



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia Generale**

**Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Cognitiva Applicata**

**Tesi di Laurea Magistrale**

**Correlati e precursori psicologici dell'Anoressia nervosa: una rassegna della  
letteratura corrente**

**Psychological related and precursors of Anorexia nervosa: a review of current  
literature**

*Relatore*

**Prof. Mario Liotti**

*Laureando: Andrea Scutari*

*Matricola: 1236628*

**Anno Accademico 2021/2022**



*A mio padre,  
eco dei miei giorni*



## Indice

<b>Introduzione.....</b>	<b>7</b>
<b>CAPITOLO PRIMO</b>	
<b>Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione</b>	
1. <i>DCA: cosa sono?</i> .....	11
2. <i>Epidemiologia</i> .....	13
<b>Eziopatogenesi dell'Anoressia nervosa</b>	
1. <i>Fattori di rischio: uno sguardo</i> .....	15
2. <i>Fattori di rischio di tipo psicologico: uno sguardo</i> .....	16
3. <i>Ipotesi della difesa incarnata: uno sguardo all'immagine corporea</i> .....	18
3.1. <i>Dimensioni dell'esperienza corporea emotiva</i> .....	22
3.2. <i>Ipotesi della difesa incarnata</i> .....	25
4. <i>Il ruolo del perfezionismo nell'Anoressia nervosa</i> .....	27
5. <i>Il ruolo dell'autostima nell'Anoressia nervosa</i> .....	31
6. <i>Il ruolo dell'ansia nell'Anoressia nervosa</i> .....	34
<b>CAPITOLO SECONDO</b>	
<b>Siti di Social Network ed immagine corporea</b>	
1. <i>Siti di Social Network</i> .....	37
2. <i>Raggiungimento di un ideale sociale</i> .....	39
2.1. <i>Thinspiration e fitspiration</i> .....	41
3. <i>SNS e disturbi alimentari: vi è una relazione?</i> .....	42
4. <i>Il confronto sociale</i> .....	45
<b>CAPITOLO TERZO</b>	
<b>Lo scheletro che piace</b>	
1. <i>La componente egosintonica nell'Anoressia nervosa</i> .....	49
2. <i>Perché è difficile recuperare?</i> .....	53
3. <i>Comprendere l'ambivalenza al cambiamento</i> .....	55
<b>La CBT-E come proposta di intervento</b>	
1. <i>Terapia Cognitivo-Comportamentale dei disturbi dell'alimentazione</i> .....	61
2. <i>L'efficacia della CBT-E</i> .....	67
<b>Conclusione</b> .....	<b>75</b>
<b>Racconto di una storia vera</b> .....	<b>79</b>
<b>Ringraziamenti</b> .....	<b>85</b>
<b>Bibliografia</b> .....	<b>89</b>
<b>Sitografia</b> .....	<b>101</b>



## Introduzione

*“Fa che il cibo sia la tua medicina  
e la medicina sia il tuo cibo.”*

*(Ippocrate)*

Se pensiamo all'importanza del cibo già ai tempi di Ippocrate, ad oggi siamo in grado di capirne a pieno la sua importanza? A quanto pare, per una piccola parte della popolazione mondiale, ancora no. Perché accade questo? Com'è possibile che un ingrediente tanto importante per la nostra sopravvivenza quale il cibo sia interiorizzato come un mostro da annichilire ed eludere in ogni sua forma e consistenza? Fornire una risposta a tale quesito è particolarmente impegnativo. Tuttavia, la domanda posta in questa prima fase introduttiva del viaggio che si sta per intraprendere, sarà la colonna portante del presente elaborato, all'interno del quale verranno prese in esame alcune delle più recenti scoperte scientifiche, i fattori che incidono nel demarcare una linea tra l'essere umano ed il cibo, e se è possibile riuscire ad individuare una via di fuga per abbattere il muro che vi si solleva.

Ciò che si andrà ad analizzare in questa sede, vale a dire i disturbi del comportamento alimentare (DCA), avverrà in un'ottica prettamente psicologica, e si solleveranno alcune delle più recenti evidenze empiriche.

Nel DSM-V (Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali, quinta edizione) i DCA vengono riportati nella sezione “Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione”; difatti, per entrare nel merito dell'analisi, questi si dividono in *disturbi della nutrizione* (Pica, Ruminazione, ARFID), e *disturbi dell'alimentazione* (Anoressia nervosa, Bulimia nervosa, Disturbo da binge-eating). Tali disturbi, come riportato all'interno del manuale di cui sopra, vengono identificati come “caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione oppure da comportamenti inerenti l'alimentazione che hanno come risultato un alterato consumo o assorbimento di cibo e che compromettono

significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale” (DSM-V, 2014, p. 379).

Nei capitoli successivi verrà preso in esame quello che sarà il pilastro portante di questa sede: l’Anoressia nervosa (AN). Essa è una malattia psichiatrica caratterizzata da un peso corporeo significativamente basso, un’intensa paura dell’aumento di peso e/o comportamenti che impediscono l’aumento di peso, e disturbi nel modo in cui viene vissuto il peso o la forma del corpo (APA, 2013).

Ciò che si andrà a portare in seno, e quindi a mettere in luce, saranno dei precisi aspetti che tale patologia psichiatrica può inglobare: caratteristiche fisiche, psicologiche, sociali e biologiche, e da quali fattori psicologici può essere causata. Ma perché si andrà a porre l’accento alle cause di tipo psicologico sottese all’AN? Perché a livello biologico, attualmente, non ci sono biomarcatori convalidati per l’AN, sebbene la letteratura recente suggerisca un maggiore interesse di ricerca in questo settore (Malcom e Phillipou, 2021). Inoltre, non ci sono biomarcatori per valutare lo stadio o la gravità della malattia, a parte l’indice di massa corporea (IMC), in cui valori di IMC derivati arbitrariamente governano le valutazioni della gravità di AN (APA, 2013; Phillipou e Beilharz, 2018; Steinglass, Glasofer, Dalack, e Attia, 2020). I biomarcatori sono indicatori oggettivi e misurabili di malattia che possono essere utilizzati al fine di ottenere la diagnosi, la valutazione del rischio e il monitoraggio dello stato di malattia (Malcom e Phillipou, 2021). Pertanto, l’identificazione dei biomarcatori può quindi fornire vantaggi tra cui: 1) diagnosi avanzata, compresa l’identificazione precoce di una malattia; 2) potenziale identificazione di coloro che sono a rischio di sviluppare una malattia; 3) capacità di monitorare obiettivamente i cambiamenti nello stato o nella fase della malattia, inclusa la reattività agli interventi di trattamento; 4) una minore dipendenza dalle descrizioni della sintomatologia dei pazienti quando si effettuano diagnosi o si valutano i sottotipi di malattia (Malcom e Phillipou, 2021). Per stabilire un

indicatore target come biomarcatore, l'indicatore deve: A) essere associato alla malattia, B) avere un'adeguata discriminazione di gruppo (cioè sensibilità e specificità) per rilevare la malattia, e C) dimostrare l'affidabilità test-retest (Brower, 2011). Correlato ai biomarcatori vi è il concetto di endofenotipi, che sono fenomeni quantificabili distinti dai sintomi, e che collegano i geni alla malattia umana (Malcom e Phillipou, 2021). In altre parole, sono fenomeni biologici o psicologici quantificabili che esistono nel percorso tra geni e comportamento, e che sono distinti dai sintomi della malattia (Gottesman e Gould, 2003). In quanto tali, gli endofenotipi possono essere considerati caratteristiche latenti e durature che segnalano la vulnerabilità genetica a una malattia indipendentemente dallo stato clinico e che collegano tale vulnerabilità con la manifestazione palese della malattia (Beauchaine e Constantino, 2017). Oltre a mostrare un'associazione con una malattia, gli endofenotipi devono inoltre dimostrare D) indipendenza dallo stato (cioè, essere identificabili prima dello sviluppo della malattia, durante la malattia acuta e dopo il recupero) ed E) ereditarietà, inclusa la presentazione a un tasso più elevato all'interno delle famiglie colpite rispetto alla popolazione generale (Gottesman e Gould, 2003). Un endofenotipo può essere considerato un biomarcatore quando tutti i criteri dell'endofenotipo (punti D ed E) e tutti i criteri del biomarcatore (punti A, B e C) sono soddisfatti. Pertanto, la creazione di biomarcatori endofenotipici affidabili per AN potrebbe migliorare l'identificazione di coloro a rischio di sviluppare il disturbo, il che migliorerebbe l'attuazione di interventi precoci o sforzi di prevenzione. Quindi, alla luce delle osservazioni sollevate, in questa sede si prenderanno in considerazione solamente le componenti di tipo psicologico che possono essere prese in esame per porre una diagnosi di AN.

Come accennato, l'AN è un grave disturbo alimentare che ha una serie di conseguenze negative per la salute fisica a lungo termine (Mehler e Brown, 2015) e il più alto tasso di mortalità di qualsiasi disturbo psichiatrico (Arcelus, Mitchell, Wales, e Nielsen,

2011). La caratteristica distintiva di AN è la fame persistente (APA, 2013; Walsh, 2011), che è accompagnata da una significativa paura dell'aumento di peso nonostante il mantenimento di un corrispettivo molto basso. Si stima che la prevalenza una tantum di AN sia del 3,64% tra le donne (Micali et al., 2017), con un'incidenza più alta durante l'adolescenza (Micali, Hagberg, Petersen, e Treasure, 2013). Generalmente il tempo necessario per il recupero è lungo (Strober, Freeman, e Morrell, 1997; Zerwas et al., 2013) e una percentuale significativa di individui soffre di AN grave e duratura (Broomfield, Stedal, Touyz, e Rhodes, 2017).

Oltre a ciò, si andrà a porre l'accento al mondo virtuale dei social media e all'influenza, e quindi all'impatto, che questi hanno sulla patologia in questione in termini di body image, quindi della rappresentazione del proprio corpo in termini scheletrici come unico modello da raggiungere per essere felici. Inoltre, si passerà in rassegna un particolare studio che andrà a valutare e a dimostrare empiricamente e scientificamente l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale migliorata in regime intensivo, come terapia per la riabilitazione psicofisica dei pazienti, comprovando non soltanto la sua valenza in termini di efficacia, ma anche in termini di mantenimento e durata nel corso del tempo.

A conclusione del viaggio che si sta intraprendendo, verrà riportato anche il racconto di una ragazza che ha sconfitto definitivamente ciò che la teneva imbavagliata da diverso tempo; verrà riportato testualmente il suo percorso, come l'ha affrontato, quali emozioni esperiva, come è nato e come si è concluso.

## CAPITOLO PRIMO

### Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

*“Ciò che non si comprende non lo si possiede.”*

*(Johann Wolfgang Goethe)*

#### *1. DCA: cosa sono?*

Come accennato nell'introduzione i DCA sono una forma di disturbo mentale riconosciuta non soltanto in psicologia, ma anche in ambito medico. Coerentemente con i metodi utilizzati per definire altri disturbi mentali, sono stati stabiliti specifici criteri diagnostici per i disturbi alimentari e sono stati presentati in testi ampiamente utilizzati come il DSM (Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali), pubblicato dall'APA (American Psychiatric Association) e l'ICD (Classificazione Internazionale delle Malattie), pubblicata dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) (Keel, 2017).

Ma cosa sono i DCA? Con questo termine si fa riferimento a un gruppo di malattie caratterizzate non soltanto da disturbi alimentari, ma anche dai comportamenti legati all'alimentazione; questi comportano pertanto rischi significativi per la salute fisica e hanno un impatto negativo sul funzionamento quotidiano (ad esempio, a scuola, al lavoro o nelle relazioni) e sono ampiamente considerati i più pericolosi tra i disturbi mentali (Walsh, Attia, e Glasofer, 2020).

Lo studio dello spettro dei disturbi dell'alimentazione sulla popolazione generale si è reso noto per due motivi: 1) fornire una migliore comprensione della storia naturale dei disturbi dell'alimentazione; 2) identificare i fattori eziologici prima che questi siano mascherati da cambiamenti fisici e psicologici secondari che accompagnano la sindrome *in toto* (Fairburn e Beglin, 1990; Patton, 1988).

I DCA si dividono in due tipi di classificazioni: *disturbi della nutrizione* e *disturbi dell'alimentazione*. I primi includono la Pica, la Ruminazione, e l'ARFID: la *Pica*, secondo il DSM-V, è il consumo di sostanze non alimentari prive di valore nutritivo per almeno un mese: gli oggetti tipici includono carta, stoffa, gesso, vernice, argilla o cenere; la *Ruminazione* è il rigurgito di cibo che è già stato inghiottito: questo comportamento si verifica senza motivo medico, come il reflusso gastroesofageo, e si manifesta senza nausea, conati di vomito o disgusto; l'*ARFID* (avodiance/restrictive food intake disorder), o in italiano “disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo”, è la restrizione dell'assunzione di cibo o l'evitamento del cibo che si traduce in un'alimentazione insufficiente attraverso l'alimentazione. I secondi, invece, includono l'Anoressia nervosa, la Bulimia nervosa e il Disturbo da binge-eating: il segno principale dell'*Anoressia nervosa* (AN) è l'emaciamento causato dalla deliberata restrizione dell'assunzione di cibo e vi è un intenso timore di diventare grassi o aumentare di peso, che il malato di AN può descrivere esplicitamente o può esprimere implicitamente come comportamento volto a prevenire l'aumento di peso; la Bulimia nervosa (BN) è caratterizzata da episodi ricorrenti di abbuffate associati a comportamenti compensatori inappropriati e un'influenza eccessiva del peso o della forma sull'autovalutazione; il Disturbo da binge-eating (BED) o, in italiano, “disturbo da alimentazione incontrollata”, è caratterizzato da episodi ricorrenti di abbuffate in assenza di comportamenti compensatori inappropriati.

A fronte delle caratteristiche generali descritte circa i DCA, si andrà ora ad approfondire la patologia presa in esame: l'Anoressia nervosa (AN). Ci si atterrà ad alcuni dei riferimenti bibliografici più recenti, esaminando diversi studi al fine di dare enfasi e affidabilità a ciò che si andrà ad asserire, avvalorando principalmente la parte psicologica sottesa all'AN.

## *2. Epidemiologia*

L'incidenza mondiale dell'AN differisce a seconda della posizione geografica: rispetto a paesi come Europa, Stati Uniti, Cina o Giappone, si riscontra una prevalenza molto bassa di AN in America Latina e Africa (Erskine et al., 2016). Ad es., mentre il tasso di prevalenza di AN in Cina è pari all'1,05%, in Africa è addirittura inferiore allo 0,01%. Tuttavia, una generale mancanza di dati epidemiologici rappresentativi e diversi metodi di valutazione limitano il potere esplicativo di questi dati statistici (Hoek, 2016). Indubbiamente la variabilità socio-culturale (e probabilmente genetica) ha un impatto importante sullo sviluppo di AN nelle varie aree del mondo (Herpertz-Dahlmann e Dahmen, 2019).

Nell'ultimo decennio l'esordio giovanile dell'AN si è notevolmente abbassato: Steinhausen e Jensen (2015) hanno riscontrato che nel 2010 l'età di esordio oscillava tra i 12 ai 15 anni, mentre l'età di esordio nel 1995 era compresa tra i 16 ei 19 anni.

Inoltre, nel Regno Unito la prevalenza di AN nei bambini di età compresa tra 10 e 14 anni è passata da 2,5/100.000 bambini totali a 7,5/100.000 negli ultimi due decenni (Holland et al., 2015).

Anche In Italia, negli ultimi anni, si è avuto un notevole abbassamento dell'età di esordio, con conseguente elevato rischio di danni permanenti per la salute, secondari soprattutto allo stato di malnutrizione: l'incidenza stimata di AN è di almeno 8-9 nuovi casi per 100.000 persone tra le donne (in un anno), mentre è compresa fra 0,02 e 1,4 nuovi casi per 100.000 persone tra gli uomini (in un anno) (Ministero della Salute, 2019).



## **Eziopatogenesi dell'Anoressia nervosa**

### *1. Fattori di rischio: uno sguardo*

Perché alcuni individui sviluppano AN o altri disturbi alimentari, mentre altri individui no? I disturbi alimentari come l'AN sono causati da una combinazione di influenze comportamentali, biologiche, genetiche, psicologiche, ambientali e/o culturali (Peterson e Fuller, 2019). Pertanto, diversi fattori possono esporre gli individui a un rischio maggiore di sviluppare un disturbo alimentare.

Fattori *biologici* includono:

- Genere femminile.
- Un familiare a cui è stato diagnosticato un disturbo alimentare e/o un disturbo di salute mentale.
- Storia pregressa di diete.

Fattori *psicologici* includono:

- Disturbo ossessivo-compulsivo e inflessibilità comportamentale.
- Perfezionismo.
- Insoddisfazione dell'immagine corporea.
- Ansia.
- Depressione.
- Mancanza di autostima.

Fattori *ambientali* o *culturali* includono:

- Immersione in una cultura che valorizza la magrezza.
- Partecipazione a sfilate, balletti, ginnastica o altre attività che incoraggiano la magrezza.
- Bullismo
- Social media.

Alcuni studi condotti sui gemelli hanno dimostrato un'ereditarietà di AN stimata tra il 33% e l'84%, e sono ancora in corso ricerche per stabilire se specifici geni abbiano un ruolo nello sviluppo di AN (Peterson e Fuller, 2019).

Ciononostante, ciò che verrà analizzato in questa sede non saranno tanto i fattori di rischio di tipo biologico/ereditario, quanto più di fattori di rischio di tipo *psicologico* e alcuni fattori di rischio di tipo *ambientale e/o culturale*.

## *2. Fattori di rischio di tipo psicologico: uno sguardo*

Esistono molteplici fattori di rischio di tipo psicologico, e un primo esempio che può essere preso in esame al fine di avanzare un potenziale fattore di rischio sotteso all'AN è la dimensione dell'immagine corporea.

Schilder (1950) ha definito il concetto di immagine corporea come: “l'immagine del nostro corpo che formiamo nella nostra mente, vale a dire il modo in cui il corpo appare a noi stessi” (Schilder, 1950, p. 11). Questa prima definizione ha supportato l'idea che per molto tempo l'immagine corporea potesse essere rappresentata più o meno “oggettivamente”, come se ci fosse un ideale socialmente riconosciuto da rincorrere. Tuttavia, come sostengono Gaete e Fuchs (2016), è altamente improbabile che un'immagine corporea oggettiva sia raggiungibile, non soltanto per pazienti che presentano determinati disturbi, ma anche per gli individui considerati “normali”.

Ciò che ha fatto Schilder (1950) oltre a formulare una prima ipotesi di “immagine corporea”, è stato quello di descrivere “l'investimento libidico” dell'immagine corporea: egli intendeva che ogni immagine o percezione mentale del proprio corpo ha sia aspetti emotivi, sia aspetti affettivi, i quali sono profondamente legati alla propria personalità. Tuttavia, nel corso del tempo ha prevalso precipuamente l'aspetto *rappresentazionale* del concetto di immagine corporea, cioè come essa viene rappresentata ed interpretata dall'individuo, il che quindi può portare anche ad una distorsione della stessa.

Vi sono due autori, tra i tanti, che negli anni hanno affrontato il tema della distorsione dell'immagine corporea, e uno di questi è Bruch (1962); egli ha avanzato l'idea che la distorsione dell'immagine corporea debba essere interpretata con caratteristiche di tipo "deliranti", come se vi fosse un disturbo psichiatrico sotteso all'AN. Difatti, egli descrisse la negazione della fame come l'espressione della "paura del grasso" o dell'essere perseguitati dalla "paura della bruttezza", ed è proprio per questa drammatica negazione della malattia come concetto di sé delirante, inclusa l'immagine corporea, che giustifica Bruch ad asserire l'AN come un disturbo mentale specifico. Ha anche posto le basi per la distinzione tra "immagine corporea esterna" (specchio) e "immagine corporea interna"; nel primo caso, essa appare distorta nei pazienti anoressici, mentre nel secondo caso è legata agli aspetti affettivi, sensomotori ed emotivi, che a loro volta influenzano sempre l'immagine corporea esterna (Bruch, 1962).

Altro autore da tenere in considerazione è Roa (1978); egli ha concettualizzato la distorsione di immagine corporea in AN come l'espressione di una "illusione di bellezza", ed avanza quindi l'idea che l'immagine corporea sia letteralmente "guidata" dall'illusione di bellezza e dal raggiungimento della perfezione. Ma la perfezione, concretamente, cos'è?

Ciò che questi due autori fanno quando parlano dei rispettivi concetti di "paura della bruttezza" e "illusione della bellezza", è descrivere i pazienti come intrappolati in un'estrema preoccupazione e attenzione per i propri corpi. E infatti, questi due concetti sembrano essere visti come due facce della stessa medaglia: paziente che ricerca perfezione poiché guidato dalla sua insicurezza e dalla sua mancanza di autostima, il che lo porta ad interiorizzare un atteggiamento paranoide al fine di evitare qualsivoglia forma di "errore". Pertanto, entrambi gli autori, seppur in maniera diversa, evidenziano

la negazione implicita nello stato di emaciazione e l'incessabile sforzo a mantenere "normali" sia il loro stato nutrizionale, sia i loro comportamenti alimentari.

Ciononostante, alcuni autori hanno constatato che non vi è ancora un consenso unanime circa il fatto che le caratteristiche dell'immagine corporea nei pazienti anoressici possano essere classificate come una combinazione di idee ossessive e/o deliranti (Mountjoy, Farhall, e Rossell, 2014). A questo proposito, per ovviare alle limitazioni di cui sopra, è stato proposto un continuum in cui ai rispettivi poli vi è il pensiero normale e il pensiero delirante, e l'AN è collocata nel mezzo, nonostante comunque solo una minima parte dei pazienti anoressici è stata classificata all'interno di intervalli compatibili per entrambi i tipi di pensiero patologico (Mountjoy et al., 2014). Ma perché il pensiero delirante quando si parla di AN? Roa (1978) mette in luce la disperata ricerca dell'individuazione del proprio corpo, la quale può essere collegata alla concettualizzazione di un meccanismo di difesa contro la minaccia all'auto-organizzazione, vale a dire il corpo che si "forgia" autonomamente, senza il proprio controllo, dopo l'assunzione di nutrienti. Tale constatazione è in accordo con l'ipotesi di difesa incarnata (Gaete e Fuchs, 2016), che fa riferimento all'esperienza corporea intesa come "oggetto" rispetto all'estrema preoccupazione attentiva che vi viene posta, portando di conseguenza i pazienti a non percepire più il proprio corpo come un mezzo per vivere e affrontare il mondo, ma diviene il focus principale della propria esistenza.

