.43	4.59	2.71

DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale. MA = Mancanza di Accettazione. DD = Difficoltà nella Distrazione. MF = Mancanza di Fiducia. MC = Mancanza di Controllo. DR = Difficoltà nel Riconoscimento. RA = Ridotta Autoconsapevolezza.

La scala totale dell'MPS ha un punteggio medio di 102.6 (ds = 20.23) con un minimo di 60 e un massimo di 159. La sottoscala *CMD* presenta una media di 40.86 (ds = 10.09), con minimo 19 e massimo 66, mentre la sottoscala *O* ha una media di 21.73 (ds = 5.42), minimo 10 e massimo 30, la sottoscala *PS* ha media 21.9 (ds = 5.99), con minimo 8 e massimo 34, e infine la *PEPC* ha una media di 18.13 (ds = 7.21), minimo 8 e massimo 38 (Tabella 3.17).

Tabella 3.17

Punteggi dell'MPS per questo campione (n = 100)					
	MPS totale	CMD	O	PS	PEPC
Minimo	60	19	10	8	8
1° quartile	88	33	17	18	12
Mediana	104	40	22	22	16.50
Media	102.6	40.86	21.73	21.9	18.13
3° quartile	114.2	47.25	27	26	24
Massimo	159	66	30	34	38
DS	20.23	10.09	5.42	5.99	7.21

MPS = Multidimensional Perfectionism Scale. CMD = Preoccupazioni per gli errori e Dubbi sulle azioni. O = Organizzazione. PS = Standard personali elevati. PEPC = Aspettative e critiche genitoriali.

Nella scala totale dell'OCI-R, il punteggio medio risulta di 17.43 (ds = 12.57), con un valore minimo di 0 e massimo di 55. Le sottoscale presentano i seguenti punteggi: la *Washing* ha una media di 1.76 (ds = 2.50), minimo 0 e massimo 11; la *Checking* presenta una media di 2.79 (ds = 2.57), con minimo 0 e massimo 10; la *Ordering* ha una media di 3.67 (ds = 3.23), minimo 0 e massimo 12; la *Obsessing* ha una media di 4.71 (ds = 3.68), con un valore minimo di 0 e massimo di 12; la *Hoarding* presenta una media di 3.12 (ds = 3.06), con minimo 0 e massimo 12; infine la *Neutralizing* ha media 1.26 (ds = 2.35), con minimo 0 e massimo 12 (Tabella 3.18).

Tabella 3.18

Punteggi dell'OCI-R per questo campione (n = 100)							
	OCI-R totale	Washing	Checking	Ordering	Obsessing	Hoarding	Neutralizing
Minimo	0	0	0	0	0	0	0
1° quartile	8	0	1	1	2	0.75	0
Mediana	15	1	2	3	4.5	2	0
Media	17.43	1.76	2.79	3.67	4.71	3.12	1.26
3° quartile	22.25	3	4	6	7	5	1
Massimo	55	11	10	12	12	12	12
DS	12.57	2.50	2.57	3.23	3.68	3.06	2.35

OCI-R = *Obsessive-Compulsive Inventory*.

La scala totale dell'HTAS presenta un punteggio medio di 160.3 (ds = 15.66), con un valore minimo di 126 e massimo di 201. Le sottoscale presentano i seguenti punteggi: la *GHI* ha una media di 31.43 (ds = 7.92), un minimo di 12 e un massimo di 51; la *LPI* ha una media di 22.68 (ds = 6.38), con minimo 7 e massimo 40; la *NPI* ha un punteggio medio di 24.47 (ds = 5.85), un minimo di 8 e un massimo di 39; la *OPC* ha una media di 18 (ds = 3.83), un minimo di 6 e un massimo di 21; la *PC* ha una media di 11.26 (ds = 4.92), un minimo di 3 e un massimo di 21; infine la *UFR* presenta un punteggio

medio di 25.38 (ds = 7.47), un valore minimo di 7 e massimo di 41. Questi valori sono riportati nella tabella 3.19.

Tabella 3.19

Punteggi dell'HTAS per questo campione (n = 100)							
	HTAS totale	GHI	LPI	NPI	OPC	PC	UFR
Minimo	126	12	7	8	6	3	7
1° quartile	148	27	18.75	20.75	16	7	21
Mediana	161	31	23	24	19	11	26
Media	160.3	31.43	22.68	24.47	18	11.26	25.38
3° quartile	169	37	26	28	21	15	30
Massimo	201	51	40	39	21	21	41
DS	15.66	7.92	6.38	5.85	3.83	4.92	7.47

HTAS = Health and Taste Attitude Scales. GHI = General Health Interest. LPI = Light Product Interest. NPI = Natural Product Interest. OPC = Other People Craving. PC = Personal Craving. UFR = Using Food as a Reward.

La scala totale dell'EATMOT mostra un punteggio medio di 149.8 (ds = 13.09), con minimo 114 e massimo 182. Le sottoscale presentano i seguenti punteggi: la *Health* ha media di 31.61 (ds = 5.31), minimo 16 e massimo 43; la *Emotional* ha una media di 28.29 (ds = 5), con minimo di 13 e massimo di 38; la *Environmental* ha media di 24.06 (ds = 4.29), minimo 9 e massimo 35; infine la *Marketing* ha media 17.87 (ds = 3.77), con un valore minimo di 10 e massimo di 27 (Tabella 3.20).

Tabella 3.20

Punteggi dell'EATMOT per questo campione (n = 100)			
	EATMOT totale	Health	Environmental
Minimo	114	16	9
1° quartile	141.8	28	22
Mediana	151	32	24
Media	149.8	31.61	24.06
3° quartile	159	35.25	27
Massimo	182	43	35
DS	13.09	5.31	4.29

MPS = Multidimensional Perfectionism Scale.

3.3.3 Correlazioni

Per indagare la relazione dell'ON con gli altri costrutti sono state calcolate le correlazioni con il coefficiente di Pearson tra i punteggi ottenuti all'EHQ-21 e quelli degli altri questionari.

