



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

Dipartimento di Psicologia Generale

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica

Tesi di laurea magistrale

**Esposizione allo specchio nei disturbi dell'alimentazione: effetto di un  
trattamento specifico in regime residenziale**

*Mirror exposure in eating disorders: effect of a specific treatment in a  
residential setting*

**Relatore: Prof. Paolo Meneguzzo**

**Correlatrice: Dr.ssa Chiara Cazzola**

**Laureando: Filippo Pettenuzzo**

**Matricola: 2057789**

Anno Accademico 2022-2023





## INDICE

<b>ABSTRACT .....</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>10</b>
<b>CAPITOLO 1. UN APPROCCIO DIFFERENTE AI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE .....</b>	<b>14</b>
1.1 I disturbi dell'alimentazione nel DSM-5 .....	14
1.2 I presupposti di una prospettiva differente .....	20
1.2.1 I quattro meccanismi di mantenimento.....	22
1.2.2 Introduzione all'approccio transdiagnostico.....	26
1.3 Possibili limiti del trattamento transdiagnostico.....	30
<b>CAPITOLO 2. L'IMPORTANZA DELL'IMMAGINE CORPOREA.....</b>	<b>33</b>
2.1 Di cosa parliamo quando parliamo di immagine corporea? .....	33
2.2 La prospettiva cognitivo-comportamentale .....	35
2.3 Immagine corporea positiva ed embodiment.....	41
<b>CAPITOLO 3. L'IMMAGINE CORPOREA NEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE.....</b>	<b>54</b>
3.1 Il rapporto tra disturbi ed immagine corporea .....	54
3.2 Possibili interventi sull'immagine corporea .....	59
3.3 L'esposizione allo specchio .....	67
<b>CAPITOLO 4. LA RICERCA.....</b>	<b>76</b>

4.1 Scopo dello studio.....	76
4.2 Metodo .....	77
4.2.1 Setting .....	77
4.2.2 Campione .....	79
4.2.3 Procedura .....	80
4.2.4 Strumenti.....	81
4.3 Analisi statistica.....	97
4.4 Risultati.....	98
4.4.1 Analisi della differenza nella distribuzione della diagnosi tra i due gruppi .....	98
4.4.2 Analisi della differenza rispetto all'età, al BMI e ai punteggi ottenuti alla batteria di questionari tra i due gruppi a t0 tramite test T di Student su campioni indipendenti .....	99
4.4.3 Analisi delle differenze dei valori ottenuti rispettivamente dai due gruppi tra i due time points tramite test t di Student su campioni accoppiati.....	100
4.4.4 Valutazione dell'efficacia del gruppo "Immagine Corporea" e studio della dipendenza media dei fattori tempo ed età sulle variabili tramite Modello Lineare Generale .....	103
4.4.5 Analisi della correlazione tra il numero di incontri a cui le pazienti del <i>gruppo 1</i> hanno partecipato e il punteggio ottenuto al BI-AAQ tramite Correlazione di Pearson. .....	105
4.5 Discussione .....	105
4.5.1 Limiti .....	112

<b>CONCLUSIONI .....</b>	<b>113</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>115</b>
<b>RINGRAZIAMENTI .....</b>	<b>124</b>



## ABSTRACT

I disturbi dell'alimentazione sono patologie complesse caratterizzate da un disfunzionale comportamento alimentare, un'eccessiva preoccupazione per il peso e un'alterata percezione dell'immagine corporea. Secondo la teoria cognitivo comportamentale transdiagnostica dei disturbi alimentari, l'eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione è la psicopatologia specifica e centrale dei disturbi dell'alimentazione (DA). Il Disturbo dell'Immagine Corporea si caratterizza come sintomo trasversale alle differenti diagnosi di DA. Nel presente elaborato abbiamo approfondito questa componente indagando gli effetti di un trattamento specifico per l'immagine corporea in pazienti che hanno ricevuto una diagnosi di DA e si trovavano in regime residenziale. Tra gli effetti indagati: il disagio corporeo, la psicopatologia del disturbo alimentare, la flessibilità dell'immagine corporea e la consapevolezza interocettiva. Il gruppo utilizza l'esposizione allo specchio (ME) come strumento clinico principale. Il trattamento addizionale per l'immagine corporea si è dimostrato efficace nel ridurre l'inflessibilità dell'immagine corporea, misurata tramite *Body Image – Acceptance and Action Questionnaire* (BI-AAQ), mentre agisce solamente in parte sulla consapevolezza interocepzionale, misurata tramite *Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness* (MAIA).



## INTRODUZIONE

A Paul Schilder si attribuisce il merito di aver coniato il termine "immagine corporea". Lo psicologo austriaco definì l'immagine corporea come: "l'immagine che formiamo nella nostra mente del nostro corpo, la quale rappresenta il modo in cui il nostro corpo appare a noi stessi"<sup>1</sup> (Schilder, 1936), tale definizione è ancora oggi ampiamente citata nel settore. Più recentemente Grogan (2008) ha definito l'immagine corporea come quell'insieme di percezioni, pensieri ed emozioni che una persona esperisce riguardo al proprio corpo. Non sempre però questo insieme di percezioni ha una valenza positiva e molto spesso non coincidono con la forma ideale a livello soggettivo: si parla a tal proposito di insoddisfazione per l'immagine corporea. Con questo termine ci si riferisce all'insoddisfazione per il proprio peso, il proprio aspetto e la propria forma fisica (Garner et al., 1981). Una recente indagine condotta da Flament et al. (2012) ha dimostrato che l'insoddisfazione corporea è un problema diffuso tra gli adolescenti, con tassi di prevalenza che vanno dal 10 al 40%. L'insoddisfazione per il proprio corpo è un importante fattore di rischio e di mantenimento nei disturbi legati all'alimentazione e all'immagine corporea. (Thompson et al., 1999). L'eccessiva preoccupazione per il peso e la forma del corpo è infatti un tratto distintivo dei disturbi dell'alimentazione (DA), non è invece comunemente riscontrabile nella popolazione generale. Occorre distinguere tra un'eccessiva preoccupazione per il peso e le forme del corpo e l'insoddisfazione corporea. Le ricerche hanno infatti dimostrato che quest'ultima è frequente negli individui non affetti da un disturbo dell'alimentazione ed è associato

---

<sup>1</sup> "body image is the picture of our own body we form in our mind, that is to say the way in which the body appears to ourselves" in Schilder, P. (1936). The image and appearance of the human body. . The Journal of Nervous and Mental Disease, 83(2).

all'autostima in misura minore rispetto alla prima. Il disagio corporeo può essere concettualizzato come una alterazione delle componenti affettive e cognitive dell'immagine corporea e dai correlati comportamentali ad essa associati. Il disturbo dell'immagine corporea indica invece una condizione in cui al disagio corporeo (ovvero un'alterazione di cognizione e affetto), si accompagna un'alterata percezione delle forme e dimensioni del proprio corpo, ossia del corpo nella sua totalità. Il DSM-5 definisce il "disturbo dell'immagine corporea" (Body Image Distortion, BID) come il "disturbo nel modo in cui viene vissuto il peso o la forma del proprio corpo". Il BID è un sintomo comune dei disturbi dell'alimentazione come l'anoressia nervosa (AN) e la bulimia nervosa (BN), ed è caratterizzato da una percezione errata delle dimensioni e della forma del proprio corpo (Artoni et al, 2021). I pazienti con BID spesso percepiscono il proprio peso corporeo come sovrappeso o normale, nonostante sia patologicamente sottopeso. Più recentemente, il disturbo è stato osservato anche in pazienti con binge eating disorder (BED) (Lewer, 2017). Il BID si caratterizza quindi come sintomo trasversale alle differenti diagnosi di DA, ponendosi come fattore precipitante, ingravescente e di mantenimento dei DA (Eshkevvari et al., 2013). Mentre gli individui che non soffrono di DA associano il proprio valore personale ai risultati ottenuti in varie aree della vita, come le relazioni interpersonali, il lavoro, la scuola, lo sport e la genitorialità; le persone con DA tendono a valutare sé stesse principalmente o talvolta solo in termini di peso, forma del corpo e controllo che riescono ad esercitare su di essi. Il trattamento del BID rappresenta un aspetto importante nella cura dei DA e per questo motivo, necessita di un intervento specifico implementato ai protocolli standard applicati nella cura di questi disturbi.

Relativamente alla strutturazione del presente elaborato, nel primo capitolo

presenterebbero i DA secondo la prospettiva transdiagnostica di Fairburn, modello che considera una specifica componente cognitiva del BID, cioè l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo, considerata la psicopatologia nucleare dei DA. Studi longitudinali evidenziano l'instabilità diagnostica dei Disturbi dell'Alimentazione e la transizione da una categoria all'altra, suggerendo che le categorie diagnostiche dei DA del DSM-5 non riflettono adeguatamente la realtà clinica. Da questa prospettiva, i DA sono visti come una categoria mantenuta da meccanismi comuni come la bassa autostima e il perfezionismo (Fairburn et al., 2003).

Passeremo poi, nel secondo capitolo, a definire il concetto di immagine corporea (Body Image, BI) e il ruolo di rilevanza che assume all'interno dei DA. Un'alterata percezione del proprio corpo è un sintomo frequente in pazienti con DA. Ci sembra dunque di fondamentale importanza illustrare questo concetto, in particolare in relazione all'argomento di principale interesse per questo elaborato: il trattamento dell'immagine corporea nei DA.

Proporremo quindi, nel terzo capitolo, una panoramica delle principali forme di trattamento dell'immagine corporea. Il trattamento del BID rappresenta un aspetto importante nella cura dei DA e numerose strategie terapeutiche sono state sviluppate nel corso degli anni per affrontare questi disturbi. Uno dei trattamenti più noti e ampiamente utilizzati è la Terapia Cognitivo-Comportamentale Potenziata (CBT-E), terapia specifica per i DA, che prevede alcune sessioni specifiche per ridurre le preoccupazioni relative al corpo (Fairburn et al., 2003). Uno degli interventi sull'immagine corporea più riconosciuti è il Body Project, un programma americano che è stato implementato per ridurre l'insoddisfazione corporea e che ha coinvolto migliaia di bambini e adolescenti in età scolare. Altro trattamento specifico è il Body Wise, un

percorso di gruppo sull'immagine corporea, specifico per pazienti con disturbo alimentare ricoverati in ospedale (Becker et al., 2016; Mountford et al., 2015). Nel corso del tempo sono stati sviluppati diversi approcci per affrontare efficacemente il BID e favorire un'immagine corporea più sana. Nonostante la gamma di trattamenti disponibili, la maggior parte di questi si è concentrata in gran parte o completamente sulle componenti cognitive e affettive, trascurando la componente percettiva del disturbo, ovvero la percezione alterata del proprio corpo (Dakanalis et al., 2016). Si concentra maggiormente su questa componente la tecnica dell'esposizione allo specchio (mirror exposure, ME) che tratteremo in modo più dettagliato. La tecnica è un metodo di esposizione in cui le pazienti vengono istruite a guardarsi allo specchio provando a non giudicare il proprio corpo.

Passeremo infine, nel quarto e ultimo capitolo, a descrivere lo studio che abbiamo condotto all'interno del Reparto di Riabilitazione Psiconutrizionale di Villa Margherita. In tale contesto di riabilitazione, abbiamo testato l'efficacia di un trattamento specifico per l'immagine corporea che utilizza l'esposizione allo specchio come strumento terapeutico con pazienti che hanno ricevuto una diagnosi di DA. Verranno, quindi, descritti il metodo utilizzato nella definizione dello studio (ossia gli obiettivi, i partecipanti alla ricerca e gli strumenti impiegati), le analisi statistiche effettuate e i risultati ottenuti. Seguirà la discussione conclusiva, nella quale verranno commentati i risultati emersi alla luce della letteratura di riferimento sul tema oggetto di studio. Verranno, infine, esposti i punti di forza e i limiti della presente ricerca, lasciando uno spazio alle prospettive future.

## **CAPITOLO 1. UN APPROCCIO DIFFERENTE AI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE**

### **1.1 I disturbi dell'alimentazione nel DSM-5**

Nel corso degli anni, sono stati fatti numerosi passi in avanti per quanto riguarda lo studio dei cosiddetti disturbi dell'alimentazione. La nostra comprensione di questi disturbi è migliorata, ed oggi disponiamo di categorie diagnostiche in precedenza inesistenti, mentre quelle che già c'erano offrono oggi una maggiore precisione. Il nostro interesse, in questa sede, è quello di introdurre un approccio differente al trattamento dei DA, vale a dire l'approccio transdiagnostico. Prima di affrontare direttamente questo argomento, però, riteniamo opportuno introdurre, per quanto brevemente, i DA così come sono stati intesi nel DSM-5, mettendo in luce le differenze rispetto al DSM-IV. Sarà fondamentale avere questo punto di partenza per capire al meglio le attuali ricerche che si muovono intorno al tema dei DA, che hanno influenzato il lavoro svolto nell'ultimo DSM-5 e che hanno anche portato alla nascita dell'approccio transdiagnostico.

Nell'introduzione al capitolo dedicato ai DA e della nutrizione possiamo leggere le seguenti parole: «I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono 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 [...]. I criteri diagnostici per il disturbo da ruminazione, il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da binge-eating esitano in uno schema di classificazione reciprocamente esclusivo, di modo che

durante un singolo episodio è possibile porre solamente una diagnosi. Il rationale di questo approccio è che, nonostante un certo numero di caratteristiche comportamentali e psicologiche siano comuni, i disturbi differiscono sostanzialmente per decorso clinico, esito e necessità di trattamento»<sup>2</sup>.

Come evidenziato nel passaggio, l'intenzione degli autori è stata quella di tenere distinti i DA nonostante delle importanti similitudini tra alcuni di essi. La ragione sta nel fatto che vi sono sensibili differenze di "decorso clinico, esito e necessità di trattamento", motivo per cui le diagnosi non sono sovrapponibili tra di loro. L'approccio transdiagnostico che vogliamo introdurre si è concentrato, in particolare, sui disturbi di anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbi alimentari non altrimenti specificati (facendo capo alla definizione del DSM-IV TR, all'epoca l'edizione più recente del manuale). Per questo, riteniamo opportuno riportare le definizioni di questi disturbi così come riportate nel DSM-5.

Partiamo dall'anoressia nervosa, che troviamo descritta con le seguenti parole: «Vi sono tre caratteristiche essenziali dell'AN: persistenze restrizione nell'assunzione di calorie; intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso; presenza di una significativa alterazione della percezione di sé relativa al peso e alla forma del corpo. L'individuo mantiene un peso corporeo al di sotto di quello normale per età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica (criterio A) [...]. Gli individui con questo disturbo mostrano tipicamente un'intensa paura di aumentare di peso o diventare grassi (criterio B). Questa intensa paura di diventare grassi non è solitamente alleviata dalla perdita di peso. Infatti, la preoccupazione per l'aumento di peso può crescere anche se il peso diminuisce [...].

---

<sup>2</sup> American Psychiatric Association (2013), DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Publishing, Arlington, ed. it. A cura di M. Biondi (2014), DSM-5 Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Raffaello Cortina Editore, Milano p. 379.

La percezione e il significato attribuiti al peso e alla forma del corpo sono distorti in questi individui (criterio C). Alcuni individui si sentono globalmente sovrappeso. Altri ammettono di essere magri, ma sono convinti che alcune parti del corpo, in particolare l'addome, i glutei e le cosce, siano "troppo grasse". Possono adottare le tecniche più disparate per valutare dimensioni e peso corporei, compreso il pesarsi di continuo, il misurare ossessivamente le parti del corpo, e l'uso persistente dello specchio per controllare le zone percepite come "grasse". Negli individui con AN i livelli di autostima sono fortemente influenzati dalla percezione della forma e del peso del corpo»<sup>3</sup>.

Rispetto al DSM-IV viene data una maggiore attenzione, in questa definizione, ai meccanismi di controllo del peso, mentre viene invece mantenuta l'importanza della percezione della propria immagine corporea, elemento fondamentale del disturbo di AN.

Oltre a ciò, l'AN nel DSM-5 viene divisa in due sottotipi, vale a dire Anoressia Nervosa con restrizioni e tipo con abbuffate/condotte di eliminazione.

La differenza tra i due sottotipi sta nel modo in cui è stata ottenuta la perdita di peso nel corso dei 3 mesi precedenti alla diagnosi: nel caso dell'AN con restrizioni, essa è ottenuta attraverso la dieta o l'esercizio fisico; nel caso dell'anoressia con abbuffate/condotte di eliminazione, invece, l'individuo ha presentato negli ultimi 3 mesi casi di abbuffate con condotte di eliminazione come vomito auto-indotto.

Per quanto riguarda invece la bulimia nervosa, i criteri diagnostici sono: ricorrenti episodi di abbuffata (criterio A), ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso (criterio B), livelli di autostima indebitamente influenzati

---

<sup>3</sup> American Psychiatric Association, op. cit., pp. 392-393.

dalla forma e dal peso del corpo (criterio D); infine, perché si possa diagnosticare un caso di BN, le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate devono avere una frequenza di almeno una volta alla settimana per tre mesi.

Più nel dettaglio: «Un “episodio di abbuffata” è definito come l’ingestione in un determinato periodo di tempo di una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili (criterio A1) [...]. L’eccessivo consumo di cibo deve essere accompagnato da una sensazione di perdere il controllo (criterio A2) per essere considerato un episodio di abbuffata [...]. Un’altra caratteristica essenziale della BN è il frequente ricorso a condotte compensatorie inappropriate per prevenire l’aumento di peso, collettivamente denominate condotte di eliminazione o compensazione (criterio B). Molti individui con BN mettono in atto diversi metodi tesi a compensare le abbuffate. Vomitare è la condotta inappropriata più comune. Gli effetti immediati del vomito comprendono la riduzione della sensazione di malessere fisico, oltre che della paura di aumentare di peso [...]. Gli individui con BN ripongono un’enfasi eccessiva sulla forma e sul peso del corpo nella valutazione di sé, e questi fattori sono di estrema importanza tipicamente nella determinazione dei livelli di autostima (criterio D). Gli individui con questo disturbo possono essere sovrapponibili agli individui con AN nella loro paura di aumentare di peso, nel loro desiderio di perdere peso e nel livello di insoddisfazione per il proprio corpo. Tuttavia non è giustificata la diagnosi di BN se il disturbo si verifica esclusivamente nel corso di episodi di AN (criterio E)»<sup>4</sup>.

Anche in questo caso, possiamo apprezzare come tra i criteri sia dato un ampio spazio alla percezione dell’immagine corporea; vengono sottolineati, inoltre, i punti di contatto

---

<sup>4</sup> American Psychiatric Association, op. cit., pp. 399-401.

con l'AN, vale a dire la paura dell'aumento di peso, il desiderio di perdere peso e l'insoddisfazione verso il proprio corpo, o meglio verso l'immagine di esso che viene percepita dal paziente.