### *3. Ipotesi della difesa incarnata: uno sguardo all'immagine corporea*

Riprendendo quanto suggerito nel paragrafo precedente, il punto di vista che si sta per approfondire afferma che le esperienze corporee emotive rappresentino esperienze altamente minacciose che i pazienti non sono in grado di affrontare a causa della loro vulnerabile auto-organizzazione (Behar, Arancibia, Gaete, Silva, e Meza-Concha, 2018). Pertanto, essi recuperano il senso di "sicurezza" e "controllo" avvalorando i loro corpi come *oggetti*, sollevandoli dall'affrontare gli stimoli affettivi ed emotivi della vita

quotidiana. Quindi, le idee deliranti rispetto ai rispettivi corpi fanno parte dell'estrema focalizzazione dell'attenzione su se stessi come "oggetti", che porta necessariamente a una mancanza di prospettiva e ad una perdita della risonanza corporea emotiva (Gaete e Fuchs, 2016), una caratteristica fondamentale dell'esperienza corporea emotiva soggettiva. Le debolezze che impediscono ai pazienti di far fronte agli stimoli affettivi ed emotivi favorirebbero quindi un circolo vizioso, in cui l'oggettivazione del corpo lascia i pazienti senza la risorsa di base che permetterebbe loro di realizzare risposte adattive agli eventi della vita quotidiana. Pertanto, non sono in grado di prendere decisioni basate sull'emotività al fine di avanzare risposte di adattamento, rafforzando in questo modo la soppressione della risonanza corporea delle emozioni tramite l'oggettivazione del corpo. È stato suggerito che queste vulnerabilità siano innescate da esperienze di attaccamento precoci qualora il bambino non avesse sperimentato risposte sensibili alle sue espressioni corporee (Atwood e Stolorow, 2014; Lichtenberg, 2001). Quindi, se c'è un conflitto con qualcuno di affettivamente rilevante, questa diventa una situazione estremamente insopportabile per coloro che soffrono di AN, sopprimendo la risonanza corporea come conseguenza di un'emozione "scomoda", rappresentando in questo modo un meccanismo di difesa efficiente. Questa soppressione della risonanza corporea implica che i pazienti possano provare sentimenti come "non sta succedendo niente nella mia vita, va tutto bene; l'unico problema che ho è con il mio corpo", portando quindi ad interiorizzare quest'ultimo come oggetto.

La fenomenologia dell'affettività proposta da Fuchs (2013), connettendo corpo, sé e mondo, mette in luce l'esperienza corporea emotiva attraverso la distinzione tra stati di *breve durata*, intensi, legati all'oggetto (vale a dire le emozioni), e stati di *lunga durata*, senza oggetto, che rimangono sullo sfondo di consapevolezza (vale a dire i sentimenti di fondo, ad es. gli stati d'animo).

I sentimenti di fondo condividono le caratteristiche di essere sullo sfondo della consapevolezza, privi di un’*“individualità”* (non necessitando, quindi, di una situazione di attivazione, di una motivazione o di un contenuto speciale), e per giunta senza punti definiti di *inizio* e *fine*. Questi, non coinvolgono il corpo come “oggetto di consapevolezza”, ma piuttosto come *mezzo* attraverso il quale si sperimenta “l’essere nel mondo” (Fuchs, 2012; 2013).

Con le emozioni, invece, le posizioni del soggetto e dell’oggetto devono essere intrecciate dinamicamente (cioè essere “qui” e “là”) per consentire risposte adattive: questo è ciò che veicola l’*intenzionalità affettiva*; si dovrebbe essere consapevoli di che cosa sta succedendo a livello corporeo-sensoriale ma si dovrebbe anche essere consapevoli di cosa sta succedendo fuori nel mondo. Con un’esemplificazione, è attraverso la sensazione corporea emotiva di paura che si è ansiosamente diretti verso una situazione spaventosa. Pertanto, a differenza dei sentimenti di fondo, le emozioni si distinguono per essere di breve durata, per avere un *inizio* e una *fine* identificabili, per il loro contenuto intenzionale, e per essere sempre dirette a persone, oggetti ed eventi nel mondo. Questo, è ampiamente noto come intenzionalità delle emozioni (Solomon, 1976; Frijda, 1994; De Sousa, 2010) o *intenzionalità affettiva*. La percezione di alcune sensazioni corporee può essere intesa come un’emozione specifica rispetto a un significato intenzionale che configura quelle sensazioni corporee come sentimenti di paura, tristezza, rabbia, ecc. Quindi, l’intenzionalità affettiva non è neutra, ma si tratta di ciò che è particolarmente prezioso e rilevante per il soggetto.

Al fine di comprendere meglio cosa si intende per “incarnazione” è doveroso porre un accenno e una distinzione al concetto di “risonanza corporea” ed “esperienza corporea emotiva”: la prima, infatti, gioca un ruolo cruciale per la seconda. Le emozioni sono vissute attraverso la risonanza del corpo, compresi tutti i tipi di sensazioni corporee locali o generali come calore o freddo, solletico o brividi, tensione o rilassamento,

costrizione o espansione, rossore o pallore (il viso e l'intestino sono aree particolarmente ricche di risonanza corporea). Comprendono anche l'attività nervosa autonoma, l'attivazione muscolare, la postura del corpo e le relative sensazioni cinestetiche<sup>1</sup> (Gaete e Fuchs, 2016).

Le emozioni portano ad ottenere due componenti fondamentali rispetto alla risonanza corporea: 1) componente centripeta o "affettiva" che significa essere colpiti, mossi o toccati da un evento; 2) componente centrifuga o "emotiva" che coinvolge una prontezza all'azione ed implica specifiche tendenze di movimento tra cui, ad es., nascondersi, scappare, serrare i pugni, prepararsi a combattere (Fuchs, 2013). Questo potrebbe essere inteso come un'interazione circolare tra *affetto, percezione e movimento* che fa parte di ogni incontro tra il soggetto e il mondo: sei *influenzato* da un oggetto o una situazione, percepita attraverso la tua risonanza corporea e di conseguenza ti senti *toccato a muoverti* rispetto all'oggetto intenzionale (Fuchs, 2013; Fuchs e Koch, 2014).

L'esperienza corporea emotiva, invece, viene concettualizzata come un fenomeno multidimensionale e dinamico che include aspetti affettivi ed emotivi della risonanza corporea insieme alle dimensioni implicite, esplicite, narrative e funzionali dell'esperienza corporea emotiva (le quali verranno esaurite nel paragrafo successivo) che, conseguentemente, trasmette coerenza e consistenza interna al sé. Pertanto, l'aspetto dinamico dell'esperienza corporea emotiva potrebbe essere inteso come la mutevole configurazione delle sensazioni corporee attraverso contesti relazionali variabili che espongono i soggetti a diverse posizioni relative a se stessi, al proprio corpo e agli altri (Gaete e Fuchs, 2016). Questa intensità mutevole trasmette di per sé lo stimolo scatenante per il passaggio da un'esperienza corporea emotiva implicita (o posizione di "riposo" del corpo) a un'esperienza corporea emotiva esplicita (o posizione

---

<sup>1</sup> Si tratta della somma di sensazioni propriocettive e interocettive che determina pertanto un sentimento generale di benessere o di malessere, di affaticamento, di energia e/o di malattia.

“attiva” del corpo), la cui soglia può variare da un individuo all’altro e da forme di incarnazione *sane a disturbate* (Fuchs, 2013).

Insieme alle sopracitate intenzionalità affettiva e risonanza corporea (affettiva ed emotiva), le emozioni sono caratterizzate anche dalla loro funzione e significato, intendendo che forniscono un orientamento di base su ciò che conta davvero per sé (Fuchs, 2013): sono un riconoscimento corporeo di un cambiamento significativo avvenuto nel mondo che chiama all’azione il proprio corpo.

Partendo dal presupposto che secondo Frijda (1986) le emozioni possono essere intese come “prontezza all’azione”, i cambiamenti corporei ci informano rispetto a qualcosa di attraente o repellente, e prefigurano quindi potenziali risposte di movimento. Ciò significa che le emozioni ci forniscono anche un orientamento di base sulle priorità e sugli obiettivi per il processo decisionale. Pertanto, se la risonanza corporea viene modificata, anche la percezione affettiva e la tendenza all’azione del soggetto cambieranno costantemente, e a causa della soppressione della risonanza corporea delle emozioni, gli anoressici mostrano un distacco dal mondo e un’attenzione ossessiva al proprio corpo come “oggetto” con cui confrontarsi.

### *3.1. Dimensioni dell’esperienza corporea emotiva*

Esistono quattro dimensioni circa l’esperienza corporea emotiva, le quali verranno descritte in questo paragrafo: *implicita, esplicita, narrativa e funzionale* (Gaete e Fuchs, 2016).

*Esperienza corporea implicita*: essa corrisponde ai segnali corporei che informano costantemente circa lo stato generale dell’organismo e trasmettono anche un senso di identità, integrità e continuità esistenziale. Non richiede alcuna attenzione attiva del soggetto e potrebbe essere paragonato ad una “colonna sonora” che induce ad una particolare “atmosfera” della storia che rimane sempre in secondo piano, in sottofondo. Pertanto, i sentimenti di vitalità, gli stati d’animo e una varietà di stati affettivi fanno

parte di questo sentimento di fondo del corpo, come consapevolezza corporea pre-riflessiva e non orientata, che accompagna ogni sentimento, percezione e azione intenzionali (Fuchs, 2013). Come propone Damasio (1994), questi continui sentimenti di fondo rappresentano una caratteristica chiave per un sano senso di “autointegrità”. Inoltre, l’esperienza corporea implicita permette di concepire il corpo come mezzo attraverso il quale i soggetti vivono la loro vita e mantengono una relazione attiva con il mondo. Questo sfondo generale del corpo vissuto è in continuo mutamento, sia nell’intensità del senso di vitalità che nella colorazione di questo sentimento.

*Esperienza corporea esplicita:* essa richiede una consapevolezza attiva del corpo e appare ogni volta che si verifica qualcosa di nuovo e rilevante, sia per l’integrità fisica, sia per l’integrità psicologica. La risonanza corporea porta a sentirsi “toccati”, inducendo l’implicito a diventare esplicito, portando il soggetto a notare o a formulare ciò che sta accadendo attraverso i segnali corporei: in altre parole, la vita arriva alla consapevolezza cosciente. Pertanto, essere consapevoli delle sensazioni corporee di un’emozione (tristezza, felicità, rabbia, ecc.) può indurre a pensare e a verbalizzare esplicitamente ciò che sta accadendo. Ciò significa che l’emozione è vissuta consapevolmente dal sé, portando il soggetto a svelare un significato cosciente e a prendere decisioni. Un’esemplificazione può avvenire attraverso la classica e quotidiana domanda “come stai?”; una domanda apparentemente innocua e “banale”, ma che porta a far trasformare la consapevolezza passiva o pre-riflessiva del corpo, a una consapevolezza attiva, ma può risultare molto difficile rispondere alla domanda per pazienti con AN. Si pensi, ad es., a cosa accade quando si incontra una persona che si ama: alcuni segnali corporei identificabili emergono per richiamare la propria attenzione, cambiando *in toto* l’esperienza emotiva del proprio corpo: ci si sente “toccati”, “influenzati”, “spostati” verso chi si ha di fronte. La dimensione esplicita si

basa quindi sulla risonanza corporea delle emozioni, ed è attraverso questa risonanza che l'esperienza del corpo può essere verbalizzata (Gaete e Fuchs, 2016).

*Dimensione narrativa:* la narrazione di un'esperienza corporea emotiva è la storia che il sé costruisce sulla sensazione di ciò che sta accadendo con i suoi segnali corporei. Essere in grado di elaborare ciò che sta accadendo e di raccontare una storia costruita sulle risorse di base delle esperienze corporee implicite ed esplicite, consente al soggetto di prendere decisioni adattive soprattutto nel contesto sociale e relazionale con cui gli esseri umani devono confrontarsi. La dimensione narrativa dell'esperienza corporea emotiva prende parte a ciò che Carr (1986), Schechtman (1996), Zahavi (2012) e altri, hanno definito come il sé narrativo. Di fronte alla domanda "chi sono io?" ciò che formuli dipende dalla storia che racconti di te stesso, cioè una costruzione aperta in cui prende parte la narrazione delle tue esperienze corporee emotive (Gaete e Fuchs, 2016). Per esemplificare, ci si può rendere conto che sta succedendo qualcosa con i propri segnali corporei ma non si riesce a riconoscere e formulare cosa questi segnali potrebbero significare, come è stato dimostrato in uno studio con pazienti affetti da AN recuperati rispetto alla loro risposta soggettiva e oggettiva a uno stimolo doloroso imminente (Strigo et al., 2013). Tuttavia, in condizioni sane, se i segnali corporei presentano qualcosa di nuovo, strano o intenso, il soggetto cercherà di trovare qualche idea o nozione su ciò che sta accadendo. Questa nozione è una delle capacità di adattamento degli individui nel mantenere l'integrità non soltanto fisica, ma anche psicologica.

*Dimensione funzionale:* la prontezza all'azione delle emozioni comprende attivazioni muscolari che preparano il corpo a scappare, attaccare, nascondersi, ecc., scegliendo individualmente cosa fare con le informazioni corporee fornite dalle emozioni. Quindi, l'esperienza corporea emotiva ha una funzione sia attiva che espressiva, la quale è associata a conseguenze diverse nella relazione tra il soggetto e il mondo. Entrambe le

funzioni offrono informazioni di base su cosa sta succedendo a se stessi, ai rispettivi corpi e a tutti coloro che incontriamo. Questo è l'aspetto creativo delle esperienze corporee emotive: c'è un grado di libertà per fare scelte che consentono al soggetto di cambiare le circostanze agendo nel mondo (Gaete e Fuchs, 2016).

### *3.2. Ipotesi della difesa incarnata*

Come è stato avanzato nei paragrafi di cui sopra, ci sono stati diversi tentativi teorici ed empirici al fine di ampliare il concetto di "immagine corporea" e abbracciare un nuovo modo di comprendere il fenomeno corporeo. Tuttavia, c'è ancora molto lavoro da fare per raggiungere un consenso circa la comprensione dell'esperienza corporea nel contesto della psicopatologia e della salute mentale. Una probabile ragione di questa mancanza di accordo può essere la grandissima difficoltà di rendere operativo il costrutto di "esperienza corporea". Come sottolinea Merleau-Ponty (1945; 1962), il problema può risiedere nella complessa relazione dell'osservatore con l'oggetto di studio rispettivamente come soggetto e oggetto simultaneamente. Lo sviluppo di concetti e strategie terapeutiche che sopravvalutano il corpo come oggetto mostra che è stato difficile, sia per i clinici che per i teorici, uscire dall'eclissi presentata dai pazienti attraverso i loro corpi come il problema principale da risolvere. La presente proposta mira a favorire la comprensione della psicopatologia dei disturbi del comportamento alimentare come disturbo dell'incarnazione. Si basa sul presupposto che molti disturbi mentali che a prima vista appaiono come disturbi del pensiero, della percezione o del comportamento (come è stato proposto per la sintomatologia del disturbo alimentare), sono in realtà basati su sentimenti di fondo inosservati che tacitamente modificano l'intero campo esperienziale (Fuchs, 2013). Nel caso dei disturbi dell'alimentazione, la natura mutevole delle emozioni deve essere al centro del lavoro psicoterapeutico. Lavorare solo con cognizioni, percezioni o comportamenti probabilmente fornirà ai pazienti un senso di controllo e funzionamento, ma non cambierà necessariamente le

loro esperienze corporee emotive disturbate. L'osservazione clinica mostra che i pazienti con AN mantengono rigidamente una consapevolezza attiva del corpo: la posizione implicita o di "riposo" del corpo è a malapena sostenuta. Ciò che richiede una posizione soggettiva del corpo per mostrare risposte adattive è vissuta da una posizione oggettuale del corpo. Quindi, i loro corpi non sono più un mezzo per sperimentare le loro vite; non si "sentono a casa" all'interno dei loro corpi. Invece, i loro corpi, come oggetti, danno organizzazione e struttura alla loro vita quotidiana. Sembra che stare in una posizione soggettiva dei loro corpi sia uno stato doloroso e insopportabile. Così, attraverso la difesa incarnata, i pazienti con AN negano la loro intenzionalità affettiva, portando a un senso di distacco emotivo e a una posizione oggettuale poiché manca l'obiettivo intenzionale delle proprie sensazioni. Questo è ciò che impedisce a molti medici di lavorare con questo tipo di pazienti poiché spesso sembrano inaccessibili (Gaete e Fuchs, 2016).

Pertanto, un importante obiettivo terapeutico è consentire ai pazienti di guardare e parlare delle loro difficoltà nell'affrontare la realtà, consentendo loro di allontanarsi dal concentrarsi rigidamente sul proprio corpo come il problema più importante, e aiutandoli a comprendere e ascoltare le proprie sensazioni corporee, e le tendenze cinestetiche come i migliori segnali per prendere decisioni e gestire le proprie azioni nella vita reale. Naturalmente, questo spostamento della rigida oggettivazione del proprio corpo da parte dei pazienti verso una posizione soggettiva dei loro corpi, in cui i segnali corporei delle emozioni sono lo strumento fondamentale per comprendere se stessi e la loro relazione con il mondo, può creare un alto grado di ansia. Pertanto, questo cambiamento deve essere gestito con attenzione, fondandolo su un'alleanza e un ambiente terapeutici molto sicuri, edificando un rapporto con il clinico basato sulla fiducia (Gaete e Fuchs, 2016).

Questo spostamento però potrebbe spiegare l'alto rischio di recidiva che mostrano i sintomi dell'AN: rimuovere i sintomi (che sono in effetti la loro difesa incarnata) senza lavorare terapeuticamente sulle debolezze sottostanti all'organizzazione del sé, mette il paziente in una nuova, ma instabile posizione "corpo-mondo" del sé che è difficile da sostenere. Pertanto, quali proposte si possono avanzare al fine di rendere i soggetti affetti da AN consapevoli del proprio stato di salute? Quali sono le aree di intervento? Qual è il tipo di psicoterapia più adatto ad intraprendere? Si cercherà di rispondere a tutti questi interrogativi nei capitoli successivi, continuando a fornire una panoramica circa i fattori psicologici sottesi all'AN.

#### *4. Il ruolo del perfezionismo nell'Anoressia nervosa*

L'interesse per il perfezionismo è aumentato enormemente nell'ultima decade in contemporanea allo studio dello sviluppo e del decorso.

Nella letteratura internazionale più recente il perfezionismo è apparso rivestire un ruolo di rilievo nell'eziologia, nel decorso e nel mantenimento di alcuni stati psicopatologici quali: depressione, disturbi d'ansia, disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi dell'alimentazione. Negli ultimi, in particolare, esso rappresenterebbe un fattore di rischio per lo sviluppo della patologia conclamata.

Nonostante il numero crescente di pubblicazioni relative a questo costrutto, restano tuttora aperti una serie di problemi relativi alla sua definizione e quindi ai metodi di valutazione più idonei, al tipo e all'entità della sua relazione con la psicopatologia e infine le implicazioni terapeutiche di tutto ciò.

Le prime definizioni di perfezionismo risalgono alla fine degli anni sessanta, ritenendolo un costrutto *unidimensionale*; esse si focalizzavano esclusivamente sugli aspetti autoriferiti, ovvero lo stabilire standard non realistici per se stessi, l'attenzione selettiva verso il fallimento, il pensiero dicotomico (successo pieno o totale fallimento) (Hollender, 1965; Hamachek, 1978; Burns, 1980). Difatti, secondo alcuni autori, il

perfezionismo consisterebbe nella tendenza a perseguire obiettivi e standard elevati e cura del dettaglio (Antony, Purdon, Huta, e Swinson, 1998; Burns, 1980; Hamachek, 1978), ma consiste anche nel manifestare un pensiero dicotomico (tutto o niente, bianco o nero).

A partire dagli anni '90 si svilupparono delle definizioni *multidimensionali* di perfezionismo comprendenti non solo gli aspetti autoriferiti, ma anche quelli interpersonali (Frost, Marten, Lahart, e Rosenblate, 1990; Hewitt e Flett, 1991). Esse derivarono da osservazioni cliniche secondo le quali i soggetti perfezionisti sarebbero eccessivamente preoccupati della possibilità di commettere errori, dubiterebbero della qualità del loro lavoro, attribuirebbero elevato valore alle aspettative dei propri genitori e alla disciplina: in altre parole, gli aspetti interpersonali avrebbero un'importanza cruciale nel determinare le difficoltà di adattamento dei perfezionisti.

Con il termine “perfezionismo” si fa in genere riferimento all'abitudine a domandare a se stessi o agli altri una performance di qualità maggiore, rispetto a quella richiesta dalla situazione. Ciò è accompagnato dalla tendenza ad una valutazione critica del proprio comportamento (Frost et al., 1990). Le caratteristiche perfezionistiche secondo Hewitt e Flett (1991) sono:

- 1) Standard irrealistici e sforzi per raggiungere questi standards;
- 2) Attenzione selettiva agli errori;
- 3) Interpretazione degli errori come indicatori di fallimento e credenza che, a causa di essi, verrà persa la stima degli altri;
- 4) Autovalutazioni severe e tendenza ad incorrere in un pensiero tutto o nulla, dove i risultati possono essere solo un totale successo o un totale fallimento;
- 5) Dubbio sulla capacità di portare a conclusione un compito in modo corretto;
- 6) Tendenza a credere che gli altri significativi abbiano aspettative elevate;
- 7) Timore delle critiche.

Alcune caratteristiche del perfezionismo possono essere viste come socialmente desiderabili e appaiono essere adattive per un funzionamento psicologico sano; sforzi elevati sono spesso associati a soddisfazione personale e ad un aumentato senso di autostima. D'altra parte, con perfezionismo ci si può anche riferire alla tendenza a stabilire standard elevati impossibili da raggiungere e un forte bisogno di evitare fallimenti. Burns (1993), a questo proposito, ha ritenuto importante differenziare il perfezionismo "malato" dalla "salutare ricerca di eccellere".

Caratteristiche principali del perfezionismo "malato":

- Paura di fallire;
- Insoddisfazione costante per i propri risultati;
- Convinzione che si deve far colpo sugli altri tramite la propria intelligenza e i risultati e che questo è l'unico modo per guadagnare la loro approvazione;
- Quando si sbaglia o si fallisce un obiettivo, si diventa autocritici e ci si sente un fallimento come essere umano;
- Si pensa di dover sempre avere il controllo sulle emozioni.

Caratteristiche principali della "salutare ricerca di eccellere":

- Creatività ed entusiasmo;
- Gli sforzi apportano sentimenti di gioia e di soddisfazione;
- Non c'è la credenza che bisogna guadagnare l'amore e l'amicizia facendo colpo sulle persone ma si crede che le persone ci accettino come siamo;
- L'errore è visto come una possibilità di apprendimento;
- Non si teme che gli altri ci vedano vulnerabili.

A fronte di tutti i presupposti finora sollevati, si cercherà di far confluire il costrutto di "perfezionismo" verso i disturbi dell'alimentazione, e a tal proposito, tra gli studiosi che si sono occupati di perfezionismo nei disturbi dell'alimentazione, alcuni hanno dato più rilievo agli aspetti personali (Strober, 1991), sottolineando anche l'influenza della

componente genetica su questo tratto di personalità (Halmi et al., 2000), mentre altri hanno sottolineato il ruolo dei fattori sociali.