In questo campione non sono presenti correlazioni tra l'EHQ-21 e il BALCI, in quanto il punteggio di r è compreso tra 0.10 e 0.27. La scala totale dell'EHQ-21 mostra correlazioni moderate con la scala totale dell'EAT-26 e le sottoscale *Dieting* e *OC* (tutte e tre $r = 0.48$), mentre la sottoscala *Problemi* (EHQ-21) correla con tutte le dimensioni dell'EAT-26 (r da 0.33 a 0.56) e *Emozioni* (EHQ-21) correla, seppur in maniera moderata, con la scala totale e le sottoscale *Dieting* e *OC* (r da 0.30 a 0.33). Per quanto riguarda il DERS emergono correlazioni tra la sua scala totale, le sottoscale MA e DD e la scala totale dell'EHQ-21 (r da 0.36 a 0.39). Nell'EATMOT la sottoscala *Health* è l'unica a mostrare correlazioni con l'EHQ-21 (r da 0.37 a 0.58), ad eccezione della sottoscala *Convinzioni* con cui non correla. Il questionario OCI-R non mostra correlazioni con l'EHQ-21, in quanto il punteggio di r è compreso tra -0.03 e 0.29. Per quanto riguarda l'HTAS, la sottoscala *GHI* mostra una correlazione elevata con la scala totale dell'EHQ-21 ($r = 0.71$) e correla anche con le sottoscale *Problemi* ($r = 0.62$) e *Emozioni* ($r = 0.41$). La sottoscala *UFR* invece correla solo con la sottoscala *Problemi* e in senso negativo ($r = -0.33$). Infine nell'MPS risultano correlazioni tra la sua scala totale, la scala totale dell'EHQ-21 ($r = 0.36$) e la sottoscala *Emozioni* ($r = 0.39$), poi tra la sottoscala *CMD* e *Emozioni* ($r = 0.31$) e infine risulta una correlazione tra la sottoscala *PS*, la scala totale dell'EHQ-21 ($r = 0.38$) e la sottoscala *Emozioni* ($r = 0.38$). I valori delle correlazioni per la scala totale e le sottoscale dell'EHQ-21 con gli altri questionari sono riportati nella tabella 3.21.

Tabella 3.21

Correlazioni tra l'EHQ-21 e gli altri questionari (n = 100)				
	EHQ-21 totale	Convinzioni	Problemi	Emozioni
BALCI				
Totale	0.18	0.20	0.22	0.18
TBE	0.17	0.19	0.22	0.17
ISC	0.12	0.17	0.10	0.16
BBF	0.21	0.12	0.27	0.10
EAT-26				
Totale	0.48***	0.26	0.55***	0.32**
Dieting	0.48***	0.27	0.56***	0.30**
BFP	0.26	0.24	0.33***	0.22
OC	0.48***	0.13	0.51***	0.33***
DERS				
Totale	0.36	0.18	0.15	0.06
MA	0.39	0.13	0.15	0.04
DD	0.38	0.14	0.09	0.12
MF	0.12	0.23	0.22	0.13
MC	0.11	0.24	0.20	0.16
DR	- 0.09	- 0.01	- 0.01	- 0.08
RA	- 0.20	0.08	- 0.04	- 0.23
EATMOT				
Totale	0.20	0.06	0.13	0.22
Health	0.58***	0.04	0.46***	0.37***
Environmental	0.19	- 0.14	0.10	0.15
OCI-R				
Totale	0.13	0.08	0.22	0.07
Washing	0.24	0.14	0.29	0.15
Checking	0.16	0.04	0.22	0.10
Ordering	0.14	0.04	0.12	0.12
Obsessing	0.14	0.19	0.20	0.16
Hoarding	- 0.05	- 0.07	0.10	- 0.12
Neutralizing	- 0.04	- 0.03	0.09	- 0.10

HTAS				
Totale	0.19	0.08	0.06	0.25
GHI	0.71***	0.09	0.62***	0.41***
LPI	0.03	- 0.12	0.05	- 0.01
NPI	0.27	- 0.07	0.19	0.14
OPC	- 0.27	- 0.24	- 0.29	- 0.09
PC	- 0.21	- 0.24	- 0.19	- 0.06
UFR	- 0.28	0.14	- 0.33***	- 0.03
MPS				
Totale	0.36***	0.09	0.24	0.39***
CMD	0.27	0.12	0.22	0.31**
O	0.18	- 0.12	0.06	0.15
PS	0.38***	0.06	0.21	0.38***
PEPC	0.18	0.11	0.14	0.23

*EHQ-21 = Eating Habits Questionnaire. BALCI = Beliefs About Losing Control Inventory. TBE = Thoughts/Behaviour/Emotions. ISC = Importance of Staying in Control. BBF = Body/Bodily Functions. EAT-26 = Eating Attitudes Test. BFP = Bulimia and Food Preoccupation. OC = Oral Control. DERS = Difficulties Emotion Regulation Scale. MA = Mancanza di Accettazione. DD = Difficoltà nella Distrazione. MF = Mancanza di Fiducia. MC = Mancanza di Controllo. DR = Difficoltà nel Riconoscimento. RA = Ridotta Autoconsapevolezza. EATMOT = Eating Motivation Scale. OCI-R = Obsessive-Compulsive Inventory – Revised. HTAS = Health and Taste Attitude Scales. GHI = General Health Interest. LPI = Light Product Interest. NPI = Natural Product Interest. OPC = Other People Craving. PC = Personal Craving. UFR = Using Food as a Reward. P = Pleasure. MPS = Multidimensional Perfectionism Scale. CMD = Preoccupazioni per gli errori e Dubbi sulle azioni. O = Organizzazione. PS = Standard personali elevati. PEPC = Aspettative e critiche genitoriali. *** = $p < .001$ ** = $p < .01$*

2.3.4 Predittori dell'ON

A partire dalla letteratura e dalle correlazioni ottenute in questo campione è stata condotta una regressione multipla per determinare i possibili predittori dell'ON. Il modello comprende la scala totale dell'EAT-26, che valuta la presenza di comportamenti tipici dei disturbi alimentari, la sottoscala *Health* dell'EATMOT volta a indagare se l'interesse per la salute motiva e determina la scelta del tipo di regime alimentare, la sottoscala *General Health Interest* dell'HTAS che similmente valuta l'interesse generale per la salute e infine la sottoscala *Personal Standards* dell'MPS che indaga gli standard personali elevati. L'analisi di regressione ha mostrato delle relazioni statisticamente significative che spiegano il 62% della varianza dell'ortoressia.