Il terzo principale disturbo della nutrizione e dell'alimentazione presentato nel DSM-5 è il disturbo da alimentazione incontrollata, più generalmente conosciuto come binge-eating disorder. Le sue caratteristiche principali sono descritte così: «la caratteristica principale del disturbo da binge-eating sono i ricorrenti episodi di abbuffata, almeno una volta alla settimana per tre mesi (criterio D). Un "episodio di abbuffata" è definito come il mangiare in un determinato periodo di tempo una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili (criterio A1) [...]. Un episodio di eccessivo consumo di cibo deve essere accompagnato dalla sensazione di perdere il controllo (criterio A2) per essere considerato un episodio di abbuffata. Un indicatore della perdita di controllo è l'incapacità di astenersi dal mangiare o di smettere di mangiare una volta cominciato. Alcuni individui descrivono un senso di estraniamento durante o subito dopo gli episodi di abbuffata [...]. Gli episodi di abbuffata devono essere caratterizzati da un marcato disagio (criterio C) e da almeno tre delle seguenti caratteristiche: mangiare molto più rapidamente del normale, mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni, mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente affamati, mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando e sentirsi disgustati verso se stessi, depressi o molto in colpa per l'episodio (criterio B)»<sup>5</sup>.

A differenza dei disturbi precedenti, il BED presenta una serie di caratteristiche ben distinte, relative soprattutto al modo in cui il cibo viene consumato e alle peculiari

---

<sup>5</sup> American Psychiatric Association, op. cit., pp. 405-406.

sensazioni che accompagnano gli episodi di abbuffata.

Per quanto riguarda invece i disturbi da alimentazione non altrimenti specificati, essi non compaiono nel DSM-5; esiste una diagnosi per disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione, ma si tratta di una categoria residuale estremamente ridotta rispetto a quella vista nel DSM-IV TR. Questo cambiamento riflette una più generale modifica nell'approccio ai DA nel corso degli anni: i criteri molto specifici applicati fino al DSM-IV TR, infatti, avevano lasciato un ampio spazio per le categorie residuali. Proprio per questo con il DSM-5 c'è stato un tentativo di rivedere i criteri diagnostici per i DA, in modo da lasciare meno spazio possibile alle categorie residuali, relativamente meno utili nella pratica clinica.

Leggiamo a questo proposito quanto scritto da Cooper e Dalle Grave: «Una delle preoccupazioni principali sull'utilità clinica del DSM-IV, il predecessore del DSM-5, era l'esistenza di una grande categoria residuale di DA clinicamente significativi “non altrimenti specificati”. La maggior parte dei DA veniva dunque classificata in una categoria eterogenea con poca utilità clinica. Un altro problema era che sia l'osservazione delle caratteristiche cliniche che si sovrapponevano, sia la conoscenza del loro decorso temporale faticava a portare prove a supporto del fatto che fossero abbastanza distinte da costituire categorie diagnostiche separate. I cambiamenti fatti nel DSM-5 sono stati orientati, perlopiù, verso il ridurre questa grande categoria residuale»<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> «One major concern about the clinical utility of DSM-IV, the predecessor of DSM-5 was the existence of the large residual category of clinically significant eating disorders “not otherwise specified.” The majority of eating disorders were thus being classified within a heterogeneous category with little clinical utility. A further concern was that both the observation of the overlapping clinical features of the various disorders and knowledge of their temporal course did little to provide evidence to support the notion that they were sufficiently distinct to constitute separate diagnostic categories. Changes made in DSM-5 were, in most part, designed to reduce the large residual category» Z. Cooper e R. Dalle Grave (2017), *Eating Disorders: Transdiagnostic Theory and Treatment*, in *The Science of Cognitive Behavioral Therapy*, ed. by S. G. Hoffman e G. J. G. Asmundson, Elsevier, Londra p. 338.

Per i fini del nostro lavoro, occupa uno spazio importante invece la categoria dei disturbi alimentari con altra specificazione (OSFED); si tratta, in un certo senso, di una categoria residuale, all'interno della quale vengono però delimitati dei criteri specifici. Viene presentata così: «questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei DA o della nutrizione. La categoria disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione è utilizzata in situazioni in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per nessuno specifico disturbo della nutrizione o dell'alimentazione»<sup>7</sup>.

## **1.2 I presupposti di una prospettiva differente**

Sebbene il DSM-5 sia dunque riuscito a limare alcune delle criticità emerse nel trattamento dei DA così come delineato nel DSM-IV, alcuni autori hanno continuato a lavorare su approcci alternativi. La teoria che intendiamo presentare in questo lavoro, vale a dire l'approccio transdiagnostico, è stata introdotta nel 2002 a partire da un articolo di Fairburn, Cooper e Shafran. Sebbene l'articolo facesse riferimento alle categorie e ai criteri diagnostici del DSM-IV TR, la sostanza dei punti sollevati dagli autori rimane la stessa, dato che i cambiamenti intercorsi tra le due edizioni del DSM non hanno modificato gli aspetti a cui l'approccio transdiagnostico fa riferimento.

Il primo passo per l'approccio transdiagnostico è stato quello di individuare il fattore

---

<sup>7</sup> American Psychiatric Association, op. cit., p. 408.

chiave di mantenimento della BN, quadro clinico da cui è partito lo studio.

«Stando alla teoria cognitivo-comportamentale del mantenimento della BN, il valore dato al mangiare, alla forma e al peso e al loro controllo è di primaria importanza nel conservare il disturbo. La maggior parte delle altre caratteristiche cliniche può essere intesa come derivante direttamente da questa “psicopatologia di base” [...]. L’unica caratteristica che non è ovviamente un’espressione diretta della psicopatologia di base è il “binge eating” di questi pazienti (episodi di abbuffata incontrollata). La teoria cognitivo-comportamentale suggerisce che il binge eating è in buona parte un risultato del particolare modo in cui i pazienti tentano di ridurre il loro mangiare (i. e., la loro forma di una dieta), che ci sia o meno un vero deficit di energia. Piuttosto che adottare delle linee guida generali su come dovrebbero mangiare, essi cercano di aderire a diverse regole altamente specifiche ed estreme»<sup>8</sup>.

La caratteristica principale della BN, dunque, viene individuata nell’importanza data all’immagine corporea e al controllo di forma e peso. Sebbene gli autori condividano questa impostazione, trovano comunque poco soddisfacenti i risultati raggiunti dalla terapia cognitivo-comportamentale con questa tipologia di pazienti, a causa di un alto tasso di ricaduta sul medio-lungo periodo.

Per questo, la loro indagine si è spostata verso la domanda: perché non ci sono più persone che stanno meglio dopo la terapia?

---

<sup>8</sup> «According to the cognitive behavioural theory of the maintenance of bulimia nervosa, evaluation of eating, shape and weight and their control is of primary importance in maintaining the disorder. Most of the other clinical features can be understood as stemming directly from this ‘core psychopathology [...]. The only feature that is not obviously a direct expression of the core psychopathology is these patients’ ‘binge eating’ (episodes of uncontrolled overeating). The cognitive behavioural theory proposes that binge eating is largely a product of the particular way that these patients attempt to restrict their eating (i.e., their form of dietary restraint), whether or not there is an actual energy deficit. Rather than adopting general guidelines about how they should eat, they try to adhere to multiple extreme, and highly specific, dietary rules» C. G. Fairburn, Z. Cooper, R. Shafran (2003), *Cognitive behavior therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment*, Behavior Research and Therapy, n. 41 p. 510.

### 1.2.1 I quattro meccanismi di mantenimento

La risposta si trova, almeno in parte, nell'individuazione di altri quattro meccanismi di mantenimento.

«Nello specifico, proponiamo che in alcuni pazienti uno o più di quattro meccanismi di mantenimento aggiuntivi interagiscono con il disturbo dell'alimentazione di base e che quando questo succede diventa un ostacolo al cambiamento. Il primo di questi meccanismi di mantenimento aggiuntivi riguarda l'influenza dell'eccessivo perfezionismo (“perfezionismo clinico”); il secondo riguarda l'impatto di una bassa autostima incondizionata e pervasiva (“bassa autostima di base”); il terzo riguarda la difficoltà nel gestire gli stati emotivi intensi (“insofferenza dell'umore”); ed il quarto è di carattere interpersonale e di sviluppo (“difficoltà interpersonali”)<sup>9</sup>.

Sarebbe dunque la presenza, in almeno alcuni casi, di altri meccanismi di mantenimento a spiegare perché spesso i DA risultano così persistenti. Cerchiamo di capire meglio, in breve, i quattro fattori presentati da Fairburn, Cooper e Shafran. Il “perfezionismo clinico” viene definito così: «Definiamo questa espressione come la sopravvalutazione del tendere a, ed il raggiungere, standard personali esigenti, nonostante conseguenze avverse. In altre parole, suggeriamo che al cuore della psicopatologia del perfezionismo clinico ci sia un sistema di autovalutazione in cui il valore di sé viene giudicato in buona parte sulla base dello sforzo per raggiungere

---

<sup>9</sup> «Specifically it is proposed that in certain patients one or more of four additional maintaining processes interact with the core eating disorder maintaining mechanisms shown in Fig. 1 and that when this occurs it is an obstacle to change. The first of these additional maintaining mechanisms concerns the influence of severe perfectionism (“clinical perfectionism”); the second concerns the impact of unconditional and pervasive low self-esteem (“core low self-esteem”); the third concerns difficult coping with intense mood states (“mood intolerance”); and the fourth is interpersonal and developmental in character (“interpersonal difficulties”)<sup>9</sup> in C. G. Fairburn, Z, Cooper, R. Shafran, op. cit., p. 515.

obiettivi esigenti e sul successo riscontrato nel raggiungerli»<sup>10</sup>.

Questo primo fattore di mantenimento, dunque, riguarda la connessione tra il valore che la persona assegna a se stessa e gli alti standard che si prefissa di raggiungere. L'inevitabile mancato raggiungimento di questi obiettivi irrealistici e spesso dannosi impedirebbe il superamento della psicopatologia.

Proprio la bassa autostima diventa però un fattore di mantenimento a sé stante in alcuni pazienti: «Mentre la maggior parte dei pazienti con BN è autocritica come conseguenza del fallimento nel raggiungere i loro obiettivi, una forma di autovalutazione negativa che generalmente viene rovesciata con un trattamento adeguato, c'è un sottogruppo di pazienti che ha una più globale visione negativa di sé. Perciò, anziché semplicemente vedersi negativamente come risultato della loro incapacità di controllare il loro mangiare, la loro forma ed il loro peso, questi pazienti hanno una visione negativa di sé incondizionata e pervasiva, che viene vista come parte della loro identità [...]. Questa "bassa autostima di base" tende ad ostacolare il cambiamento in generale. Ciò avviene attraverso due meccanismi principali. Innanzitutto, crea nei pazienti una sfiducia verso la loro capacità di cambiare, minando quindi la loro *compliance* al trattamento; in secondo luogo, ha come risultato che i pazienti seguono, con particolare determinazione, il successo negli aspetti valorizzati (in questo caso il controllo sul mangiare, sulla forma e sul peso), rendendo così un cambiamento in queste aree più difficile»<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> «This we define as the over-evaluation of the striving for, and achievement of, personally demanding standards, despite adverse consequences. In other words we suggest that at the heart of the psychopathology of clinical perfectionism is a system for self-evaluation in which self-worth is judged largely on the basis of striving to achieve demanding goals and success at meeting them», C. G. Fairburn, Z. Cooper, R. Shafran, *ivi*.

<sup>11</sup> «Whilst most patients with bulimia nervosa are self-critical as a result of their failure to achieve their goals, a form of negative self-evaluation that generally reverses with successful treatment, there is a subgroup that has a more global negative view of themselves. Thus, rather than simply thinking negatively about themselves as a result of their inability to control their eating, shape and weight, these

Essendo la bassa autostima una caratteristica totalizzante per questi pazienti, diventa molto difficile avere un cambiamento nelle aree psicologiche interessate dalla BN; si genera in sostanza un cerchio chiuso, in cui la visione negativa di sé determina un maggiore sforzo nel perseguire certi obiettivi, che a sua volta rafforza l'immagine negativa nel momento del fallimento.

Il terzo fattore di mantenimento potremmo tradurlo come “intolleranza all'umore”. Viene spiegato così dagli autori: «Usiamo questo termine per riferirci all'incapacità di gestire appropriatamente certi stati emotivi. Solitamente questa intolleranza riguarda gli stati emotivi avversi, come rabbia, ansia o depressione, ma in alcuni casi c'è un'intolleranza di tutti gli stati emotivi intensi, inclusi quelli positivi (come l'eccitazione). Anziché accettare i cambi di umore ed affrontarli in maniera appropriata, i pazienti hanno quello che potremmo definire un “comportamento modulatore disfunzionale delle emozioni”. Questo riduce la loro consapevolezza dello stato emotivo (e dei pensieri associati) e lo neutralizza, ma ad un costo personale»<sup>12</sup>.

Infine, il quarto meccanismo di mantenimento riguarda genericamente le difficoltà interpersonali. Sotto questa definizione vengono racchiusi diversi aspetti che possono contribuire a conservare il disturbo dell'alimentazione: «Innanzitutto, nei pazienti più

---

patients have an unconditional and pervasive negative view of themselves which is seen as part of their permanent identity. Their negative self-judgements are autonomous and largely independent of performance: in other words, they are less affected by changes in the state of the eating disorder. Such “core low self-esteem” tends to obstruct change in general. This is through two main mechanisms. First, it creates in patients hopelessness about their capacity to change, thereby undermining their compliance with treatment; and second, it results in them pursuing, with particular determination, achievement in their valued domains (in this case the pursuit of control over eating, shape and weight) thereby making change in these areas all the more difficult» in C. G. Fairburn, Z. Cooper, R. Shafran, *op. cit.*, pp. 516-517.

<sup>12</sup> «We use this term to refer to an inability to cope appropriately with certain emotional states. Usually this intolerance is of adverse mood states, such as anger, anxiety or depression, but in some cases there is intolerance of all intense mood states including positive ones (e.g., excitement). Instead of accepting changes in mood and dealing appropriately with them, these patients engage in what may be termed “dysfunctional mood modulatory behaviour.” This reduces their awareness of the triggering mood state (and the associated cognitions), and also neutralises it, but at a personal cost» in C. G. Fairburn, Z. Cooper, R. Shafran, *op. cit.*, p. 517.

giovani, le tensioni familiari spesso intensificano la reticenza a mangiare [...]. In secondo luogo, è ovvio che certi ambienti interpersonali amplificano la preoccupazione di controllare l'alimentazione, la forma e il peso [...]. Terzo, come detto, eventi interpersonali avversi danno comunemente luogo ad episodi di binge eating, e ci sono prove che i pazienti con BN siano specialmente sensibili alle interazioni sociali [...]. Quarto, difficoltà interpersonali di lunga durata minano l'autostima che, come notato sopra, può portare i pazienti a provare ancora più decisamente a raggiungere gli obiettivi che si prefissano, come riuscire a controllare l'alimentazione, la forma ed il peso»<sup>13</sup>.

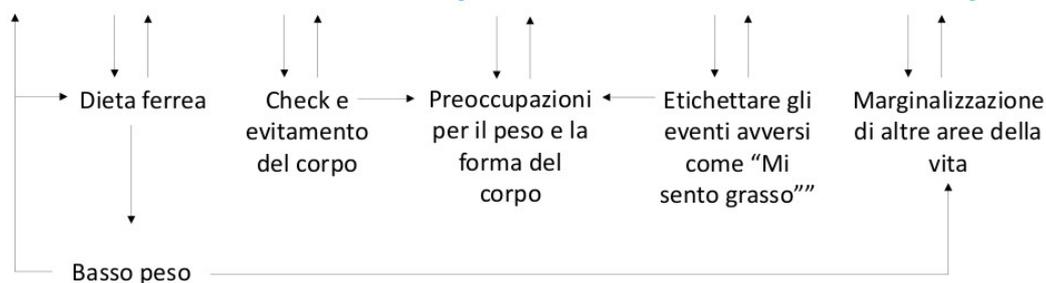
A differenza degli altri tre fattori di mantenimento, le difficoltà interpersonali riguardano l'ambiente circostante la persona, che può contribuire a conservare il disturbo e a rendere difficile il cambiamento.

Questi quattro fattori, dunque, potrebbero essere delle aree da esplorare nel corso del trattamento, tenendo a mente che non necessariamente si presentano in tutti i pazienti (come specificato, il presupposto da cui partono gli autori è che questi quattro fattori riguardino una parte delle persone affette da DA), e che ogni paziente potrebbe presentare un numero qualsiasi di questi fattori di mantenimento.

---

<sup>13</sup> «First, in younger patients, family tensions often intensify resistance to eating [...].Second, it is obvious that certain interpersonal environments magnify concerns about controlling eating, shape and weight [...].Third, as already noted, adverse interpersonal events commonly precipitate episodes of binge eating, and there is evidence that patients with bulimia nervosa may be especially sensitive to social interactions [...].Fourth, long-term interpersonal difficulties undermine self-esteem which, as noted earlier, is prone to result in patients striving even harder to achieve valued goals, such as success at controlling eating, shape and weight» in C. G. Fairburn, Z, Cooper, R. Shafran, *op. cit.*, p. 518.

## Eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo



**Figura 1.** Il ruolo centrale dell'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo nel mantenimento dei DA (Dalla Grave et al., 2018)

### 1.2.2 Introduzione all'approccio transdiagnostico

La prospettiva transdiagnostica prende le mosse proprio dall'introduzione di questi meccanismi di mantenimento che, secondo gli autori, accomunerebbero diversi DA oltre alla BN, a partire dall'AN.

A tal proposito scrivono: «L'AN è l'altro disturbo dell'alimentazione principale riconosciuto dai principali sistemi classificatori in psichiatria. L'AN e la BN hanno molto in comune. Condividono la stessa psicopatologia di base, con entrambi i gruppi di pazienti che sopravvalutano il mangiare, la forma e il peso, ed il loro controllo, e questa psicopatologia si esprime in atteggiamenti e comportamenti simili. La più grande differenza tra i due disturbi sta nel relativo bilanciamento del mangiare ristretto e del mangiare eccessivo, ed i suoi effetti sul peso corporeo. Nella BN le due forme di comportamento tendono a cancellarsi l'un l'altro, con il risultato che il peso corporeo è solitamente normale, mentre nell'AN prevale il restringimento del mangiare [...]»<sup>14</sup>.

<sup>14</sup> «Anorexia nervosa is the other main eating disorder recognised by the leading classifier systems in psychiatry. Anorexia nervosa and bulimia nervosa have much in common. They share essentially the same core psychopathology with both groups of patients over-evaluating eating, shape and weight and their control, and this psychopathology is expressed in similar attitudes and behaviour [...]. The major difference between the two disorders lies in the relative balance of the under eating and over-eating, and its effect on body weight. In bulimia nervosa the two forms of behaviour tend to cancel each other out

A queste similitudini nella psicopatologia di base, peraltro riconosciute anche nello stesso DSM-5, gli autori ne aggiungono altre: «Se le similitudini tra i due disturbi sono ovvie quando vengono incrociati, esse diventano ancora più evidenti se si adotta una prospettiva longitudinale. Nei pazienti che non recuperano da un'AN, è frequente il passaggio alla BN [...], con il risultato che circa un quarto dei pazienti con BN ha avuto AN in precedenza [...]. Questo movimento dall'anoressia alla bulimia riflette un cambiamento nel bilanciamento tra mangiare ristretto e mangiare eccessivo, con il primo che smette di essere dominante nella sua influenza sul peso corporeo. Generalmente, altri aspetti della psicopatologia rimangono pressoché identici, ma con i sintomi da fame che scompaiono mentre il peso aumenta e con la paura di ingrassare che si intensifica attraverso episodi di binge eating»<sup>15</sup>.