Per rimanere più inerenti alla sfera psicologica, secondo Strober (1991) vi sono tre aspetti della personalità fortemente legati al perfezionismo, i quali formano il cuore della vulnerabilità ai disturbi dell'alimentazione:

- 1) Bassa ricerca della novità: il perfezionista, infatti, si cimenta in poche attività e solo in quelle in cui è sicuro di avere una performance perfetta.
- 2) Eccessivo evitamento del danno: il perfezionista sente la necessità di evitare di apparire imperfetto; ciò può essere letto come il voler evitare critiche negative da parte di altri.
- 3) Dipendenza dalle ricompense: senti di dipendere dall'approvazione degli altri.

Più recentemente Broks (2020), propone un'affascinante interpretazione dei significati e delle condotte anoressiche in chiave cartesiana, paragonando l'AN "medievale" e l'AN "moderna", e considerando la prima come precursore della seconda. L'interrogativo che muove l'analisi effettuata dall'autore è: "Questo bizzarro disturbo, in qualche modo, potrebbe essere legato a quelle preoccupazioni cartesiane. Potrebbe essere interpretato come una battaglia tra corpo e anima?". Attraverso una disamina delle analogie e delle differenze tra AN "medievale" e AN "moderna", l'autore giunge ad identificare – in entrambe le forme – il *digiuno* come uno strumento di controllo finalizzato al raggiungimento di standard elevati nel perseguire un ideale (*purezza spirituale vs. magrezza*), caratteristiche personologiche di perfezionismo, emozione di base del disgusto come conseguenza del fatto di non riuscire a mantenere determinati standard culturali, che metterebbe così in conflitto corpo e mente, e alimenterebbe il disprezzo di sé e la vergogna. In altre parole, secondo l'autore, nelle sue forme medievali e moderne, l'AN è un modo di affermare la propria identità mentale rispetto a quella fisica, un'espressione autodistruttiva della "mente sulla materia", la manifestazione di una

mentalità perfezionista bloccata in una dimensione di esperienza che penetra il nucleo stesso dell'essere umano, ossia il corpo. Le esperienze sono alimentate, in un modo e nell'altro, dall'emozione di base del disgusto: dalle più grossolane sensazioni di repulsione fisica ai più elevati sentimenti di spiritualità e timore reverenziale. In sintesi, le risorse mentali sono schierate per la battaglia contro il corpo e il disgusto per sé ne è la motivazione.

Riprendendo il concetto di “perfezionismo”, è interessante il contributo di una recente meta-analisi di Dahlenburg, Gleaves, e Hutchinson (2019) dove è stato evidenziato che soggetti con AN mostrano livelli più elevati di perfezionismo rispetto ad un campione non clinico e ad un campione con altra diagnosi psichiatrica.

Per concludere, le diverse analisi esposte confermano la validità del modello multidimensionale che tiene conto di diversi aspetti (biologici, psicologici e socio-culturali), come fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento dell'AN.

##### *5. Il ruolo dell'autostima nell'Anoressia nervosa*

È stato evidenziato come il perfezionismo, tra i fattori di rischio di tipo psicologico, giochi un ruolo fondamentale nei disturbi dell'alimentazione sia in termini eziopatogenetici, sia in termini causali. Ciononostante, tra i vari fattori psicologici gioca un ruolo fondamentale anche l'autostima, e sono stati fatti diversi studi in merito a tale fattore.

Negli ultimi decenni, il tema dell'alimentazione incontrollata e disorganizzata è stato sempre più affrontato nella ricerca psicologica (Bittermann, 2019), incentrando gli studi non sull'AN in particolare, ma nei disturbi dell'alimentazione in generale.

La bassa autostima, considerata un fattore di rischio significativo per l'AN e per i disturbi dell'alimentazione in generale, ha suscitato grande interesse per la ricerca scientifica (Stice, 2016) e una meta-analisi molto recente condotta da Colmsee, Hank, e

Bošnjak (2021) va ad indagare la relazione tra bassa autostima e disturbi dell'alimentazione, valutando se questa può effettivamente fungere da fattore di rischio. L'autostima può essere vista come la valutazione di se stessi come più o meno meritevoli di averla (Baumeister, 1998). Ci sono innumerevoli modelli che si preoccupano di spiegare il costrutto dell'autostima, e un modello recente che spiega lo sviluppo della stessa nel tempo e la sua sedimentazione nella propria personalità è il modello dell'autostima auto-organizzativa "*Self-Organizing Self-Esteem*" (SOSE), di De Ruiter, van Geert, e Kunnen (2017): tale modello suggerisce che l'autostima si manifesti come conseguenza di esperienze precedenti e acquisisce una stabilità crescente nel tempo.

Ciononostante, altri modelli precedenti hanno avanzato l'ipotesi che vi sia una relazione tra bassa autostima e disturbi dell'alimentazione; a tal proposito, Serpell e Troop (2003) hanno incorporato la rilevanza dell'autostima in un modello che tiene conto di diversi fattori psicologici nell'eziologia dell'alimentazione disorganizzata. Oltre alle vicissitudini dell'infanzia e dell'adolescenza che chiunque può incontrare e al perfezionismo discusso precedentemente, la bassa autostima è vista come una componente che contribuisce a una progressiva vulnerabilità all'alimentazione patologica nel tempo. Questa, in combinazione con lo stress in termini di difficoltà interpersonali o sensazioni di impotenza, fa sì che si evolvano i disturbi alimentari. Inoltre, secondo il modello, la bassa autostima porta direttamente a sintomi associati all'alimentazione patologica, come la moderazione nel mangiare, l'avversione al cibo e la tendenza a valutare il proprio valore in base al peso e alla forma del corpo. Questi sintomi, a loro volta, contribuiscono alla vulnerabilità complessiva e sono anche una conseguenza dei disturbi alimentari. Nel complesso, questo modello spiega come la bassa autostima provochi e mantenga direttamente un'alimentazione patologica (Serpell e Troop, 2003).

Prima di arrivare allo studio preso in esame per verificare se la bassa autostima è a tutti gli effetti un fattore di rischio per i disturbi alimentari, e quindi per l'AN, le ricerche e/o meta-analisi condotte fino a questo momento erano incentrate sull'autostima come prevenzione dell'alimentazione disorganizzata (Stice e Shaw, 2004), sul ruolo che ha l'autostima rispetto agli esiti del trattamento dei pazienti con disturbi alimentari (Kästner, Löwe, e Gumz, 2019; Vall e Wade, 2015), o ancora sulla correlazione trasversale di queste variabili (Kästner et al., 2019), ma mai come fattore di rischio. Pertanto, Colmsee et al. (2021) hanno studiato l'effetto predittivo dell'autostima sui sintomi dei disturbi alimentari per mezzo del "modello a pannelli incrociati" (*Cross-lagged panel model*) (Viswesvaran e Ones, 1995), un modello di equazione strutturale temporale utilizzato per analizzare i dati del pannello in cui due o più variabili vengono misurate ripetutamente in due o più punti temporali diversi. Questo consente di combinare effetti autoregressivi e correlazioni incrociate tra variabili di interesse e riesce ad avanzare ipotesi sulla causalità (Selig e Little, 2013).

I risultati dello studio preso in considerazione per evidenziare se la bassa autostima può essere un fattore di rischio per i disturbi dell'alimentazione suggeriscono che la bassa autostima è un fattore importante nello sviluppo dell'alimentazione patologica. Questo effetto è particolarmente evidente per le femmine, mentre sembra essere robusto per età che vanno dalla tarda infanzia alla prima età adulta. Gli effetti valgono anche per diversi sottotipi, il che indica che la bassa autostima è un fattore di rischio piuttosto universale per diversi disturbi alimentari.

Tuttavia, questa meta-analisi dimostra anche il grande divario di ricerca in questo campo. È necessaria una ricerca longitudinale di alta qualità per indagare ulteriormente sull'effetto causale della bassa autostima sulla patologia alimentare. Questo è fondamentale per ottenere ulteriori informazioni sui processi che causano e mantengono i sintomi. Le influenze dell'autostima potrebbero essere implementate in diversi

programmi di prevenzione e trattamento. Si spera che questo possa ridurre la sofferenza dei giovani e gli alti tassi di mortalità per i disturbi alimentari.

#### *6. Il ruolo dell'ansia nell'Anoressia nervosa*

Sopraggiungendo ai vari fattori di rischio di tipo psicologico descritti sopra, rimane un altro importante ruolo da descrivere sotteso, in senso lato, ai vari disturbi alimentari, ovvero: l'ansia. Più nello specifico, può avere un'incidenza, in termini causali, sull'AN? A primo impatto, la risposta più plausibile e logica che passerebbe per la mente è "Sì", l'ansia può causare AN. Pertanto, se prendiamo come ipotesi iniziale il fatto che l'ansia possa avere un'influenza circa l'esordio di tale patologia, lo si può tuttavia dimostrare? Ebbene, Lloyd, Haase, Zerwas, e Micali (2020) sono riusciti a fornire una risposta al quesito posto. Ciò che volevano determinare era se i disturbi d'ansia sono prospetticamente associati al digiuno per la perdita di peso e/o per evitare l'aumento di peso, comportamento tipico che precede l'AN, nel periodo adolescenziale (Lloyd et al., 2020).

Vari modelli eziologici propongono che l'ansia sia un fattore di rischio psicologico per lo sviluppo di AN (Kaye et al., 2003; Kaye, Fudge, e Paulus 2009; Haynos e Fruzzetti, 2011; Nunn, Frampton, e Lask, 2012; Lloyd, Frampton, Verplanken, e Haase, 2017). In questi modelli si avanza l'idea che la restrizione dietetica porti ad una riduzione dell'ansia, cioè che il soggetto si senta più sollevato quando non mangia: in altre parole, meno si mangia e meno ci si sente ansiosi, il che significa che questo comportamento di tipo restrittivo porta ad avere esiti particolarmente positivi e favorevoli in termini di riduzione dei livelli di ansia per coloro che ne soffrono. Quindi, a loro volta, i risultati positivi e rinforzanti che il soggetto ottiene da questi comportamenti restrittivi incoraggiano un impegno continuo e progressivamente più estremo rispetto alla restrizione dietetica. Inevitabilmente, a lungo andare questo porta ad una vera e propria dipendenza dalla restrizione alimentare, in particolare per la gestione dell'ansia che è

sempre più focalizzata sull'alimentazione e sull'aumento di peso, riflettendo pertanto la presenza di AN, quando in realtà questa funzione motivante della restrizione sostituisce l'importante valore appetitivo e positivo del cibo che si presenta in condizioni "normali".

Ciò che è emerso dallo studio di Lloyd et al. (2020), è che i disturbi d'ansia hanno predetto il successivo impegno nel digiuno circa la perdita di peso (o per evitare l'aumento di peso): difatti tale comportamento, vale a dire l'alimentazione restrittiva, è un criterio diagnostico e una caratteristica fondamentale di AN (APA, 2013), e al tempo stesso precede anche l'insorgenza del disturbo dimodoché possa essere caratterizzato come un sintomo prodromico<sup>2</sup> (Patton, Johnson-Sabine, Wood, Mann, e Wakeling, 1990; Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer, e Agras, 2004; Stice, Gau, Rohde, e Shaw, 2017). Pertanto, i risultati evidenziano i disturbi d'ansia come potenziale obiettivo di intervento al fine di prevenire i disturbi alimentari, e a fronte di questa motivazione può essere particolarmente vantaggioso studiare direttamente i predittori dei comportamenti alimentari restrittivi tipici dell'AN, in termini di identificazione di fattori prospetticamente associati allo sviluppo del disturbo (Lloyd et al., 2020). Ciononostante, vi è una precisazione da fare rispetto all'età in cui vi si manifestano disturbi d'ansia in termini predittivi circa i comportamenti restrittivi: nello studio adottato per sostenere l'ipotesi che i disturbi d'ansia causino AN, il campione di persone di sesso femminile preso in esame si divideva in età 13-14 e 15-16 anni: è emerso un'associazione altamente positiva tra la presenza di disturbi d'ansia all'onda 15-16 anni con esordio di digiuno all'onda 17-18 anni, quindi due anni dopo la diagnosi di disturbi d'ansia, mentre è stata riscontrata un'associazione molto più bassa tra i disturbi d'ansia all'onda 13-14 anni con esordio di comportamenti restrittivi all'onda 15-16 anni, quindi due anni dopo la diagnosi di disturbi d'ansia. Pertanto, la presenza di

---

<sup>2</sup> Manifestazione morbosa, senza carattere specifico, che precede l'insorgenza dei sintomi caratteristici di una malattia.

un disturbo d'ansia nella fase medio-tardiva dell'adolescenza (15-16 anni), prevedeva una maggiore probabilità di un digiuno due anni dopo, rispetto alla presenza di un disturbo d'ansia in età precoce (13-14 anni) la cui probabilità di un comportamento restrittivo successivo era molto più bassa. Ciò potrebbe essere spiegato sulla base del fatto che i sintomi ansiosi diagnosticati in età precoce non fossero del tutto corretti a fronte di un problema di misurazione che potrebbe quindi aver portato ad una bassa relazione tra disturbi d'ansia e comportamenti restrittivi in questa fascia d'età: i sintomi non fisici che non potevano essere articolati dagli adolescenti, o che non hanno avuto esiti osservabili, potrebbero non essere stati riportati (Lloyd et al., 2020); a sostegno di ciò, la segnalazione dei genitori di sintomi occulti di internalizzazione, ad esempio la preoccupazione, è particolarmente discordante con i sintomi riferiti dal bambino (Comer e Kendall, 2004).

Nonostante i limiti discussi, lo studio di Lloyd et al. (2020) dimostra che nelle femmine esiste un effetto predittivo circa i disturbi d'ansia presenti nell'adolescenza medio-tardiva sul successivo comportamento di digiuno che è di per sé un fattore di rischio per l'AN. Quindi, i risultati evidenziano la patologia del disturbo d'ansia come un potenziale bersaglio al fine di prevenire i disturbi alimentari, sebbene siano necessarie ulteriori ricerche per determinare i meccanismi alla base di questa osservazione (Lloyd et al., 2020).

## CAPITOLO SECONDO

### Siti di Social Network ed immagine corporea

*“Un punto da chiarire è se la malattia determini il delitto o se il delitto stesso, per virtù propria, non sia sempre accompagnato da qualche fenomeno morboso.”*

*(Fëdor Michajlovič Dostoevskij)*

#### *1. Siti di Social Network*

Il mondo occidentale predilige implicitamente un'immagine corporea femminile che soddisfi determinati canoni nonostante questi non siano direttamente accessibili a tutti, causando problematiche non soltanto a livello interpersonale, ma anche a livello intrapersonale. Il movimento verso un'immagine corporea ideale ha dominato i siti di social networking (SNS) nell'ultimo decennio, in coincidenza con un maggiore coinvolgimento negli spazi online (Raggatt et al., 2018). Ciò che si cercherà di capire in questo capitolo è se gli SNS possono avere un impatto, e quindi un'influenza, a livello alimentare, passando in rassegna alcuni articoli che vanno ad indagare se vi è una relazione tra SNS, immagine corporea e disturbi alimentari (Holland e Tiggemann, 2017).

Attraverso la proliferazione degli smartphone e il miglioramento della connettività ad Internet, l'uso degli SNS è diventato parte integrante della vita dell'individuo (Ho, Lwin, e Lee, 2017). È stato indicato che l'88% dei giovani di età compresa tra 18 e 29 anni usa gli SNS, rispetto al 78% per quelli di età compresa tra 30 e 49 anni, il 64% tra quelli di età compresa tra 50 e 64 anni e il 37% per gli americani di età pari o superiore a 65 anni (Smith e Anderson, 2018), indicando che i giovani adulti sono gli utenti più attivi sugli SNS che, di conseguenza, ha portato ad una crescente preoccupazione circa

l'uso eccessivo degli SNS. In altre parole, l'aumento della quantità di tempo speso circa l'utilizzo degli SNS si traduce in una maggiore preoccupazione per gli SNS a causa dell'incapacità di controllare l'uso di questi ultimi, virando verso un'incidenza dannosa sulla vita degli utenti (Ho et al., 2017; Kuss e Griffiths, 2017).

Un impatto psicologico rispetto all'aumento dell'uso degli SNS è l'insoddisfazione dell'immagine corporea, cioè la valutazione negativa del proprio aspetto fisico (Cohen e Blaszczynski, 2015). A tal proposito, c'è molta ricerca che ha studiato il ruolo degli SNS e la sua relazione con l'insoddisfazione dell'immagine corporea; in particolare, con i fattori multidimensionali circa la condivisione di foto, delle interazioni tra pari e dell'accessibilità della tecnologia mobile, ci sono molte piattaforme online che promuovono gli ideali di immagine corporea a causa dell'ambiente altamente visivo e accessibile degli SNS (Holland e Tiggemann, 2016). In effetti, nella loro revisione, i due autori hanno studiato la relazione tra SNS, immagine corporea e alimentazione disordinata, fornendo prove che l'uso degli SNS, in particolare l'uso degli SNS basato sull'aspetto, è associato ad una maggiore insoddisfazione del corpo e alimentazione disordinata (Holland e Tiggemann, 2016). Inoltre, l'uso passivo degli SNS è stato anche correlato al confronto sociale verso l'alto, che è di conseguenza associato a una minore autovalutazione e al benessere soggettivo (Wang, Wang, Gaskin, e Hawk, 2017): tale ricerca sulle preoccupazioni e sui confronti sull'immagine corporea, si è concentrata principalmente sulle donne ed è stato suggerito che in particolare le giovani donne potrebbero essere più propense a impegnarsi in attività basate sulla pubblicazione di foto sugli SNS, che possono rafforzare di conseguenza le preoccupazioni relative all'immagine corporea (Wang et al., 2017).

È stato dimostrato che l'esposizione alle tendenze degli SNS che circondano le tematiche "*thinspiration*" e "*fitspiration*", cioè le immagini che circondano la promozione della magrezza (perdita di peso) e della fitness (esercizio fisico e salute),

rispettivamente, portano a una maggiore insoddisfazione dell'immagine corporea (Tiggemann e Zaccardo, 2015) e una maggiore interiorizzazione dell'ideale di magro (Fardouly, Willburger, e Vartanian, 2018), che può essere attribuito all'utilizzo di questi tipi di immagini come obiettivi aspirazionali per il confronto di ideali di corpo magro e più tonico (Ryding e Kuss, 2020), nonostante, comunque, il primo tag riportato di cui sopra sia stato bandito da Instagram (Marks, De Foe, e Collett, 2020).

Nel complesso, è stato riscontrato che il tipo di impegno sugli SNS, in particolare l'uso passivo incentrato sull'aspetto, è significativamente associato a una maggiore insoddisfazione dell'immagine corporea (Ryding e Kuss, 2020). Se la ricerca sugli SNS mira a estendersi alla valutazione clinica, è necessario però stabilire una linea di base standardizzata in termini di frequenza di SNS, al fine di distinguere tra uso di SNS normale, eccessivo e che crea dipendenza (Ryding e Kuss, 2020). Nei paragrafi successivi, si andrà ad approfondire la tematica circa l'influenza da parte di specifici social network sulla percezione dell'immagine corporea considerata socialmente "ideale".

## *2. Raggiungimento di un ideale sociale*

Essere costantemente sottoposti ad ideali di bellezza che la società occidentale ha imposto, forse involontariamente, ha portato inevitabilmente al raggiungimento degli stessi nelle modalità più deleterie che si possano adottare: pubblicare ed enfatizzare contenuti sugli SNS, in questo caso si parla di "fotografie", genera preoccupazione e disagio in coloro che si sentono inadatti e impossibilitati di rispecchiare tali canoni.

Ma in quali SNS vengono pubblicati più contenuti? In una recente ricerca, è emerso che Instagram è attualmente l'SNS più popolare per quanto concerne la pubblicazione di foto e video, su un profilo privato o pubblico (Holland e Tiggemann, 2017). Il coinvolgimento di Instagram include la modifica e la condivisione di contenuti, lo scorrimento dei post, i commenti, i "mi piace", la messaggistica istantanea, la ricerca di

contenuti taggati (utilizzando il simbolo “#”) e l’esplorazione degli account (Dumas, Maxwell-Smith, Davis, e Giulietti, 2017). Le celebrità di Instagram, note come “*influencer*”, hanno una voce potente su questa piattaforma attraverso la connessione personale che i *follower*, cioè coloro che li seguono, sviluppano nei loro confronti (Marks et al., 2020), i quali incarnano gli stereotipi di ideali che la società implicitamente impone e che, di conseguenza, i ragazzi cercano costantemente di raggiungere. Sebbene ci siano chiaramente molti vantaggi nell’uso degli SNS come il supporto tra pari, la condivisione delle informazioni e la normalizzazione di varie esperienze, l’uso eccessivo può portare a confronti sociali tossici e percezioni negative dell’immagine corporea, che spesso possono essere rafforzate e normalizzate da amici e influencer nelle varie piattaforme (Marks et al., 2020).

Anche se trattato in paragrafi precedenti, il concetto di immagine corporea rimane un pilastro fondamentale rispetto alle cause psicologiche dei disturbi alimentari. Le preoccupazioni sull’immagine corporea si riferiscono a una persona che si sente ansiosa, angosciata o imbarazzata riguardo a particolari caratteristiche del corpo (Marks et al., 2020). L’immagine corporea ha componenti cognitive, affettive e percettive, inclusi pensieri (ad es., insoddisfazione), sentimenti (ad es., vergogna) e interpretazioni (ad es., percezione distorta) (Marks et al., 2020). Questo, tuttavia, varia da persona a persona, a seconda dell’esposizione ai messaggi sugli ideali del corpo e delle dimensioni, forma e aspetto individuali del corpo (Forbes et al., 2012).

In un articolo meno recente rispetto all’attuale posizione circa la popolarità e l’uso dell’attuale social network Instagram per quanto concerne la pubblicazione e lo scorrimento di foto e video, Meier e Gray (2014) hanno suggerito che l’esposizione ai social media influenzi direttamente l’immagine corporea. Ad esempio, i due autori hanno esaminato il tempo trascorso a guardare, commentare e pubblicare immagini su Facebook tra adolescenti di sesso femminile e hanno scoperto che una maggiore

esposizione a contenuti basati su immagini era associata all'insoddisfazione del corpo e all'interiorizzazione dell'ideale magro. Ovviamente, la ricerca era incentrata sull'uso di Facebook in termini di osservazione e pubblicazione di immagini, non sull'uso del social in generale. Questo per indicare che la vista di immagini sugli SNS e l'immagine corporea sono tra loro relati, e ciò è stato confermato anche in un articolo più recente di Rajanala, Maymone, e Vashi (2018). Pertanto, la fruizione di immagini contemporaneamente associata all'immagine corporea, porta ad una distorsione di quest'ultima: associarsi ad una figura di immagine corporea che la società impone come "ideale" da raggiungere, genera insoddisfazione in coloro che non rispecchiano determinati canoni, generando un circolo vizioso di comportamenti alimentari disordinati e pensieri intrusivi fuorvianti.