L'interesse generale per la salute misurato con la sottoscala *GHI* dell'HTAS risulta essere il principale predittore dell'ON, con $b = 0.54$, $SEb = 0.11$, $\beta = 0.45$, $t = 5.09$ e $p < .001$. La presenza di eventuali disturbi alimentari, misurata con l'EAT-26, sembra essere il secondo predittore per importanza, con $b = 0.22$, $SEb = 0.06$, $\beta = 0.24$, $t = 3.44$ e $p < .001$. Segue la presenza di standard personali elevati, indagata con la scala *PS* dell'MPS, che ha mostrato $b = 0.32$, $SEb = 0.10$, $\beta = 0.20$, $t = 3.10$ e $p < .01$, e infine la motivazione salutistica sottostante la scelta del tipo di dieta (sottoscala *Health* dell'EATMOT), con $b = 0.34$, $SEb = 0.15$, $\beta = 0.19$, $t = 2.25$, $p < .05$ (Tabella 3.22).

Tabella 3.22

Modello di regressione					
	<i>b</i>	<i>SEb</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
HTAS GHI	0.54	0.11	0.45	5.09	1.79e-06***
EAT-26	0.22	0.06	0.24	3.44	0.000862***
MPS PS	0.32	0.10	0.20	3.10	0.002531**
EATMOT Health	0.34	0.15	0.19	2.25	0.026856*

HTAS = Health and Taste Attitude Scales. GHI = General Health Interest. EAT-26 = Eating Attitudes Test. MPS = Multidimensional Perfectionism Scale. PS = Standard personali elevati. EATMOT = Eating Motivation Scale. *** = $p < .001$ ** = $p < .01$ * = $p < 0.05$

CAPITOLO 4

DISCUSSIONE

4.1 Interpretazione dei risultati

I criteri proposti dai vari autori per l'inquadramento dell'Ortoressia Nervosa presentano varie discrepanze e nessuna classificazione è stata riconosciuta dai manuali diagnostici. La mancanza di una concettualizzazione condivisa e di una chiara distinzione dagli altri disturbi complica la diagnosi e il trattamento dell'ON (Atchison & Zickgraf, 2022). La presente ricerca ha dunque l'obiettivo di approfondire l'inquadramento dell'ON e di indagare gli specifici aspetti considerati trasversali ad altre patologie in un campione appartenente alla popolazione generale italiana.

4.1.1 Disturbi alimentari

Lo studio conferma l'ipotesi della presenza di un'associazione, seppur moderata, tra le caratteristiche ortoressiche e quelle tipiche dei disturbi alimentari. La scala totale dell'EHQ-21 presenta infatti correlazioni con la scala totale dell'EAT-26 e le sottoscale *Dieting* e *OC* (tutte e tre $r = 0.48$), ma non con la sottoscala *BFP*. L'ON sembrerebbe quindi condividere con gli altri disturbi alimentari le caratteristiche restrittive e di elevato controllo sull'alimentazione, mentre si differenzerebbe per quanto riguarda gli aspetti bulimici. Coerentemente, Atchison e Zickgraf (2022) riportano una relazione tra l'ON e l'impulso alla magrezza, ma al contempo una mancanza di relazione con la preoccupazione per il peso e per la forma corporea. Questi risultati potrebbero essere spiegati dalla convinzione ortoressica che la magrezza sia più sana, ma la perdita di peso non è l'obiettivo principale e la forma fisica non è iper-valutata (Donini et al.,

2022; Dunn & Bratman, 2015). I risultati sono coerenti con il recente documento di consenso pubblicato da Donini et al. (2022), secondo cui l'ortoressia potrebbe essere associata allo sviluppo e/o alla migrazione verso altre forme di disturbo alimentare, in particolare l'AN. Potrebbe quindi precedere, coesistere, succedere ad altri DNA, oppure rappresentare una sorta di strategia per continuare a restringere la propria alimentazione nel caso dell'anoressia (Donini et al., 2022).

Un importante aspetto di distinzione tra l'ON e i DNA è evidenziato dall'assenza di correlazione tra la sottoscala dell'EHQ-21 che valuta le convinzioni ortoressiche sulla superiorità della propria dieta rispetto alle altre e i punteggi dell'EAT-26. Le regole alimentari auto-imposte degli individui ortoressici sono egosintoniche e la stretta aderenza può portare a sentimenti di superiorità nei confronti degli altri (Bratman, 2017), oltre che ad influenzare la stima e la valutazione di sé, mentre gli individui affetti da disturbi alimentari sembrerebbero esperire piuttosto sentimenti di vergogna (Howard et al., 2022).

Non è ancora chiara quindi la distinzione dell'ON dagli altri disturbi alimentari, ma considerando la correlazione e i fattori comuni potrebbe essere inserita in questa categoria diagnostica, in accordo con quanto proposto nel documento di consenso di Donini et al. (2022).

4.1.2 Le tendenze ossessivo - compulsive

L'ON sembra condividere alcune caratteristiche ossessivo-compulsive con il DOC, ma nel caso dell'ortoressia queste sono limitate al comportamento alimentare e alla salute (Donini et al., 2022). Coerentemente, l'EHQ-21 ha mostrato un'assenza di correlazione con le sottoscale dell'OCI-R riguardanti i comportamenti di pulizia, il controllo

dell'ambiente circostante, la tendenza all'accumulo e quella all'ordine (*Washing, Checking, Hoarding e Ordering*, con un r da -0.12 a 0.29), che indagano aree atipiche della sintomatologia dell'ON. Contrariamente a quanto ipotizzato però, non è emersa una correlazione tra il comportamento ortoressico e le ossessioni e il tentativo di neutralizzarle (sottoscale *Obsessing e Neutralizing* dell'OCI-R, con un r da -0.10 a 0.20). Le basse correlazioni supportano l'ipotesi della natura egosintonica dei pensieri ortoressici, che non sono considerati intrusivi e indesiderabili come nel DOC (Donini et al., 2022). Di conseguenza, nell'ON non sono presenti compulsioni volte a neutralizzare le ossessioni. Questo risultato potrebbe però essere parzialmente spiegato dal fatto che nessun item del questionario riguarda direttamente l'alimentazione, per cui si rendono necessari ulteriori approfondimenti.