Come possiamo vedere, gli autori scelgono di privilegiare le similitudini tra i due disturbi nel loro approccio, giustificando la scelta sia per la quasi completa sovrapposibilità del quadro psicopatologico, sia per la facilità con cui un paziente può passare da un disturbo all'altro. Il discorso di Fairburn, Cooper e Shafran si allarga ad abbracciare anche i DA non altrimenti specificati, così come erano trattati nel DSM-IV TR; con il DSM-5 questa categoria diagnostica è venuta sostanzialmente meno, almeno per come era intesa in precedenza, e buona parte dei casi che sarebbero ricaduti sotto questa definizione possono ora più facilmente rientrare in casi di AN o BN.

---

with the result that body weight is usually unremarkable, whereas in anorexia nervosa under-eating predominates [...]] in C. G. Fairburn, Z. Cooper, R. Shafran, *op. cit.*, p. 519.

<sup>15</sup>«If the commonalities between the two disorders are obvious when they are viewed cross-sectionally, they become even more evident when a longitudinal perspective is taken. In patients who do not recover from anorexia nervosa, cross-over to bulimia nervosa is a frequent occurrence [...], the result being that about a quarter of patients with bulimia nervosa have had anorexia nervosa in the past [...]. This movement across from anorexia nervosa to bulimia nervosa reflect a shift in the balance of under-eating and over-eating with the former ceasing to be dominant in its influence on body weight. Generally other aspects of the psychopathology remain much the same but with the starvation symptoms fading as weight increases and with the fears of fatness being intensified by the episodes of binge eating» in C. G. Fairburn, Z. Cooper, R. Shafran, *ivi*.

Ecco che da qui nasce la prospettiva transdiagnostica: «In definitiva, anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati condividono la stessa psicopatologia distintiva, ed i pazienti si spostano tra questi stati diagnostici nel tempo. Queste due caratteristiche, insieme all'osservazione clinica che simili caratteristiche cliniche tendono ad essere mantenute da processi psicopatologici simili, suggerisce che ci sono dei meccanismi comuni coinvolti nella persistenza di bulimia nervosa, anoressia nervosa e disturbi dell'alimentazione atipici»<sup>16</sup>.

I quattro fattori di conservazione individuati in precedenza per la BN, infatti, possono essere rilevati anche nei casi di AN: «Innanzitutto, per quanto riguarda il perfezionismo clinico, i meccanismi che abbiamo specificato come presenti in alcuni casi di BN operano anche in certi casi di AN: in effetti, il perfezionismo clinico è più prominente nell'AN che nella BN, il che potrebbe parzialmente spiegare il fatto che questi pazienti riescono a ridurre la quantità di cibo che mangiano. La bassa autostima di base si trova anche nell'AN, soprattutto nei casi cronici, dove sembra essere un importante fattore di mantenimento. Al contrario, l'intolleranza all'umore (come definita sopra) è meno tipica dei pazienti con AN, anche se può essere riscontrata in alcuni dei pazienti che presentano una forma di anoressia con caratteristiche di binge eating/espulsione. Infine, le difficoltà interpersonali sono frequentemente presenti nell'AN, sia nella famiglia del paziente che nella sua cerchia di pari [...]. Perciò, ciascuno dei quattro meccanismi di mantenimento addizionali attribuiti alla BN può essere facilmente ritrovato anche nei

---

<sup>16</sup> «In summary, anorexia nervosa, bulimia nervosa and the atypical eating disorders share the same distinctive psychopathology, and patients move between these diagnostic states over time. These two characteristics, together with the clinical observation that shared clinical features tend to be maintained by similar psychopathological processes, suggest that common mechanisms are involved in the persistence of bulimia nervosa, anorexia nervosa and the atypical eating disorders» in C. G. Fairburn, Z. Cooper, R. Shafran, *op. cit.*, p. 520.

pazienti con AN»<sup>17</sup>.

Dall'approccio transdiagnostico deriva un trattamento, sperimentato dagli autori e anche da altre equipe in seguito, che sembra ottenere buoni risultati tanto con i casi di BN quanto con quelli di AN; il trattamento, come si può intuire dal nome, rimane lo stesso proprio perché vengono valorizzati i punti in comune tra questi quadri diagnostici, ma vengono aggiunti dei meccanismi di controllo del peso corporeo per i casi di anoressia. Per approfondire il tema del trattamento transdiagnostico rimandiamo alla lettura del già citato saggio seminale di Fairburn, Cooper e Shafran, o al più recente contributo di Cooper e Dalle Grave.

Quello che ci preme sottolineare in questa sede è l'importanza rivestita dall'immagine corporea percepita nei DA. Al centro di queste psicopatologie troviamo un'eccessiva importanza riposta sull'aspetto, sulla forma del corpo e sul peso, elementi su cui si basa l'intera autostima del paziente. Anche i fattori di mantenimento evidenziati nell'approccio transdiagnostico evidenziano l'importanza dell'immagine corporea, perché ad essa sono collegati direttamente sia il perfezionismo clinico che la bassa autostima. Proprio per questo, il nostro studio, come vedremo, si è concentrato sull'immagine corporea percepita quale elemento cardine dei DA, soprattutto nell'ottica transdiagnostica.

---

<sup>17</sup> «First, with respect to clinical perfectionism, the mechanisms that were specified as operating in some cases of bulimia nervosa also operate in certain cases of anorexia nervosa: indeed, clinical perfectionism is more prominent in anorexia nervosa than bulimia nervosa which may partly account for these patients' success at restricting their eating. Core low self-esteem also occurs in anorexia nervosa especially in more chronic cases where it appears to be an important maintaining factor. In contrast, mood intolerance (as defined above) is less typical of patients with anorexia nervosa, although it is seen among some of those with the binge eating/purging form of the disorder. Lastly, interpersonal difficulties are frequently present in anorexia nervosa, both with the patient's family and with his or her peers [...]. Thus, each of the four additional sets of maintaining processes specified in the broader conceptualisation of bulimia nervosa is also likely to operate among subgroups of patients with anorexia nervosa» in C. G. Fairburn, Z. Cooper, R. Shafran, *op. cit.*, pp. 520-521.

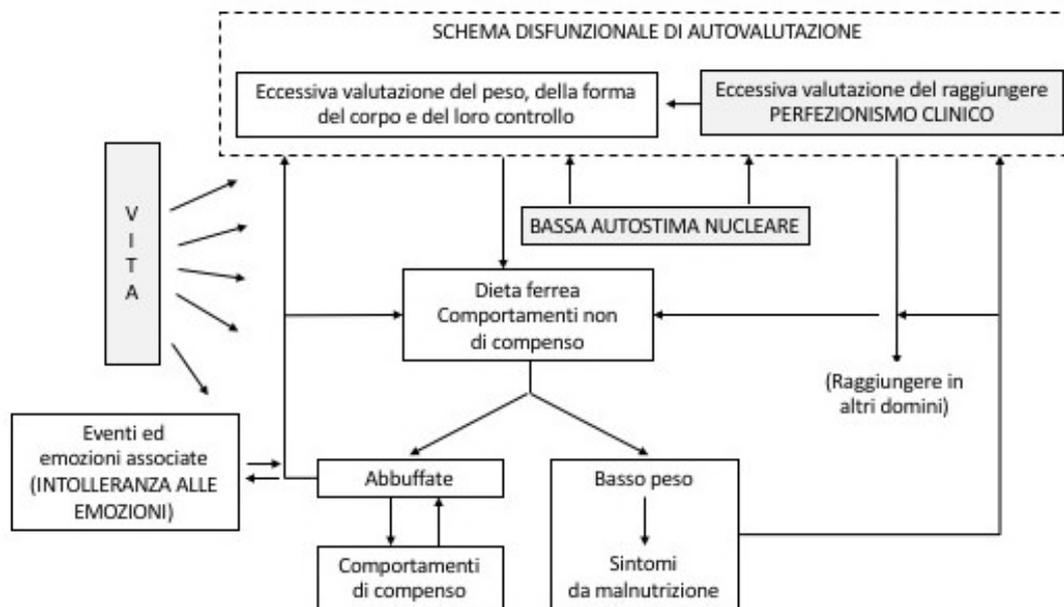


Figura 2. La teoria transdiagnostica dei DA (adattata da Fairburn et al., 2003).

### 1.3 Possibili limiti del trattamento transdiagnostico

Prima di procedere oltre nell'impianto argomentativo di questo elaborato, vogliamo almeno accennare brevemente ad alcuni possibili limiti dell'approccio transdiagnostico, facendo riferimento in particolare a quanto emerso da uno studio di Lampard e colleghi<sup>18</sup>. L'obiettivo della ricerca era proprio quello di verificare se i criteri di mantenimento dei DA fossero effettivamente transdiagnostici.

Rimandiamo alla lettura della ricerca per un resoconto più dettagliato dei risultati, ma vogliamo citare alcuni passaggi conclusivi: «questo studio ha identificato tre associazioni tra i meccanismi di mantenimento dei DA che sono comuni a tutti i DA. La bassa autostima è stata associata ad una maggiore sopravvalutazione del peso e della forma che, a sua volta, è stata associata ad una dieta maggiormente restrittiva nei casi di

<sup>18</sup> A. M. Lampard, G. A. Tasca, L. Balfour e H. Bissada (2013), *An Evaluation of the Transdiagnostic Cognitive-behavioural Model of Eating Disorders*, *European Eating Disorders*, n. 21 pp. 99-107.

anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbi alimentari non altrimenti specificati. In più, l'intolleranza all'umore è stata associata al binge eating in tutti i gruppi diagnostici. Con i risultati di questo studio, suggeriamo di controllare e considerare come possibili meccanismi di mantenimento di tutti i DA la bassa autostima e l'intolleranza all'umore, indipendentemente dalla diagnosi. I moduli della bassa autostima e dell'intolleranza all'umore nella CBT-E possono essere componenti transdiagnostiche base di questo trattamento che possono essere potenzialmente rilevanti per tutte le diagnosi di disturbo dell'alimentazione. Inoltre, i risultati supportano l'idea che la sopravvalutazione dell'importanza della forma e del peso sia un meccanismo di mantenimento di base in tutte le diagnosi di disturbo dell'alimentazione, suggerendo così che questo schema disfunzionale di autovalutazione dovrebbe essere controllato e, se necessario, affrontato in tutte le diagnosi di disturbo dell'alimentazione. Ad ogni modo, i risultati di questo studio hanno anche indicato la presenza di meccanismi di mantenimento specifici per ciascun disturbo, in particolare per i problemi interpersonali nei DA non altrimenti specificati, restrizione dietetica nella bulimia nervosa e perfezionismo in anoressia nervosa e disturbi alimentari non altrimenti specificati. Potrebbero esserci importanti meccanismi di mantenimento specifici per ciascun disturbo dell'alimentazione che richiedono diversi interventi di trattamento o moduli di trattamento, ma saranno necessarie ulteriori ricerche per esplorare questa»<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> «this study identified three associations between eating disorder maintaining mechanisms that are common across all eating disorder diagnoses. Low self-esteem was associated with greater overevaluation of weight and shape, which, in turn, was associated with greater dietary restraint in AN, BN and EDNOS. In addition, mood intolerance was associated with binge eating in all diagnostic groups. With the results of this study, it is recommended that low self-esteem and mood intolerance be assessed and considered as possible maintaining mechanisms of all eating disorders, regardless of diagnosis. The low self-esteem and mood intolerance modules in CBT-E may be core transdiagnostic components of this treatment that are potentially relevant for all eating disorder diagnoses. In addition, results support overevaluation of the importance of weight and shape as a core maintenance process in all eating disorder diagnoses, suggesting that this dysfunctional scheme for self-evaluation should be assessed and, if necessary, targeted in treatment for all eating disorder diagnoses. However, the results of this study also point toward

Stando a questa ricerca, quindi, sebbene sia da una parte confermata l'importanza di alcuni meccanismi di mantenimento transdiagnostici, viene anche segnalata la possibilità che altri meccanismi di mantenimento siano invece specifici per un determinato disturbo. Oltre all'importanza clinica di questa ipotesi, con un conseguente adattamento del protocollo, essa potrebbe anche suggerire l'importanza di mantenere distinti gli schemi presentati da pazienti con diversi DA.

---

disorder-specific maintenance processes related to interpersonal problems in EDNOS, dietary restraint in BN and perfectionism in AN and EDNOS. There may be important maintenance pathways specific to different eating disorder diagnoses that require different treatment interventions or treatment modules, but further research is needed to explore this possibility» in A. M. Lampard, G. A. Tasca, L. Balfour e H. Bissada, *op. cit.*, p. 106.

## **CAPITOLO 2. L'IMPORTANZA DELL'IMMAGINE CORPOREA**

### **2.1 Di cosa parliamo quando parliamo di immagine corporea?**

Un elemento comune tanto nell'approccio tradizionale quanto nell'approccio transdiagnostico è l'importanza che viene riconosciuta alla percezione dell'immagine corporea in tutti i DA. Lo abbiamo sottolineato a più riprese: il paziente affetto da disturbo dell'alimentazione assegna un'importanza smisurata alla sua forma e al suo peso, o meglio ancora alla percezione che ha della sua forma e del suo peso. L'immagine corporea, dunque, sembra giocare un ruolo fondamentale in questi disturbi, e analizzare questa caratteristica nel paziente diventa fondamentale per poter organizzare al meglio l'intervento terapeutico.

Prima di vedere l'immagine corporea nei DA, è bene capire di cosa parliamo quando parliamo di immagine corporea, un concetto che non è sicuramente nuovo nel sapere accademico psicologico ma che si è evoluto nel corso del tempo. Gli studi sull'immagine corporea, infatti, cominciano già nel XX secolo, sebbene con degli obiettivi evidentemente differenti rispetto a quelli odierni: «Agli inizi del 1900, i neurologi che studiavano e trattavano i danni cerebrali stavano cercando di dare un senso alla varietà di forme inusuali di percezione del corpo riportate dai loro pazienti. C'era anche un considerevole sforzo nel capire l'arto fantasma, situazione in cui una persona a cui è stato amputato un arto riporta sensazioni associate ad esso. Le prime ricerche sull'immagine corporea erano dominate dalla ricerca di quello che Henry Head chiamava lo schema del corpo, un ipotetico meccanismo neurale da cui si pensava potessero essere coordinati i cambiamenti di postura e movimento. Veniva data poca

considerazione alle variabili psicologiche nel teorizzare l'immagine corporea»<sup>20</sup>. Come possiamo intuire dalla ricostruzione di Cash e Smolak, quindi, agli inizi del '900 quello dell'immagine corporea era un concetto già conosciuto nel mondo scientifico, ma gli studi che si erano concentrati su di esso fino a quel momento avevano quasi completamente trascurato la componente psicologica. Per un cambio di prospettiva si sarebbe dovuta attendere l'opera di Paul Schilder del 1935, "The Appearance of the Human Body". Qui l'autore invocava la necessità di studiare l'immagine corporea con un approccio biopsicosociale, ed effettivamente il suo lavoro ebbe un impatto seminale sugli sviluppi successivi del concetto. Tuttavia, per un certo periodo di tempo questi sviluppi rimasero all'interno della teoria psicomotiva, a cui Schilder aderiva e all'interno della cui cornice teorica aveva sviluppato il suo concetto di immagine corporea.

Come notano Cash e Smolak, le cose cominciano a cambiare dal 1969 grazie a Franklin Shontz, che per primo riprende il concetto di immagine corporea collegandolo ai costrutti teorici della psicomotiva, con lo scopo di ancorare questo concetto alla reale esperienza corporea dell'individuo.

La ricerca in questo senso ha un grande impulso negli anni '90, con la pubblicazione di numerosi saggi sul tema dell'immagine corporea, che comincia ad essere studiata non solo come elemento a sé stante ma anche come fattore dominante in alcuni disturbi psicomotivi, fra tutti i DA.

In poche parole, l'immagine corporea era stata inizialmente concepita, lo abbiamo visto, come un meccanismo neurale, sotteso a spiegare fenomeni come il popolare caso dell'arto fantasma; soltanto nel corso del novecento è stata raggiunta la comprensione

---

<sup>20</sup> T. F. Cash e L. Smolak (2011), *Understanding Body Images. Historical and contemporary perspectives*, in *Body Image. A Handbook of Science, Practice and Prevention*, a cura di T. F. Cash e L. Smolak, The Guilford Press, New York, p. 4.

della dimensione psicologica di questo concetto. La distorsione dell'immagine corporea, infatti, gioca un ruolo estremamente importante nell'individuo, soprattutto nei DA.

## **2.2 La prospettiva cognitivo-comportamentale**

Dopo aver introdotto brevemente la storia del concetto di immagine corporea, vediamo qual è, ad oggi, la prospettiva cognitivo-comportamentale su questo tema.

«Per articolare gli elementi di base del modello cognitivo-comportamentale, distinguo innanzitutto i fattori storici da quelli prossimali o concorrenti che influenzano lo sviluppo e il funzionamento dell'immagine corporea. I fattori storici fanno riferimento ad eventi passati, attributi ed esperienze che predispongono o influenzano il modo in cui le persone pensano, sentono e agiscono in relazione al loro corpo. Molto importanti tra questi fattori sono la socializzazione culturale, le esperienze interpersonali, le caratteristiche fisiche ed i cambiamenti, e le variabili di personalità. Attraverso diversi tipi di apprendimento cognitivo e sociale, i fattori storici infondono degli atteggiamenti fondamentali verso l'immagine corporea, tra cui le disposizioni valutative verso l'immagine corporea ed il grado di investimento nell'immagine corporea [...]. La valutazione dell'immagine corporea fa riferimento alla soddisfazione o insoddisfazione dell'individuo verso il suo corpo e alla sua valutazione cognitiva di ciò. L'investimento sull'immagine corporea fa riferimento all'importanza cognitiva, comportamentale ed emotiva del corpo nell'autostima. Nel modello cognitivo-comportamentale, i fattori di immagine corporea prossimale riguardano gli eventi attuali della vita e consistono di influenze precipitanti e mantenenti sulle esperienze di immagine corporea, compreso l'elaborazione delle informazioni e i dialoghi interni, le emozioni legate all'immagine

corporea e le azioni di autoregolazione»<sup>21</sup>.

I fattori che contribuiscono a creare la percezione della propria immagine corporea e che continuano ad influenzarla per tutta la vita, dunque, sono molteplici. Partiamo da quelli che Cash definisce fattori storici e di sviluppo, dove troviamo innanzitutto il ruolo giocato dalla propria cultura sociale di appartenenza.