### *2.1. Thinspiration e fitspiration*

Una caratteristica fondamentale che la nostra società ha imposto è la magrezza. L'ideale di magro è un fenomeno documentato nella cultura occidentale, che fa convergere la bellezza con la magrezza; esso, è identificato come un importante fattore di rischio nello sviluppo di problemi di immagine corporea, alimentazione disordinata e comportamenti di esercizio eccessivo (Marks et al., 2020). Studi correlazionali e sperimentali hanno scoperto che l'esposizione a contenuti di "ispirazione alla magrezza" è dannosa per l'immagine corporea e, per questo motivo, il tag "*thinspiration*" è stato bandito su Instagram dal 2012 (Marks et al., 2020), come riportato precedentemente. Ciononostante, ad oggi, il termine in questione viene comunque utilizzato e, per questo motivo, Ging e Garvey (2018) hanno analizzato i contenuti collegati al tag "*thinspiration*": vengono identificati come immagini che riportano testi che incoraggiano a non mangiare, che esprimono disagio, sofferenza, sentimenti di tristezza, desideri di autolesionismo e/o pensieri suicidari. Per di più, suggeriscono motivazioni

valide rispetto ad eludere e nascondere la presenza di un disturbo alimentare (Ging e Garvey, 2018).

Il termine “*fitspiration*” (riferimento al fitness e alla salute psicofisica) mette in risalto una figura tonica e muscolosa attraverso un'alimentazione sana e l'esercizio fisico; attualmente, su Instagram, ci sono 17,7 milioni di post con il tag “*fitspiration*” (Marks et al., 2020). Il contenuto di questo tag spesso normalizza l'esercizio compulsivo e il trascorrere una quantità eccessiva di tempo nella preparazione del cibo: difatti, in alcuni casi, la “*fitspiration*” sottolinea ancora l'importanza della magrezza, ma eleva questo ideale per essere anche atletico (Marks et al., 2020). Alcuni studi sperimentali e correlazionali hanno dimostrato che la visualizzazione del contenuto di “*fitspiration*” influisce negativamente sull'immagine corporea e sui comportamenti dei disturbi alimentari (Marks et al., 2020). Fardouly et al. (2018), ad esempio, hanno esaminato la relazione tra la visualizzazione di post con il tag “*fitspiration*” su Instagram e le preoccupazioni relative all'immagine corporea tra 276 giovani donne adulte. Dallo studio è emerso un legame significativo con le preoccupazioni relative all'immagine corporea durante l'uso di Instagram nella visualizzazione di foto, mentre non è emerso un legame significativo con l'uso di Instagram in generale (Fardouly et al., 2018).

Tiggemann e Zaccardo (2015) evidenziano che le immagini con il tag discusso, stanno oggettivando ed enfatizzando alcune parti del corpo (ad es., addome tonico e braccia muscolose), il che porta a rafforzare inevitabilmente le preoccupazioni sull'immagine corporea. Pertanto, l'esposizione alla “*fitspiration*” influenza indubbiamente l'autointerpretazione e può quindi influenzare comportamenti di disturbi alimentari (Marks et al., 2020).

### 3. SNS e disturbi alimentari: vi è una relazione?

Come suggerisce l'APA (2013), i disturbi alimentari sono caratterizzati da restrizione dietetica, pensieri ossessivi rispetto al cibo e al corpo, esercizio compensatorio e disagio

psicologico. A livello socioculturale, una modalità che influisce ed incide nello sviluppo di un disturbo alimentare è l'esposizione dei media agli ideali del tipo di corpo (Culbert, Racine, e Klump, 2015) e, in un certo senso, i social media funzionano in modo simile ai media tradizionali, offrendo e rafforzando indirettamente gli ideali del tipo di corpo, i quali risultano però aggravati a causa di questa duplice presenza.

In uno studio di Cohen, Newton-John, e Slater (2017) si voleva indagare l'uso degli SNS relativi all'immagine corporea: in altre parole, si voleva indagare se vi era una relazione positiva tra i post che i social network Facebook ed Instagram presentavano e le preoccupazioni circa l'immagine corporea nelle giovani donne. Lo studio in questione ha utilizzato la teoria socioculturale del disturbo dell'immagine corporea (Thompson, Heinberg, Altabe, e Tantleff-Dunn, 1999) e la teoria dell'oggettivazione (Fredrickson e Roberts, 1997) per espandere l'attuale letteratura rispetto ai social media e l'immagine corporea (Cohen et al., 2017).

In linea con la teoria socioculturale del disturbo dell'immagine corporea (Thompson et al., 1999), la ricerca ha costantemente rilevato che l'esposizione alle rappresentazioni mediatiche dell'ideale di magro in televisione e nelle riviste porta all'internalizzazione dello stesso e conseguentemente al confronto dell'aspetto, con conseguente preoccupazione per l'immagine corporea e disturbi alimentari nelle donne (Groesz, Levine, e Murnen, 2002; Grabe, Ward, e Hyde, 2008). Allo stesso modo, la teoria dell'oggettivazione (Fredrickson e Roberts, 1997) suggerisce che nel momento in cui i media oggettivizzano una donna tramite la visione di foto, questo porti le donne ad auto-oggettivarsi: la sorveglianza corporea e la manifestazione comportamentale dell'auto-oggettivazione, implica un continuo auto-monitoraggio dell'aspetto del corpo (McKinley e Hyde, 1996) il quale è un fattore di rischio per i disturbi dell'alimentazione (Moradi e Huang, 2008).

Per entrare nel merito dell'articolo preso in esame, Cohen et al. (2017) hanno asserito che negli ultimi anni la ricerca ha esaminato il ruolo che hanno gli SNS nelle preoccupazioni relative all'immagine corporea: una combinazione unica di fattori, tra cui le interazioni tra pari, la popolarità delle foto che vengono condivise e l'accessibilità della tecnologia mobile, aumenta la probabilità per gli utenti che utilizzano gli SNS di interiorizzare l'ideale di magro, di auto-oggettivarsi e di calarsi nel confronto del proprio aspetto fisico con i coetanei (Cohen et al., 2017). Ad es., l'uso di Facebook, che può comportare una moltitudine di attività tra cui la pubblicazione di fotografie, messaggistica privata con gli amici, lettura di notizie, osservazione e interazione con i post degli amici, è possibile che il tempo trascorso su questa piattaforma, principalmente a guardare foto dei propri amici, possa portare a un maggiore confronto dell'aspetto e a un'interiorizzazione dell'ideale di magro, e quindi avere un impatto maggiore sulla soddisfazione del corpo (Cohen et al., 2017). Allo stesso modo, su Instagram, gli utenti che seguono account prevalentemente incentrati sull'aspetto (ad es., modelle) possono essere più preoccupati del proprio aspetto fisico rispetto agli utenti che seguono account neutri sull'aspetto, ma non incentrati sulla moda o sul fitness, ma ad es. sui viaggi (Cohen et al., 2017). Pertanto, ciò che è emerso dal presente studio è che il tempo trascorso sulle piattaforme Facebook ed Instagram a guardare foto che enfatizzano un'immagine corporea "perfetta", è direttamente relata all'interiorizzazione dell'ideale di magro e alla costante sorveglianza del corpo. Al tempo stesso, la medesima relazione positiva è emersa anche nella condizione in cui giovani donne seguono account in cui parlano di "salute e fitness", il che ha portato ad una spinta alla magrezza costante.

Una rassegna di Holland e Tiggemann (2016) ha studiato la relazione tra SNS, immagine corporea e alimentazione disordinata, fornendo prove circa l'uso degli SNS basati sull'aspetto associato ad una maggiore insoddisfazione del corpo e ad

un'alimentazione disordinata. Tuttavia, la maggior parte degli studi che esplorano questa relazione sono correlazionali (Kim e Chock, 2015; Smith, Hames, e Joiner, 2013), pertanto non è possibile trarre inferenze causali (Ryding e Kuss, 2019).

Per concludere, questi risultati dimostrano che l'uso degli SNS incentrato sull'aspetto piuttosto che sul rispettivo uso generale, può essere più rilevante per i problemi di immagine corporea nelle giovani donne (Cohen et al., 2017). Le attività incentrate sull'aspetto sia su Facebook che su Instagram sono state correlate con l'interiorizzazione ideale del magro che la società impone e che viene pubblicizzata da coetanei e/o “*influencer*” popolari, e che porta conseguentemente ad una maggiore sorveglianza del corpo; questi, quindi, come accennato sopra, sono fattori di rischio stabiliti per un'alimentazione disordinata (Moradi e Huang, 2008). Pertanto, questi risultati offrono supporto alle teorie socioculturali e di oggettivazione della donna e dell'immagine corporea (Thompson et al., 1999; Fredrickson e Roberts, 1997), e contribuiscono alla crescente letteratura sui social media e l'immagine corporea (Cohen et al., 2017). Si può ipotizzare, alla luce della letteratura citata in questa sede, che vi può essere una relazione tra il tempo impiegato a guardare immagini che alludono ad un ideale di corpo “oggettivamente perfetto” e un disturbo alimentare: in termini quindi di “ideale di magro”, si può avanzare l'idea che si potrebbe presentare AN nel corso del tempo, ma per adesso non è opportuno fare questo tipo di inferenza poiché sono necessari particolari studi sperimentali che possano stabilire se vi è un nesso causale oppure no.

#### *4. Il confronto sociale*

Un modo per spiegare perché avviene il confronto tra coetanei o addirittura con persone considerate “superiori” a se stessi, è la teoria del confronto sociale (Festinger, 1954). Ciò che l'autore sostiene nella sua teoria è che gli esseri umani, per poter confermare le proprie idee, opinioni e/o competenze, tendono a confrontarsi con coloro che incarnano

le loro stesse idee, opinioni e/o competenze (Festinger, 1954). Per quanto concerne l'utilizzo degli SNS, è stato dimostrato che le donne sono probabilmente più motivate ad usufruire degli stessi al fine di confrontarsi con gli altri per adattare e sviluppare la propria immagine di sé e auto-presentazione (Haferkamp, Eimler, Papadakis, e Kruck, 2012). In effetti, la ricerca ha dimostrato che in generale i confronti dell'aspetto mediano la relazione tra l'uso degli SNS e l'insoddisfazione dell'immagine corporea nelle donne (Fardouly e Vartanian, 2015), indicando che l'uso dei social network può facilitare lo sviluppo di preoccupazioni sull'immagine corporea. Ciononostante, è stato evidenziato anche il verso del confronto sociale, cioè la direzione verso cui esso tende, e che tale direzione svolge un ruolo nel mediare le preoccupazioni relative all'immagine corporea. In particolare, i confronti “verso l'alto”, vale a dire quella tipologia di confronti verso individui percepiti con caratteristiche positive “superiori” rispetto alle proprie, hanno dimostrato di essere associati a una maggiore insoddisfazione dell'immagine corporea poiché gli individui hanno meno probabilità di essere soddisfatti di se stessi quando confrontano il loro aspetto con gli ideali percepiti che altri possiedono (Kim e Chock, 2015), a differenza dei confronti “verso il basso”, cioè quella tipologia di confronti verso quegli individui percepiti con caratteristiche “inferiori” rispetto alle proprie (Kim e Chock, 2015). In altre parole, gli individui che fanno confronti “verso l'alto”, e che quindi si percepiscono come non all'altezza, causano insoddisfazione in se stessi; pertanto, la natura del confronto sociale, applicato al comportamento online, così come al tempo trascorso a guardare immagini di bellezza considerate socialmente “perfette”, potrebbe prevedere il disagio psicologico in modo più accurato che viene ad interiorizzarsi in coloro che non si sentono capaci di raggiungerlo (Marks et al., 2020).

Il confronto sociale crea una discrepanza tra le proprie caratteristiche corporee reali e ideali, interiorizzando quindi una sorta di insoddisfazione personale (Marks et al.,

2020): Holland e Tiggemann (2017) hanno notato che dare e ricevere feedback esagera il confronto sociale, il che guida l'interiorizzazione dell'aspetto che la società ha stabilito come "da raggiungere". Ad es., sulla piattaforma Instagram, gli individui possono confrontarsi con persone molto al di fuori della loro rete sociale (ad es., gli "influencer"), e di conseguenza questo potrebbe potenzialmente stabilire standard di confronto ancora più elevati (Marks et al., 2020).

A seguito di quanto suggerito in questo paragrafo, risulta evidente che il confronto sociale dell'aspetto fisico sia un meccanismo che è stato fortemente implicato nello sviluppo dell'insoddisfazione dell'immagine corporea e che è stato preso in considerazione in diversi studi (Ryding e Kuss, 2019).



## CAPITOLO TERZO

### Lo scheletro che piace

*“Trasformiamo gli scheletri in dee  
e li guardiamo come se potessero  
insegnarci a non aver bisogno.”*

*(Marya Hornbacher)*

#### *1. La componente egosintonica nell'Anoressia nervosa*

L'autrice citata in questa sua meravigliosa quanto tristissima affermazione, avanza l'opinione rispetto al fatto che le donne ammirino altre donne che sono però molto magre, che vengono cioè viste come ideali che dovrebbero aspirare ad assomigliare, le quali vengono pubblicizzate e gratificate dai social e dai media tradizionali. Il punto oscuro e deleterio di questa triste realtà è che le donne in questione, coloro che vengono viste come modelli da emulare, siano in qualche modo “sbagliate”, hanno bisogno di aiuto. Ragazze giovani che aspirano ad ottenere un corpo emaciato, scheletrico, pensano che le renderà più desiderabili e di successo, quando in realtà i “modelli” a cui aspirano sono tanto bisognosi di coadiuvo quanto loro, se non di più.

Quindi, è possibile fornire una spiegazione a fronte di questo desiderio incontrollato per il quale una donna trae piacere dall'ottenere un corpo scheletrico? In una rassegna di Gregertsen, Mandy, e Serpell (2017) è stata analizzata la letteratura in merito alla componente egosintonica dell'AN, in cui gli individui affetti da questa malattia apprezzano il loro disturbo, ostacolando in questo modo la motivazione per il recupero e l'impegno con il trattamento. Infatti, comprendere questo apparente paradosso del perché i malati di AN continuano a dare valore al loro disturbo nonostante la serie di effetti dannosi che ne derivano può essere di notevole importanza empirica e clinica (Gregertsen et al., 2017). Nonostante gli apparenti effetti dannosi della malattia, il trattamento dell'AN è caratterizzato da alti tassi di abbandono: nello specifico, tra il

20% e il 51% dei pazienti ricoverati interrompe il trattamento prima di averlo completato (Fassino, Piero, Tomba, e Abbate-Daga, 2009). Inoltre, i pazienti con AN raramente cercano un trattamento di propria iniziativa, ma sono spesso portati al trattamento da amici o familiari (Freda, Esposito, e Quaranta, 2015). Sia l'abbandono che l'evitamento al trattamento evidenziano le difficoltà riscontrate nell'intraprendere e mantenere l'aderenza al trattamento nelle persone con AN (Fassino e Abbate-Daga, 2013). Quindi, per comprendere perché i pazienti possono resistere al trattamento, alcuni ricercatori hanno identificato la natura egosintonica dell'AN, cioè il fatto che il disturbo è spesso molto apprezzato da coloro che ne soffrono, come un possibile colpevole al fine di continuare a sostenere la malattia nonostante gli sforzi di intervento (Serpell, Treasure, Teasdale, e Sullivan, 1999).

Ricercatori e clinici hanno discusso su come comprendere il significato del comportamento anoressico: alcuni suggeriscono che l'AN funziona come un modo per rivendicare il controllo della maturazione psicobiologica (Crisp, 1997), altri sostengono che sia una difesa autopunitiva nel momento in cui si teme la perdita di controllo (Bruch, 1982). Nel tentativo di esplorare sistematicamente il significato che i pazienti con AN attribuiscono al loro comportamento alimentare restrittivo, Serpell et al. (1999) hanno valutato gli atteggiamenti di 18 pazienti con diagnosi di AN nei confronti della propria malattia esplorando temi ricorrenti all'interno di due lettere che i pazienti erano stati invitati a scrivere rispetto alla loro malattia, come parte della terapia: una lettera che parla della loro anoressia come amica e l'altra come nemica. Questi studi hanno rivelato diversi modi in cui l'AN è stata vissuta come mezzo per aiutare i pazienti a raggiungere obiettivi o gestire esperienze difficili. A tal proposito, sono emersi tredici temi relativi ai modi in cui l'AN è stata preziosa, e alcuni di questi erano: sicurezza/controllo, evitamento, forza mentale/abilità, comunicazione e fiducia. Per spiegare queste tematiche, i pazienti hanno approvato in maniera positiva l'AN poiché

considerata come mezzo per raggiungere un senso di stabilità e sicurezza: organizzando la propria giornata attraverso orari e regole rigorose, il malato ottiene un senso di struttura nella propria vita (Gregertsen et al., 2017). Inoltre, l'AN è stata descritta come un modo per eludere le emozioni e le esperienze negative: quando la vita quotidiana del malato è caratterizzata da una miope fissazione sul corpo, sul cibo e sul peso, rimane poca energia per concentrarsi su altre difficoltà o problemi (Gregertsen et al., 2017). Ancora, l'AN è stata segnalata come un meccanismo attraverso il quale si potrebbe raggiungere un senso interiore di forza, padronanza e abilità: nel frangente in cui l'individuo affetto da AN perde peso, può provare un senso di padronanza e autocontrollo per essere riuscito ad aderire a una dieta rigorosa e per aver raggiunto obiettivi di perdita di peso (Gregertsen et al., 2017). Per di più, sentirsi degni di complimenti che porta ad acquisire sicurezza in se stessi è stato segnalato come un vantaggio per il malato: perdere peso fa sentire l'individuo attraente e di successo, il che può essere rafforzato da feedback positivi ricevuti dall'esterno riguardo all'aspetto e alle prestazioni dietetiche, aumentando così la fiducia in se stessi (Gregertsen et al., 2017). Infine, l'AN era stata descritta anche come un mezzo di comunicazione: un aspetto malaticcio e modelli comportamentali patologici possono comunicare agli altri una sensazione di angoscia che il malato non è in grado di esprimere con le parole, quindi all'assunzione di questo particolare aspetto fisico, gli amici e la famiglia possono esprimere preoccupazione, il che consente alla persona con AN di sperimentare l'attenzione, la premura, la considerazione e la gentilezza che potrebbero aver bramato in precedenza e di sentirsi curati dalle persone che li circondano (Gregertsen et al., 2017).

Ciononostante, lo studio di Serpell et al. (1999) ha permesso non soltanto una comprensione più profonda delle percezioni delle persone con AN nei confronti della propria malattia, ma anche di esplorare gli effetti negativi del disturbo che i pazienti

avrebbero identificato (Gregertsen et al., 2017). Infatti, l'analisi ha rivelato diversi domini della vita su cui i pazienti percepivano il loro disturbo come un impatto negativo, così come sentimenti negativi nutriti verso la loro malattia, dimostrando che nonostante la natura egosintonica dell'AN, i pazienti sono ancora in grado di riconoscere vari modi in cui il disturbo causa un danno a se stessi, alla loro vita e ai loro cari (Gregertsen et al., 2017). Ad es., alcuni pazienti hanno descritto elementi quali il sentirsi ingannati dal disturbo in quanto aveva fatto promesse false o vuote, oltre a provare rabbia e odio nei suoi confronti e frustrati dal dover costantemente combatterlo (Gregertsen et al., 2017). Ancora, la malattia in questione è stata ritenuta dai pazienti avere un impatto negativo sulle emozioni in virtù del fatto che li ha fatti sentire insensibili, dove questo è stato percepito negativamente, oltre a lasciarli soffocati o addirittura sopraffatti dal disturbo stesso (Gregertsen et al., 2017). I pazienti hanno anche espresso di essere stanchi di pensare incessantemente al cibo e che la loro vita e il loro tempo venivano sprecati a causa dell'AN. Per concludere, i pazienti hanno identificato i sintomi psicologici del disturbo, ad es. i sintomi depressivi, come un costo percepito dell'AN, e hanno anche descritto il turbamento e il dolore che il disturbo aveva causato ai familiari e agli amici come un effetto negativo della malattia (Gregertsen et al., 2017). In termini di sfere della vita che chiunque ha il diritto di avere e che sono state influenzate negativamente dal disturbo, includevano sfere sociali (compresa la perdita di amici, famiglia, vita sociale e/o prospettive di carriera) e sfere riguardanti la propria salute psicofisica (Gregertsen et al., 2017).

Una cosa importante da evidenziare è che, dopo una lettura approfondita delle lettere, ai ricercatori è sembrato che i pazienti potessero essere raggruppati in due categorie: quelli per i quali l'attrattiva era un fattore motivante per l'AN e quelli che l'hanno omessa completamente quando ne descrivevano le motivazioni o i benefici: tale scoperta è importante in quanto l'AN è ampiamente concettualizzata all'interno dei media come un

tentativo troppo zelante di raggiungere un ideale culturale di snello, e in contesti terapeutici, nei quali questa nozione viene adottata al fine di affrontare e sfatare i miti di bellezza, diventa un obiettivo preponderante all'interno della terapia, e questo obiettivo può avere uno scarso effetto sul paziente se l'attrattiva non è stata una motivazione nello sviluppo e/o nel mantenimento della propria anoressia in primo luogo (Gregertsen et al., 2017). Pertanto, a fronte delle argomentazioni e degli studi citati, è stata evidenziata come la componente egosintonica abbia un ruolo cruciale rispetto all'ottenimento di un corpo emaciato, e del perché una donna continui a persistere nel mantenere uno stato psicofisico altamente deleterio per la propria salute.

## *2. Perché è difficile recuperare?*

A fronte delle argomentazioni fin qui sollevate, e facendo particolare riferimento alla componente egosintonica dell'AN, perché risulta difficile recuperare il proprio stato di salute? Nonostante Serpell et al. (1999) siano riusciti ad identificare che i pazienti erano consapevoli rispetto alla propria condizione psicofisica, e quindi le problematiche che la patologia in questione aveva procurato loro, perché comunque risulta così difficile recuperare le redini della propria vita? Riprendendo la rassegna di Gregertsen et al. (2017) nel tentativo di comprendere questa sorta di "incapacità" verso il recupero dall'AN, è stato preso in considerazione lo studio di Williams e Reid (2010) nel quale sono state valutate le esperienze e le comprensioni di coloro che soffrono di AN per cui desideravano mantenere il loro disturbo alimentare; inoltre, le comprensioni esaminate sono state poi declinate in termini di quanto queste possono avere un impatto sull'esperienza rispetto al trattamento. Nello studio in questione sono stati selezionati 14 partecipanti tramite siti web pro-anoressia, nei quali gli individui sono incoraggiati a esprimere convinzioni positive circa il proprio disturbo alimentare in maniera completamente anonima e online. Tra i temi presi in esame vi era "ambivalenza e conflitto sull'anoressia": la prima, è stata espressa sottoforma di paradossale sensazione

di potere e controllo che l'AN conferisce ai partecipanti; tuttavia, quando la malattia inizia a sopraffare i loro pensieri e comportamenti, conseguentemente inizia anche a privarli del senso di potere e controllo che credevano di avere, anziché fornirglielo. Pertanto, questo conflitto ha creato ulteriore ambivalenza nei partecipanti in termini di: 1) l'AN è uno strumento controllabile e funzionale e 2) l'AN è una malattia che risulta essere fuori dal proprio senso di controllo, e quindi deve essere estinta (Gregertsen et al., 2017).