4.1.3 Convinzioni sulla perdita di controllo

Il bisogno di controllo è un costrutto centrale nel DOC. Gli individui con questo disturbo tentano di controllare i propri pensieri anche tramite comportamenti patologici come le compulsioni (Obsessive Compulsive Cognition Working Group, 1997), poiché credono che la perdita di controllo sui propri pensieri potrebbe condurre a quella sulle emozioni e sul comportamento e successivamente a diventare pazzi, cattivi e/o pericolosi (Radomsky, 2022). Similmente, i pazienti anoressici utilizzano la restrizione sull'alimentazione e sul peso come una strategia per far fronte alla sensazione generalizzata di mancanza di controllo (Barca e Pezzulo, 2020). I comportamenti ortoressici di rigida aderenza ad un'alimentazione considerata sana riflettono il bisogno di mantenere il controllo, ma sono egosintonici e non percepiti come angoscianti (Donini et al., 2022) per cui non è chiaro se la paura e le credenze sulla perdita di

controllo siano effettivamente caratteristiche dell'ON. In questo studio non sono emerse correlazioni tra l'EHQ-21 e il BALCI, per cui l'ortoressia non sembrerebbe correlata alla paura di perdere il controllo sui propri pensieri, emozioni, azioni e sulle funzioni corporee. In accordo con quanto osservato rispetto all'assenza di tendenze ossessivo-compulsive, anche questo risultato potrebbe essere parzialmente spiegato dall'assenza di item riguardanti direttamente l'alimentazione.

4.1.4 La regolazione emotiva

I deficit di regolazione emotiva si trovano alla base di molti disturbi psicopatologici. In particolare, nel DOC la non accettazione delle emozioni risulta correlata ai pensieri ossessivi considerati inaccettabili, così come alle compulsioni volte a neutralizzare le ossessioni in un tentativo di regolazione (See et al., 2022). I disturbi alimentari invece sono caratterizzati anche da difficoltà nel riconoscimento delle emozioni complesse come vergogna, noia o eccitazione, oltre che nella loro regolazione (Saure et al., 2022). Per quanto riguarda l'ortoressia, come previsto dalle ipotesi e coerentemente ai risultati dello studio di Gerges et al. (2023), sono emerse correlazioni moderate con la disregolazione emotiva, in particolare con la mancanza di accettazione delle emozioni negative e la difficoltà a distrarsi e svolgere compiti alternativi (r da 0.36 a 0.39). Contrariamente alle ipotesi però non è risultata una correlazione con la difficoltà di riconoscimento delle emozioni e la ridotta autoconsapevolezza emotiva. Sembrerebbe quindi che gli individui con tratti ortoressici non mostrino deficit nel riconoscimento delle proprie emozioni, ma che abbiano invece difficoltà a regolarle e ad accettarle.

4.1.5 Il perfezionismo

Il perfezionismo è un costrutto trasversale a molti disturbi, tra cui il DOC e l'AN (Vanzhula et al., 2021) e in precedenti studi è risultato correlato anche all'ortoressia (Novara et al., 2022; Novara et al., 2021). La presente ricerca conferma la presenza di questa correlazione anche se moderata, in particolare con gli standard personali elevati ($r = 0.38$). Le altre sottoscale dell'MPS, cioè le preoccupazioni per gli errori/dubbi sulle azioni, l'organizzazione e le aspettative/critiche genitoriali, non mostrano correlazioni con il punteggio totale relativo all'ortoressia dell'EHQ-21, differenziandola così dal DOC e dall'AN. Infatti gli individui affetti da DOC mostrano punteggi più elevati nelle preoccupazioni per gli errori e i dubbi sulle azioni, che li spingono a controllare e ripetere più volte le compulsioni (Frost & Steketee; 1997) e i pazienti anoressici riportano alti punteggi anche per le aspettative e critiche genitoriali, interiorizzate come senso di inefficacia e vergogna che hanno poi condotto ai tratti perfezionistici (Howard et al., 2022). Il perfezionismo sembra quindi sottostare a diverse forme di psicopatologia, ma non determina l'esatta natura del disturbo poiché si manifesta in modi differenti (Frost & Steketee; 1997).

4.1.6 La percezione individuale di “sano”

Le teorie sulla corretta alimentazione cambiano molto da persona a persona, anche in base al background personale (Bratman, 2017). Le ipotesi riguardo alla percezione individuale di “sano” sono state solo parzialmente confermate. Come ipotizzato, è emersa una correlazione elevata tra l'ortoressia e l'interesse generale per la salute ($r = 0.71$) ed una correlazione negativa ma moderata tra l'utilizzo del cibo come ricompensa e i problemi connessi all'alimentazione ortoressica ($r = - 0.33$). Questi risultati sono in

linea con i criteri diagnostici precedentemente proposti (Donini et al., 2022; Dunn & Bratman, 2015) secondo i quali l'ortoressia si caratterizza per l'interesse ossessivo per la salute e la cui rigida aderenza alle regole alimentari auto-imposte può condurre a problemi nelle altre aree di vita. La sottoscala *Problemi* dell'EHQ-21 indaga infatti le conseguenze della rigidità dell'ON, come il rinunciare a mangiare fuori per la difficoltà nel trovare un ristorante adatto, e il punteggio in questa scala aumenta al diminuire del punteggio nell'utilizzo del cibo come ricompensa misurato con l'HTAS. Questo risultato potrebbe significare che al minor utilizzo del cibo come ricompensa corrisponde una maggiore rigidità e quindi una maggiore quantità e gravità di problemi associati.