«In tutto il mondo, culture e sottoculture posseggono e trasmettono informazioni sul significato dell'aspetto umano. I messaggi culturali trasportano degli "standard", o delle aspettative sull'aspetto – quali caratteristiche fisiche sono o non sono socialmente validate e che cosa significa possedere o mancare di queste caratteristiche. Certamente, le culture sviluppate con un sistema di comunicazione mediatico esteso hanno una grande potenza nel creare e disseminare questi valori. I messaggi culturali non solo articolano e rinforzano nozioni normative sul fascino e sul disprezzo fisico, ma esprimono anche aspettative basate sul genere, legando "femminile" e "maschile" a certi attributi fisici [...]. Quando vengono comprensibilmente internalizzati dagli individui, questi potenti messaggi e norme culturali legati al genere favoriscono l'acquisizione di alcuni comportamenti di base verso l'immagine corporea (vale a dire la valutazione e

---

<sup>21</sup> «To articulate basic elements of a CB model, I first distinguish historical factors from proximal or concurrent factors that shape body image development and functioning. Historical factors refer to past events, attributes, and experiences that predispose or influence how people come to think, feel, and act in relation to their body. Salient among these factors are cultural socialization, interpersonal experiences, physical characteristics and changes, and personality variables. Through various types of cognitive and social learning, historical factors instill fundamental body image attitudes, including dispositional body image evaluations and degrees of body image investment [...]. Body image evaluation refers to individuals' satisfaction or dissatisfaction with their body and their evaluative beliefs about it. Body image investment refers to the cognitive, behavioral, and emotional importance of the body for self-evaluation. In the CB model, proximal body image factors pertain to current life events and consist of precipitating and maintaining influences on body image experiences, including information processing and internal dialogues, body image emotions, and self regulatory actions» in T. Cash (2011), *Cognitive-Behavioral Perspectives on Body Image*, in *Body Image. A Handbook of Science, Practice and Prevention*, a cura di T. F. Cash e L. Smolak, The Guilford Press, New York pp. 39-40.

l'investimento verso l'immagine corporea), che influenza il modo in cui gli individui costruiscono e reagiscono al loro aspetto e agli eventi di vita legati ad esso»<sup>22</sup>.

Il contesto culturale di riferimento per l'individuo, dunque, gioca un ruolo fondamentale nel costruire la percezione della propria immagine corporea. È infatti da qui che l'individuo apprende quali caratteristiche fisiche sono desiderabili e quali non lo sono, quali sono le aspettative di genere legate al suo sesso biologico e così via. Si tratta di un impatto estremamente forte sulla psicologia della persona, il cui impatto non deve essere sottostimato. Ovviamente, questo sfondo culturale viene rafforzato nei rapporti che l'individuo ha, nella vita di tutti i giorni, con la famiglia e con i pari.

Scrivono Cash a proposito: «La socializzazione sul significato del proprio corpo coinvolge altro oltre all'esposizione ai messaggi mediatici. Aspettative, opinioni e comunicazioni verbali e non verbali sono veicolate nelle interazioni con i membri della famiglia, gli amici ed altri pari, e persino sconosciuti. L'esempio, i commenti e le critiche dei genitori esprimono il grado in cui l'aspetto fisico è valorizzato all'interno della famiglia, stabilendo potenzialmente degli standard con cui un bambino si confronta con se stesso»<sup>23</sup>.

Oltre al contesto culturale, dunque, anche il contesto sociale gioca un ruolo estremamente importante nella costruzione della propria immagine corporea e del valore

---

<sup>22</sup> «Throughout the world, cultures and subcultures possess and transmit information about the meanings of human appearance. Cultural messages convey “standards” or expectations about appearance—what physical characteristics are and are not socially valued and what it means to possess or lack these characteristics. Of course, developed cultures with extensive communication media powerfully create and disseminate these values. Cultural messages not only articulate and reinforce normative notions about physical attractiveness and unattractiveness, but they also express gender-based expectations, tying “femininity” and “masculinity” to certain physical attributes [...]. When understandably internalized by individuals, these strong, gender-related cultural messages and norms foster the acquisition of basic body image attitudes (e.g., body image evaluation and investment), which predispose how individuals construe and react to their own appearance and appearance-related life events» T. F. Cash, *op. cit.*, pp. 40-41.

<sup>23</sup> «Socialization about the meaning of one's body involves more than exposure to media messages. Expectations, opinions, and verbal and nonverbal communications are conveyed in interactions with family members, friends and other peers, and even strangers. Parental role modeling, comments, and criticisms express the degree to which physical appearance is valued within the family, potentially establishing standards against which a child compares him- or herself» T. F. Cash, *op. cit.*, p. 41.

che ad essa viene assegnato.

Cash ci ricorda, inoltre, che anche le caratteristiche stesse del corpo giocano un ruolo importante nello sviluppo della propria immagine corporea: «Lo sviluppo dell'immagine corporea è sicuramente influenzato dalle caratteristiche fisiche effettive di una persona. Una vasta letteratura scientifica conferma che l'attrattività e l'accettabilità sociale dell'aspetto fisico di una persona influenzano come questa viene percepita e trattata dagli altri. Sin dall'infanzia, i bambini più carini ricevono maggiore attenzione sociale favorevole da parte di chi si prende cura di loro, degli adulti e dei coetanei. Durante l'adolescenza, coloro che sono meno attraenti dal punto di vista fisico o che presentano differenze visibili che non sono culturalmente apprezzate possono trovarsi di fronte a maggiore apatia o antipatia da parte dei coetanei e degli adulti»<sup>24</sup>.

Questo testimonia come l'immagine corporea che l'individuo sviluppa nel corso del tempo possa essere influenzata dalle reazioni che gli altri hanno al suo aspetto; reazioni che saranno guidate, ovviamente, dai valori culturali del contesto in cui l'individuo vive. Ovviamente, anche le caratteristiche psicologiche dell'individuo giocano un ruolo importante nella formazione della propria immagine corporea. Alcune caratteristiche contribuiscono a rendere la persona più resiliente, mentre altre costituiscono dei fattori di rischio, facilitando l'insorgere di psicopatologie legate al proprio aspetto, come i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

Oltre a questi fattori, che Cash definisce “storici o di sviluppo”, rimangono da valutare i fattori che l'autore definisce “prossimali”. Con questo termine, Cash individua fattori

---

<sup>24</sup> «Body image development is certainly affected by one's actual physical characteristics. A vast scientific literature confirms that the attractiveness and social acceptability of a person's physical appearance impact how the person is perceived and treated by others. Beginning in infancy, cuter children receive more favorable social attention from caretakers, adults, and peers. Throughout youth, those who are less physically attractive or possess visible differences that are not culturally valued may encounter more apathy or antipathy from peers and adults» T. F. Cash, *op. cit.*, p. 42.

come gli eventi attivanti ed il conseguente processo cognitivo.

«Secondo prospettive provenienti dalla terapia cognitivo-comportamentale (CBT), specifici segnali situazionali o eventi contestuali (includendo eventi interni) attivano un processo basato sugli schemi di informazioni riguardanti l'aspetto fisico di sé e autovalutazioni della propria apparenza. Di conseguenza, individui con uno schema orientato all'aspetto fisico attribuiscono maggiore importanza, prestano maggiore attenzione e processano preferenzialmente informazioni pertinenti alla loro apparenza [...]. I conseguenti dialoghi interni (talvolta definiti come colloqui privati sul corpo) coinvolgono pensieri automatici carichi di emozioni, deduzioni, interpretazioni e conclusioni riguardanti il proprio aspetto. Tra gli individui con atteggiamenti problematici verso l'immagine corporea e auto-schemi, questi dialoghi interiori sono abituali, difettosi e disforici»<sup>25</sup>.

Gli eventi scatenanti possono essere molteplici: esempi sono l'esposizione del corpo, anche allo specchio, il ricevere commenti da parti della cerchia sociale e così via. Lo schema di pensieri che si attiva nell'individuo può portare ad esagerare i propri difetti fisici, a dare un valore eccessivo all'aspetto fisico, o a percepire il proprio aspetto attraverso delle evidenti distorsioni. Cash sottolinea come, paradossalmente, la ricerca si sia concentrata solo da poco sul tema dei meccanismi di coping relativi all'immagine corporea.

«Per gestire o affrontare pensieri ed emozioni sgradevoli legati all'immagine corporea, che siano anticipati o effettivi, gli individui si impegnano in una serie di azioni e

---

<sup>25</sup> «According to CB perspectives, specific situational cues or contextual events (including internal events) activate schema-driven processing of information about and self-evaluations of one's physical appearance. Thus, appearance-schematic individuals place more importance on, pay more attention to, and preferentially process information relevant to their appearance [...].The resultant internal dialogues (sometimes termed private body talk) involve emotion-laden automatic thoughts, inferences, interpretations, and conclusions about one's looks. Among individuals with problematic body image attitudes and self-schemas, these inner dialogues are habitual, faulty, and dysphoric» T. F. Cash, *op. cit.*, p. 44.

reazioni. Queste possono coinvolgere strategie cognitive ben apprese o comportamenti per adattarsi o reagire agli eventi ambientali percepiti. Le reazioni adattive includono comportamenti di evitamento e nascondimento del corpo, rituali di controllo o correzione dell'aspetto, ricerca di rassicurazione sociale e strategie compensatorie [...]. Nonostante una vasta letteratura sui processi di coping umano, sorprendentemente poche ricerche hanno esaminato specificamente il coping in relazione all'immagine corporea. Fino a poco tempo fa, non esisteva un metodo per valutare il coping legato all'immagine corporea. Per ovviare a questo problema, nel 2005 Cash e colleghi hanno costruito e pubblicato l'Inventario delle Strategie di Coping dell'Immagine Corporea (BICSI). Sono state identificate tre strategie della terapia cognitivo-comportamentale per affrontare minacce o sfide percepiti legate all'immagine corporea: (1) evitamento esperienziale che coinvolge tentativi di evitare situazioni, pensieri o emozioni ritenute minacciose; (2) correzione dell'aspetto che consiste nello sforzo di modificare o correggere gli aspetti dell'aspetto percepiti come difettosi; e (3) accettazione razionale positiva che include attività mentali e comportamentali che enfatizzano l'uso di cure personali positive o di dialogo interiore razionale e l'accettazione delle proprie esperienze»<sup>26</sup>.

Questi meccanismi di coping sono particolarmente interessanti, soprattutto la prima

---

<sup>26</sup> «To manage or cope with distressing body image thoughts and emotions, whether anticipated or actual, individuals engage in a range of actions and reactions. These may involve well-learned cognitive strategies or behaviors to accommodate or adjust to perceived environmental events. Adjustive reactions include avoidant and body-concealment behaviors, appearance-checking or appearance-correcting rituals, social reassurance seeking, and compensatory strategies [...]. Despite a vast literature on human coping processes, surprisingly little research has examined coping specifically in relation to body image. Until recently, no method for assessing body image coping has existed. To remedy this problem, in 2005 Cash and his colleagues constructed and published the Body Image Coping Strategies Inventory (BICSI). Three CB strategies for dealing with perceived body image threats or challenges were identified: (1) experiential avoidance involves attempts to avoid situations, thoughts, or feelings that are deemed threatening; (2) appearance fixing consists of efforts to alter or correct the aspects of one's appearance perceived as flawed; and (3) positive rational acceptance includes mental and behavioral activities that emphasize the use of positive self-care or rational self-talk and the acceptance of one's experiences» T. F. Cash, *op. cit.*, pp. 44-45.

tipologia, che include al suo interno anche l'esposizione allo specchio, su cui ritorneremo successivamente. Se questi sono gli effetti di un'immagine corporea negativa o distorta, viene però naturale chiedersi quale impatto possa avere una valorizzazione positiva della propria immagine corporea.

### **2.3 Immagine corporea positiva ed embodiment**

Se sono chiari gli effetti di una valutazione negativa della propria immagine corporea, rimane da chiedersi quali potrebbero essere gli effetti di un'immagine corporea positiva, soprattutto nei confronti dell'eventuale insorgere di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Prima di addentrarci in questo, è opportuno introdurre un altro elemento di riflessione: il plausibile collegamento tra un'immagine corporea negativa ed un disturbo nel processo di embodiment.

A questo proposito, vogliamo citare due recenti ricerche che si sono mosse proprio in questa direzione, cercando di individuare un eventuale collegamento tra un disturbo nell'embodiment e l'insorgere di una psicopatologia della nutrizione e dell'alimentazione.

Il primo studio è stato svolto da Cascino e colleghi nel 2019<sup>27</sup>, e dalla sperimentazione, condotta su un totale di 84 pazienti affetti da AN, ha portato dei risultati che riteniamo importante analizzare in questa sede. Scrivono gli autori: «Nel complesso, le nostre scoperte supportano l'idea che le dimensioni dell'incarnazione, specialmente l'allontanamento dal proprio corpo e dalle emozioni e la definizione attraverso misure oggettive, possano essere caratteristiche fondamentali della psicopatologia dell'AN. Più

---

<sup>27</sup> G. Cascino, G. Castellini, G. Stanghellini, V. Ricca, E. Cassioli, V. Ruzzi, P. Monteleone e A. M. Monteleone (2019), *The Role of the Embodiment Disturbance in the Anorexia Nervosa Psychopathology: A Network Analysis Study*, Brain Sciences vol. 9 n. 276.

di mezzo secolo fa, Hilde Bruch fu la prima a definire l'AN come un disturbo del "sé" in cui i problemi di sviluppo dell'organizzazione del sé si manifestano in una percezione aberrante del corpo e in un'interpretazione inefficiente delle sensazioni corporee e dei sentimenti interiori. Descrisse la "confusione interocettiva" come parte di un disturbo dell'identità più complesso e concepì il desiderio di un corpo snello come un "camuffamento" per altri problemi sottostanti [...]. Oltre alla definizione dell'identità, il disturbo dell'incarnazione svolge un ruolo nelle interazioni con gli altri. Infatti, la tendenza ridotta a percepire il corpo dalla prospettiva interna porta alla percezione degli altri come lo specchio in cui ci si può vedere e sentirsi. Ciò potrebbe favorire problemi di cognizione sociale, che vanno dalla difficoltà di mentalizzare ed empatizzare fino alla percezione amplificata di minacce sociali potenziali, che sono così comuni nell'AN e dovrebbero rappresentare importanti obiettivi di trattamento»<sup>28</sup>. Nell'insorgere della psicopatologia dunque, giocherebbe un ruolo fondamentale un processo disturbato di embodiment, che include, ad esempio, l'allontanamento dal proprio corpo. Seguendo il risultato di questo (ed altri) studi, potremmo dunque ipotizzare l'esistenza effettiva di un collegamento forte tra embodiment e disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. La domanda successiva potrebbe riguardare, nello specifico, che cosa può causare un disturbo tale nello sviluppo dell'embodiment da

---

<sup>28</sup> «Overall, our findings support the idea that embodiment dimensions, especially the alienation from own body and emotions and the definition through objective measures, may be core features of AN psychopathology. More than half a century ago, Hilde Bruch was the first to define AN as a "self"-disorder in which developmental problems of the organization of the self are manifested in aberrant body perception and inefficient interpretation of bodily sensations and inner feelings. She described the "interoceptive confusion" as part of a more complex identity disorder and conceived the drive to a thin body as a "camouflage" for other underlying problems. She described the "interoceptive confusion" as part of a more complex identity disorder and conceived the drive to a thin body as a "camouflage" for other underlying problems [...]. Besides identity definition, the embodiment disorder plays a role in the interactions with others. Indeed, the reduced trend to perceive the body from the inner perspective leads to the perception of the others as the mirror in which one can see oneself and feel oneself. This may promote social cognition problems, ranging from mentalizing and empathy problems to heightened perception of potential social threats, which are so common in AN and should represent important treatment targets» G. Cascino, G. Castellini, G. Stanghellini, V. Ricca, E. Cassioli, V. Ruzzi, P. Monteleone e A. M. Monteleone, *op. cit.*, p. 8.

favorire il futuro insorgere di psicopatologie dell'alimentazione.

A questo proposito, riteniamo opportuno riportare un recente studio di Katznelson e colleghi<sup>29</sup>, che si è occupato proprio di indagare sulle possibili origini di questo disturbo nel processo di embodiment.

In particolare, lo studio ha presupposto l'influenza di alcuni elementi sul processo di embodiment, quali l'attaccamento, la mentalizzazione e l'oggettificazione del sé. Scrivono gli autori sull'influenza dell'attaccamento: «[...] sembra plausibile che le prime esperienze di cura abbiano un impatto anche sul modo in cui ci sentiamo riguardo ai nostri corpi, ovvero che il tipo di cura, tocco, sguardo e sostegno che un bambino riceve influenzerà il modo in cui il suo corpo soggettivo viene percepito [...]. Inoltre, gli individui con modelli interni più positivi avranno sentimenti più stabili di autostima generale, rendendoli meno inclini a cercare conferme esternamente, poiché queste esperienze provengono dall'interno del sé. Ciò a sua volta creerebbe una resilienza di fronte a esperienze avverse, compresa l'esperienza di non riuscire a corrispondere agli ideali di bellezza culturali, come ad esempio l'ideale di magrezza, che dominano il mondo occidentale»<sup>30</sup>.

Seguendo la teoria dell'attaccamento, dunque, modelli operativi interni positivi saranno in grado di fornire all'individuo una maggiore resilienza ad eventi avversi che hanno a che fare con la percezione esterna del proprio corpo. Si potrebbero cercare dunque già

---

<sup>29</sup> H. Katznelson, S. I. F. Daniel, S. Poulsen, S. Lunn, B. Buhl-Nielsen e J. M. Sjögren (2021), *Disturbances in the experiences of embodiment related to attachment, mentalization and self-objectification in anorexia nervosa*, Journal of Eating Disorders, vol. 9 n. 137.

<sup>30</sup> «[...] it seems plausible that early caregiving experiences also have an impact on the way we feel about our bodies, i.e. that the type of care, touch, gaze, and holding a child receives will influence the way the child's subjective body is experienced [...]. Furthermore, individuals with more positive IWMs will have more stable feelings of general self-worth making them less likely to seek confirmation externally, as this is experienced from within the self. This would in turn create a resilience in the face of adverse experiences, including the experience of failing to live up to cultural ideals of beauty such as the thin-ideal, which dominate the Western world» H. Katznelson, S. I. F. Daniel, S. Poulsen, S. Lunn, B. Buhl-Nielsen e J. M. Sjögren, *op. cit.*, p. 3.

nello stile di attaccamento dei genitori del paziente le radici di un possibile sviluppo disturbato dell'embodiment, con un conseguente aumento della possibilità di insorgenza di un disturbo dell'alimentazione.

Sulla mentalizzazione invece: «Come nell'attaccamento, la mentalizzazione, definita come la capacità di comprendere e immaginare i pensieri e i sentimenti propri e degli altri, può essere ipotizzata come un fattore che gioca un ruolo nel modo in cui arriviamo a pensare e vivere il nostro corpo. La mentalizzazione, operazionalizzata come funzionamento riflessivo (RF), riguarda l'importanza della comprensione e della riflessione del caregiver sul mondo interno del bambino piccolo ed è quindi intrinsecamente legata alla qualità delle esperienze legate all'attaccamento. In altre parole, la comprensione di sé e degli altri da parte di un individuo dipende dal grado in cui i loro stati mentali sono stati adeguatamente compresi da adulti premurosi, attenti e non minacciosi [...]. Per il bambino piccolo, essere mentalizzato consente l'integrazione delle prime modalità di funzionamento psichico nello sviluppo in una modalità più riflessiva in cui pensieri e sentimenti vengono vissuti come rappresentazioni e con confini chiari tra il mondo interno ed esterno. Da una prospettiva di mentalizzazione, i DA sono stati concepiti come disturbi del sé caratterizzati da una distorsione sottostante dei processi e delle capacità mentali. In una psiche scarsamente integrata, il ruolo del corpo nel cercare di creare un senso coerente e continuo di sé viene accentuato, ed è quindi probabile che gli stati affettivi vengano sperimentati attraverso il mondo fisico. Nell'AN, dove prevale l'equivalenza psichica nel funzionamento psichico, il mondo interno è caratterizzato da una concretezza del pensiero, in cui non c'è distinzione tra l'interno e l'esterno, e dove gli stati mentali sono rappresentati nei domini fisici del

corpo concreto»<sup>31</sup>.