Rimanendo all'interno dello studio di Williams e Reid (2010), e facendo particolare riferimento all'AN descritta dai partecipanti come uno strumento funzionale, sono stati avanzati diversi “vantaggi” tra cui: 1) AN come modo per raggiungere un senso di forza, realizzazione e successo, 2) come meccanismo di coping, 3) come modo per sentirsi al sicuro, 4) come espressione di emozioni, 5) come fuga da situazioni negative, affetti e pubertà, 6) come via verso la felicità, 7) come strumento per punire se stessi o gli altri o, nella sua forma più estrema, 8) come panacea per tutti i mali: non a caso, un partecipante allo studio affermò: “La magrezza risolverà tutto”. Queste risposte riecheggiano la ricerca di Serpell et al. (1999), consolidando ulteriormente la nozione della natura egosintonica dell'AN come componente chiave nel mantenimento del disturbo (Gregertsen et al., 2017).

In termini di recupero, ad es., è stata espressa una marcata ambivalenza da parte di un partecipante che ha descritto non soltanto il desiderio di recuperare e di tornare ad una vita il più normale possibile, ma anche il fatto di non voler recuperare nella stessa frase. In questo senso, sembra che i pazienti con AN possano desiderare di rimanere in questo stato psicofisico fintantoché si percepisce che i suoi vantaggi superano i suoi svantaggi, e non appena si ritiene che le conseguenze che provoca questa patologia superino drasticamente i benefici (ad es. AN che diventa pericolosa per la vita), il recupero può diventare una prospettiva molto più allettante (Gregertsen et al., 2017). Tuttavia, una

limitazione da considerare qui è che le persone che soffrono di AN che cercano siti web pro-anoressici, da cui è stato reclutato il campione del presente studio, possono avere opinioni particolarmente positive riguardo alla loro malattia, che è ciò che li spinge a cercare la comunicazione con individui che la pensano allo stesso modo in una comunità online pro-anoressica, e le loro opinioni potrebbero quindi non essere necessariamente rappresentative di individui con AN che non cercherebbero una tale comunità. Ciononostante, le risposte trovate in questo studio si sovrappongono alle risposte dei malati di AN reclutati non da siti web pro-anoressici, ma piuttosto da contesti clinici (Serpell et al., 1999).

Pertanto, alla domanda “Perché è difficile recuperare?”, ci viene in aiuto non soltanto la componente egosintonica grazie alla quale i malati di AN traggono piacere da questo stato psicofisico per le ragioni di cui sopra, ma anche la componente dell’ambivalenza verso il recupero, per la quale i malati, pur riuscendo a scindere i “benefici” dagli “svantaggi”, faticano ad arrivare ad una conclusione per cui si riesca ad intraprendere un’unica strada verso il recupero, senza più ricadere nella componente egosintonica che fornisce loro “controllo” e senso di “appartenenza” con se stessi.

### *3. Comprendere l’ambivalenza al cambiamento*

Un modo per comprendere l’ambivalenza circa il cambiamento, facendo riferimento alla rassegna di Gregertsen et al. (2017), è presentato nel modello transteorico degli stadi di cambiamento (TTM), in cui gli individui sono raggruppati in fasi distinte di disponibilità al cambiamento (Prochaska e DiClemente, 1982). Secondo i due autori, il cambiamento di un comportamento rischioso per la salute, non è un cambiamento di tipo dicotomico, ma a stadi (vi è quindi un processo motivazionale e un processo temporale); peraltro, il tempo in cui ogni individuo permane in ciascuno stadio è estremamente variabile. Ogni stadio corrisponde a un elemento qualitativamente diverso dall’altro; inoltre, il processo di transizione da uno stadio all’altro ha una natura

circolare. Infatti, può accadere che in un qualunque stadio si trovi la persona, possa presentarsi una ricaduta che porterà ad arretrare l'individuo agli stadi precedenti.

Tale modello è centrato sui processi di *decision making* individuali in cui le influenze esterne influiscono sul comportamento indirettamente, attraverso la mediazione di processi interni (emozionali, cognitivi). Il modello preso in esame implica un processo che prevede un passaggio progressivo attraverso una serie temporale di cinque stadi. Un elemento interessante è che c'è una discontinuità solo nel passaggio dalla fase precontemplativa alla fase contemplativa; inoltre, i cambiamenti che si manifestano avvengono per gradi non lineari, ovvero si verificano delle modifiche repentine per poi esserci dei periodi di maggior stabilità.

Le fasi del TTM sono:

1. Precontemplazione: assenza di consapevolezza del problema, nessuna intenzione di cambiare nei 6 mesi successivi; nessuna azione prevista nel prossimo futuro in quanto probabilmente non è in possesso di informazioni relative alla pericolosità del comportamento, o potrebbe essere che già in passato ha tentato dei cambiamenti ma senza risultati, il che lo porta quindi ad una resistenza al cambiamento.
2. Contemplazione: consapevolezza del problema, dei benefici del comportamento salutare, anche di difficoltà e costi (psicologici e fisici) necessari per il cambiamento; pertanto, manifesta un'intenzione a cambiare nel prossimo futuro (entro 6 mesi). Questa fase è caratterizzata da un'ambivalenza poiché l'individuo apprezza i benefici ma è anche preoccupato dal costo della risposta: tale ambivalenza se permane nel tempo può diventare una contemplazione cronica, e questa si traduce in una procrastinazione: se l'individuo continua a rimanere ambivalente e continua a procrastinare e a contemplare, la

contemplazione cronica non diventa azione e quindi rimane fermo in questo stadio.

3. Determinazione (o preparazione): la “bilancia decisionale” pende a favore dei pro, quindi non siamo più in uno stato di ambivalenza. Pertanto, c’è l’intenzione a intraprendere il cambiamento nel mese corrente e a trovare il modo per attivare le azioni necessarie, cioè inizia ad avere un’idea progettuale su come fare.
4. Azione: individuate le azioni da attuare per produrre il cambiamento, agisce in modo coerente e modifica il suo comportamento specifico e gradualmente lo inserisce nel suo repertorio comportamentale.
5. Mantenimento: azione continuativa ed effettiva per almeno 6 mesi; iniziano ad esserci sempre meno sforzi per evitare le ricadute e si presenta anche uno sviluppo dell’autoefficacia. Se questo comportamento viene mantenuto per almeno due anni viene considerato “chiuso” il circolo dei vari stadi.

Ciononostante ci può anche essere una sesta fase, chiamata fase di “ricaduta”: vi è un’interruzione del nuovo comportamento salutare “corretto” per diversi possibili motivi, interni o esterni; tuttavia, per coloro che sono riusciti a mantenere intatto il nuovo comportamento per più di 6 mesi, il rischio di abbandono è decisamente minore.

Sono stati anche studiati i processi che vengono utilizzati nei vari stadi e che aiutano i passaggi da uno stadio all’altro e ciò che si è visto è che si riscontra un incremento lineare dei processi *cognitivo-affettivi* (o esperienziali), e dei processi *comportamentali* nel passaggio da uno stadio all’altro; la ricerca ha messo in luce che generalmente che i processi esperienziali vengono prevalentemente usati nelle fasi iniziali, mentre quelli comportamentali vengono usati nelle fasi finali.

Tra le attività di natura cognitiva, ha ricevuto particolare attenzione l’equilibrio decisionale (DB), definito come l’identificazione e la valutazione degli effetti positivi e negativi della salute o dei comportamenti a rischio (Gregertsen et al., 2017). In uno

studio integrativo che esamina i vantaggi e gli svantaggi percepiti dei comportamenti relativi alla salute attraverso le fasi di disponibilità al cambiamento (ad es., smettere di fumare, smettere di assumere cocaina ecc.), è stato dimostrato che il progresso dalla precontemplazione alla contemplazione era caratterizzato da un aumento degli svantaggi percepiti e con poche modifiche ai vantaggi percepiti (Prochaska et al., 1994). Al contrario, il passaggio dalla contemplazione all'azione è stato caratterizzato da una diminuzione dei vantaggi percepiti (Prochaska et al., 1994). Questi due modelli di risultati sono etichettati rispettivamente come i principi forti e deboli del cambiamento (Gregertsen et al., 2017). Nel tentativo di scoprire fino a che punto questi risultati si generalizzano ai disturbi alimentari, sono state esaminate le differenze tra due tipologie di donne con AN: coloro che non volevano cambiare (si trovavano quindi nella fase "precontemplazione") e coloro che stavano seriamente considerando il recupero (si trovavano quindi nella fase "contemplazione") (Cockell, Geller, e Linden, 2003). Per catturare queste differenze, è stata utilizzata una scala DB sviluppata specificamente per AN (Cockell, Geller, e Linden, 2002). La scala in questione comprende tre sottodomini: oneri, vantaggi ed evitamento funzionale, in cui l'evitamento funzionale riflette l'uso dell'AN al fine di evitare di affrontare altri problemi, che possono essere considerati un onere o un vantaggio. I risultati hanno mostrato che i pazienti con AN che stavano seriamente contemplando il cambiamento hanno identificato maggiori costi per il disturbo e avevano una maggiore comprensione di come servisse come mezzo di evitamento, rispetto a coloro che non stavano contemplando il cambiamento, coerentemente con il forte principio del cambiamento. Le associazioni tra i punteggi DB e gli indici di gravità dei sintomi hanno suggerito che la comprensione della funzione di AN fosse collegata a un maggiore disagio (Gregertsen et al., 2017). Le associazioni tra i punteggi DB e gli indici di gravità dei sintomi hanno suggerito che l'intuizione sulla funzione di AN fosse collegata a un maggiore disagio.

In altre parole, i risultati dello studio dimostrano che una maggiore approvazione delle conseguenze dell'AN, così come una maggiore comprensione di come l'AN funziona in termini di evasione dalle responsabilità della vita, è collegata a una più seria considerazione del cambiamento, evidenziando che la percezione da parte dei pazienti degli oneri del loro disturbo, oltre a riconoscere la caratteristica evitante che l'AN porta con sé, può svolgere un ruolo nel recupero (Gregertsen et al., 2017). Pertanto, per passare dalla precontemplazione alla contemplazione, è possibile evincere che sia essenziale riconoscere gli effetti negativi dell'AN. Un concetto rilevante qui è la nozione di cognizione calda rispetto a quella fredda, coniata originariamente per discriminare tra processi di mediazione cognitiva che sono di natura affettiva (calda) rispetto a quelli che sono liberi affettivi (fredda) (Abelson, 1963). Sebbene i pazienti possano essere in grado di riconoscere gli aspetti negativi dell'AN, potrebbe comunque mancare una componente emotiva per la quale un paziente non sente che questi aspetti negativi si applicheranno a lui come individuo (ad es., nonostante gli alti tassi di mortalità che può causare l'AN, il paziente non crede che la sua forma di AN sia abbastanza grave da metterlo a rischio di morte), o è semplicemente apatico alle conseguenze (Gregertsen et al., 2017). Pertanto, per passare dalla fase di precontemplazione alla fase di contemplazione può essere necessario che sia più opportuno “sentire” quelle che potrebbero essere le conseguenze dell'AN (ad es., diventare particolarmente preoccupati circa i rischi per la propria salute) anziché semplicemente “conoscerle” (Gregertsen et al., 2017).

Arrivati a questo punto del viaggio che è stato intrapreso, e a fronte delle argomentazioni che sono state sollevate finora, ancora non è del tutto chiaro perché è così difficile recuperare da uno stato psicofisico alterato, quindi pazienti affetti da AN, ad uno stato psicofisico equilibrato. Quanto è importante quindi la natura egosintonica di questa patologia? Per fornire una risposta alla domanda, Serpell, Teasdale, Troop, e

Treasure (2004) hanno reclutato 233 donne con AN e hanno misurato la sintomatologia del disturbo alimentare e gli atteggiamenti percepiti rispetto all'AN, catturati dalla scala P-CAN grazie alla quale si valutano i "pro" e "contro" dell'anoressia. Pertanto, ciò che i ricercatori hanno tentato di affrontare è se gli atteggiamenti percepiti nei confronti della loro malattia siano collegati non solo alla disponibilità dei pazienti con AN al cambiamento o alla riluttanza verso il recupero, ma alla gravità dei sintomi (Gregertsen et al., 2017). Ciò che è emerso dallo studio di Serpell et al. (2004) è che le convinzioni fortemente radicate circa la funzione positiva del disturbo erano associate ad un'AN più grave, esemplificata da un'elevata spinta alla magrezza e da una maggiore insoddisfazione del corpo (Gregertsen et al., 2017). Una cosa importante da mettere in luce è che la gravità dell'AN è stata collegata ai "pro" ma non ai "contro" dell'AN, suggerendo che un'importante distinzione tra i pazienti gravemente malati e le loro controparti meno gravi è l'approvazione circa gli aspetti positivi della loro malattia (Serpell et al., 2004). In questo senso, per rispondere alla domanda di cui sopra, sono supportati i suggerimenti che affrontare la natura egosintonica dell'AN può essere una componente chiave per la terapia per questi pazienti (Treasure, 1999).

## **La CBT-E come proposta di intervento**

### *1. Terapia Cognitivo-Comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*

Questa parte introduttiva rispetto ai disturbi alimentari, nello specifico AN, e al tipo di proposta che si intende adottare al fine di recuperare uno stato di salute psicofisica adatta ad affrontare la quotidianità nel migliore dei modi, viene suggerita interamente dal Dr. Riccardo Dalle Grave, medico e psicoterapeuta, descritta nel suo sito internet “dallegrave.it”, responsabile dell’Unità di Riabilitazione Nutrizionale della Casa di Cura Villa Garda (VR). Alla fine di questo viaggio verrà anche riportato il racconto di una ragazza che è stata ricoverata nella casa di cura menzionata, dimodoché sia possibile fornire un episodio tangibile e veritiero circa l’efficacia della terapia che viene adottata dallo stesso Dr. Dalle Grave.

Il termine Cognitivo-Comportamentale (Cognitive-Behavioral Therapy – CBT) si riferisce a una classe di trattamenti psicologici che si basano su due premesse interconnesse: 1) i processi cognitivi giocano un ruolo importante nel mantenimento del problema; 2) il trattamento deve affrontare questi processi cognitivi, tra le altre cose. Le procedure e le strategie usate dalla CBT dipendono dal problema da affrontare e le indicazioni maggiori sono la depressione clinica, i disturbi d’ansia e i disturbi dell’alimentazione (Dalle Grave, *Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell’alimentazione*, 2022).

Inizialmente la CBT era incentrata sulla Bulimia nervosa (BN), ed era stata sviluppata nei primi anni ottanta dal prof. Christopher Fairburn dell’Università di Oxford. L’intervento è stato valutato in numerosi e rigorosi studi controllati e randomizzati e i risultati di queste ricerche hanno portato il National Institute for Clinical Excellence (NICE), un istituto indipendente responsabile della produzione di linee guida nazionali per la promozione della salute, la prevenzione e il trattamento delle patologie, a

raccomandare la CBT come intervento di prima scelta per la cura della BN (Dalle Grave, Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione, 2022).

Nei primi anni 2000 il trattamento è stato modificato dal centro CREDO (Centre for Research on Dissemination at Oxford) ed è stato chiamato CBT-E, un'abbreviazione di "Enhanced Cognitive-Behaviour Therapy", vale a dire Terapia Cognitivo-Comportamentale Migliorata (Dalle Grave, Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione, 2022).

La CBT-E si basa sulla teoria cognitivo-comportamentale transdiagnostica dei disturbi dell'alimentazione: la terminologia "cognitivo-comportamentale" significa che la teoria analizza principalmente i processi cognitivi e i comportamenti implicati nel mantenimento dei disturbi dell'alimentazione, mentre il termine "transdiagnostica" asserisce che la teoria (e la terapia derivata da essa) è applicabile con minime modifiche a tutte le categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione (Dalle Grave, Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione, 2022).

La teoria postula che l'eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione sia il nucleo psicopatologico centrale dei disturbi dell'alimentazione: mentre le persone si valutano generalmente in base alla percezione delle loro prestazioni in una varietà di domini della loro vita (per es., relazioni interpersonali, scuola, lavoro, sport, abilità intellettuali e genitoriali, ecc.), quelle affette da disturbi dell'alimentazione si valutano in modo esclusivo o predominante in base al controllo che riescono a esercitare sul peso o sulla forma del corpo o sull'alimentazione, spesso su tutte e tre le caratteristiche (Dalle Grave, Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione, 2022).

L'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione, secondo la teoria transdiagnostica, è di primaria importanza nel mantenimento dei disturbi dell'alimentazione: la maggior parte delle altre caratteristiche

cliniche deriva, infatti, direttamente o indirettamente da essa (Dalle Grave, Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione, 2022). Per es., i comportamenti di controllo del peso estremi (dieta ferrea, esercizio fisico eccessivo compulsivo, vomito autoindotto, uso improprio di lassativi o di diuretici) e il raggiungimento e il mantenimento del sottopeso e della sindrome da malnutrizione si possono verificare solo se una persona crede che il controllo dell'alimentazione, del peso e della forma del corpo siano di estrema importanza per giudicare il suo valore (Dalle Grave, Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione, 2022).

L'unico comportamento non direttamente legato all'eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione è l'episodio bulimico. Presente in un sottogruppo di persone affette da disturbi dell'alimentazione, sembra essere la conseguenza del tentativo di restringere in modo ferreo l'alimentazione o, in taluni casi, di modulare eventi e cambiamenti emotivi associati (Dalle Grave, Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione, 2022).

Le varie manifestazioni cliniche dei disturbi dell'alimentazione, a loro volta, mantengono in uno stato di continua attivazione lo schema di autovalutazione disfunzionale e, assieme ad esso, costituiscono i cosiddetti fattori di mantenimento specifici (perché sono presenti solo nei disturbi dell'alimentazione).

La teoria transdiagnostica propone che in un sottogruppo di pazienti siano presenti uno o più dei seguenti fattori di mantenimento aggiuntivi o non specifici: 1) perfezionismo clinico; 2) bassa autostima; 3) difficoltà interpersonali. I fattori di mantenimento aggiuntivi, se presenti, interagiscono con quelli specifici nel perpetuare il disturbo dell'alimentazione e creando un ulteriore ostacolo al cambiamento (Dalle Grave, Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione, 2022).

La CBT-E è un trattamento psicologico altamente individualizzato ideato per curare tutte le categorie diagnostiche circa i disturbi dell'alimentazione (approccio transdiagnostico), affrontando i meccanismi cognitivo-comportamentali comuni di mantenimento della psicopatologia condivisa ed evolvente dei disturbi dell'alimentazione (Dalle Grave, Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione, 2022). La CBT-E usa in modo flessibile strategie e procedure terapeutiche in sequenza per affrontare la psicopatologia individuale del paziente. Per fare questo il terapeuta e il paziente lavorano assieme come una "squadra" per superare il disturbo dell'alimentazione (empirismo collaborativo). Il paziente è incoraggiato a diventare un attivo partecipante nel processo di cura e a vedere il trattamento come una priorità (Dalle Grave, Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione, 2022). La strategia chiave è creare una formulazione individualizzata e condivisa dei principali meccanismi di mantenimento che dovranno essere affrontati dal trattamento. La CBT-E adotta una varietà di procedure generiche cognitive e comportamentali, ma favorisce l'uso di cambiamenti strategici nel comportamento per modificare, e quindi ottenere, dei cambiamenti cognitivi. Nelle fasi più avanzate del trattamento, il paziente è aiutato a riconoscere i primi segnali di attivazione dello stato mentale (mind-set) del disturbo dell'alimentazione e a decentrarsi rapidamente da esso per evitare la ricaduta (Dalle Grave, Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione, 2022).

Con i pazienti che non sono significativamente sottopeso, la CBT-E generalmente prevede un appuntamento iniziale per la valutazione diagnostica seguito da 20 sedute di 50 minuti da svolgersi in 20 settimane. Il trattamento ha quattro fasi: Fase 1) essa dura quattro settimane, e il trattamento prevede due sedute la settimana: è focalizzato sul raggiungere una comprensione condivisa del disturbo dell'alimentazione del paziente e dei processi che appaiono mantenerlo. In questa fase il paziente è aiutato a regolarizzare

e a stabilizzare le sue modalità alimentari e ad affrontare le sue preoccupazioni per il peso; Fase 2) le sedute sono effettuate a cadenza settimanale: in questa fase, che dura una o due sedute, sono rivisti in dettaglio i progressi effettuati nelle prime quattro settimane di terapia e viene progettata la fase tre della CBT-E; Fase 3) le sedute sono focalizzate sui processi centrali che stanno mantenendo la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione del paziente: in generale, questo comporta affrontare le preoccupazioni per il peso e la forma del corpo, la restrizione dietetica cognitiva e calorica, gli eventi ed emozioni che influenzano l'alimentazione. In un sottogruppo di pazienti possono essere affrontati anche alcuni meccanismi di mantenimento aggiuntivi, come il perfezionismo clinico, la bassa autostima e le difficoltà interpersonali. Verso la fine della Fase 3, e nella Fase 4, sono anche implementate procedure per minimizzare il rischio di ricaduta a breve e a lungo termine: in genere, una seduta di revisione è fissata 20 settimane dopo la conclusione della terapia per rivedere i progressi e per affrontare qualsiasi problema che rimane o che è emerso (Dalle Grave, Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione, 2022).

La versione CBT-E per i pazienti sottopeso, invece, è stata adattata nel contenuto e nella durata (40 settimane e 40 sedute), per affrontare la scarsa motivazione al cambiamento, la restrizione dietetica calorica e il sottopeso. La Fase 2, inoltre, è eseguita ogni 4 settimane fino alla normalizzazione del peso, mentre il recupero del peso è raggiunto in tre passi: Passo 1) il paziente è aiutato ad arrivare alla conclusione che è necessario recuperare il peso e decide di farlo; Passo 2) il paziente recupera peso fino a un peso basso salutare (IMC<sup>3</sup> tra 19 e 20). Passo 3) il paziente diventa esperto nel mantenere il

---

<sup>3</sup> L'Indice di Massa Corporea (in inglese, BMI – Body Mass Index) è l'indicatore di riferimento per gli studi di popolazione e di screening di obesità, e si ottiene mediante l'equazione: kg/m<sup>2</sup>. È utile sottolineare che l'IMC non è un indicatore in grado di valutare la reale composizione corporea, così come non permette di conoscere la distribuzione del grasso corporeo nell'individuo. Secondo il Ministero della Salute, i parametri indicativi sono i seguenti: Grave magrezza (<16,00), Sottopeso (16,00 – 18,49), Normopeso (18,50 – 24,99), Sovrappeso (25,00 – 29,99), Obeso classe 1 (30,00 – 34,99), Obeso classe 2 (35,00 – 39,99), Obeso classe 3 (≥40,00).

peso. In associazione al recupero del peso è affrontata in modo integrato la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione che opera nel paziente (Dalle Grave, Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione, 2022).