Contrariamente alle ipotesi però non sono emerse correlazioni con l'interesse per i cibi naturali o per quelli *light*, né una correlazione negativa con la voglia di consumare cibi dolci. L'assenza di correlazione con l'interesse per i cibi naturali, cioè non contenenti additivi o prodotti industrialmente, si contrappone alle ipotesi e alla letteratura sull'ON secondo la quale gli individui affetti da questo disturbo si preoccupano della fonte e della preparazione del cibo (Horovitz & Argyrides, 2023; Donini et al., 2022). Questo risultato potrebbe essere spiegato dal carattere soggettivo delle teorie relative all'alimentazione sana, per cui è possibile che in questo campione numericamente ristretto l'interesse primario non sia un'alimentazione naturale. La mancanza di interesse per i cibi *light* è in linea con l'idea che l'ON non abbia l'obiettivo primario di perdere peso e non iper-valuti la forma corporea (Atchison & Zickgraf, 2022), inoltre evidenza che i cibi a basso contenuto calorico non siano ritenuti più sani da questo campione, come invece ipotizzato. L'assenza di una correlazione negativa con la voglia di consumare dolci mette in dubbio il carattere totalmente egosintonico degli individui

affetti da ON (Donini et al., 2022). Questo risultato potrebbe essere spiegato dal fatto che l'idea di dover eliminare certi cibi con uno scopo salutistico non elimini totalmente la voglia di cibi percepiti come poco salutari, come gelato e cioccolata, ma che sia comunque sufficiente a mettere in atto una restrizione alimentare.

4.1.7 Le motivazioni alla base della dieta

Lo studio ha confermato l'ipotesi che l'ON sia correlata solo alle motivazioni legate alla salute per quanto riguarda la scelta del tipo di dieta ($r = 0.58$). Questo risultato è in linea con quanto emerso dallo studio di Parra-Fernandez et al. (2020), che sottolinea che la scelta di una dieta per motivi etici non sia predittiva per lo sviluppo di ON, mentre sceglierla per motivi salutistici potrebbe condurre ad esiti patologici. Ad ogni modo un tipo di dieta restrittivo, come ad esempio la dieta vegana, potrebbe costituire un modo socialmente accettabile di nascondere un disturbo alimentare (Brytek-Matera, 2021).

4.1.8 I principali predittori dell'Ortoressia Nervosa

L'analisi della regressione ha evidenziato i principali predittori dell'ON emersi in questo campione, che spiegano il 62% della varianza. L'interesse generale per la salute risulta essere il primo predittore, sottolineando così il carattere centrale degli aspetti salutistici in questa patologia (Donini et al., 2022, Dunn & Bratman, 2015). È seguito poi dalla presenza di eventuali disturbi alimentari, in linea con i dati presenti in letteratura circa la comorbidità delle patologie (Donini et al., 2022). Tuttavia non è chiaro se l'ON possa essere considerata una condizione conseguente ad un disturbo alimentare, per esempio una strategia e una modalità socialmente più accettabile di continuare a restringere, oppure un disturbo totalmente distinto, per cui sono necessari

ulteriori approfondimenti. Il terzo predittore significativo emerso è la presenza di standard personali elevati, che si muove all'interno del perfezionismo (Brytek-Matera et al., 2022). Infine anche la motivazione salutistica come unica spinta per la scelta di un certo tipo di dieta si è dimostrata avere un ruolo predittivo nello sviluppo dell'ON (Parra-Fernandez et al., 2020).

4.2 Limiti della ricerca e prospettive future

Questa ricerca presenta diverse limitazioni nell'analisi e nell'interpretazione dei dati. Innanzitutto il campione di soli 100 partecipanti risulta limitato e poco rappresentativo della popolazione maschile in quanto fortemente sbilanciato, con un 75% di femmine e solo un 25% di maschi. Un altro limite è che lo studio è stato svolto solo su popolazione generale, rendendo così difficile l'approfondimento delle comorbidità e dei fattori trasversali alle diverse patologie. Sarebbero necessari ulteriori studi, con campioni più numerosi e bilanciati per quanto riguarda il genere e costituiti da popolazione clinica, per esempio con pazienti affetti da AN e/o DOC, per indagare le aree specifiche delle comorbidità come i comportamenti alimentari disfunzionali e le tendenze ossessivo-compulsive, per poi approfondire anche i fattori trasversali, tra cui il perfezionismo, la regolazione emotiva e le convinzioni sulla perdita di controllo.

Relativamente agli strumenti utilizzati, alcune sottoscale sono state escluse dall'analisi in quanto presentavano α di Cronbach inaccettabili, come la scala *Pleasure* dell'HTAS e le scale *Emotional*, *Marketing*, *Economic* e *Social* dell'EATMOT. Questo ha reso impossibile indagare aspetti centrali dell'alimentazione, che avrebbero potuto restituire un approfondimento interessante relativamente alle motivazioni sottostanti la scelta del tipo di dieta nell'ortoressia.

4.3 Conclusioni

Nonostante le limitazioni, la presente ricerca ha permesso di approfondire alcuni aspetti relativi alla concettualizzazione e alla classificazione dell'ON tra gli altri disturbi mentali. In linea con quanto già presente in letteratura, i principali predittori dell'ON in questo studio risultano essere, per ordine di importanza: l'interesse generale per la salute, la presenza di disturbi alimentari, la presenza di standard personali elevati e la motivazione salutistica alla base della scelta del tipo di dieta. L'interesse per la salute è un aspetto necessario e predisponente allo sviluppo di ON, così come la scelta di una dieta basata esclusivamente sull'obiettivo di raggiungere un ideale perfezionistico di salute. Risulta una correlazione importante con i disturbi alimentari, in particolare l'AN, di conseguenza l'ON potrebbe essere inserita nella categoria dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione del DSM-5, ma sono necessari ulteriori studi poiché potrebbe anche essere solamente una condizione precedente, coesistente o successiva ad un disturbo alimentare. È emersa una correlazione anche con i deficit di regolazione emotiva, in particolare con la mancanza di accettazione delle emozioni negative e la difficoltà a distrarsi e svolgere un compito alternativo, ma non con i deficit di riconoscimento delle emozioni stesse. La mancanza di correlazione con le tendenze ossessivo-compulsive e con la paura di perdere il controllo, tipiche del DOC, sembrerebbe differenziare l'ON da questo disturbo e da questa categoria diagnostica. Sono quindi necessari ulteriori studi per la concettualizzazione e la classificazione dell'ON nei manuali diagnostici, necessarie per poter programmare interventi e trattamenti efficaci.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. American Psychiatric Publishing; Washington, DC, USA.