Anche la mentalizzazione, dunque, potrebbe giocare un ruolo importante nell'insorgere di questa tipologia di disturbi. Non si tratta di qualcosa di totalmente separato dal modello di attaccamento: come spiegato dagli stessi autori, anzi, l'apprendimento di un efficace processo di mentalizzazione dipende in larga misura dal modello di attaccamento genitoriale, pur essendo qualcosa di diverso da esso.

Infine, il terzo fattore considerato dagli autori è l'oggettificazione del sé.

«La teoria dell'oggettificazione, sviluppata da Fredrickson e Roberts, offre un quadro teorico femminista che postula che le donne siano socialmente portate a auto-oggettivarsi immaginando sé stesse dalla prospettiva degli altri attraverso un'internalizzazione degli standard culturali di bellezza. In altre parole, attraverso l'essere oggettificate, esse sviluppano la prospettiva dell'altro come la loro visione primaria del proprio corpo. Una tale oggettificazione di sé può portare a un'esperienza di discrepanza tra l'aspetto percepito di una persona e gli standard culturali di bellezza, il che darà nuovamente luogo a un'esperienza di vergogna del corpo. Si è sostenuto che livelli elevati di oggettificazione portino non solo a non gradire il proprio corpo, ma anche a un'esperienza di fallimento morale se una persona non è in grado di plasmare il

---

<sup>31</sup> «Like attachment, mentalization, defined as the capacity to understand and imagine one's own and other people's thoughts and feelings, can be hypothesized as playing a role in how we come to think about and experience our body. Mentalizing, operationalized as reflective functioning (RF), is concerned with the importance of the caregiver's understanding of and reflection on the internal world of the small child, and is thus intrinsically related to the quality of attachment experiences. In other words, an individual's understanding of both themselves and others is dependent on the degree to which their own mental states were adequately understood by caring, attentive, non-threatening adults [...]. For the young child, being mentalized enables the integration of early developmental modes of psychic functioning into a more reflective mode where thoughts and feelings are experienced as representations and with clear boundaries between the internal and external world. From a mentalization perspective, eating disorders have been conceptualized as self-disorders characterized by an underlying distortion of mental processes and capacities. In a poorly integrated psyche, the role of the body in trying to create a coherent and continuous sense of self is accentuated, and affective states are thus likely to be experienced through the realm of the physical world. In AN, where psychic equivalence dominates psychic functioning, the internal world is characterized by a concreteness of thought, where there is no distinction between the inside and outside, and where mental states are represented in the physical domains of the concrete body» H. Katznelson, S. I. F. Daniel, S. Poulsen, S. Lunn, B. Buhl-Nielsen e J. M. Sjögren, *op. cit.*, p. 4.

proprio corpo per aderire a certi ideali di bellezza [...]. In relazione ai disturbi dell'alimentazione, si è dimostrato che l'auto-oggettificazione contribuisce allo sviluppo o al mantenimento del desiderio di magrezza, internalizzato attraverso ideali mediatici, nelle donne con DA. Inoltre, l'internalizzazione dell'ideale di magrezza e l'auto-oggettificazione sono risultati altrettanto predittivi nello sviluppo della insoddisfazione corporea e dei sintomi dei DA»<sup>32</sup>.

Questo fattore riguarda principalmente la popolazione femminile, verso cui la pressione sociale per conformarsi a delle aspettative di bellezza ben specifiche è sicuramente più forte; anche in questo caso, vediamo sottolineato l'impatto dei fattori culturali e sociali, in particolare dei media.

Per valutare il legame tra questi tre fattori e le esperienze di embodiment, gli autori hanno fatto ricorso al Mirror Interview (MI). Questo strumento, elaborato a partire dalla teoria di Winnicott, postula che l'esperienza di vedersi attraverso lo specchio rievoca la funzione rispecchiante della madre, provocando quindi sentimenti simili a quelli provati nell'essere visti durante l'infanzia. Attraverso di esso, dunque, gli autori hanno cercato di individuare problematiche nello sviluppo dell'embodiment in pazienti affetti da AN.

I risultati sono decisamente interessanti: «In sintesi, i risultati dello studio sembrano suggerire che sia possibile identificare difficoltà nell'esperienza affettiva

---

<sup>32</sup> «Objectification theory, developed by Fredrickson and Roberts offers a feminist theoretical framework, which posits that women are socialized to self-objectify by imagining themselves from the perspectives of others through an internalization of cultural beauty standards. In other words, through being objectified, individuals develop the other's perspective as their primary view of their bodily self. Such an objectification of the self can lead to an experience of a discrepancy between a person's perceived appearance and cultural standards of beauty, which again will give rise to an experience of body shame. It has been argued that high levels of objectification lead not only to a dislike of one's own body but also to an experience of failing morally if one is not capable of shaping one's body to fit certain beauty ideals [...]. In relation to eating disorders, self-objectification has been shown to contribute to the development or maintenance of the drive for thinness, internalized through media ideals, in women with eating disorders. Furthermore, thin-ideal internalization and self-objectification have been found to be equally predictive in the development of body dissatisfaction and eating disorder symptoms» H. Katznelson, S. I. F. Daniel, S. Poulsen, S. Lunn, B. Buhl-Nielsen e J. M. Sjögren, *op. cit.*, p. 5.

dell'incarnazione nei pazienti con AN utilizzando il Mirror Interview. Attraverso l'uso dello specchio, il MI attiva risposte affettive e suscita comportamenti e reazioni intensi e spontanei, altrimenti difficili da accedere e valutare all'interno di un quadro di ricerca oggettivo ed empirico. Lo studio ha dimostrato che queste difficoltà nell'esperienza dell'incarnazione erano associate a misure standardizzate di attaccamento, mentalizzazione e auto-oggettificazione, sostenendo così l'ipotesi generale che le difficoltà nelle esperienze incarnate nei pazienti con AN siano legate a rappresentazioni più fondamentali del sé e a una coscienza corporea oggettificata in questo campione particolare. Tuttavia, futuri studi che coinvolgono la replica su un campione più ampio potrebbero contribuire ulteriormente a una migliore comprensione delle sfumature della complessa interazione tra questi diversi fattori in relazione allo sviluppo del sé. Per implicazione, ciò potrebbe anche essere di potenziale importanza nello sviluppo della nostra comprensione delle distorsioni dell'immagine corporea sia in relazione all'eziologia che al mantenimento dell'AN»<sup>33</sup>.

L'esposizione allo specchio, su cui torneremo in seguito, sembra dunque confermarsi come un metodo efficace per arrivare ad analizzare problematiche profonde dell'individuo, che hanno a che fare sulla percezione del suo corpo nell'infanzia; sembra confermata, dunque, l'importanza di un processo di embodiment distorto per la

---

<sup>33</sup> «In summary, the findings of the study seem to suggest that it is possible to identify difficulties in the affective experience of embodiment in patients with AN by using the MI. Through the use of the mirror, the MI activates affective responses and elicits both intense and spontaneous behaviors and reactions, which are otherwise difficult to access and assess within an objective, empirical research framework. The study showed that these difficulties in the experience of embodiment were associated with standardized measures of attachment, mentalization and self-objectification, thus supporting the overall hypothesis that difficulties in embodied experiences in patients with AN are related to more fundamental representations of self and an objectified body consciousness in this particular sample. However, future research involving replication in a larger sample might also be able to further contribute to a better understanding of the nuances of the complex interaction between these different factors in relation to the development of self. By implication, this could also be of potential importance in the development of our understanding of body image disturbances in relation to both the etiology and maintenance of AN» H. Katznelson, S. I. F. Daniel, S. Poulsen, S. Lunn, B. Buhl-Nielsen e J. M. Sjögren, *op. cit.*, p. 6.

nascita di questi disturbi.

Analizzare il ruolo dell'embodiment nei DA ci ha permesso di approfondire l'effetto di una visione negativa del proprio corpo sull'individuo, ma abbiamo anche accennato che modelli operativi interni positivi permettono all'individuo di avere una maggiore resilienza ad eventi esterni che hanno a che vedere con la sua immagine. La capacità di un'immagine corporea positiva di prevenire l'insorgere di DA è stata analizzata in un recente studio di Linardon<sup>34</sup>. L'autore, in particolare, ha esaminato tre meccanismi che possono contribuire a prevenire l'insorgere di questi disturbi: un'immagine corporea positiva, uno stile di alimentazione definito "intuitive eating" ed infine l'auto-compassione.

Linardon definisce così l'immagine corporea positiva, che viene suddivisa in tre componenti: «L'immagine corporea positiva è definita come la capacità degli individui di concepire i loro corpi con amore, rispetto e apprezzamento (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b). È una costruzione complessa che contiene molti componenti distinti ma interconnessi. I componenti dell'immagine corporea positiva più ampiamente studiati includono l'apprezzamento del corpo (ovvero accettare, mantenere atteggiamenti positivi verso e valorizzare il corpo; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a), la flessibilità dell'immagine corporea (cioè sperimentare apertamente pensieri e sentimenti negativi riguardo al corpo senza agire su di essi o cercare di cambiarli; Sandoz, Wilson, Merwin e Kellum, 2013) e l'apprezzamento della funzionalità (cioè apprezzare e rispettare il corpo per ciò di cui è capace; Alleva, Tylka e Kroon Van Diest, 2017). Si ipotizza che questi tre componenti proteggano da vari disturbi legati all'alimentazione e all'immagine corporea. Ad esempio, l'apprezzamento del corpo e della funzionalità

---

<sup>34</sup> J. Linardon (2021), *Positive body image, intuitive eating, and self-compassion protect against the onset of the core symptoms of eating disorders: A prospective study*, International Journal of Eating Disorders n. 54 pp. 1967-1977.

incoraggia gli individui a riformulare positivamente il modo in cui pensano al loro corpo. Questo a sua volta impedisce di concentrarsi sulle presunte imperfezioni corporee, cosa nota per contribuire alla insoddisfazione corporea e a comportamenti insani di controllo del peso (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b). Per quanto riguarda la flessibilità dell'immagine corporea, poiché molti comportamenti legati ai DA servono a alleviare pensieri e sentimenti negativi riguardo al corpo, le persone flessibili sono in grado di riconoscere queste esperienze interne, affrontarle in modo non giudicante e continuare a perseguire obiettivi significativi in altri ambiti senza cercare di sopprimerle mediante strategie di coping non salutari (Sandoz et al., 2013)»<sup>35</sup>.

Un'immagine corporea positiva, dunque, consentirebbe all'individuo di apprezzare le caratteristiche del proprio corpo; le sensazioni negative a riguardo di alcuni aspetti personali permangono, ma l'individuo è in grado di accettarle e di concentrarsi su altri aspetti, senza cercare ossessivamente di cambiare ciò che viene percepito come inadeguato.

L'alimentazione intuitiva, invece, viene definita così: «L'alimentazione intuitiva è uno stile alimentare adattivo che possiede un potenziale protettivo. È definita come una forte connessione con i segnali di fame e sazietà e come mangiare in risposta a tali segnali

---

<sup>35</sup> «Positive body image is defined as individuals' ability to conceptualize their bodies with love, respect, and appreciation (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b). It is a multifaceted construct that contains many distinct but interrelated components. The more widely researched positive body image components include body appreciation (i.e., accepting, holding positive attitudes toward, and valuing the body; Tylka & Wood-Barcalow, 2015a), body image flexibility (i.e., openly experiencing negative thoughts and feelings about the body without acting on or trying to change them; Sandoz, Wilson, Merwin, & Kellum, 2013), and functionality appreciation (i.e., appreciating and respecting the body for what it is capable of doing; Alleva, Tylka, & Kroon Van Diest, 2017). These three components are hypothesized to protect against various eating and body image disturbances. For instance, body and functionality appreciation encourage individuals to positively reframe the way they think about their body. This in turn stops one from focusing on perceived bodily imperfections, which is known to contribute to body dissatisfaction and unhealthy weight-control behaviors (Tylka & Wood-Barcalow, 2015b). For body image flexibility, since many eating disorder behaviors serve the function of alleviating negative thoughts and feelings about the body, flexible individuals are able to recognize these internal experiences, attend to them nonjudgmentally, and continue to pursue meaningful goals in other domains without trying to suppress them via unhealthy coping strategies (Sandoz et al., 2013)» J. Linardon, *op. cit.*, p. 1968.

(Tylka & Kroon Van Diest, 2013). Coloro che seguono un'alimentazione intuitiva non si ossessionano con il cibo, non classificano gli alimenti in categorie "buone" o "cattive" e prestano attenzione ai segnali di fame. Invece, consumano alimenti che apprezzano, assicurandosi nel contempo che il loro corpo sia ben nutrito. Si affidano ai segnali di fame per sapere quando e quanto mangiare e rispettano i segnali di sazietà, smettendo di mangiare quando si sentono a proprio agio (Tylka, 2006))»<sup>36</sup>.

Anche con il cibo, dunque, viene mantenuto un rapporto positivo, sia in termini qualitativi che quantitativi. Non ci sono alimenti che vengono evitati a prescindere in quanto "cattivi", ed in generale l'individuo tende ad assecondare i segnali del suo corpo per nutrirsi.

Infine, «L'auto-compassione può essere compresa come un approccio al proprio dolore e alla propria sofferenza. Si caratterizza per mostrarsi gentili e comprensivi verso sé stessi anziché criticarsi, per considerare le proprie esperienze come comuni all'umanità anziché isolanti e per essere consapevoli dei propri sentimenti anziché identificarsi eccessivamente con essi (Neff, 2003). Le persone dotate di auto-compassione tendono a reagire alle situazioni che minacciano i sentimenti di adeguatezza personale mostrando un profondo livello di comprensione, trattandosi con gentilezza e evitando di agire impulsivamente verso autovalutazioni negative (Gilbert, 2005; Neff & Dahm, 2015). Pertanto, l'auto-compassione potrebbe essere particolarmente adatta per proteggere da quei comportamenti legati ai DA che sono causati o mantenuti da pensieri negativi, sentimenti o auto-critiche, attraverso la pratica di abilità sane di regolazione emotiva

---

<sup>36</sup> «Intuitive eating is an adaptive eating style that has protective potential. It is defined as having a strong connection with hunger and satiety cues and eating in response to these cues (Tylka & Kroon Van Diest, 2013). Those who eat intuitively do not obsess over food, conceptualize foods into "good" or "bad" categories, and ignore their hunger cues. Instead, they eat foods that they enjoy while still making sure that their body is well nourished, rely on their hunger signals to tell them when and how much to eat, and respect their satiety signals by not eating when they are comfortably full (Tylka, 2006))» J. Linardon, *Ivi*.

(Kelly, Carter, & Borairi, 2014)»<sup>37</sup>.

L'auto-compassione, dunque, riguarda un atteggiamento positivo verso la totalità dell'individuo. Permette di accettare i propri sentimenti e le proprie sensazioni senza identificarsi con essi, e permette di non sentirsi isolati nell'affrontare queste situazioni.

Lo studio ha testato l'efficacia di questi cinque fattori nel proteggere dall'insorgere di DA. I risultati mostrano un'associazione positiva: «Un risultato coerente emerso dalle analisi univariate è che ciascuno dei cinque fattori ha protetto dall'insorgenza di sette sintomi al follow-up. Di conseguenza, quando modellati individualmente, livelli più elevati di immagine corporea positiva, alimentazione intuitiva e auto-compassione alla base hanno previsto una minor probabilità di sperimentare l'insorgenza di vari sintomi dei DA. In alcuni casi, gli effetti sono stati così significativi che un aumento di un'unità in specifici fattori protettivi è stato associato a una diminuzione >60% delle probabilità di sperimentare l'insorgenza di sintomi particolari. Inoltre, aumenti maggiori di questi cinque fattori nel tempo sono stati correlati a probabilità più basse di insorgenza di alcuni sintomi, con cambiamenti nell'alimentazione intuitiva e nell'apprezzamento del corpo che esercitavano la più forte influenza protettiva. Questi risultati aggiungono nuova conoscenza al campo. È possibile che ciascuno di questi fattori eserciti il proprio potenziale protettivo attraverso diversi meccanismi sottostanti. Il rispetto, la cura e la gratitudine mostrati nei confronti del corpo e delle sue capacità (come definito dai costrutti di apprezzamento del corpo e della funzionalità) potrebbero incoraggiare le

---

<sup>37</sup> «Self-compassion can be understood as an approach to one's pain and suffering. It is characterized by showing oneself kindness and understanding instead of criticism, seeking one's experiences as common to humanity rather than isolating, and being mindful of one's feelings instead of overidentifying with them (Neff, 2003). Self-compassionate individuals tend to react to situations that threaten feelings of personal adequacy by showing a deep level of understanding, treating themselves with kindness, and by refraining from acting impulsively toward negative self-evaluations (Gilbert, 2005; Neff & Dahm, 2015). Thus, self-compassion may be well suited to protect against those eating disorder behaviors that are caused or maintained by negative thoughts, feelings, or self-criticisms through the practice of healthy emotion regulation skills (Kelly, Carter, & Borairi, 2014)» J. Linardon, *op. cit.*, pp. 1968-1969.

persone a evitare di concentrarsi pesantemente sull'aspetto esteriore o sulla forma e dimensioni del corpo. Poiché le preoccupazioni estreme legate all'immagine corporea sono importanti determinanti dei comportamenti legati ai DA (Stice, 2002), è possibile che questo modo positivo, olistico e adattivo di pensare al corpo eserciti la sua influenza protettiva interrompendo i percorsi che collegano tali preoccupazioni legate al corpo alle caratteristiche dei DA. In contrasto, la flessibilità dell'immagine corporea e l'auto-compassione potrebbero agire come fattori protettivi principalmente attraverso meccanismi di regolazione dell'affetto. Entrambi questi fattori implicano l'affrontare i pensieri, i sentimenti e i giudizi negativi abbracciandoli anziché cercare di sopprimerli o agire su di essi. Forse questo modo di rapportarsi a esperienze interne intrusive impedisce pensieri di ruminare sul peso e sulla forma e quei comportamenti legati ai DA che derivano da una incapacità di affrontare esperienze avverse (Haedt-Matt & Keel, 2011). Per quanto riguarda l'alimentazione intuitiva, onorare e fidarsi dei segnali biologici piuttosto che imporre regole alimentari rigide ed estreme potrebbe aiutare a interrompere quei meccanismi chiave basati sul controllo (ad esempio, processi biologici di fame, privazione psicologica, effetto violazione dell'astinenza, ecc.) noti per causare molti comportamenti legati ai DA (Fairburn, 2008)»<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> A consistent finding from univariate analyses was that each of the five factors protected against the onset of seven symptoms at follow up. Thus, when modeled individually, higher baseline positive body image, intuitive eating, and self-compassion levels predicted a lower likelihood of experiencing the onset of various symptoms of eating disorders. In some instances, effects were large such that a one unit increase in specific protective factors was associated with a >60% decrease in the odds of experiencing the onset of particular symptoms. Moreover, greater increases in these five factors over time were also associated with lower odds of the onset of certain symptoms, with changes in intuitive eating and body appreciation exerting the strongest protective influence. These findings add new knowledge to it is possible that each of these factors exert their protective potential through different underlying mechanisms. The respect, care, and gratitude shown toward the body and its capabilities (as defined by the body and functionality appreciation constructs) might encourage individuals to refrain from focusing heavily on their outer appearance or body shape and size. As extreme body image concerns are important determinants of eating disorder behaviors (Stice, 2002), it is possible that this positive, holistic, and adaptive way of thinking about the body might exert its protective influence by disrupting the paths that connect these body-related concerns to eating disorder features. In contrast, body image flexibility and self-compassion might serve as protective factors primarily through affect regulation mechanisms. Both

Questo studio, dunque, ci conferma l'importanza di coltivare un atteggiamento positivo verso il corpo, verso l'alimentazione e verso il sé in generale. L'insorgere di DA, infatti, non è legato solamente ad eventi negativi, ma anche ad una mancanza di fattori di protezione in grado di compensare il loro effetto. Si tratta di un elemento da non sottovalutare per ricerche future, in ottica terapeutica ma anche in ottica pedagogica.