Inizialmente, la CBT-E è stata sviluppata come trattamento ambulatoriale per i pazienti adulti affetti da disturbi dell'alimentazione, ma poi sono state sviluppate, grazie al contributo del Dr. Riccardo Dalle Grave e della sua equipe, delle versioni per gli adolescenti, per la terapia ambulatoriale intensiva e per il ricovero. La possibilità di applicare lo stesso trattamento in setting multipli di cura ha portato a coniare il termine "CBT-E Multistep" (Dalle Grave, Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione, 2022).

La CBT-E è stata testata in tutte le categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione in studi eseguiti in Inghilterra, Australia, Danimarca, Germania, Italia e USA. I risultati dai diversi studi hanno evidenziato qualche variabilità nel tasso di risposta che può essere dovuta a differenze nei campioni dei pazienti e dalla qualità del trattamento fornito. Colpisce il fatto che i risultati migliori sono stati ottenuti da studi in cui c'è stata una supervisione del gruppo di Oxford e una valutazione accurata di come è stato somministrato il trattamento. Questi studi sono stati eseguiti in Inghilterra (Oxford e Leicester), Danimarca, (Copenaghen) e Italia (Verona-Garda) (Dalle Grave, Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione, 2022). Se ci si focalizza su questo ultimo gruppo di studi, l'evidenza suggerisce che con i pazienti che non sono significativamente sottopeso, circa l'80% completa il trattamento e tra loro circa  $\frac{3}{4}$  raggiunge una piena guarigione che appare ben mantenuta nel tempo. Un ampio numero dei rimanenti pazienti migliora ma non raggiunge la guarigione. Il tasso di risposta è simile con i pazienti sottopeso, ma il trattamento è completato dal 65% dei casi (Dalle Grave, Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione, 2022).

In generale, i risultati della ricerca possono essere sintetizzati nel modo seguente:

- 1) La CBT-E ha dimostrato essere adatta per curare tutte le categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione degli adulti;
- 2) La CBT-E nella bulimia nervosa è risultata superiore a tutti i trattamenti psicologici con cui è stata confrontata, incluso la psicoterapia psicoanalitica e la terapia interpersonale;
- 3) La CBT-E ha dimostrato risultati promettenti per il trattamento dei pazienti adulti affetti da anoressia nervosa;
- 4) La CBT-E ha dimostrato risultati promettenti per il trattamento dei pazienti adolescenti affetti da anoressia nervosa e sembra essere una potenziale alternativa al trattamento basato sulla famiglia.
- 5) La CBT-E può essere usata a livello ospedaliero e in day-hospital.

Ciononostante, per ottenere effetti ottimali e duraturi, i terapeuti necessitano di ricevere una formazione adeguata e continua nella CBT-E (Dalle Grave, Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione, 2022).

## *2. L'efficacia della CBT-E*

A fronte delle argomentazioni fin qui sollevate e al fine di fornire un *continuum* rispetto all'introduzione avanzata nel paragrafo precedente, si cercherà ora di dimostrare scientificamente ed empiricamente l'influenza della CBT-E grazie ad uno studio condotto da Dalle Grave, Conti, e Calugi (2020), il quale mirava a confrontare l'efficacia di un trattamento intensivo basato sulla terapia cognitivo-comportamentale migliorata (CBT-E) in pazienti adolescenti e adulti affetti da AN, ai quali era stata diagnosticata la malattia secondo i criteri diagnostici del DSM-V. Nello studio in questione furono selezionati 155 pazienti di cui 74 adolescenti (tra 13 e 19 anni) e 81 adulti (massimo 60 anni), che avevano risposto scarsamente ai precedenti trattamenti ambulatoriali, ammettendoli ad un programma di CBT-E intensivo di 20 settimane,

suddivise in 13 settimane di degenza seguite da 7 settimane di trattamento in day-hospital, previa tre/quattro sessioni preparatorie al trattamento. Ovviamente è da tenere in considerazione che la partecipazione al trattamento intensivo è del tutto volontaria, quindi è il paziente che decide se aderire o meno alla cura. Infatti, durante le sessioni preparatorie, e a fronte del fatto che ci si aspetta che i pazienti affrontino il ripristino del peso dal primo giorno di ricovero, si valuta, tra le altre cose, che questi abbiano deciso di impegnarsi al fine di raggiungere l'obiettivo prima di essere ricoverati. Tutti i pazienti sono stati valutati al momento del ricovero, alla fine del trattamento, e ai successivi follow-up a 20 e 60 settimane. Ma perché i pazienti hanno ottenuto scarsi risultati nelle strutture ambulatoriali e che, per questo motivo, sono stati ammessi al programma di CBT-E? Queste ultime sono ideali per il trattamento di pazienti con AN poiché il trattamento ambulatoriale è meno dirompente di quello ospedaliero, il che significa che i cambiamenti apportati hanno maggiori probabilità di perdurare nel tempo, e i pazienti riescono a svolgerli mentre vivono nel loro ambiente quotidiano (Dalle Grave et al., 2020). Sebbene non vi siano informazioni precise circa la natura di questi trattamenti ambulatoriali, la maggior parte erano comunque multidisciplinari e basati sulla CBT (Dalle Grave et al., 2020). Tuttavia, considerando che oltre il 50% dei pazienti non raggiunge la remissione, anche con i trattamenti ambulatoriali più efficaci (Byrne et al., 2017; Dalle Grave, Sartirana, e Calugi, 2019; Lock et al., 2010), e alcuni di essi non possono essere gestiti in sicurezza stando in un regime ambulatoriale, potrebbe rendersi necessario un trattamento più intensivo (Dalle Grave et al., 2020). Oltre a ciò, la necessità di livelli di assistenza intensiva negli adolescenti è giustificata anche dal fatto che sono particolarmente vulnerabili agli effetti del sottopeso e della denutrizione, poiché i loro organi non si sono ancora completamente sviluppati (Dalle Grave et al., 2020).

A fronte di queste osservazioni, i dati rispetto agli esiti del trattamento ospedaliero circa l'AN indicano che esso può portare ad un ripristino del normopeso e miglioramento del disturbo alimentare in un'ampia percentuale di adolescenti (Naab et al., 2013; Spettigue et al., 2019) e adulti (Calugi, El Ghoch, e Dalle Grave, 2017; Makhzoumi et al., 2017). Ciononostante, i risultati a lungo termine sembrano meno promettenti, perché? Negli adolescenti, ad es., uno studio ha riportato che circa il 30% dei pazienti ha avuto una ricaduta dopo la dimissione ospedaliera (Strober et al., 1997) e in maniera analoga sono stati riportati esiti simili negli adulti (Carter, Blackmore, Sutandar-Pinnock, e Woodside, 2004; Fichter, Quadflieg, Crosby, e Koch, 2017), con circa il 30-50% dei pazienti che necessitarono di essere ricoverati nuovamente in ospedale l'anno successivo alla dimissione (Pike, 1998). Pertanto, questi dati indicano che il problema principale del trattamento intensivo sia per gli adolescenti che per gli adulti con AN è l'alto tasso di recidiva dopo la dimissione nonostante, comunque, la CBT-E per l'AN è stata progettata proprio per evitare che questa problematica si presenti, che in genere segue la dimissione dall'ospedale (Dalle Grave et al., 2020). In virtù delle argomentazioni sollevate, il trattamento ospedaliero sotteso alla CBT-E fornisce 1) un approccio stepped-care (ovvero 7 settimane di day-hospital dopo le prime 13 settimane di ricovero in ospedale) (Dalle Grave, 2013; Dalle Grave e Calugi, 2020), e 2) una modifica circa la limitazione alla propensione dei pazienti a ricadere dopo la dimissione (Dalle Grave e Calugi, 2020; Dalle Grave, Calugi, Conti, Doll, e Fairburn, 2013).

Tenendo in considerazione che un precedente studio randomizzato che cercava di valutare l'efficacia della CBT-E circa la limitazione del deterioramento dopo la dimissione ospedaliera (Dalle Grave et al., 2013), e in virtù del fatto che è proprio questo uno degli obiettivi della CBT-E, i risultati ottenuti non furono quelli attesi. Ciononostante, il deterioramento post-ospedalizzazione si era verificato principalmente negli adulti e meno negli adolescenti (Dalle Grave et al., 2013). Questi risultati, se

confermati, suggeriscono che la CBT-E in regime di ricovero sembra essere più efficace negli adolescenti rispetto agli adulti; tuttavia, poiché solo un piccolo numero di adolescenti è stato trattato e valutato, l'efficacia della CBT-E in regime di ricovero deve essere rivalutata in un campione più ampio, arrivando a discutere dello studio preso in esame in questa sede (Dalle Grave et al., 2013).

Lo studio condotto da Dalle Grave et al. (2020) è stato progettato per affrontare due principali questioni cliniche: 1) l'efficacia della CBT-E intensiva nel trattamento di un'ampia coorte di pazienti adolescenti e adulti con AN in un contesto clinico reale, e se i cambiamenti vengono sostenuti e mantenuti per un periodo di follow-up di 60 settimane; 2) a fronte delle argomentazioni rispetto allo studio precedente (Dalle Grave et al., 2013) si voleva verificare se effettivamente ci sarebbero state differenze circa la risposta tra adulti e adolescenti che avevano ricevuto il trattamento CBT-E. Quest'ultimo non adotta mai atteggiamenti o procedure "coercitivi" o "prescrittivi" e non ci si aspetta mai che i pazienti facciano qualcosa che non siano d'accordo (Dalle Grave et al., 2020). L'obiettivo è quello di coinvolgere attivamente i pazienti nel processo decisionale durante tutto il corso del trattamento, migliorando così il loro senso di responsabilizzazione e controllo (Dalle Grave et al., 2020). Al fine di prevenire possibili ricadute, le fasi successive della CBT-E si concentrano sull'aiutare i pazienti a riconoscere i primi segnali di allarme rispetto alla riattivazione della mentalità del disturbo alimentare e imparare a decentrarsi rapidamente da esso. Difatti, la CBT-E migliorata comprende anche elementi aggiuntivi progettati per ridurre l'alto tasso di recidiva che tipicamente segue la dimissione ospedaliera (Dalle Grave et al., 2020).

Una volta arrivati alla conclusione del presente studio, il quale mirava a confrontare l'efficacia della CBT-E in pazienti adolescenti e adulti con AN alla fine del trattamento e ai successivi follow-up a 20 e 60 settimane, si è arrivati a produrre due risultati principali: il primo riguardava l'accettabilità del trattamento; inizialmente i pazienti

reclutati per l' idoneità al trattamento erano 353, di cui 225 risultarono essere idonei alla cura. Tra questi ultimi, 155 hanno aderito ad iniziare il programma, vale a dire circa il 70% dei pazienti che erano risultati idonei. Di questi, oltre l'85% ha completato il programma, senza differenze significative tra pazienti adolescenti e adulti (Dalle Grave et al., 2020). La percentuale di pazienti che ha completato questo trattamento intensivo, quindi l'85%, è simile ai tassi di completamento riscontrati in uno studio clinico randomizzato sulla CBT-E in regime di ricovero con l'obiettivo di confrontare le forme "focalizzate" e "ampie" di CBT-E (Dalle Grave et al., 2013), ma superiore a quelli riportati da un programma di terapia familiare (FBT) per adolescenti, che riguardava il 70% (Spettigue et al., 2019).

Il secondo risultato dello studio riguardava gli esiti del trattamento; non è stata identificata nessuna differenza tra pazienti adolescenti e adulti in nessuna misura di esito. L'IMC negli adolescenti e negli adulti rispettivamente, sono migliorati significativamente dal basale alla fine del trattamento, e sono rimasti stabili fino al follow-up di 20 settimane, diminuendo leggermente da 20 a 60 settimane di follow-up (Dalle Grave et al., 2020). Ciononostante, l'IMC medio per età negli adolescenti e l'IMC medio per età negli adulti erano ancora nell'intervallo di peso normale al follow-up di 60 settimane (Dalle Grave et al., 2020). Per quanto concerne i punteggi della psicopatologia dei disturbi alimentari, della psicopatologia generale e del danno clinico, risultarono significativamente più bassi alla fine del trattamento rispetto al basale e hanno mostrato solo un leggero aumento dalla fine del trattamento ai successivi follow-up (Dalle Grave et al., 2020). Inoltre, un'ampia percentuale di adolescenti e adulti ha ottenuto un buon esito circa l'IMC alla fine del trattamento e ai follow-up a 20 e 60 settimane, e circa il 50% aveva anche mantenuto una risposta completa al follow-up di 60 settimane (Dalle Grave et al., 2020). Ancora, sebbene un gran numero di pazienti sia caduto in episodi di abbuffata e di esercizio fisico eccessivo, circa il 40% ha comunque

raggiunto una risposta completa alla fine del trattamento e non ha più riportato queste caratteristiche comportamentali (Dalle Grave et al., 2020).

Se mettiamo a confronto la percentuale di pazienti CBT-E intensivi con un buon esito di IMC a 20 e 60 settimane di follow-up con i dati del precedente studio clinico randomizzato CBT-E in regime di ricovero, si possono osservare due differenze principali. In primo luogo, mentre nello studio clinico randomizzato il deterioramento dell'IMC si è verificato nei primi 6 mesi e poi è rimasto stabile (Dalle Grave et al., 2013), nel presente studio la principale diminuzione dell'IMC è stata osservata dalla ventesima settimana del follow-up alla sessantesima settimana del follow-up (Dalle Grave et al., 2020). In secondo luogo, nel precedente studio clinico randomizzato, la perdita di peso era limitata principalmente ai pazienti adulti (al follow-up di 12 mesi, solo il 36,2% dei pazienti adulti aveva un buon esito di IMC), mentre nel presente studio i pazienti adolescenti e adulti avevano un peso simile dopo la dimissione ospedaliera, con il 66,7% dei pazienti adulti e il 62,2% degli adolescenti che avevano un buon esito di IMC al follow-up di 60 settimane (Dalle Grave et al., 2020).

Punti di forza del presente studio: 1) è stato condotto in un contesto clinico reale includendo tutti i pazienti adolescenti e adulti con AN che richiedevano un programma intensivo che hanno accettato volontariamente; 2) in base alle conoscenze degli autori, questo è il primo studio che confronta pazienti adolescenti e adulti affetti da AN gestiti utilizzando un trattamento basato su principi simili e utilizzando le stesse strategie e procedure; 3) è probabile che i risultati siano solidi e generalizzabili in virtù del fatto che la coorte era consistente e rappresentativa, per via del reclutamento avvenuto da un'unità di degenza del Sistema Sanitario Nazionale italiano; 4) i pazienti sono stati seguiti per 60 settimane, vale a dire il periodo in cui è più probabile che si verifichi una ricaduta (Dalle Grave et al., 2020).

Punti di debolezza del presente studio: 1) la CBT-E intensiva non è stata confrontata con un altro trattamento; sebbene ciò fosse intenzionale e in linea con la natura di uno studio che valuta i risultati di un trattamento specifico in un contesto clinico reale, significa che non è possibile trarre conclusioni sull'efficacia relativa della CBT-E intensiva rispetto ad altri approcci; 2) data la natura esplorativa dello studio, non è stato eseguito un calcolo della dimensione del campione e non possiamo quindi affermare se differenze significative tra i gruppi si sarebbero osservate in un campione più ampio; 3) mancava qualsiasi supervisione esterna dell'adesione dei terapeuti al protocollo CBT-E intensivo attraverso, ad esempio, la registrazione delle loro sessioni. Ciò riduce la validità interna dello studio, ma va sottolineato che tutti i terapeuti sono stati ben formati, avendo completato con successo la formazione ufficiale online CBT-E; 4) sebbene la grande maggioranza dei pazienti abbia ricevuto un trattamento post-intensivo basato sulla CBT-E erogato da terapisti qualificati, non abbiamo valutato se il trattamento fosse stato erogato in modo accurato (Dalle Grave et al., 2020).

Pertanto, alla luce delle argomentazioni che hanno portato Dalle Grave et al. (2020) a condurre questo studio, dei risultati ottenuti, dei punti di forza e dei punti di debolezza, è possibile concludere che il presente studio ha dimostrato che la CBT-E in regime di ricovero è ben accettata e la risposta è promettente non soltanto negli adolescenti, ma anche negli adulti, contrariamente ai risultati ottenuti in uno studio precedente (Dalle Grave et al., 2013); non a caso, più dell'85% dei pazienti ha completato il trattamento e la maggior parte è migliorata sostanzialmente.

Inoltre, si è visto che il mantenimento dei cambiamenti significativi è stato raggiunto grazie al ricovero ospedaliero fino al follow-up di 20 settimane con una successiva diminuzione dell'IMC al follow-up di 60 settimane nonostante, comunque, l'IMC per età dei pazienti che avevano completato il trattamento, era ancora nell'intervallo di basso normopeso.



## Conclusione

*“Amare se stessi è un idillio che  
dura una vita.”*

*(Oscar Wilde)*

Siamo arrivati all'epilogo generale del viaggio che è stato intrapreso in riferimento all'AN, facendo un resoconto dell'attuale letteratura, e in parte anche di quella passata, e delle discussioni che vi si possono trarre. Sono state prese in esame le motivazioni rispetto alle quali si è inteso disquisire della parte più meramente psicologica rispetto a tale disturbo e meno della componente biologica, nonostante comunque sia di buon auspicio continuare la ricerca al fine di arrivare ad ottenere risultati migliori e sempre più incoraggianti da poter estendere a tutta la platea di coloro affetti da AN. In questa sede, nello specifico, è stata analizzata questa particolare malattia rispetto all'ambito dei disturbi alimentari, ma la componente psicologica si può avanzare anche alle altre tipologie di disturbi alimentari come bulimia nervosa, disturbo da binge-eating ecc. Sono stati esaminati alcuni ruoli preponderanti che, a livello psicologico, influiscono nell'esordio di AN: in particolare, è stato discusso se queste specifiche componenti hanno un ruolo scatenante o conseguente all'AN, e di come la concomitanza di tutte queste realtà giochi una parte importante e precipua non soltanto nell'esordio o nella conseguenza del disturbo, ma anche nel mantenimento dello stesso.

La componente dell'immagine corporea è stata esaminata in maniera particolarmente approfondita poiché si è visto che è possibile esaurirla in più contesti: nel contesto quotidiano tra il gruppo dei pari, sia fisicamente che online, e confrontandosi “verso l'alto”, anche questo avanzato a livello quotidiano con pari considerati gerarchicamente “migliori” o con persone repute “famosi”, sia fisicamente che online. Quindi, l'importanza del confronto sociale e l'influenza che ha nello specifico il mondo occidentale nel promuovere un ideale di bellezza e “perfezione” che dev'essere

condiviso e promosso attraverso i media tradizionali e i più attuali social media, e che di conseguenza di riversa come un pensiero “corretto” e “universale” soprattutto tra i giovani.

È stata analizzata anche la componente egosintonica rispetto al mantenimento dell'AN perché, a quanto pare, si trae del piacere nel continuare a sostenere un corpo esile, emaciato e malato, tutto supportato da studi condotti su pazienti che traevano godimento da questa loro condizione psicofisica, analizzando anche le motivazioni che li spingevano a mantenerla. Infine, è stata presa in esame una particolare terapia che si è visto essere efficace nella risoluzione dei disturbi alimentari, ovviamente calata alla malattia che è stata presa in esame in questa sede. La terapia cognitivo-comportamentale migliorata (CBT-E) ad oggi è considerata la miglior terapia da applicare nel contesto dei disturbi alimentari, in quanto si è visto che, a livello pratico, è quella che consente di avere risultati migliori e soprattutto duraturi. È stato scelto di adottare un *continuum* specialmente in quest'ultima parte in riferimento ad un particolare aspetto: chi ha discusso della CBT-E, in quale contesto è stata e viene tutt'ora applicata, lo studio per supportarla e una referenza diretta di una ragazza che ha vissuto sulla sua pelle quest'esperienza in comunione alle caratteristiche appena citate. In altre parole, è stata descritta la CBT-E così come avanzata dal dott. Dalle Grave nel suo sito internet, ne è stata validata l'efficacia grazie ad uno studio condotto dallo stesso dottore nel panorama italiano, nello specifico presso l'Unità di Riabilitazione Nutrizionale della Casa di Cura Villa Garda di cui egli è responsabile, e della testimonianza, quindi dell'esperienza, di una ragazza che l'ha vissuta in prima persona e che ha acconsentito di raccontare nel paragrafo successivo. Per concludere, in questa sede è stata esaurita una piccola parte rispetto alla panoramica dei disturbi alimentari (e dell'AN, nello specifico), ma è sufficiente almeno per fornire una linea guida che consenta di avere un quadro generale della condizione attuale rispetto a questa tematica

analizzando la maggior parte dei punti più salienti e critici, e aggiornando quanto più possibile il lettore rispetto ai preziosi passi in avanti che la psicologia ha fatto fino ad oggi.



## **Racconto di una storia vera**

*“Essere limitato nel cibo significa  
essere limitato nella vita.”*

*(Federica G.)*

È il febbraio del 2022 quando Federica G. ha deciso di raccontare la sua storia. Questo, forse, potrà essere di buon auspicio per tutti coloro che la leggeranno. Magari vi si ritroveranno protagonisti, magari vi si ritroveranno a condividere determinati particolari o magari sarà solamente un modo per non leggere meramente qualcosa di teorico, che lascia poco spazio alla nuda e cruda realtà che la malattia posta in essere in questa sede può provocare.

Classe 1999, Federica ha accolto l'idea di voler raccontare la sua esperienza in merito alla patologia che l'aveva completamente travolta e devastata: l'Anoressia Nervosa. Parlerà di quelle che presume essere le cause che l'hanno fatta insorgere, le motivazioni che la spingevano a voler perdere sempre più peso, e del suo percorso di guarigione presso una struttura che, a detta sua, l'ha fatta rinascere. Verranno toccati punti ed evidenze scientifiche che sono state analizzate nel viaggio intrapreso e arrivato, oramai, solo formalmente, alla conclusione.