Anastasiades; E.; Argyrides, M. (2022). Healthy orthorexia vs orthorexia nervosa: associations with body appreciation, functionality appreciation, intuitive eating and embodiment. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 27: 3197–3206 <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01449-9>

Atchison, A. E.; Zickgraf, H. F. (2022). Orthorexia nervosa and eating disorder behaviors: A systematic review of the literature. *Appetite*, 177. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.106134>

Barca, L.; Pezzulo, L. (2020). Keep your interoceptive streams under control: An active inference perspective on anorexia nervosa. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience*. 20: 427–440. <https://doi.org/10.3758/s13415-020-00777-6>

Barrada, J.R.; Roncero, M. (2018). Bidimensional structure of the orthorexia: Development and initial validation of a new instrument. *Psychology*, 34: 283–291. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.2.299671>

Barthels, F.; Meyer, F.; Pietrowsky, R. (2015). Die Düsseldorfer Orthorexie Skala – Konstruktion und Evaluation eines Fragebogens zur Erfassung orthorektischen Ernährungsverhaltens. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 44(2): 97–105. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000310> *

Bauer, S.M.; Fusté, A.; Andrés, A.; Saldaña, C. (2019). The Barcelona Orthorexia Scale (BOS): Development process using the Delphi method. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24: 247–255. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0556-4>

Bratman, S.; Knight, D. *Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession with Healthful Eating*; Random House: New York, NY, USA, 2000. *

Bratman, S. (2017). Orthorexia vs. theories of healthy eating. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(3): 381–385.

<https://doi.org/10.1007/s40519-017-0417-6>

Brytek-Matera, A. (2021). Vegetarian diet and orthorexia nervosa: a review of the literature. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26: 1–11 <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00816-3>

Brytek-Matera, A.; Pardini, S.; Modrzejewska, J.; Szymańska, P.; Czepczor-Bernat, K.; Novara, C. (2021). Orthorexia Nervosa and its association with obsessive–compulsive disorder symptoms: initial cross-cultural comparison between Polish and Italian university students. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27: 913–927. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01228-y>

Brytek-Matera, A.; Pardini, S.; Szubert, J.; Novara, C. (2022). Orthorexia Nervosa and Disordered Eating Attitudes, Self-Esteem and Physical Activity among Young Adults. *Nutrients*, 14, 1289. <https://doi.org/10.3390/nu14061289>

Cerolini, S.; Vacca, M.; Zagaria, A.; Donini, L. M.; Barbaranelli, C.; Lombardo, C. (2022). Italian adaptation of the Düsseldorf Orthorexia Scale (I-DOS): psychometric properties and prevalence of orthorexia nervosa among an Italian sample. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 27: 1405–1413.

<https://doi.org/10.1007/s40519-021-01278-2>

Dahlenburg, S. C., Gleaves, D.H., Hutchinson, A.D. (2019). Anorexia nervosa and perfectionism: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 52: 219–229. <https://doi.org/10.1002/eat.23009>

Donini, L. M.; Barrada, J. R.; Barthels, F.; Dunn, T. M.; Babeau, C.; Brytek-Matera, A.; Cena, H.; Cerolini, S.; Cho, H.; Coimbra, M.; Cuzzolaro, M.; Ferreira, C.; Galfano, V.; Grammatikopoulou, M. G.; Hallit, S.; Håman, L.; Hay, P.; Masahito, J.; Lasson, C.; Lindgren, E.; McGregor, R.; Minnetti, M.; Mocini, E.; Obeid, S.; Oberle, C. D.; Onieva-Zafra, M.; Opitz, M.; Parra-Fernández, M.; Pietrowsky, R.; Plasonja, N.; Poggiogalle, E.; Rigó, A.; Rodgers, R. F.; Roncero, M.; Saldaña, C.; Segura-Garcia, C.; Setnik, J.; Shin, J.; Spitoni, G.; Strahler, J.; Stroebele-Benshop, N.; Todisco, P.; Vacca,

M.; Valente, M.; Varga, M.; Zagaria, A.; Zickgraf, A. F.; Reynolds, R. C.; Lombardo, C. (2022). A consensus document on definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27: 3695–3711 <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01512-5>

Donini, L. M.; Marsili, D.; Graziani, M. P.; Imbriale, M.; Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 10: 28–32. <https://doi.org/10.1007/BF03327537>

Dotti, A., Lazzari, R. (1998). Validation and reliability of the Italian EAT-26. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 3: 188-194. <https://doi.org/10.1007/BF03340009>

Dunn, T. M.; Bratman, S. (2015). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21: 11-17. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.006>

Eichholz, A.; Schwartz, C.; Meule, A.; Heese, J.; Neumüller, J.; Voderholzer, U. (2020). Self-compassion and emotion regulation difficulties in obsessive–compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(5): 621-789. <https://doi.org/10.1002/cpp.2451>

Falgares, G.; Costanzo, G.; Manna, G.; Marchetti, D.; Barrada, J. R.; Roncero, M.; Verrocchio, M. C.; Ingoglia, S. (2023). Healthy orthorexia vs. orthorexia nervosa: Italian validation of the Teruel Orthorexia Scale (TOS). *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 28(42). <https://doi.org/10.1007/s40519-023-01568-x>

Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14(4): 485–496. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.4.485>

Froreich, F. V.; Vartanian, L. R.; Grisham, J. R.; Touyz, S. W. (2016). Dimensions of control and their relation to disordered eating behaviours and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Eating Disorders*, 4(14).