---

of these factors involve dealing with negative thoughts, feelings, and self-judgments by embracing them rather than trying to suppress or act on them. Perhaps this way of relating to intrusive internal experiences prevents ruminative thoughts about weight and shape, and those eating disorder behaviors that stem from an inability to cope with adverse experiences (Haedt-Matt & Keel, 2011). With respect to intuitive eating, honoring and trusting ones biological cues rather than imposing strict and extreme food rules might help disrupt those key restraint-driven mechanisms (e.g., biological hunger processes, psychological deprivation, abstinence violation effect, etc.) known to cause many eating disorder behaviors (Fairburn, 2008) J. Linardon, *op. cit.*, p. 1974.

## CAPITOLO 3. L'IMMAGINE CORPOREA NEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

### 3.1 Il rapporto tra disturbi ed immagine corporea

Abbiamo già compreso, dunque, che l'immagine corporea gioca un ruolo fondamentale nei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. A questo proposito, però, vogliamo entrare nel dettaglio di come l'immagine corporea continua ad interagire con i diversi disturbi che conosciamo, oltre ad essere sicuramente un fattore di rischio per l'insorgere di questi disturbi.

Per quanto riguarda l'AN, «Le cognizioni includono le credenze riguardo all'aspetto del proprio corpo (ad esempio, che alcune parti del corpo siano eccessivamente poco attraenti) così come il significato di questo aspetto [...]. Nelle persone con DA, queste credenze tendono a essere idee sopravvalutate sull'importanza del peso e/o della forma in relazione all'autovalutazione e tendono a essere associate a una preoccupazione eccessiva. Le idee sopravvalutate possono essere tenute rigidamente e risultare difficili da modificare [...]. Il rifiuto della gravità del basso peso è una manifestazione cognitiva del BID, che è unica nell'AN. Spesso il basso peso viene interpretato come benigno o desiderabile, e molti pazienti con AN riferiscono che non percepiscono differenza tra la taglia percepita e quella desiderata, indicando che non vogliono che i loro corpi siano molto diversi da come li vedono»<sup>39</sup>.

---

<sup>39</sup> «Cognitions include beliefs about the appearance of one's body (e.g., that parts of the body are excessively unattractive) as well as the meaning of this appearance [...]. In individuals with eating disorders, these beliefs tend to be overvalued ideas about the importance of weight and/or shape as they relate to self-evaluation, and tend to be associated with excessive preoccupation. Overvalued ideas can be rigidly held and difficult to modify [...]. Denial of the seriousness of low weight is a cognitive manifestation of BID that is unique to AN. Low weight is often interpreted as being benign or desirable, and many patients with AN report no difference between perceived and desired size, indicating that they do not want their bodies to be much different from how they see them» S. S. Delinsky (2011), *Body*

Le caratteristiche del disturbo legato all'immagine corporea tendono ad essere simili tra i diversi DA, sebbene ciascuno presenti anche delle caratteristiche uniche. Come abbiamo potuto leggere, ad esempio, caratteristica unica dell'AN è il rifiuto della gravità del peso corporeo eccessivamente basso. Per il paziente affetto da AN, anzi, questa forma ideale di corpo, eccessivamente magra, risulta assolutamente in linea con quello che desiderano, se riescono a raggiungerla.

Delinsky fa anche il punto su quelli che potrebbero essere alcuni dei fattori di mantenimento per il BID nell'AN. La sua proposta include quattro fattori: vediamoli di seguito.

«Il primo meccanismo proposto che mantiene il Disturbo BID è l'attenzione selettiva. L'attenzione selettiva alle parti del corpo non gradite esacerba la preoccupazione per quelle parti del corpo e genera cognizioni e affetti negativi durante il confronto con tali parti del corpo. La ricerca indica che le persone con sintomi di DA sono più propense a concentrarsi sulle parti del corpo non gradite quando si guardano allo specchio rispetto alle persone senza sintomi di DA [...]. Oltre a concentrarsi selettivamente sull'aspetto e sulle parti del corpo non gradite, le persone con DA riportano emozioni e cognizioni negative maggiori rispetto a persone non affette da DA quando guardano il proprio corpo allo specchio. Questo è il secondo meccanismo ipotizzato [...]. Le emozioni e le cognizioni negative sperimentate durante il confronto con l'aspetto rafforzano la convinzione che il corpo sia inaccettabile e dovrebbe essere evitato o monitorato più attentamente, portando spesso al terzo meccanismo ipotizzato che rinforza l'immagine corporea negativa: l'eccessivo evitamento o controllo. L'evitamento può assumere la forma di indossare abiti larghi o poco attraenti, non guardare il proprio corpo o il

---

*Image and Anorexia Nervosa*, in *Body Image. A Handbook of Science, Practice and Prevention*, a cura di T. F. Cash e L. Smolak, The Guilford Press, New York p. 280.

riflesso vestito o non vestito, o evitare situazioni in cui gli altri potrebbero vedere il proprio corpo, come negli spogliatoi, mentre si nuota o con partner sessuali. L'evitamento rinforza l'immagine corporea negativa perché le opportunità di valutare o modificare credenze o affetti negativi vengono bypassate. Pertanto, le persone non ricevono feedback che potrebbero agevolare una modifica delle loro opinioni negative [...]. Un quarto meccanismo proposto che mantiene il BID è la sovrastima delle dimensioni corporee, che si ritiene derivi dal controllo del corpo (body checking) e che viene rinforzata attraverso gli altri meccanismi descritti sopra. Un recente studio di Shafran e colleghi su un intervento cognitivo-comportamentale breve progettato per affrontare questi meccanismi indica un inizio di promessa: il gruppo di individui con forti preoccupazioni per la forma del corpo che ha ricevuto la terapia cognitivo-comportamentale ha mostrato un miglioramento rispetto a un gruppo di controllo, e questi miglioramenti sono stati mantenuti per 3 mesi»<sup>40</sup>.

Il BID nell'AN, dunque, sembra concentrarsi su alcune aree specifiche: abbiamo una percezione fortemente negativa del proprio corpo ed una sovrastima dell'impatto che

---

<sup>40</sup> «The first proposed mechanism that maintains BID is selective attention. Selective attention to disliked body parts exacerbates preoccupation with those body parts and breeds negative cognitions and affect during confrontation with those body parts. Research indicates that individuals with eating disorder symptoms are more likely to focus on disliked body parts when looking in the mirror than individuals without eating disorder symptoms [...]. In addition to selectively focusing on appearance and disliked body parts, individuals with eating disorders report greater negative emotions and cognitions than non-eating-disordered controls when viewing their bodies in the mirror. This is the second hypothesized mechanism [...]. The negative emotions and cognitions experienced while confronting one's appearance reinforce the belief that the body is unacceptable and should be avoided or more carefully monitored, often leading to the third hypothesized mechanism that reinforces negative body image—excessive avoidance or checking. Avoidance may take the form of wearing baggy or unattractive clothing, not looking at one's own body or reflection clothed or unclothed, or avoiding situations in which others might see one's body, such as in changing rooms, while swimming, or with sexual partners. Avoidance reinforces negative body image because opportunities to evaluate or modify negative beliefs or affect are circumvented. Therefore, individuals do not receive feedback that could facilitate a modification of their negative opinions [...]. A fourth proposed mechanism that maintains BID is body size over estimation, which is thought to arise from body checking and is reinforced through the other mechanisms described above. Shafran and colleagues' recent trial of a brief cognitive-behavioral intervention designed to target these mechanisms indicates initial promise: the group of individuals with high shape concerns who received CBT showed improvement compared with a control group, and these improvements were maintained over 3 months» S. S. Delisnky, *op. cit.*, pp. 283-285.

questo fattore ha sull'economia generale della persona. Il proprio aspetto, percepito in modo distorto, diventa qualcosa di totalizzante, e la persona affetta da AN non è in grado di compensare questo giudizio negativo su di sé ricorrendo ad altri aspetti.

Ritroviamo diverse similitudini in questi meccanismi applicati all'AN.

«Contrariamente alla sopravvalutazione del peso e della forma, che è stata concepita non solo come un sintomo ma anche come un importante fattore di mantenimento per la BN, le donne con BN sperimentano anche disturbi dell'immagine corporea (BIDs), comprese le perturbazioni nei settori percettivi, cognitivo-affettivi e comportamentali. In primo luogo, le donne con BN spesso sovrastimano le dimensioni del loro corpo, riportando che la loro figura attuale o parti specifiche del corpo, come la vita, lo stomaco, i fianchi e le cosce, sono più grandi di quanto sia oggettivamente vero [...]. In secondo luogo, le donne con BN sperimentano anche insoddisfazione per l'immagine corporea, definita operativamente qui come sentimenti e convinzioni negativi e disfunzionali sulla propria forma e peso. In generale, la ricerca ha scoperto che, sebbene una parte consistente di donne in tutte le fasi della vita segnali insoddisfazione per l'immagine corporea, le donne con BN riportano livelli di insoddisfazione corporea significativamente più elevati rispetto alle donne senza DA [...]. In terzo luogo, le donne con BN manifestano sia evitamento dell'immagine corporea che controllo dell'immagine corporea. Nell'ultimo decennio, si è prestata maggiore attenzione alle dimensioni comportamentali dell'immagine corporea. L'evitamento dell'immagine corporea coinvolge comportamenti che consentono a un individuo di evitare di guardare la propria forma e/o peso, tra cui indossare abiti larghi, rifiutarsi di pesarsi o di guardarsi allo specchio o altre superfici riflettenti, e evitare l'intimità fisica. Al contrario, il controllo dell'immagine corporea (body-checking) comporta un'attenzione ripetuta alle dimensioni, alla forma e al peso

del proprio corpo, con tale attenzione che risulta eccessiva e critica»<sup>41</sup>. Anche in questo caso, dunque, ritroviamo alcuni elementi noti: sovrastime delle proprie forme, evitamento della propria immagine, un alto tasso di insoddisfazione verso la propria immagine corporea (che in alcuni studi risulta anche superiore rispetto a quello delle donne affette da AN).

Ancora, l'immagine corporea riveste un ruolo anche nel contesto del disturbo da binge-eating. La sintomatologia rimane sostanzialmente identica, ma così come il disturbo da binge-eating sembra essere più persistente rispetto ad altri DA, anche la distorsione della propria immagine che vi si accompagna tende ad essere più duratura, e talvolta l'insoddisfazione del paziente verso il proprio corpo è persino più grave rispetto a quella di un paziente affetto da BN: «Il disturbo da binge-eating è stato riconosciuto come un disturbo stabile, paragonabile nella durata e nella cronicità ad altri DA (ossia, AN, BN e EDNOS). Sebbene la ricerca si sia concentrata principalmente sulla durata e sulla risoluzione delle caratteristiche dei DA tipiche del BED e centrali per la sua diagnosi, i problemi legati all'immagine corporea sembrano persistere [...]. Per ottenere una visione del quadro a lungo termine del BED e della BN, Fichter e colleghi hanno confrontato questi gruppi di pazienti donne, insieme a controlli sani, all'inizio del trattamento e al

---

<sup>41</sup> «In contrast to the overvaluation of weight and shape, which has been conceptualized not only as a symptom but also as an important maintenance factor for BN, women with BN also experience body image disturbance (BID), including disturbances in the perceptual, cognitive-affective, and behavioral realms. First, women with BN often overestimate their body size, reporting that their current figure or specific body parts, such as the waist, stomach, hips, and thighs, are larger than is objectively true [...]. Second, women with BN also experience body dissatisfaction, operationally defined here as the negative and dysfunctional feelings and beliefs about one's shape and weight. Generally, research has found that although substantial proportions of females across the lifespan report body dissatisfaction, women with BN report body dissatisfaction at significantly higher levels than women without eating disorders [...]. Third, women with BN exhibit both body image avoidance and body checking. In the last decade, there has been increased attention to the behavioral dimensions of body image. Body avoidance involves behaviors that allow an individual to avoid seeing her shape and/or weight, including wearing baggy clothes, refusing to weigh herself or to look at herself in the mirror or other reflective surfaces, and avoiding physical intimacy. In contrast, body checking involves repeated attention to one's body size, shape, and weight, with such attention being excessive and critical» J. H. Crowther e N. M. Williams, *Body Image and Bulimia Nervosa*, in *Body Image. A Handbook of Science, Practice and Prevention*, a cura di T. F. Cash e L. Smolak, The Guilford Press, New York 2011 p. 289.

follow-up di 12 anni. Anche se i pazienti sia con BED che con BN hanno mostrato riduzioni significative nel tempo nelle misure di autovalutazione della insoddisfazione corporea e del desiderio di magrezza, i pazienti con BED hanno sofferto di un'immagine corporea peggiore rispetto ai loro omologhi con BN in entrambi i momenti. Inoltre, un livello più elevato di insoddisfazione corporea è stato predittivo della gravità generale del BED al follow-up dei 12 mesi»<sup>42</sup>.

Il punto fondamentale, dunque, è che il BID si presenta in tutti e tre i principali disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, con degli importanti fattori di mantenimento che contribuiscono al mantenimento di questa immagine distorta e, di conseguenza, alla ricerca di strategie di coping profondamente disfunzionali. In questo contesto, diventa importante, in ottica terapeutica, affrontare direttamente anche l'immagine corporea che il paziente ha di sé, intervenendo dunque non solo sugli schemi legati al disturbo dell'alimentazione ma anche su tutto ciò che riguarda la percezione distorta della propria immagine.

### **3.2 Possibili interventi sull'immagine corporea**

Avendo compreso l'importanza che l'immagine corporea riveste come fattore scatenante e di mantenimento nel quadro dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, non dovrebbe stupire il recente aumento degli strumenti terapeutici

---

<sup>42</sup> «BED has been supported as a stable disorder, comparable in duration and chronicity to other eating disorders (i.e., AN, BN, and EDNOS). Although research has focused primarily on the duration and resolution of eating disorder features characteristic of BED and central to its diagnosis, body image problems also appear to persist [...]. To gain insight into the long-term course of BED and BN, Fichter and colleagues compared these groups of female patients, along with healthy controls, at presentation for treatment and at 12-year follow-up. Although patients with both BED and BN displayed significant reductions over time in self-report measures of body dissatisfaction and drive for thinness, patients with BED suffered from poorer body image than their BN counterparts at both time points. In addition, higher body dissatisfaction was predictive of general severity of BED at 12 months follow-up» J. I. Hrabosky (2011), *Body Image and Binge-Eating disorder*, in *Body Image. A Handbook of Science, Practice and Prevention*, a cura di T. F. Cash e L. Smolak, The Guilford Press, New York p. 300.

volti proprio ad affrontare direttamente questa tematica nel processo di cura del paziente.

Si tratta di strumenti che possono contare su una conferma della loro validità fornita da diversi studi, e che pertanto possono tutti costituire dei buoni metodi di intervento, a seconda del contesto che il terapeuta ha di fronte.

Uno di questi strumenti è il BodyWise, sviluppato a partire da contesti di ospedalizzazione completa o parziale. Lo presentiamo attraverso un recente studio di Mountford e colleghi<sup>43</sup>, che è stato il primo studio pilota con un gruppo ristretto di pazienti.

«Il gruppo è composto da un massimo di otto pazienti e ha due facilitatori. Ognuna delle otto sessioni dura 1 ora ed è tenuta settimanalmente. Per favorire coerenza e sicurezza, il gruppo è stato chiuso a nuovi partecipanti dopo la seconda sessione. Il gruppo è psicoeducativo, basato sui principi della terapia cognitivo-comportamentale. Inoltre, si avvale della Cognitive Remediation Therapy (CRT) per supportare gli individui nello spostare la loro attenzione dai dettagli più minuti a comprensioni più ampie e nell'aumentare la flessibilità del loro pensiero. L'obiettivo è fornire un forum a bassa intensità in cui la consapevolezza e la comprensione delle difficoltà legate all'immagine corporea possano essere esplorate in modo sensibile e di supporto. Un focus chiave è consentire ai partecipanti di mettere in discussione le convinzioni precedentemente detenute riguardo all'immagine corporea. Le sessioni seguono un formato strutturato, iniziano con un check-in, riflessioni dalla sessione precedente, discussione dell'argomento pianificato e check-out. Il gruppo è sviluppato per essere rilevante sia per uomini che per donne. In linea con le richieste a bassa intensità, i compiti a casa

---

<sup>43</sup> V. A. Mountford, A. Brown, B. Bamford, S. Saeidi, J. F. Morgan e H. Lacey (2014), *BodyWise: Evaluating a Pilot Body Image Group for Patients with Anorexia Nervosa*, European Eating Disorders Review.

sono stati limitati e adattati al livello di ciascun individuo»<sup>44</sup>.

Le otto sedute proposte dal modello BodyWise affrontano la tematica dell'immagine corporea da un punto di vista differente in ogni incontro. Ad esempio, la prima sessione ruota intorno al definire l'immagine corporea, la seconda a definire che cos'è la normalità, la terza ad analizzare l'impatto dei media e così via. Rimandiamo, ancora una volta, alla lettura dell'articolo per maggiori dettagli sulla struttura dell'intervento.