«Diciamo che quasi sempre la causa non è chiara, non c'è una cosa in particolare che ti faccia dire “ho l'Anoressia Nervosa”. Probabilmente ti nasce inconsciamente, non te ne rendi subito conto del desiderio di perdere peso. Ho iniziato a sentirmi troppo stretta in un paese così piccolo, mi sentivo spaesata. Anche il confronto di mia sorella gemella non mi aiutava: l'essere uguali, l'essere “prese a pacchetto”, la gente non riconosceva se fossi io o lei. Ero in una crisi di identità, quindi sotto stress. Mi frequentavo con un ragazzo, il quale era il proprietario di una palestra. Non dò la colpa lui perché ho una testa ed ho le capacità per pensare da sola, però verosimilmente tutto iniziò da qui. Quando iniziai a dirgli di voler perdere peso, di essere più tonica, lui mi diede una

mano. La cosa iniziò a prendere piede soprattutto quando lui decise di intraprendere una dieta da bodybuilder, quindi niente zuccheri, carboidrati limitati ecc., e di conseguenza faceva notare anche a me che ciò che mangiavo non andava bene, di non bere bevande gassate, zuccherate. Pertanto iniziai ad eliminare tutti i carboidrati, diventando una vera e propria ossessione. Tendevo a rifiutare inviti fuoriporta, perché solitamente questo non comportava certo andare a mangiare un'insalata, ma tutt'altra tipologia di cibo, nonostante comunque ognuno fosse libero di prendere ciò che voleva. Essere limitato nel cibo significa essere limitato nella vita. Ero limitata nella socializzazione con gli altri. Ciò che mi ha limitato di più è stato quando iniziai l'Università. Iniziai a stare male nella primavera-estate 2019 ed era un periodo in cui la mia relazione amorosa non stava andando bene. Ci lasciammo. Provai gioia perché ero da poco stata ammessa all'Università, ma nel frattempo si era insinuata dentro di me l'idea di mettere su peso con la dieta da bodybuilder, quindi solo massa magra. Per questo motivo, all'Università andavo con gli spuntini e cose già organizzate che però non mi facevano socializzare. Quando i miei compagni di corso andavano a mangiare da qualche parte io dovevo rifiutare. La mia Università era lontana dalla stazione ma ciononostante andavo comunque a piedi, dimodoché potessi fare più attività fisica possibile. Iniziai ad essere seguita da un nutrizionista, il quale mi disse di andare 3 volte a settimana in palestra, così da crescere muscolarmente. Questo però non mi fece dedicare tempo allo studio. Anzi, non mi fece più dedicare tempo alle cose importanti della vita. Alla sessione di febbraio dopo 3 mesi di dura fatica e dopo le restrizioni causate dalla pandemia Covid-19, decisi di lasciare la dieta. Mi resi conto però, che questa scelta fu più un modo di assecondare il disturbo che stava nascendo. Volevo mangiare a caso per mangiare meno e quindi per non aumentare di peso. Non mi ero mai fermata a pensare alla relazione da cui mi ero lasciata perché l'ossessione per il cibo mi portava via molto tempo. Iniziai a non avere più una vita sociale. La situazione medico-sanitaria che il Paese stava

affrontando prese il sopravvento e in quel frangente il mio primo pensiero fu “non posso più uscire a piedi, non posso più andare in palestra, divento una palla”. Di conseguenza, con questo problema, volevo mangiare ancora meno. Da quel momento, mi si è scatenata una forma di ansia: il Covid-19 è arrivato a inizio marzo e io i primi aiuti iniziai a cercarli a giugno. Durante questi 3 mesi, quindi, persi molto peso. Non sopportavo l’idea che mia sorella mangiasse meno di me o comunque diverso. Tutto è peggiorato perché stavo sempre a casa, anche provando a fare degli esercizi, ma facevo molta fatica. Stando sempre chiusa in casa e non avendo distrazioni ho avuto modo di pensare a trascorsi, ad es. la separazione tra i miei genitori, la fine della mia relazione, al fatto che mi stesse nascendo questa voglia di essere diversa, di non essere uguale a mia sorella. Sentivo l’esigenza di ricevere attenzioni. Era come se non avessi niente di pratico da dimostrare e l’unico modo per dimostrare qualcosa era far vedere il mio fisico emaciato. Lo specchio non era mio amico. Traevo molta soddisfazione nel veder dimagrire soprattutto il ventre. Si stava sgonfiando a vista d’occhio. Iniziai a pesarmi spesso, come fosse una conseguenza del mio disturbo, anche all’oscuro dei miei genitori, nonostante comunque fu proprio mia madre dopo a volere che mi pesassi, proprio perché stava notando il mio cambiamento. Le persone che avevo al mio fianco, mia mamma, mia sorella e mia nonna, purtroppo non mi erano d’aiuto. Tendevo a controllare ciò che mangiava mia sorella, quindi mi mettevo io a far da mangiare in modo tale da poter dare più cibo a lei e meno possibile a me. Mi vergogno di questa parte perché non ho avuto rispetto per me stessa. Nel voler “essere diversa” agli occhi degli altri ho tolto importanza a me come persona, e anche alle persone che mi stavano a fianco. Se il mio cervello fosse stato funzionante, avrei dovuto essere grata per tutto quello che stavano facendo per me, avrei dovuto ascoltarle. Non le ascoltavo quando mi dicevano che ero pelle-ossa, non ho dato importanza al bene che loro provavano verso di me. Vedevo tutti come nemici perché tutti mi dicevano la stessa cosa, mentre io

volevo andare nella direzione opposta. Da marzo 2020 mi sono cominciate le crisi: attacchi di panico, piangevo, non riuscivo a respirare. E il punto è che non riuscivo a smettere. Per di più mi accasciavo a terra, cercavo di usare tutta la forza che avevo per stringere il mio corpo come a voler urlare dentro me stessa. Un po' come quando usi il cuscino contro il viso per gridare. Per me era la stessa cosa. Era un modo per non emanare nessun suono, nessun grido, se non il pianto. Usavo il mio corpo come cuscino. Queste crisi iniziarono ad essere sempre più frequenti soprattutto quando arrivava il momento di sedersi a tavola perché "non si poteva saltare il pasto". Verso aprile/maggio per molte volte non riuscivo a sedermi a tavola perché non volevo né pranzare né cenare in compagnia. Le crisi diventarono sempre più frequenti e l'apporto calorico diventava sempre più basso. Cercavo ricette lite online per rispettare le calorie che mi ero imposta ma il fatto che i vari siti internet mettessero l'apporto calorico dopo aver completato la ricetta, non mi giovava assolutamente perché mi sembrava troppo alto. A volte, ancora adesso mi capita di guardare le calorie sul retro delle confezioni, quindi mi impongo di esserne ignara. Il mio disturbo era fondato sul calcolo delle calorie costanti. Per di più ci sono vari siti online che calcolano le calorie dei vari cibi, quindi passavo le mie giornate a fare i conti di quante calorie avesse un piatto. L'ansia di venire a tavola era dovuta al fatto che non sapessi quante calorie stessi mangiando, che avevano i vari cibi. Con il disturbo si tende a guardare le tabelle nutrizionali dei prodotti. Detto ciò, adesso evito di guardare le tabelle ma devo impormi di non guardare, non mi risulta essere automatico. O almeno non sempre. A livello di autostima, potevo contare solo sullo specchio perché non si poteva uscire e quindi non avevo un metro di paragone, ma quando uscii da dopo giugno, quindi da dopo la fine delle restrizioni, le persone mi guardavano in modo strano e non mi invogliava ad uscire. Mi facevano sentire sbagliata. Per di più non avevo le forze per uscire, ero spossata e la confusione e il dialogare mi davano fastidio. La mia voce si era abbassata moltissimo e il mio dispendio energetico era ridotto al

minimo. Stavo esaurendo le scorte di energie. Avevo problemi con il ciclo, perdevo i capelli, avevo più peluria sul corpo, soprattutto in faccia. E a fronte di questo, il fattore estetico non mi aiutava a voler uscire, soprattutto d'estate. Avevo sempre freddo. In agosto stavo con la felpa, e che fai, esci con la felpa in piena estate? Non puoi, ti guardano male. Il contatto con le persone mi ha scosso, non volevano più uscire con me perché si vergognavano. Non mi sentivo accettata, mi sentivo gli occhi puntati addosso, soprattutto in un paese piccolo come il mio. Ero sulla bocca di tutti. La cosa che mi fece scattare in primis era vedere mia madre piangere. Mia sorella andava via perché stava male quando avevo le crisi. Tuttavia, mi ha colpito il fatto che in un certo senso ero riuscita ad attirare l'attenzione, soprattutto di mio padre che era assente affettivamente, ma presente solo economicamente. Ce l'ho fatta ad attirare l'attenzione. Alla fine fu proprio mio padre a prendere in mano la situazione per farmi aiutare. Mi sono rivolta al centro per disturbi alimentari di Rovigo. Ciononostante, quando arrivò l'ora di intraprendere il percorso psicofarmacologico e di rieducazione alimentare non ero più così decisa. L'ansia mi portava a desiderare di morire. Addormentarsi e non svegliarsi più. Ad un certo punto mi sono specchiata e mi sono resa conto che niente andava bene: il giorno prima andava bene che avessi un corpo emaciato, mentre il giorno dopo mi è parso di vedere la realtà per quello che è: "davvero sono così?". Non riuscivo nemmeno a coricarmi sul letto perché mi faceva male dappertutto. Iniziai a rendermene conto ancora meglio quando mia sorella iniziò ad arrabbiarsi con me dicendomi "non sei normale" e di parlare con nostra cugina. Ne parlai con lei, le dissi che sentivo il desiderio di voler morire e la sua risposta fu "giorno dopo giorno ci stai riuscendo". La psichiatra voleva somministrarmi degli psicofarmaci ma non li volevo assumere. Ho sempre pensato di non poter morire di anoressia. Non mi sentivo una malata mentale. Odiavo il fatto di dire "ho un problema". Il mio problema principale era il perfezionismo. Tutto doveva essere perfetto, odiavo il fatto di fare le cose fatte male, sia

con le calorie dei cibi sia con le attività quotidiane. Mi sono resa conto che il percorso intrapreso con la psichiatra non era sufficiente. Iniziai a questo punto il percorso di recupero a “Casa di cura Villa Garda”: lì, mi sentivo protetta mentre a casa avevo le crisi. Ho avuto qualche episodio a rischio abbuffata perché la sazietà non la sentivo più, anche se il corpo lo era. Ero disposta ad accettare tutto ciò che mi avrebbero fatto fare. Ero lì perché volevo essere lì. Volevo rivedere la gioia delle persone a cui volevo bene, anche se so che il primo passo per stare meglio è farlo per se stessi e non per gli altri, ma ho sempre voluto vedere prima gli altri stare bene e poi me stessa. In questa struttura arrivai finalmente ad essere normopeso, tuttavia non mi piacevo più di tanto e i vestiti non mi andavano più bene. Il percorso consistette in 3 mesi di ricovero intensivo e altri 2 mesi di day-hospital. Partecipavo a colloqui di 50 minuti o a due colloqui da 25 minuti. Quando uscii non mi sentivo benissimo. Fisicamente sì, e psicologicamente anche, ma stare qui, in un paese piccolo come questo, mi dava l’ansia, mentre andare quotidianamente nel paese in cui era ubicata la mia Università mi faceva stare meglio, mi sentivo a mio agio. A volte il confronto con mia sorella è ancora presente, ma in maniera più lieve. In conclusione, decisi di mollare il contatto psicologico, ero stanca di continuare a non andare avanti da sola perché era come se fossi costantemente al guinzaglio. Cioè, era come se mi dicessero “sei guarita ma rimani ancora qui nelle vicinanze, non andare da sola”. Ad oggi, febbraio 2022, ti racconto la mia storia e il mio percorso di guarigione. Sto meglio, continuo a mangiare anche se ammetto che ogni tanto ci penso ancora al mio peso, ma i pensieri non sono più invasivi. Riesco a spegnerli. Oggi sto bene.»

## **Ringraziamenti**

È finito. Questo viaggio, è finito.

Ammetto che questi ultimi anni sono stati decisamente molto impegnativi e complessi. Ammetto che non credevo di arrivare a raggiungere un traguardo del genere, non tanto perché non fossi motivato a raggiungerlo, quanto più per la preparazione sottostante che si celava. Il titolo magistrale era un'utopia. Non ho frequentato un istituto che potesse fornirmi una preparazione tale da poter affrontare il mondo dell'università, e per questo motivo ho faticato molto all'inizio, nonostante comunque fosse una scuola eccellente per i corsi tecnico-pratici che offriva. Ero scontento perché nonostante l'impegno vedevo che non era sufficiente, vedevo che i risultati non arrivavano. Figuriamoci fare un confronto con i miei compagni di corso che superavano tutti gli esami al primo tentativo. Stava decisamente diventando un incubo. Il primo anno di università, superare un esame con la sufficienza era un traguardo inenarrabile, era come se avessi ottenuto il massimo. Era perfetto. Ciò significava che non ero stupido, avevo solo tante lacune che ho colmato nel corso degli anni, studiando molto di più rispetto ai miei compagni. Non perché volessi essere migliore di loro, ma per arrivare ad avere il loro stesso livello di preparazione. Ad oggi, posso dire di avercela fatta, e con una media decisamente buona, fin sopra le mie aspettative. Sono riuscito a colmare i vuoti che mi impedivano di continuare e di ottenere esiti sempre più alti, esame dopo esame. Ciononostante, tutto questo non sarebbe mai stato possibile senza la presenza nella mia vita di persone essenziali quanto l'aria, che mi hanno supportato e appoggiato durante questo mio viaggio.

Ricorderò sempre i miei professori della scuola superiore, mi appoggiarono in ogni mia scelta, soprattutto rispetto al percorso che stavo decidendo di intraprendere, completamente avulso da quel che era il corso di scuola superiore. In particolar modo, la mia professoressa di letteratura fu colei che più di tutti mi spinse a provare, a non

mollare, ad insistere, ad incoraggiarmi, e un giorno, ad un colloquio con i genitori, mi disse: “provaci: se superi l’esame d’ammissione, vorrà dire che la tua strada sarà quella, altrimenti la tua strada sarà altrove”. Fui ammesso al primo tentativo, ed oggi posso dire che aveva pienamente ragione. Questa è la mia strada. E con il suo supporto è riuscita a gettare le basi affinché io arrivassi fin qui.

La mia famiglia non è stata da meno, anzi. Mia sorella, Anna, le mie due nonne e mia zia. Mia mamma. Tutti. Mio papà, in particolare, è sempre stato presente, fin dal primo giorno. Non è mai capitata una volta che si tirasse indietro all’idea di aiutarmi e di appoggiarmi, sotto ogni aspetto. Mi ha sempre spronato affinché arrivassi dove sono arrivato oggi. Il suo supporto è stato decisivo, vitale, essenziale. Senza, non ce l’avrei mai fatta.

Alessia è entrata a far parte della mia vita da oramai due anni. Non è stato possibile averla accanto a me all’inizio del mio percorso, ma ringrazio la vita per avermi permesso di averla accanto in questi ultimi anni, alla conclusione. È il mio punto di riferimento, mi ha aiutato a finire questo percorso, soprattutto quando avevo la sensazione di non farcela più. È anche grazie a lei se oggi sono qui, con un foglio di carta in mano e una corona sulla testa. Mi ha dato la forza che stavo esaurendo. Mi ha dato tutto quel che aveva. Questo finale lo dedico anche a lei.

Ai miei amici d’infanzia, in particolare a Damiano. Con la sua personalità e le sue qualità, c’era quando ho iniziato questo percorso e c’è oggi che l’ho concluso. È sempre stato presente, non soltanto adesso, ma fin da bambini. È stato presente in ogni momento buio. Quando non superavo un esame mi spronava a fare meglio la volta successiva, con tecniche di persuasione e di intimorimento particolarmente efficaci, debbo dire. Con la sua ilarità è riuscito ad aiutarmi nel concludere questo viaggio.

Ai miei compagni di università, con i quali ho instaurato un bellissimo rapporto d’amicizia. Mi hanno aiutato quando avevo bisogno durante il triennio, non si sono mai

tirati indietro. Alla magistrale le nostre strade si sono divise, ma il rapporto d'amicizia è rimasto intatto. Se sono qui è anche grazie a loro.

È finito. Questo viaggio, è finito.

O forse, è solo l'inizio di un nuovo percorso di vita che inizierà dalla presente conclusione.



## Bibliografia

- Abelson, R. P. (1963). Computer Simulation of "Hot Cognition". In Tomkins, S., e Messick, S. (Eds.), *Computer Simulation of Personality: Frontier of Psychological Theory*, 277-302. New York: Wiley.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5. Arlington, VA. (Tr. it.: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Quinta edizione, DSM-5. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014).
- Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V., e Swinson, R. P. (1998). Dimensions of Perfectionism Across the Anxiety Disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 36(12), 1143-1154.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., e Nielsen, S. (2011). Mortality Rates in Patients with Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders. A Meta-analysis of 36 Studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724-731.
- Atwood, G. E., e Stolorow, R. D. (2014). *Structures of subjectivity: Explorations in psychoanalytic phenomenology and contextualism*. Routledge.
- Bachner-Melman, R., Lerer, E., Zohar, A. H., Kremer, I., Elizur, Y., Nemanov, L., Golan, M., Blank, S., Gritsenko, I., e Ebstein, R. P. (2007). Anorexia Nervosa, Perfectionism, and Dopamine D4 Receptor (DRD4). *American Journal of Medical Genetics*, 144b, 748-756.
- Bang, L., Treasure, J., Rø, Ø., e Joos, A. (2017). Advancing our Understanding of The Neurobiology of Anorexia Nervosa: Translation into Treatment. *Journal of Eating Disorders*, 5(38).
- Baumeister, R. F. (1998). The self. In Gilbert, D., Fiske, S., e Lindzey, G. (Eds.), *The handbook of social psychology*, 680-740. Random House.
- Beauchaine, T. P., e Constantino, J. N. (2017). Redefining the Endophenotype Concept to Accommodate Transdiagnostic Vulnerabilities and Etiological Complexity. *Biomarkers in Medicine*, 11(9), 769-780.
- Behar, R., Arancibia, M., Gaete, M. I., Silva, H., e Meza-Concha, N. (2018). The Delusional Dimension of Anorexia Nervosa: Phenomenological, Neurobiological and Clinical Perspectives. *Archives of Clinical Psychiatry*, 45(1), 15-21.
- Bell, K., Coulthard, H., e Wildbur, D. (2017). Self-Disgust within Eating Disordered Groups: Associations with Anxiety, Disgust Sensitivity and Sensory Processing. *European Eating Disorders Review*, 25(5), 373-380.
- Bittermann, A. (2019). Development of a user-friendly app for exploring and analyzing research topics in psychology. In Catalano, G., Daraio, C., Gregori, M., Moed, H. F., e Ruocco, G. (Eds.), *Proceedings of the 17th Conference of the*

*International Society for Scientometrics and Informetrics*, 2634-2635. Edizioni Efestò.

- Broks, P. (2020). *Unholy anorexia. Medieval mystics starved the body to feed the soul. Understanding this perfectionist mindset could help treat anorexia today*. Edited Nigel Warburton, Aeon
- Broomfield, C., Stedal, K., Touyz, S., e Rhodes, P. (2017). Labeling and Defining Severe and Enduring Anorexia Nervosa: A Systematic Review and Critical Analysis. *The International Journal of Eating Disorders*, 50(6), 611-623.
- Brower, V. (2011). Biomarkers: Portents of Malignancy. *Nature*, 471(7339), 19-20.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Bruch, H. (1982). Psychotherapy in Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorder*, 1, 3-14.
- Burns, D. D. (1980) The Perfectionist's Script for Self-defeat. *Psychology Today*, 34-51.
- Burns, D. D. (1993). *The ten steps to self-esteem*. Editore William Morrow e Co.
- Byrne, S., Wade, T., Hay, P., Touyz, S., Fairburn, C. G., Treasure, J., Schmidt, U., McIntosh, V., Allen, K., Fursland, A., e Crosby, R. D. (2017). A Randomised Controlled Trial of Three Psychological Treatments for Anorexia Nervosa. *Psychological Medicine*, 47(16), 2823-2833.
- Calugi, S., El Ghoch, M., e Dalle Grave, R. (2017). Intensive Enhanced Cognitive Behavioural Therapy for Severe and Enduring Anorexia Nervosa: A Longitudinal Outcome Study. *Behaviour Research and Therapy*, 89, 41-48.
- Carr, D. (1986). *Time, narrative, and history*. Bloomington: University of Indiana Press.
- Carter, J. C., Blackmore, E., Sutandar-Pinnock, K., e Woodside, D. B. (2004). Relapse in Anorexia Nervosa: a Survival Analysis. *Psychological Medicine*, 34(4), 671-679.
- Cockell, S. J., Geller, J., e Linden, W. (2002). The Development of a Decisional Balance Scale for Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 10, 359-375.
- Cockell, S. J., Geller, J., e Linden, W. (2003). Decisional Balance in Anorexia Nervosa: Capitalizing on Ambivalence. *European Eating Disorders Review*, 11, 75-89.
- Cohen, R., e Blaszczynski, A. (2015). Comparative Effects of Facebook and Conventional Media on Body Image Dissatisfaction. *Journal of Eating Disorders*, 3(23).

- Cohen, R., Newton-John, T., e Slater, A. (2017). The Relationship Between Facebook and Instagram Appearance-focused Activities and Body Image Concerns in Young Women. *Body Image*, 23(1), 183-187.
- Colmsee, I. S. O., Hank, P., e Bošnjak, M. (2021). Low Self-Esteem as a Risk Factor for Eating Disorders. *Zeitschrift für Psychologie*, 229(1), 48-69.
- Comer, J. S., e Kendall, P. C. (2004). A Symptom-level Examination of Parent-child Agreement in The Diagnosis of Anxious Youths. *Journal of the American Academy of Child e Adolescent Psychiatry*, 43(7), 878-886.
- Cone, J. J., Roitman, J. D., e Roitman, M. F. (2015). Ghrelin Regulates Phasic Dopamine and Nucleus Accumbens Signaling Evoked by Food-Predictive Stimuli. *Journal of Neurochemistry*, 133(6), 844-856.
- Crisp, A. (1997). "Anorexia nervosa as fight from growth: assessment and treatment based on the model," In *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, (Eds) Garfinkel. P.E., e Garner, D. M., 248–277. New York, NY: Guilford Press.
- Culbert, K. M., Racine, S. E., e Klump, K. L. (2015). Research Review: What We have Learned About the Causes of Eating Disorders – A Synthesis of Sociocultural, Psychological, and Biological Research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(11), 1141-1164.
- Dahlenburg, S. C., Gleaves, D. H., e Hutchinson, A. D. (2019). Treatment Outcome Research of Enhanced Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders: a Systematic Review with Narrative and Meta-analytic Synthesis. *Eating Disorders: The Journal of Treatment e Prevention*, 27(5), 482-502.
- Dalle Grave, R. (2013). *Multistep cognitive behavioral therapy for eating disorders: Theory, practice, and clinical cases*. New York, NY: Jason Aronson.
- Dalle Grave, R., e Calugi, S. (2020). *Cognitive behavior therapy for adolescents with eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Conti, M., Doll, H., e Fairburn, C. G. (2013). Inpatient Cognitive Behaviour Therapy for Anorexia Nervosa: a Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(6), 390-398.
- Dalle Grave, R., Conti, M., e Calugi, S. (2020). Effectiveness of Intensive Cognitive Behavioral Therapy in Adolescents and Adults with Anorexia Nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 53(9), 1428-1438.
- Dalle Grave, R., Sartirana, M., e Calugi, S. (2019). Enhanced Cognitive Behavioral Therapy for Adolescents with Anorexia Nervosa: Outcomes and Predictors of Change in a Real-world Setting. *International Journal of Eating Disorders*, 52(11), 1042-1046.
- Damasio, A. R. (1995). *Descartes' error: emotion, reason, and the human brain*. London: Picador.