<https://doi.org/10.1186/s40337-016-0104-4>

Frost, R.O.; Marten, P.; Lahart, C.; Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14: 449–468.

<https://doi.org/10.1007/BF01172967>

Frost, R. O.; Steketee, G. (1997). Perfectionism in Obsessive-Compulsive Disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35(4): 291-296.

[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00108-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00108-8)

Garner, D. M., Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(2): 273–279.

<https://doi.org/10.1017/S0033291700030762>

Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4): 871–878. <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>

Gerges, S.; Azzi, V.; Bianchi, D.; Laghi, F.; Pompili, S.; Malaeb, D.; Obeid, S.; Soufia, M.; Hallit, S. (2023). Exploring the relationship between dysfunctional metacognitive processes and orthorexia nervosa: the moderating role of emotion regulation strategies. *BMC Psychiatry*, 23, 674. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05183-z>

Gkiouleka, M.; Stavradi, C.; Sergentanis, T.N.; Vassilakou, T. (2022). Orthorexia Nervosa in Adolescents and Young Adults: A Literature Review. *Children*, 9, 365.

<https://doi.org/10.3390/children9030365>

Gleaves, D.H.; Graham, E.C.; Ambwani, S. (2013). Measuring “Orthorexia”: Development of the eating habits Questionnaire. *The International Journal of Educational and Psychological Assessment*, 12: 1–18.

<https://psycnet.apa.org/record/2013-27692-001>

Grammatikopoulou, M. G.; Gkiouras, K.; Polychronidou, G.; Kaparounaki, C.; Gkouskou, K. K.; Magkos, F.; Donini, L. M.; Eliopoulos, A. G.; Goulis, D. G. (2021). Obsessed with Healthy Eating: A Systematic Review of Observational Studies Assessing Orthorexia Nervosa in Patients with Diabetes Mellitus. *Nutrients*, 13, 3823. <https://doi.org/10.3390/nu13113823>

Gratz, K. L.; Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 26(1): 41- 54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

Guiné, R. P. F., Bartkiene, E., Szűcs, V., Tarcea, M., Ljubičić, M., Černelič-Bizjak, M., Isoldi, K., El-Kenawy, A., Ferreira, V., Straumite, E., Korzeniowska, M.; Vittadini, E.; Leal, M.; Frez-Muñoz, L.; Papageorgiou, M.; Djekic, I.; Ferreira, M.; Correia, P.; Cardoso, A. P.; Duarte, J. (2020). Study about Food Choice Determinants According to Six Types of Conditioning Motivations in a Sample of 11,960 Participants. *Foods*, 9(7):888. <https://doi.org/10.3390/foods9070888>

Horovitz, O.; Argyrides, M. (2023). Orthorexia and Orthorexia Nervosa: A Comprehensive Examination of Prevalence, Risk Factors, Diagnosis, and Treatment. *Nutrients*, 15, 3851. <https://doi.org/10.3390/nu15173851>

Howard, T. L. M.; Williams, M. O.; Woodward, D.; Fox, J. R. E. (2022). The relationship between shame, perfectionism and Anorexia Nervosa: A grounded theory study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 96(1): 40-55. <https://doi.org/10.1111/papt.12425>

Kujawowicz, K.; Mironczuk-Chodakowska, I.; Witkowska, A. M. (2022) Dietary Behavior and Risk of Orthorexia in Women with Celiac Disease. *Nutrients*, 14, 904. <https://doi.org/10.3390/nu14040904>

Lombardo, C. (2008). Italian adaptation of the multidimensional perfectionism scale (MPS). *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*. 14: 31-46. [DOI](#)

Lunn, J.; Greene, D.; Callaghan, T.; Egan, S. J. (2023). Associations between perfectionism and symptoms of anxiety, obsessive-compulsive disorder and depression in young people: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 52(5): 460-487. <https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2211736>

Marchetti, I.; Chiri, L. R.; Ghisi, M.; Sica, C. (2010). Obsessive-Compulsive Inventory - Revised (OCI-R): presentazione e indicazioni di utilizzo nel contesto italiano. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*. [DOI](#)

Martini, M.; Marzola, E.; Brustolin, A.; Abbate-Daga, G. (2021). Feeling imperfect and imperfectly feeling: A network analysis on perfectionism, interoceptive sensibility, and eating symptomatology in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*. <https://doi.org/10.1002/erv.2863>

Martinovic, D.; Tokic, D.; Martinovic, L.; Vilovic, M.; Vrdoljak, J.; Kumric, M.; Bukic, J.; Ticinovic Kurir, T.; Tavra, M.; Bozic, J. (2022). Adherence to Mediterranean Diet and Tendency to Orthorexia Nervosa in Professional Athletes. *Nutrients*, 14, 237. <https://doi.org/10.3390/nu14020237>

Mavrandrea, P.; Gonidakis, F. (2022). Exercise dependence and orthorexia nervosa in Crossfit: exploring the role of perfectionism. *Current Psychology*, 42: 25151–25159 <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03585-y>

McComb, S. E.; Mills, J. S. (2019). Orthorexia nervosa: A review of psychosocial risk factors. *Appetite*, 140: 50-75. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.05.005>

Meule, A.; Richard, A.; Schnepfer, R.; Reichenberger, J.; Georgii, C.; Naab, S.; Voderholzer, U.; Blechert, J. (2021). Emotion regulation and emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 29(2): 175-191. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1642036>

Niedzielski, A.; Kazmierczak-Wojtaś, N. (2021). Prevalence of Orthorexia Nervosa and Its Diagnostic Tools—A Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 5488. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105488>

Novara, C.; Mattioli, S.; Piasentin, S.; Pardini, S.; Maggio, E. (2022). The role of dieting, psychopathological characteristics and maladaptive personality traits in Orthorexia Nervosa. *BMC Psychiatry*, 22:290. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03896-1>

Novara, C.; Pardini, S.; Maggio, E.; Mattioli, S.; Piasentin, S. (2021). Orthorexia Nervosa: over concern or obsession about healthy food? *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26: 2577–2588. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01110-x>