Per quanto riguarda i risultati di questo studio pilota, essi sono certamente promettenti: «I risultati indicano che coloro che hanno completato il gruppo BodyWise hanno avuto significativamente migliorati livelli di preoccupazione per la forma e il peso. Anche il livello dei comportamenti di body-checking è diminuito. Entrambi i gruppi hanno riportato livelli negativi di qualità della vita legata all'immagine corporea all'inizio; tuttavia, mentre questo è migliorato per il gruppo BodyWise, è rimasto stabile nel gruppo di controllo [...]. Coloro che hanno seguito il trattamento BodyWise hanno riferito di essere significativamente più in grado di comprendere e comunicare con gli altri riguardo alla propria immagine corporea, il che può essere visto come un fattore favorevole per interventi successivamente più attivi. L'utilità di BodyWise è ulteriormente supportata dall'alto livello di accettabilità riportato dai partecipanti. Di conseguenza, BodyWise potrebbe colmare una lacuna nell'attuale offerta di trattamenti, in particolare supportando i pazienti nell'affrontare l'ansia e i comportamenti legati

---

<sup>44</sup> «The group comprises up to eight patients and has two facilitators. Each of the eight sessions is 1 hour in duration and held weekly. To promote consistency and safety, the group was closed to new participants after the second session. The group is psycho educative, on the basis of cognitive behavioural principles. In addition, it draws on cognitive remediation therapy in supporting individuals to shift their focus from high detail to broader understandings and to increase flexibility in their thinking. It aims to provide a low-intensity forum in which awareness and understanding of body image difficulties can be explored in a sensitive and supportive manner. A key focus is to enable participants to question previously held beliefs regarding body image. Sessions follow a structured format, starting with a check-in, reflections from the last session, discussion of the planned topic and check-out. The group is developed to be relevant to men and women. In keeping with the low-intensity demands, homework was limited and tailored to an individual's level» V. A. Mountford, A. Brown, B. Bamford, S. Saeidi, J. F. Morgan e H. Lacey, *op. cit.*, p. 3.

all'immagine corporea e come questi influenzano la loro vita quotidiana»<sup>45</sup>.

Significativo il fatto che, in questo trattamento di gruppo, sia migliorata anche la capacità di comunicare con gli altri le proprie sensazioni relative all'immagine corporea. Un elemento fondamentale nell'ottica di prevenire eventuali ricadute, in quanto consente al paziente di non ritornare in quell'isolamento solitamente causato dai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

Un altro interessante strumento terapeutico che intendiamo riportare è il The Body Project (TBP), un programma di intervento sperimentato da Becker e colleghi<sup>46</sup>. Questo programma è incentrato sullo sviluppare una forma di dissonanza cognitiva, ottenuta attraverso una critica al modello di bellezza corporea femminile imposto dalla società.

«TBP è un intervento basato sulla dissonanza cognitiva in cui le giovani donne criticano volontariamente lo standard dell'ideale di bellezza femminile snello attraverso esercizi verbali, scritti e comportamentali. Teoricamente, ciò crea uno stato psicologico scomodo di dissonanza cognitiva, che spinge le partecipanti a ridurre l'internalizzazione dell'ideale snello perché le persone sono motivate ad allineare le loro attitudini con i loro comportamenti (Festinger, 1957). La ridotta internalizzazione dell'ideale snello teoricamente diminuisce il disagio corporeo, i sintomi dei DA e l'insorgenza dei DA (Stice, Becker e Yokum, 2013). TBP ha prodotto riduzioni più significative

---

<sup>45</sup> «Results indicate that those who completed the BodyWise group had significantly improved levels of shape and weight concern. Level of body checking behaviours also decreased. Both groups reported negative levels of body image quality of life at the start; however, whilst this improved for the BodyWise group, it remained stable in the control group [...]. Those in the BodyWise treatment reported themselves significantly more able to understand and communicate with others regarding their body image, which can be seen as a favourable precursor to subsequent more active interventions. The usefulness of BodyWise is further supported by the high level of acceptability reported by participants. BodyWise may therefore meet a gap in current treatment provision, in particular by supporting patients in addressing body image anxiety and behaviours and how these affect their daily lives» V. A. Mountford, A. Brown, B. Bamford, S. Saeidi, J. F. Morgan e H. Lacey, *op. cit.*, p. 5.

<sup>46</sup> C. B. Becker, M. Perez, L. S. Kilpela, P. C. Diedrichs, E. Trujillo e E. Stice (2017), *Engaging stakeholder communities as body image intervention partners: The Body Project as a case example*, *Eating Behaviors* n. 25 pp. 62-67.

nell'internalizzazione dell'ideale snello, nel disagio corporeo, nel controllo dietetico e nei sintomi dei DA rispetto alle sole condizioni di controllo di valutazione e alle alternative in vari studi di efficacia con diversi tempi di follow-up fino a 3 anni [...]. La ricerca supporta la teoria alla base di TBP. Le riduzioni nell'internalizzazione dell'ideale snello hanno mediato gli effetti di TBP sulle riduzioni dei sintomi in Seidel, Presnell e Rosenfield (2009) e Stice, Shaw e Marti (2007) e i partecipanti assegnati alle versioni ad alta e bassa induzione di dissonanza di TBP mostrano maggiori riduzioni dei sintomi (Green et al., 2005; McMillan et al., 2011). TBP ha anche eliminato gli effetti negativi dell'esposizione a modelli snelli sul disagio corporeo (Halliwell e Diedrichs, 2014). Infine, i partecipanti a TBP hanno mostrato una maggiore riduzione pre-post in termini di risposta neurale della regione di ricompensa (nucleo caudato) valutata tramite fMRI ai modelli snelli e una risposta della regione dell'attenzione (cingolo anteriore) alle affermazioni dell'ideale snello rispetto ai controlli (Stice et al., 2013)»<sup>47</sup>.

Si tratta, dunque, di un altro intervento di gruppo, in cui il tema dell'immagine corporea viene affrontato da un punto di vista differente. Le partecipanti sono invitate a criticare consciamente l'ideale di bellezza che hanno interiorizzato. Lo stato di dissonanza cognitiva che viene raggiunto permette quindi una più semplice modifica dei

---

<sup>47</sup> «TBP is a cognitive dissonance-based intervention in which young women voluntarily critique the thin-ideal standard of female beauty via verbal, written, and behavioral exercises. This theoretically creates the uncomfortable psychological state of cognitive dissonance, which prompts participants to reduce thin-ideal internalization because people are motivated to align their attitudes with their behaviors (Festinger, 1957). Reduced thin-ideal internalization putatively decreases body dissatisfaction, eating disorder symptoms, and eating disorder onset (Stice, Becker, & Yokum, 2013). TBP has produced larger reductions in thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dietary restraint, and eating disorder symptoms than assessment-only control conditions and alternative interventions in multiple efficacy trials with a range of follow-up times out to 3-years [...]. Research supports the theory underpinning TBP. Reductions in thin ideal internalization mediated the effects of TBP on symptom reductions in Seidel, Presnell, and Rosenfield (2009) and Stice, Shaw, and Marti (2007) and participants assigned to high- versus low-dissonance induction versions of TBP show greater symptom reductions (Green et al., 2005; McMillan et al., 2011). TBP also eliminated negative effects of exposure to thin models on body dissatisfaction (Halliwell & Diedrichs, 2014). Lastly, TBP participants showed a greater pre-post-reduction in fMRI-assessed reward region (caudate) neural responsivity to thin models and attention region (anterior cingulate) response to thin ideal statements than controls (Stice et al., 2013)» C. B. Becker, M. Perez, L. S. Kilpela, P. C. Diedrichs, E. Trujillo e E. Stice, *op. cit.*, p. 63.

comportamenti disfunzionali, in quanto essi vengono ad allinearsi con quelli che sono i nuovi schemi cognitivi che le partecipanti stanno lentamente acquisendo. Anche TBP condivide una buona validazione empirica, come abbiamo visto nel passaggio citato, dunque si tratta di uno strumento da tenere in considerazione nel caso di interventi terapeutici su persone affette da disturbo dell'alimentazione.

L'ultimo modello che vogliamo prendere in esame in questa sede è quello CBT, e la sua evoluzione CBT-E, terminologia con cui si indicano un adattamento specifico del modello principale per i DA (per questo, "E" sta per "enhanced"). La CBT-E si basa sulla visione transdiagnostica dei DA che abbiamo introdotto in precedenza, dunque privilegia la comunanza dei sintomi tra i disturbi e, soprattutto, si focalizza sull'importanza dei fattori di mantenimento.

Una panoramica della recente storia dell'intervento CBT-E ci viene offerta da Dalle Grave e colleghi<sup>48</sup>.

«L'obiettivo principale di CBT-E [...] è concentrarsi sui processi che agiscono per mantenere la psicopatologia del disturbo alimentare dei pazienti, con i processi cognitivi che sono considerati di fondamentale importanza. La strategia cognitiva chiave consiste nel creare una formulazione personalizzata dei principali meccanismi di mantenimento in atto, che verranno quindi affrontati dal trattamento. I pazienti sono attivamente coinvolti nella costruzione della propria formulazione personale, che può essere rivista se necessario per affrontare eventuali meccanismi emergenti durante il corso del trattamento [...]. La psicopatologia del disturbo alimentare è affrontata attraverso una serie flessibile di procedure e strategie cognitive comportamentali sequenziali, integrate con un'educazione progressiva del paziente. Per modificare il pensiero, il trattamento

---

<sup>48</sup> R. Dalle Grave, M. El Ghoch, M. Sartirana e S. Calugi (2016), *Cognitive Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa: An Update*, Current Psychiatry Reports vol. 18 n. 2.

mira a implementare cambiamenti strategici nel comportamento, piuttosto che una ristrutturazione cognitiva diretta. Il monitoraggio continuo di sé e il completamento di compiti pianificati strategicamente tra le sessioni sono di fondamentale importanza per ottenere il cambiamento. Pertanto, nella prima fase del trattamento, si incoraggia i pazienti a osservarsi mentre mettono in atto la loro formulazione (in tempo reale) e a cercare di cambiare il loro comportamento considerandone gli effetti. Nella fase successiva del trattamento, quando i principali processi di mantenimento sono stati interrotti, ai pazienti viene mostrato come modificare la loro mentalità disfunzionale quando viene innescata»<sup>49</sup>.

La terapia con CBT-E, dunque, si focalizza sui comportamenti dell'individuo, attraverso una monitoraggio continua. I fattori di mantenimento della psicopatologia vengono affrontati in maniera diretta con il paziente, che apprende delle strategie alternative per compensare i suoi comportamenti disfunzionali. La ristrutturazione cognitiva viene così raggiunta in maniera relativamente indiretta, anziché essere il principale obiettivo della terapia. Esistono due varianti del modello, una più focalizzata, che si concentra sui meccanismi principali di mantenimento, ed un'altra più generale, che invece affronta anche uno o più dei meccanismi di mantenimento aggiuntivi proposti dall'approccio transdiagnostico.

---

<sup>49</sup> «The primary aim of CBT-E [...] is to focus on the processes acting to maintain the patients' eating disorder psychopathology, with cognitive processes being viewed as of central importance. The key cognitive strategy is to create a personalized formulation of the main maintenance mechanisms in operation, which will then be targeted by the treatment. Patients are actively involved in constructing their own personal formulation, which can be revised as necessary to deal with any mechanisms emerging during the course of treatment [...]. The eating disorder psychopathology is addressed by means of a flexible series of sequential cognitive behavioral procedures and strategies, integrated with progressive patient education. To modify thinking, the treatment aims to implement strategic changes in behavior, rather than direct cognitive restructuring. Ongoing self-monitoring and the accomplishment of strategically planned homework tasks between sessions are of fundamental importance in achieving the change. Hence, in the first phase of treatment, patients are encouraged to observe themselves enacting their formulation (in real time), and to engage in an attempt to change their behavior by considering its effects. In the later phase of treatment, when the main maintenance processes have been disrupted, patients are shown how to shift their dysfunctional mindset when it is triggered» R. Dalle Grave, M. El Ghoch, M. Sartirana e S. Calugi, *op. cit.*, p. 3.

Per quanto riguarda il trattamento dell'AN, dove alla sintomatologia del disturbo si unisce anche la problematica del peso corporeo eccessivamente basso, il trattamento si snoda in sessioni da 40-50 minuti che si tengono due volte alla settimana per 40 settimane. In linea generale, il trattamento rivolto ai pazienti affetti da disturbo dell'alimentazione prevede tre obiettivi consequenziali.

«In sostanza, l'obiettivo della prima fase è aiutare i pazienti a comprendere la necessità di recuperare peso e a decidere di intraprenderlo. Il principale focus di questa fase è coinvolgere i pazienti nel trattamento e aiutarli a giungere autonomamente alla conclusione che il recupero di peso dovrebbe essere il loro obiettivo di trattamento. Nella seconda fase, i pazienti coinvolti vengono aiutati a recuperare peso fino a un livello di salute moderato (BMI 19.0–20.0) e, contemporaneamente, ad affrontare la loro psicopatologia del disturbo alimentare. Le misure per favorire il recupero di peso mirano ad aiutare i pazienti a guadagnare circa 0,5 kg a settimana [...]. Nella terza fase, l'obiettivo è aiutare i pazienti a mantenere il loro nuovo peso salutare e a godersi appieno la liberazione dal loro stato di privazione precedente. Ciò comporta anche imparare ad accettare il proprio nuovo corpo e ad apprezzare il nuovo sé»<sup>50</sup>.

L'approccio terapeutico CBT-E ha dimostrato di avere un alto tasso di efficacia sui pazienti affetti da DA, andando quindi a dare una maggiore solidità all'approccio transdiagnostico che abbiamo introdotto in precedenza. Prima di procedere con la sperimentazione che abbiamo condotto per questo lavoro, che affonda le radici in questo

---

<sup>50</sup> «In essence, the goal of step one is to help patients see the need for weight regain and decide to embark upon it. The major focus of this step is to engage the patients in the treatment, and help them to independently arrive at the conclusion that weight regain should be their treatment goal. In step two, the engaged patients are helped to regain weight to a low-healthy level (BMI 19.0–20.0) and, at the same time, to address their eating disorder psychopathology. Measures to encourage weight regain are aimed at helping patients achieve a weight gain of 0.5 kg per week [...]. In step three, the goal is to help the patients maintain their new healthy weight, and to fully enjoy being free of their prior starvation state. This also involves learning to accept their new body and appreciate their new self» R. Dalle Grave, M. El Ghoch, M. Sartirana e S. Calugi, *op. cit.*, p. 4.

contesto, vogliamo però andare a valutare nello specifico lo strumento che abbiamo utilizzato, vale a dire l'esposizione allo specchio.

### **3.3 L'esposizione allo specchio**

All'interno della terapia CBT, l'esposizione allo specchio è uno strumento opzionale, il cui utilizzo è stato testato sia nei contesti di immagine corporea distorta, sia in contesti in cui l'immagine corporea distorta era collegata ad un disturbo dell'alimentazione. Come abbiamo già accennato in precedenza, infatti, lo specchio è un elemento molto importante in questi disturbi. Essendo disposti ovunque nelle nostre case, gli specchi rappresentano un momento di contatto con la propria immagine a cui è difficile sottrarsi, e che danno al contempo la sensazione di essere visto da qualcun altro (seguendo l'idea di Winnicott, potremmo dire che viene rievocato lo sguardo rispecchiante della madre). Già il modo di rapportarsi allo specchio può rivelare la presenza di conflittualità con la propria immagine: «Dove si guarda quando si presenta la propria riflessione in uno specchio? Una focalizzazione eccessiva su un'area percepita come difettosa potrebbe rafforzare le cognizioni negative, mentre la concentrazione su aree percepite positivamente potrebbe contribuire a migliorare l'autostima. Donne senza una storia di DA tendono a dedicare quantità quasi equivalenti di tempo a guardare le parti del corpo che identificano come le più attraenti e quelle che identificano come le meno attraenti quando si guardano allo specchio [...]. Anche se non direttamente testate durante lo sguardo allo specchio, le donne che provano insoddisfazione per il proprio corpo, reclutate da popolazioni non cliniche, trascorrono relativamente più tempo a guardare le parti del corpo con cui si sentono più insoddisfatte rispetto a quelle con cui sono più

soddisfatte quando guardano immagini di sé stesse»<sup>51</sup>.

Anche nella popolazione non affetta da un vero e proprio disturbo legato all'immagine corporea, si registra una tendenza ad avere emozioni negative se il rapporto con il proprio aspetto non è buono. Queste sensazioni, però, tendono a decrescere in situazioni prolungate di esposizione alla propria immagine.

«L' insoddisfazione e il disagio legati al corpo aumentano sia negli uomini che nelle donne dopo che hanno brevemente guardato se stessi allo specchio (Veale et al., 2016; Walker, Murray, Lavender, & Anderson, 2012; Windheim, Veale, & Anson, 2011). Tuttavia, nelle attività di esposizione allo specchio che durano più di 30 minuti, in cui alle donne viene dato l'ordine di osservare le parti del corpo dall'alto verso il basso, si è scoperto che le emozioni negative rimangono invariate rispetto alla base dopo l'attività (Shafran, Lee, Payne, & Fairburn, 2007; Vocks, Legenbauer, Wächter, Wucherer, & Kosfelder, 2007) e si verifica una diminuzione transitoria dei sentimenti di adiposità (Shafran et al., 2007). Quando alle donne viene chiesto di guardare, toccare e descrivere le emozioni legate alle parti del corpo con cui sono più insoddisfatte mentre si guardano allo specchio, l'insoddisfazione corporea aumenta acutamente ma diminuisce al di sotto del livello iniziale 30 minuti dopo (Shafran et al., 2007). Pertanto, la durata di una sessione di osservazione allo specchio e la presenza di istruzioni specifiche influenzano la risposta emotiva nell'osservare se stessi allo specchio. L'insoddisfazione corporea di base influisce anche sulle risposte emotive all'esposizione allo specchio. Le femmine

---

<sup>51</sup> «Where does one look when presented with one's reflection in a mirror? Excessive focus on an area that is perceived as flawed may reinforce negative cognitions while focus on areas that are perceived positively may serve to improve self-esteem. Women without a history of ED have been found to dedicate nearly equivalent amounts of time to looking at body parts that they identify as their most attractive and as their least attractive when looking in a mirror [...].Although not directly tested during mirror gazing, women with body dissatisfaction recruited from non-clinical populations spend relatively more time looking at the body parts that they feel most dissatisfied with compared to those they are most satisfied with when looking at pictures of themselves» T. C. Griffen, E. Naumann e T. Hildebrandt (2018), *Mirror exposure therapy for body image disturbances and eating disorders: A review*, *Clinical Psychology* n. 95 p. 164.

senza DA o obesità ma con un'alta insoddisfazione corporea sperimentano emozioni negative durante una breve esposizione allo specchio più di quelle con bassa insoddisfazione corporea (Servián-Franco et al., 2015)»<sup>52</sup>.

Qualcosa di simile si registra anche negli individui affetti da DA quando guidati nelle sessioni di esposizione: Quando sottoposti a una prolungata esposizione allo specchio, come ad esempio 40 minuti di visione guidata di sé, le persone con DA sperimentano un aumento delle emozioni negative all'inizio dell'esposizione allo specchio che diminuisce fino a raggiungere quasi il livello iniziale entro la fine della sessione (Vocks et al., 2007). Pertanto, se riescono a tollerare l'iniziale disagio della visione di sé e continuano per un periodo prolungato, sono in grado di regolare le loro emozioni, almeno con l'aiuto di una registrazione»<sup>53</sup>.

Nonostante l'esposizione allo specchio sia una tecnica nota ormai da tempo, la ricerca in questo campo ha cominciato a svilupparsi realmente solo in tempi recenti. Pertanto possiamo trovare diverse varianti sperimentate di questo approccio, con lo scopo di trovare quella più efficace e meno rischiosa, dato che comunque si tratta di uno strumento che elicitamente sensazioni negative nell'individuo.