- De Ruiter, N. M. P., van Geert, P. L. C., e Kunnen, E. S. (2017). Explaining the “How” of Self-esteem Development: The Selforganizing Self-esteem Model. *Review of General Psychology*, 21(1), 49-68.
- De Sousa, R. (2010). Emotion. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*.
- Dumas, T. M., Maxwell-Smith, M., Davis, J. P., e Giulietti, P. A. (2017). Lying or Longing for Likes? Narcissism, Peer Belonging, Loneliness and Normative Versus Deceptive Likeseeking on Instagram in Emerging Adulthood. *Computers in Human Behavior*, 71(1), 1-10.
- Erskine, H. E., Whiteford, H. A., e Pike, K. M. (2016). The Global Burden of Eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 29, 346-353.
- Fairburn, C. G., e Beglin, S. J. (1990). Studies of the Epidemiology of Bulimia Nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 147(4), 401-408.
- Fardouly, J., e Vartanian, L. R. (2015). Negative Comparisons About One’s Appearance Mediate the Relationship Between Facebook Usage and Body Image Concerns. *Body Image*, 12, 82-88.
- Fardouly, J., Willburger, B. K., e Vartanian, L. R. (2018). Instagram Use and Young Women’s Body Image Concerns and Self-objectification: Testing Mediational Pathways. *New Media and Society*, 20(4), 1380-1395.
- Fassino, S., e Abbate-Daga, G. (2013). Resistance to Treatment in Eating Disorders: a Critical Challenge. *BMC Psychiatry*, 13, 282.
- Fassino, S., Piero, A., Tomba, E., e Abbate-Daga, G. (2009). Factors Associated with Dropout From Treatment for Eating Disorders: A Comprehensive Literature Review. *BMC Psychiatry*, 9(67).
- Festinger, L. (1954). A Theory of Social Comparison Processes. *Human Relations*, 7, 117-140.
- Fichter, M. M., Quadflieg, N., Crosby, R. D., e Koch, S. (2017). Long-term Outcome of Anorexia Nervosa: Results From a Large Clinical Longitudinal Study. *International Journal of Eating Disorders*, 50(9), 1018-1030.
- Forbes, G. B., Jung, J., Vaamonde, J. D., Omar, A., Paris, L., e Formiga, N. S. (2012). Body Dissatisfaction and Disordered Eating in Three Cultures: Argentina, Brazil, and the U.S. *Sex Roles: A Journal of Research*, 66(9-10), 677-694.
- Freda, M. F., Esposito, G., e Quaranta, T. (2015). Promoting Mentalization in Clinical Psychology at Universities: A Linguistic Analysis of Student Accounts. *Europe's Journal of Psychology* 11, 34-49.
- Fredrickson, B. L., e Roberts, T. A. (1997). Objectification Theory: Toward Understanding Women’s Lived Experiences and Mental Health Risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 173-206.

- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge University Press.
- Frijda, N. H. (1994). Varieties of affect: emotions and episodes, moods, and sentiments. In Ekman, P., e Davidson, R. J. (Eds). *The nature of emotion: Fundamental questions*, 59-67. New York: Oxford University Press.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., e Rosenblate, R. (1990). The Dimensions of Perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468.
- Fuchs, T. (2012). The feeling of being alive: organic foundations of self-awareness. In Fingerhut, J., e Marienberg, S. (Ed.), *Feelings of Being Alive*, 149-166. Berlin, Boston: De Gruyter.
- Fuchs, T. (2013). The Phenomenology of Affectivity. *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry*, 612-631. Oxford: Oxford University Press.
- Fuchs, T., e Koch, S. (2014). Embodied Affectivity: On Moving and Being Moved. *Frontiers in Psychology*, 5, 1-12.
- Gaete, M. I., e Fuchs, T. (2016). From Body Image to Emotional Bodily Experience in Eating Disorders. *Journal of Phenomenological Psychology*, 47(1), 17-40.
- Ging, D., e Garvey, S. (2018). 'Written in These Scars are The Stories I Can't Explain': A Content Analysis of Pro-ana and Thinspiration Image Sharing on Instagram. *New Media and Society*, 20(3).
- Gottesman, I. I., e Gould, T. D. (2003). The Endophenotype Concept in Psychiatry: Etymology and Strategic Intentions. *American Journal of Psychiatry*, 160(4), 636-645.
- Grabe, S., Ward, L., e Hyde, J. S. (2008). The Role of The Media in Body Image Concerns Among Women: A Meta-analysis of Experimental and Correlational Studies. *Psychological Bulletin*, 134, 460-476.
- Gregertsen, E. C., Mandy, W., e Serpell, L. (2017). The Egosyntonic Nature of Anorexia: An Impediment to Recovery in Anorexia Nervosa Treatment. *Frontiers in psychology*, 8(2273).
- Groesz, L. M., Levine, M. P., e Murnen, S. K. (2002). The Effect of Experimental Presentation of Thin Media Images on Body Satisfaction: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 1-16.
- Haferkamp, N., Eimler, S. C., Papadakis, A. M., e Kruck, J. V. (2012). Men are From Mars, Women are From Venus? Examining Gender Differences in Self-presentation on Social Networking Sites. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15, 91-98.
- Halmi, K., Sunday, S., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, B., Fichter, M., Treasure, J., Berrettini, W., e Kaye, W. (2000). Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality, and Pathological Eating Behavior. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1799-1805.

- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of Normal and Neurotic Perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 15(1), 27-33.
- Haynos, A. F., e Fruzzetti, A. E. (2011). Anorexia Nervosa As a Disorder of Emotion Dysregulation: Evidence and Treatment Implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(3), 183-202.
- Herpertz-Dahlmann, B., e Dahmen, B. (2019). Children in Need – Diagnostics, Epidemiology, Treatment and Outcome of Early Onset Anorexia Nervosa. *Nutrients* 2019, 11(8), 1932.
- Hewitt, P. L., e Flett, G. L. (1991). Perfectionism in The Self and Social Contexts: Conceptualization, Assessment, and Association with Asychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456-470.
- Ho, S. S., Lwin, M. O., e Lee, E. W. J. (2017). Till Logout Do us Part? Comparison of Factors Predicting Excessive Social Network Sites Use and Addiction Between Singaporean Adolescents and Adults. *Computers in Human Behavior*, 75, 632-642.
- Hoek, H. W. (2016). Review of The Worldwide Epidemiology of Eating Eisorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 29, 336-339.
- Holland, G., e Tiggemann, M. (2016). A Systematic Review of The Impact of The Use of Social Networking Sites on Body Image and Disordered Eating Outcomes. *Body Image*, 17, 100-110.
- Holland, G., e Tiggemann, M. (2017). “Strong Beats Skinny Every Time”: Disordered Eating and Compulsive Exercise in Women Who Post Fitspiration on Instagram. *International Journal of Eating Disorders*, 50(1), 76-79.
- Holland, J., Hall, N., Yeates, D. G. R., e Goldacre, M. (2016). Trends in Hospital Admission Rates for Anorexia Nervosa in Oxford (1968-2011) and England (1990-2011): Database Studies. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 109, 59-66.
- Hollender, M. H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*, 6(2), 94-103.
- Ikemoto, S., e Panksepp, J. (1999). The Role of Nucleus Accumbens Dopamine in Motivated Behavior: A Unifying Interpretation with Special Reference to Reward-Seeking. *Brain Research Reviews*, 31(1), 6-41.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., e Agras, W. (2004). Coming to Terms with Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19-65.
- Jansen, A., Smeets, T., Martijn, C., e Nederkoorn, C. (2006). I See What You See: The Lack of a Self-serving Body-image Bias in Eating Disorders. *British Journal of Clinical Psychology: Author Guidelines*, 45(1), 123-135.

- Kästner, D., Löwe, B., e Gumz, A. (2019). The Role of Self-esteem in the Treatment of Patients with Anorexia Nervosa: a Systematic Review and Meta-analysis. *The International Journal of Eating Disorders*, 52(2), 101-116.
- Kaye, W. H., Barbarich, N. C., Putnam, K., Gendall, K. A., Fernstrom, J., Fernstrom, M., McConaha, C. W., e Kishore, A. (2003). Anxiolytic Effects of Acute Tryptophan Depletion in Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 257-267.
- Kaye, W. H., Fudge, J. L., e Paulus, M. (2009). New Insights Into Symptoms and Neurocircuit Function of Anorexia Nervosa. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(8), 573-584.
- Kaye, W. H., Wierenga, C. E., Bailer, U. F., Simmons, A. N., e Bischoff-Grethe, A. (2013). Nothing Tastes as Good as Skinny Feels: The Neurobiology of Anorexia Nervosa. *Trends in Neurosciences*, 36(2), 110-120.
- Keel, P. K. (2017). *Eating disorders*. Pearson Education, Inc.
- Kim, J. W., e Chock, T. M. (2015). Body Image 2.0: Associations Between Social Grooming on Facebook and Body Image Concerns. *Computers in Human Behavior*, 48, 331-339.
- Kontis, D., e Theochari, E. (2012). Dopamine in Anorexia Nervosa: A Systematic Review. *Behavioural Pharmacology*, 23(5-6), 496-515.
- Kuss, D. J., e Griffiths, M. D. (2017). Social Networking Sites and Addiction: Ten Lessons Learned. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(3), 311.
- Lee-Won, R. J., Joo, Y. K., Baek, Y. M., Hu, D., Park, S. G. (2020). “Obsessed with Retouching Your Selfies? Check Your Mindset!”: Female Instagram Users with a Fixed Mindset are at Greater Risk of Disordered Eating. *Personality and Individual Differences*, 167, 110223.
- Lichtenberg, J. D. (2001). Motivational Systems and Model Scenes with Special References to Bodily Experience. *Psychoanalytic Inquiry*, 21(3), 430-447.
- Lloyd, E. C., Frampton, I., Verplanken, B., e Haase, A. M. (2017). How Extreme Dieting Becomes Compulsive: A Novel Hypothesis for The Role of Anxiety in The Development and Maintenance of Anorexia Nervosa. *Medical Hypotheses*, 108, 144-150.
- Lloyd, E. C., Haase, A. M., Zerwas, S., e Micali, N. (2020). Anxiety Disorders Predict Fasting to Control Weight: A Longitudinal Large Cohort Study of Adolescents. *European Eating Disorders Review*, 28(3), 269-281.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W., e Jo, B. (2010). Randomized Clinical Trial Comparing Family-based Treatment with Adolescent-focused Individual Therapy for Adolescents with Anorexia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1025-1032.

- Makhzoumi, S. H., Coughlin, J. W., Schreyer, C. C., Redgrave, G. W., Pitts, S. C., e Guarda, A. S. (2017). Weight Gain Trajectories in Hospital-based Treatment of Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 50(3), 266-274.
- Malcolm, A., e Phillipou, A. (2021). Current Directions in Biomarkers and Endophenotypes for Anorexia Nervosa: A Scoping Review. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 303-310.
- Marks, J. R., De Foe, A., e Collett, J. (2020), The Pursuit of Wellness: Social Media, Body Image and Eating Disorders. *Children and Youth Services Review*, 119, 105659.
- McKinley, N. M., e Hyde, J. S. (1996). The Objectified Body Consciousness Scale: Development and Validation. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 181-215.
- Mehler, P. S., e Brown, C. (2015). Anorexia Nervosa: Medical Complications. *Journal of Eating Disorders*, 3(1), 1-8.
- Meier, E. P., e Gray, J. (2014). Facebook Photo Activity Associated with Body Image Disturbance in Adolescent Girls. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17(4), 199-206.
- Micali, N., Hagberg, K. W., Petersen, I., e Treasure, J. L. (2013). The Incidence of Eating Disorders in The UK in 2000-2009: Findings From the General Practice Research Database. *BMJ Open*, 3(5).
- Micali, N., Martini, M. G., Thomas, J. J., Eddy, K. T., Kothari, R., Russell, E., Bulik, C. M., Treasure, J. (2017). Lifetime and 12-month Prevalence of Eating Disorders Amongst Women in Mid-life: A Population-based Study of Diagnoses and Risk Factors. *BMC Medicine*, 15(1), 12.
- Moradi, B., e Huang, Y. P. (2008). Objectification Theory and Psychology of Women: A Decade of Advances and Future Directions. *Psychology of Women Quarterly*, 32, 377-398.
- Mountjoy, R. L., Farhall, J. F., e Rossell, S. L. (2014). A Phenomenological Investigation of Overvalued Ideas and Delusions in Clinical and Subclinical Anorexia Nervosa. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 507-512.
- Naab, S., Schlegl, S., Korte, A., Heuser, J., Fumi, M., Fichter, M., Cuntz, U., e Voderholzer, U. (2013). Effectiveness of a Multimodal Inpatient Treatment for Adolescents with Anorexia Nervosa in Comparison with Adults: an Analysis of a Specialized Inpatient Setting: Treatment of Adolescent and Adult Anorexics. *Eating and Weight Disorders*, 18(2), 167-173.
- Nunn, K., Frampton, I., e Lask, B. (2012). Anorexia Nervosa: A Noradrenergic Dysregulation Hypothesis. *Medical Hypotheses*, 78(5), 580-584.
- Patton, G. C. (1988). The Spectrum of Eating Disorders in Adolescence. *Journal of Psychosomatic Research*, 32(6), 579-584.

- Patton, G. C., Johnson-Sabine, E., Wood, K., Mann, A. H., e Wakeling, A. (1990). Abnormal Eating Attitudes in London Schoolgirls – A Prospective Epidemiological Study: Outcome at Twelve Month Follow-up. *Psychological Medicine*, 20(2), 383-394.
- Peterson, K., e Fuller, R. (2019). Anorexia Nervosa in Adolescents: An Overview. *Nursing2019*, 49(10), 24-30.
- Phillipou, A., e Beilharz, F. (2018). Should we Shed The Weight Criterion for Anorexia Nervosa? *Australian e New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(6), 501-502.
- Phillipou, A., Rossell, S. L., e Castle, D. J. (2014). The Neurobiology of Anorexia Nervosa: A Systematic Review. *Australian e New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(2), 128-152.
- Pike, K. M. (1998). Long-term Course of Anorexia Nervosa Response, Relapse, Remission, and Recovery. *Clinical Psychology Review*, 18(4), 447-475.
- Prochaska, J. O., e DiClemente, C. C. (1983). Stages and Processes of Self-change of Smoking: Toward an Integrative Model of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., e Norcross, J. C. (1992). In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L. L., Redding, C. A., Rosenbloom, D., e Rossi, S. R. (1994). Stages of Change and Decisional Balance for 12 Problem Behaviors. *Health Psychology*, 13(1), 39-46.
- Raggatt, M., Wright, C. J. C., Carrotte, E., Jenkinson, R., Mulgrew, K., Prichard, I., e Lim, M. S. C. (2018). “I Aspire to Look and Feel Healthy Like the Posts Convey”: Engagement with Fitness Inspiration on Social Media and Perceptions of its Influence on Health and Wellbeing. *BMC Public Health*, 18, 1002.
- Rajanala, S., Maymone, M. B. C., e Vashi, N. A. (2018). Selfies – Living in the Era of Filtered Photographs. *JAMA Facial Plastic Surgery*, 20(6), 443-444.
- Rikani, A. A., Choudhry, Z., Choudhry, A. M., Ikram, H., Asghar, M. W., Kajal, D., Waheed, A., e Mobassarrah, N. J. (2013). A Critique of The Literature on Etiology of Eating Disorders. *Annals of Neurosciences*, 20(4), 157-161.
- Roa, A. (1978). Anorexia Nerviosa o Delirio de Belleza. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 15, 27-54.
- Ryding, F. C., e Kuss, D. J. (2020). The Use of Social Networking Sites, Body Image Dissatisfaction, and Body Dysmorphic Disorder: A Systematic Review of Psychological Research. *Psychology of Popular Media*, 9(4), 412-435.
- Schechtman, M. (1996). *The constitution of selves*. Cornell University Press.

- Schilder, P. (1950). *The image and appearance of the human body*. New York: International Universities Press.
- Selig, J. P., e Little, T. D. (2013). Autoregressive and cross-lagged panel analysis for longitudinal data. In Laursen, B., Little, T. D., e Card, N. A. (Eds.), *Handbook of developmental research methods*, 265-278. Guilford Press.
- Serpell, L., e Troop, N. (2003). Psychological factors. In Treasure, J., Schmidt, U., e van Furth, E. (Eds.), *Handbook of eating disorders, 2nd ed.*, 151-167. Wiley.
- Serpell, L., Teasdale, J. D., Troop, N. A., e Treasure, J. (2004). The Development of The P-CAN, a Measure to Operationalize the Pros and Cons of Anorexia Nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 36(4), 416-433.
- Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J., e Sullivan, V. (1999). Anorexia Nervosa: Friend or Foe? *The International Journal of Eating Disorders*, 25, 177-186.
- Smith, A. R., Hames, J. L., e Joiner, T. E. J. (2013). Status Update: Maladaptive Facebook Usage Predicts Increases in Body Dissatisfaction and Bulimic Symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 149(1-3), 235-240.
- Smith, A., e Anderson, M. (2018). Social Media Use 2018: A majority of Americans use Facebook and YouTube, but young adults are especially heavy users of Snapchat and Instagram. *Pew Research Center*.
- Södersten, P., Bergh, C., Leon, M., e Zandian, M. (2016). Dopamine and Anorexia Nervosa. *Neuroscience e Biobehavioral Reviews*, 60, 26-30.
- Spanagel, R., e Weiss, F. (1999). The Dopamine Hypothesis of Reward: Past and Current Status. *Trends in Neurosciences*, 22(11), 521-527.
- Spettigue, W., Norris, M. L., Douziech, I., Henderson, K., Buchholz, A., Valois, D. D., Hammond, N. G., e Obeid, N. (2019). Feasibility of Implementing a Familybased Inpatient Program for Adolescents with Anorexia Nervosa: A Retrospective Cohort Study. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 887.
- Steinglass, J. E., Glasofer, D. R., Dalack, M., e Attia, E. (2020). Between Wellness, Relapse, and Remission: Stages of Illness in Anorexia Nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 53(7), 1088-1096.
- Steinhausen, H. C., e Jensen, C. M. (2015). Time Trends in Lifetime Incidence Rates of First-Time Diagnosed Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa Across 16 Years in a Danish Nationwide Psychiatric Registry Study. *International Journal of Eating Disorders*, 48, 845-850.
- Stice, E. (2016). Interactive and Mediational Etiologic Models of Eating Disorder Onset: Evidence from Prospective Studies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 359-381.
- Stice, E., e Shaw, H. (2004). Eating Disorder Prevention Programs: A Meta-analytic Review. *Psychological Bulletin*, 130(2), 206-227.

- Stice, E., Gau, J. M., Rohde, P., e Shaw, H. (2017). Risk Factors that Predict Future Onset of Each DSM-5 Eating Disorder: Predictive Specificity in High-risk Adolescent Females. *Journal of Abnormal Psychology, 126*(1), 38-51.
- Strigo, I., Matthews, S., Simmons, A., Oberndorfer, T., Klabunde, M., Reinhardt, L., e Kaye, W. (2013). Altered Insula Activation During Pain Anticipation in Individuals Recovered from Anorexia Nervosa: Evidence of Interoceptive Dysregulation. *International Journal of Eating Disorders, 46*(1), 23-33.
- Strober, M. (1991). Disorders of self in anorexia nervosa: an organismic-developmental paradigm. In Johnson, C. (Ed.), *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa*, 354-373. New York: Guilford.
- Strober, M., Freeman, R., e Morrell, W. (1997). The Long-term Course of Severe Anorexia Nervosa in Adolescents: Survival Analysis of Recovery, Relapse, and Outcome Predictors Over 10-15 Years in a Prospective Study. *The International Journal of Eating Disorders, 22*(4), 339-360.
- Sunsay, C., e Rebec, G. V. (2014). Extinction and Reinstatement of Phasic Dopamine Signals in The Nucleus Accumbens Core During Pavlovian Conditioning. *Behavioral Neuroscience, 128*(5), 579-587.
- Thompson, J. K., Heinberg, L., Altabe, M., e Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Tiggemann, M., e Zaccardo, M. (2015). “Exercise to Be Fit, Not Skinny”: The Effect of Fitspiration Imagery on Women’s Body Image. *Body Image, 15*, 61-67.
- Treasure, J. (1999). *Anorexia nervosa: a survival guide for families, friends and sufferers*. Hove: Psychology Press.
- Vall, E., e Wade, T. D. (2015). Predictors of Treatment Outcome in Individuals with Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *The International Journal of Eating Disorders, 48*(7), 946-971.
- Viswesvaran, C., e Ones, D. S. (1995). Theory Testing: Combining Psychometric Meta-analysis and Structural Equations Modeling. *Personnel Psychology, 48*(4), 865-885.
- Walsh, B. T. (2011). The Importance of Eating Behavior in Eating Disorders. *Physiology e Behavior, 104*(4), 525-529.
- Walsh, T. B., Attia, E., e Glasofer, D. R. (2020). *Eating disorders what everyone needs to know*. Oxford University Press, Inc.
- Wang, J. L., Wang, H. Z., Gaskin, J., e Hawk, S. (2017). The Mediating Roles of Upward Social Comparison and Self-esteem and The Moderating Role of Social Comparison Orientation in The Association Between Social Networking Site Usage and Subjective Well-being. *Frontiers in Psychology, 8*, 771.

- Williams, S., e Reid, M. (2010). Understanding the Experience of Ambivalence in Anorexia Nervosa: The Maintainer's Perspective. *Psychology e Health, 25*(5), 551-567.
- Zahavi, D. (2012). A distinction in need of refinement. In Fuchs, Sattel, Henningsen (Eds.), *The Embodied Self. Dimensions, Coherence and Disorders*, 3-12. Stuttgart: Schattauer.
- Zerwas, S., Lund, B. C., von Holle, A., Thornton, L. M., Berrettini, W. H., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Johnson, C., Kaplan, A. S., La Via, M., Mitchell, J., Rotondo, A., Strober, M., Woodside, D. B., Kaye, W. H., e Bulik, C. M. (2013). Factors Associated With Recovery From Anorexia Nervosa. *Journal of Psychiatric Research, 47*(7), 972-979.

## **Sitografia**

www.treccani.it

Ministero della Salute (Dicembre, 2021). [https://www.salute.gov.it/portale/p5\\_2.jsp](https://www.salute.gov.it/portale/p5_2.jsp)

Dalle Grave, R. Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione. Disponibile 14 Febbraio, 2022, da <http://www.dallegrave.it/cbt-e/#:~:text=La%20CBT%2DE%20si%20basa,mantenimento%20dei%20disturbi%20dell'alimentazione.>