Novara, C.; Pardini, S.; Pastore, M.; Mulatti, C. (2017). Orthorexia Nervosa: un'indagine del costrutto e delle caratteristiche psicometriche della versione italiana dell'*Eating Habits Questionnaire – 21* (EHQ-21). *Psicologia Cognitiva e Comportamentale*, 23(3): 291-316. [DOI](#)

Oberle, C.D.; De Nadai, A.S.; Madrid, A.L. (2021). Orthorexia Nervosa Inventory (ONI): Development and validation of a new measure of orthorexic symptomatology. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26: 609–622. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00896-6>

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35(7): 667-681. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00017-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00017-X)

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2001). Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 39: 987-1006. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00085-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00085-1)

Parra-Fernández, M. L.; Manzanque-Cañadillas, M.; Onieva-Zafra, M. D.; Fernández-Martínez, E.; Fernández-Muñoz, J. J.; Prado-Laguna, M. C.; Brytek-Matera, A. (2020). Pathological Preoccupation with Healthy Eating (Orthorexia Nervosa) in a Spanish Sample with Vegetarian, Vegan, and Non-Vegetarian Dietary Patterns. *Nutrients*, 12, 3907. <https://doi.org/10.3390/nu12123907>

Pratt, V. B.; Madigan, D. J.; Hill, A. P. (2021) Perfectionistic self-presentation and orthorexia in exercisers. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27: 1217–1221. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01262-w>

Radomsky, A. S. (2022). The fear of losing control. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 77. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2022.101768>

Radomsky, A. S.; Gagné, J. P. (2020). The development and validation of the Beliefs About Losing Control Inventory (BALCI). *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(2): 97-112. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1614978>

Roininen, K.; Lähteenmäki, L.; Tuorila, H. (1999). Quantification of consumer attitudes to health and hedonic characteristics of foods. *Appetite*, 37: 71-88. <https://doi.org/10.1006/appe.1999.0232>

Saba, A.; Sinesio, F.; Moneta, E.; Dinnella, C.; Laureati, M.; Torri, L.; Peperario, M.; Saggia Civitelli, E.; Endrizzi, I.; Gasperi, F.; Bendini, A.; Gallina Toschi, T.; Predieri, S.; Abbà, S.; Bailetti, L.; Proserpio, C.; Spinelli, S. (2019). Measuring consumers attitudes towards health and taste and their association with food-related lifestyles and preferences. *Food Quality and Preference*, 73: 25–37. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2018.11.017>

Sandstrom, A.; Krause, S.; Ouellet-Courtois, C.; Kelly-Turner, K.; Radomsky, A. S. (2023). What's control got to do with it? A systematic review of control beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 107. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102372>

Saure, E.; Raevuori, A.; Laasonen, M.; Lepistö-Paisley, T. (2022) Emotion recognition, alexithymia, empathy, and emotion regulation in women with anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27: 3587–3597. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01496-2>

See, C. C. H.; Min Tan, J.; Tan, V. S. Y.; Sündermann, O. (2022). A systematic review on the links between emotion regulation difficulties and obsessive-compulsive

disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 154: 341-353.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.07.023>

Sighinolfi, C.; Pala, A. N.; Chiri, L. R.; Marchetti, I.; Sica, C. (2010). Traduzione e adattamento italiano del Difficulties in Emotion Regulation Strategies (DERS): una ricerca preliminare. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 16: 141-70. [DOI](#)

Stoeber, J.; Childs, J. H. (2011). Perfectionism. *Levesque, Roger J. R., ed. Encyclopedia of adolescence*. Springer, New York, pp. 2053-2059.

https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1695-2_279

Strahler, J. (2021). Trait mindfulness differentiates the interest in healthy diet from orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26: 993–998 <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00927-2>

Surala, O.; Malczewska-Lenczowska, J.; Sadowska, D.; Grabowska, I.; Bialecka-Dębek, A. (2020). Traits of Orthorexia Nervosa and the Determinants of These Behaviors in Elite Athletes. *Nutrients*, 12, 2683. <https://doi.org/10.3390/nu12092683>

Taber, K. S. (2017). The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. *Research in Science Education*, 48: 1273–1296. <https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2>

Thorne, J.; Hussain, M.; Mantzios, M. (2023). Exploring the relationship between orthorexia nervosa, mindful eating and guilt and shame. *Health Psychology Report*, 11(1): 38–47. <https://doi.org/10.5114/hpr/152733>

Tiggemann, M.; Raven, M. (1998). Dimensions of control in bulimia and anorexia nervosa: Internal control, desire for control, or fear of losing self-control? *Eating Disorders*, 6(1): 65-71. <https://doi.org/10.1080/10640269808249248>

Valente, M.; Syurina, E. V.; Donini, L. M. (2019). Shedding light upon various tools to assess orthorexia nervosa: a critical literature review with a systematic search. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24: 671–682. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00735-3>

Vanzhula, I. A.; Kinkel-Ram, S. S.; Levinson, C. A. (2021). Perfectionism and Difficulty Controlling Thoughts Bridge Eating Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms: A Network Analysis. *Journal of Affective Disorders*, 283: 302-309. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.083>

World Health Organization (2018). International Classification of Diseases, 11th ed. (ICD-11).

Xiang Ng, Q.; Yi Xin Lee, D.; En Yau, C.; Xuan Han, M.; Jin Li Liew, J., En Teoh, S.; Ong, C.; Yu Leon Yaow, C.; Tsee Chee, K. (2024). On Orthorexia Nervosa: A Systematic Review of Reviews. *Psychopathology*. <https://doi.org/10.1159/000536379>

Zagaria, A.; Barbaranelli, C.; Mocini, E.; Lombardo, C. (2023). Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Italian version of the Orthorexia Nervosa Inventory (ONI). *Journal of Eating Disorders*. 11:144. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00858-0>

Zickgraf, H. F.; Barrada, J. R. (2021). Orthorexia nervosa vs. healthy orthorexia: relationships with disordered eating, eating behavior and healthy lifestyle choice. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27: 1313–1325 <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01263-9>

* = opere non direttamente consultate