---

<sup>52</sup> «Body dissatisfaction and distress increase in both men and women after they briefly look at themselves in a mirror (Veale et al., 2016; Walker, Murray, Lavender, & Anderson, 2012; Windheim, Veale, & Anson, 2011). However, in mirror exposure tasks lasting longer than 30 min in which women are instructed to view body parts in a top down fashion, negative emotions have been found to remain unchanged from baseline after the task (Shafran, Lee, Payne, & Fairburn, 2007; Vocks, Legenbauer, Wächter, Wucherer, & Kosfelder, 2007) and a transient decrease in feelings of fatness occurs (Shafran et al., 2007). When women are directed to look at, touch and describe emotions related to the body parts with which they are most dissatisfied while looking in a mirror, body dissatisfaction acutely increases but then decreases to below baseline 30 min later (Shafran et al., 2007). Thus, the length of a mirror viewing session and presence of specific instructions influences the emotional response to viewing oneself in a mirror. Baseline body dissatisfaction also affects emotional responses to mirror exposure. Females without ED or obesity but with high body dissatisfaction experience more negative emotions during brief mirror exposure than those low in body dissatisfaction (Servián-Franco et al., 2015)» T. C. Griffen, E. Naumann e T. Hildebrant, *ivi*.

<sup>53</sup> «[...] when undergoing prolonged mirror exposure [as 40 min of recording guided self-viewing, individuals with ED experience an increase in negative emotions at the start of the mirror exposure that declines to near baseline by the end of the session (Vocks et al., 2007). Thus, if they tolerate the initial distress of self viewing and continue for a prolonged period of time, they are able to regulate their emotions, at least with the help of a recording]» T. C. Griffen, E. Naumann e T. Hildebrant, *op. cit.*, p. 165.

«Sono state riportate molte variazioni della terapia di esposizione allo specchio. La maggior parte degli studi sulla terapia di esposizione allo specchio utilizza un approccio di ristrutturazione cognitiva: al soggetto viene dato l'ordine di descrivere la propria riflessione utilizzando un linguaggio privo di giudizi, iniziando tipicamente dalla testa e procedendo verso i piedi, seguito da una descrizione dell'intero corpo, mentre un terapeuta è presente e si assicura che il soggetto segua le istruzioni (Delinsky & Wilson, 2006; Harrison et al., 2016; Phillips & Rogers, 2011). Questo approccio è noto come "terapia di esposizione allo specchio guidata e priva di giudizi". Un altro approccio, la "terapia di esposizione allo specchio pura", prevede che il soggetto guardi l'intero corpo e osservi e commenti le emozioni evocate mentre si manifestano (Moreno-Domínguez et al., 2012)»<sup>54</sup>.

Sono state sperimentate anche varianti di gruppo, mentre invece non è stata fatta una comparazione diretta tra i modelli che prevedono la semplice esposizione e quelli che invece prevedono un'esposizione guidata da parte del terapeuta.

Sono state anche sperimentate varianti con un maggiore focus emotivo: «Jansen et al. (2016) hanno modificato dove i soggetti con insoddisfazione per il proprio corpo dirigevano la loro attenzione durante la terapia di esposizione allo specchio per determinare se concentrarsi su parti del corpo da loro definite attraenti o non attraenti potesse influenzare l'efficacia della terapia di esposizione allo specchio stessa. Hanno istruito i partecipanti a concentrarsi sulla visione delle parti del corpo da loro definite

---

<sup>54</sup> «Many variations of mirror exposure therapy have been reported. Most studies of mirror exposure therapy utilize a cognitive restructuring approach: the subject is instructed to describe their reflection using non-judgmental language, typically starting with their head and progressing down to their toes, followed by a whole-body description, while a therapist is present and ensures that the subject adheres to the instructions (Delinsky & Wilson, 2006; Harrison et al., 2016; Phillips & Rogers, 2011). This approach is known as "guided non-judgmental mirror exposure therapy." Another approach, "pure mirror exposure therapy," involves the subject looking at their whole body and observing and commenting on evoked emotions as they arise (Moreno-Domínguez et al., 2012)» T. C. Griffen, E. Naumann e T. Hildebrant, op. cit., p. 166.

più attraenti e a utilizzare esclusivamente un linguaggio con valenza positiva (gruppo di focalizzazione positiva) oppure a concentrarsi sulla visione delle parti del corpo da loro definite meno attraenti e a prestare attenzione ai loro pensieri e sentimenti mentre emergono (gruppo di focalizzazione negativa; Jansen et al., 2016). Entrambe le modalità di esposizione allo specchio hanno portato a miglioramenti simili nella soddisfazione corporea, nei comportamenti di evitamento del corpo e nell'umore; tuttavia, l'evitamento del corpo ha continuato a migliorare dopo il completamento dell'intervento solo nel gruppo di focalizzazione negativa. Il gruppo di focalizzazione negativa ha anche registrato un miglioramento maggiore nell'attrattiva percepita della loro parte meno attraente del corpo (Jansen et al., 2016). Tuttavia, questi benefici non sono venuti senza costi. Il gruppo di focalizzazione negativa ha sperimentato pensieri più negativi durante le prime sessioni di terapia rispetto al gruppo di focalizzazione positiva; tuttavia, questa differenza è scomparsa nelle sessioni successive (Jansen et al., 2016)»<sup>55</sup>.

Nonostante si tratti di uno strumento relativamente recente, almeno in quanto a sperimentazione su larga scala, l'esposizione allo specchio è certamente qualcosa di promettente, sia per la popolazione non affetta da disturbi, sia per chi invece presenta disturbi legati all'immagine corporea o anche DA.

Gli sviluppi tecnologici dell'ultimo decennio hanno permesso inoltre di portare questa

---

<sup>55</sup> «Jansen et al. (2016) modulated where subjects with body dissatisfaction directed their attention during mirror exposure therapy to determine whether focusing on either subject-defined attractive or unattractive body parts alters the efficacy of mirror exposure therapy. They instructed participants to focus on viewing their self-defined most attractive body parts and use language with positive valence exclusively (positive focus group) or to focus on viewing their self-defined least attractive body parts and attend to their thoughts and feelings as they arise (negative focus group; Jansen et al., 2016). Both styles of mirror exposure led to similar improvements in body satisfaction, body avoidance behaviors and mood; however, body avoidance continued to improve after completion of the intervention only in the negative focus group. The negative focus group also had a greater improvement in perceived attractiveness of their least attractive body part (Jansen et al., 2016). These benefits did not come without cost. The negative focus group experienced more negative thoughts during early therapy sessions than the positive focus group; however, this difference disappeared in later sessions (Jansen et al., 2016)» T. C. Griffen, E. Naumann e T. Hildebrandt, op. cit., p. 168.

sperimentazione ad un altro livello, quello della realtà virtuale. Attraverso dispositivi appositi è possibile esporre il paziente ad una visione mistificata del proprio corpo, creando un impatto duraturo sull'immagine che il paziente ha di sé e sulla sua percezione. In un certo senso, è come se il paziente venisse messo di fronte ad uno specchio anche in questo caso, ma stavolta gli viene restituita un'immagine di sé che non è in linea con quella che già conosce (e verso cui ha già un bias negativo). Vogliamo considerare due recenti esperimenti a riguardo.

Nel primo esperimento, «Utilizzando un set-up per la VR, le partecipanti di sesso femminile hanno osservato, da una prospettiva in prima persona, un corpo virtuale con un addome magro sostituito al proprio corpo fisico (ovvero, un'aggiornata rappresentazione egocentrica del corpo) in due condizioni (stimolazione visuo-tattile sincrona vs. asincrona). In particolare, si ipotizzava che il senso illusorio di possesso del corpo virtuale portasse a cambiamenti nella rappresentazione corporea memorizzata, misurati mediante la richiesta alle partecipanti di stimare le dimensioni del proprio corpo»<sup>56</sup>.

L'obiettivo di questo primo studio era quindi verificare la capacità della realtà virtuale di modificare efficacemente la memoria del proprio corpo; non si tratta quindi ancora di una sperimentazione in ottica terapeutica. L'utilità dello studio in questo senso, però, è diventata evidente grazie ai suoi risultati.

«Innanzitutto, in linea con studi precedenti, il risultato ha confermato che lo scambio corporeo in ambiente di realtà virtuale può essere utilizzato per collocarsi

---

<sup>56</sup> «Using a VR set-up, female participants viewed, from a first-person perspective, a virtual body with a skinny belly substituted for their own physical body (i.e., updated egocentric body) in two conditions (i.e., synchronous vs. asynchronous visuo-tactile stimulation). Specifically, it was hypothesized that illusory ownership of a virtual body resulted in changes in the remembered body representation, as measured by asking participants to estimate their body size» S. Serino, E. Pedroli, A. Keizer, S. Triberti, A. Dakanalis, F. Pallavicini, A. Chirico e G. Riva (2016), *Virtual Reality Body Swapping: A Tool for Modifying the Allocentric Memory of the Body*, *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking* vol. 19 n. 2 p. 128.

consapevolmente al di fuori del proprio corpo fisico. Più inerentemente all'ipotesi, i risultati hanno rivelato che dopo che i partecipanti hanno incorporato un corpo virtuale con un addome magro (indipendentemente dal tipo di stimolazione visuo-tattile), c'è stata un'aggiornamento del loro "corpo ricordato". In particolare, i partecipanti hanno riportato una diminuzione del rapporto tra misure del corpo stimate e effettive per la maggior parte delle parti del corpo prese in considerazione [...]. Questi risultati sono altresì preziosi per la comprensione delle distorsioni nella rappresentazione corporea nei disturbi legati all'alimentazione e al peso. Studi recenti condotti con metodi diversi hanno dimostrato una stima anomala delle dimensioni del corpo nei disturbi legati all'alimentazione e al peso, concettualizzandola come qualcosa di più di una mera carenza percettiva, e giungendo alla conclusione che la sovrastima del proprio corpo reale potrebbe essere correlata a una rappresentazione distorta del proprio corpo [...]. Secondo la Teoria del Blocco Allocentrico, i pazienti affetti da disturbi del peso e dell'alimentazione non sono in grado di aggiornare i contenuti della rappresentazione duratura del proprio corpo. In effetti, ne sono imprigionati. Come sfida futura, sarebbe utile indagare se lo scambio corporeo in ambiente di realtà virtuale potrebbe essere uno strumento efficace per indurre cambiamenti nella rappresentazione corporea "bloccata" dei pazienti affetti da DA e del peso, e verificare le differenze rispetto a un gruppo di controllo»<sup>57</sup>.

---

<sup>57</sup> «First of all, in line with previous studies, the finding confirmed that VR body swapping can be used to locate oneself outside one's physical body in a conscious way. More related to the hypothesis, the results revealed that after participants embodied a virtual body with a skinny belly (independent of the type of visuo-tactile stimulation), there was an update of their "remembered body." Specifically participants reported a decrease in the ratio between estimated and actual body measures for most of the body parts considered [...]. These findings are also valuable for the understanding of body representation disturbances in eating and weight disorders. Recent studies using different methods have demonstrated an abnormal estimation of body size in eating and weight disorders and have conceptualized it as more than merely a perceptual deficit, concluding that the overestimation of one's own real body may be related to a distorted representation of one's own body [...]. According to the Allocentric Lock Theory patients suffering from eating and weight disorders are not able to update the contents of the enduring

Lo studio di Serino e colleghi è riuscito a dimostrare, dunque, la possibilità di modificare la percezione del proprio corpo attraverso la realtà virtuale in persone non affette da DA; proprio sulla possibilità di intervenire sull'immagine corporea distorta si è concentrata una seconda ricerca, con una parte della stessa equipe. Lo studio si è concentrato, in particolare, su una paziente affetta da AN, monitorando i suoi cambiamenti percettivi nel corso di una sperimentazione con la realtà virtuale.

«Questo caso clinico evidenzia l'applicazione potenziale dell' "incorporazione virtuale" come strumento innovativo capace sia di monitorare efficacemente i cambiamenti nell'integrazione multisensoriale del corpo sia di agire come stimolo per tali cambiamenti. Come descritto in letteratura, gli individui con AN mostrano profonde alterazioni nell'integrazione multisensoriale, che rappresenta un fattore di rischio fondamentale e un elemento di mantenimento centrale di questa patologia. L'importanza dell'integrazione multisensoriale nell'AN è cruciale, tuttavia il campo è stato limitato dalla scarsa disponibilità di strumenti per valutare e trattare questi specifici processi di integrazione. Il caso di Andrea dimostra come un'illusione di scambio corporeo basata su realtà virtuale possa funzionare come strumento utile e potente per valutare e modificare le distorsioni nell'integrazione multisensoriale [...]. All'ingresso nel reparto ospedaliero, Andrea presentava distorsioni gravi e pervasive nella sua immagine corporea. Seguendo il protocollo basato su realtà virtuale, sia le osservazioni cliniche che i dati raccolti hanno indicato una riduzione parziale ma significativa di queste distorsioni. Al Tempo 1, abbiamo constatato che l'illusione ha funzionato con successo e la paziente ha mostrato un miglioramento nella stima del suo corpo. Pertanto,

---

representation of their body. Indeed, they are locked into it. As a future challenge, it would be helpful to investigate whether VR body swapping could be an effective tool to induce changes in the “locked” body representation of patients suffering from eating and weight disorders and to verify the difference in comparison with a control group.» S. Serino, E. Pedroli, A. Keizer, S. Triberti, A. Dakanalis, F. Pallavicini, A. Chirico e G. Riva, op. cit., p. 131.

possiamo supporre che il protocollo possa agire come un "motore multisensoriale" per i processi di ristrutturazione cognitiva, che sono al centro di questo trattamento multidisciplinare. Questi risultati supportano studi precedenti che hanno dimostrato come gli avatar possano alterare le esperienze corporee in soggetti clinici e sani, inducendo cambiamenti temporanei ma pervasivi nel corpo percepito seguendo le direzioni delle illusioni»<sup>58</sup>.

Sebbene si tratti di studi che devono ancora essere svolti su larga scala, queste prime sperimentazioni testimoniano come la realtà virtuale possa costituire un interessante strumento terapeutico per trattare i BIDs, anche nel contesto di un disturbo dell'alimentazione. Studi futuri dovrebbero cercare di allargare il bacino di utenti su cui la tecnica viene sperimentata e cercare di elaborare un protocollo, all'interno del modello CBT, che preveda un regolare utilizzo di questa strumentazione.

---

<sup>58</sup> «This clinical case highlights the potential application of “virtual embodiment” as an innovative instrument that is able both to effectively monitor changes of multisensory bodily integration both to act as a driver for these changes. As described in literature, individuals with AN demonstrated profound alterations in multisensory integration, which represents a fundamental risk factor as well as a core maintenance element of this pathology. The relevance of multisensory integration in AN is essential, nonetheless the field has been limited by the few instruments available to assess and treat these specific integration processes. Andrea’s case demonstrates how a VR-based body swapping illusion can work as a useful and powerful instrument to assess and to modify distortions in multisensory integration [...]. At her admission in the hospital ward, Andrea presented with severe and pervasive distortions in her body image. Following the VR-based protocol both the clinical observations and the data collected indicated partial but significant reduction of these distortions. At Time 1, we found that the illusion successfully worked and the patient showed an improvement in the estimation of her body. Therefore, we can suppose that the protocol can work as a “multisensory driver” for the cognitive restructuring processes, which is at the heart of this multidisciplinary treatment. These results support previous studies that showed how avatars can alter bodily experiences in clinical and healthy subjects, inducing temporary but pervasive changes in the perceived body following the direction of the illusions» S. Serino, N. Polli e G. Riva (2019), From avatars to body swapping: The use of virtual body reality for assessing and treating distortion in individuals with anorexia, *Journal of Clinical Psychology* n. 75 p. 320.

## CAPITOLO 4. LA RICERCA

### 4.1 Scopo dello studio

Come evidenziato nei capitoli precedenti, il BID è un sintomo comune nei DA, spesso osservato e descritto nell'AN e nella BN. Recentemente questo sintomo è stato osservato anche nel BED. Ad oggi, la maggior parte dei trattamenti BID sono focalizzati sulle componenti emotive e cognitive del disturbo (ad esempio CBT-E (Dalla Grave et al., 2016), Body Project (Becker et al., 2016), Body Wise (Mountford et al., 2015), ma non sulla componente percettiva. Recentemente sono stati introdotti altri trattamenti BID specifici incentrati sui fattori percettivi, come l'esposizione allo specchio (ME) e lo scambio di corpi in realtà virtuale (*Virtual Reality Body Swapping* (VR-BS) (Griffen et al., 2018, Keizer et al., 2016). L'esposizione allo specchio è una tecnica cognitivo-comportamentale utilizzata per trattare il BID. Come evidenziato da Griffen e colleghi, la ME ha un effetto terapeutico da piccolo a moderato sul BID (Griffen et al., 2018). Inoltre, questo tipo di trattamento si concentra solo sulla percezione visiva e non coinvolge modalità sensoriali multiple come suggerito da Engels (Engel et al., 2017). Anche il trattamento VR-BS sembra essere promettente, ma attualmente sono stati dimostrati solo effetti a breve termine (Keizer et al., 2016). Una meta-analisi del 2015 ha rilevato che gli attuali trattamenti per il BID nei pazienti con DA hanno uno scarso impatto clinico (Alleva et al., 2015). Infine, una recente revisione ha mostrato che gli effetti additivi di specifici trattamenti BID oltre ai trattamenti standard per i DA non sono chiari (Ziser, 2018).

Il presente studio mira a verificare gli effetti del trattamento dell'immagine corporea aggiunto a un protocollo standard di trattamento per DA. In particolare, lo studio mira a

verificare se vi sia stato un miglioramento maggiore e statisticamente significativo nel gruppo sperimentale che ha partecipato al gruppo “Immagine Corporea” rispetto al gruppo di controllo che non vi ha partecipato. Lo studio ha confrontato un protocollo di degenza altamente individualizzato per i DA rispetto allo stesso protocollo a cui è stato aggiunto un gruppo specifico per il trattamento dell’immagine corporea. Ci concentreremo sui tratti psicologici strettamente correlati ai disturbi del comportamento alimentare, al disagio corporeo e ai sintomi psicologici globali attraverso i seguenti strumenti psicometrici: il *Body Uneasiness Test* (BUT), l'*Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q), il *Body Image-Acceptance and Action Questionnaire* (BI-AAQ) e il *Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness* (MAIA).

## **4.2 Metodo**

### **4.2.1 Setting**

Abbiamo condotto questo studio nel Reparto di Riabilitazione Psiconutrizionale della casa di cura Villa Margherita situata ad Arcugnano (VI) in Veneto, Italia. La casa di cura “Villa Margherita” è una clinica accreditata, che offre terapie specifiche per la cura dei disturbi psichiatrici. All’interno della struttura è presente il Reparto di Riabilitazione Psiconutrizionale, specializzato nella cura dei disturbi della nutrizione e dell’alimentazione. Il trattamento consiste in un programma di riabilitazione psiconutrizionale integrato che può essere svolto sia in regime di ricovero (90 giorni per i pazienti provenienti dalla regione Veneto, 60 per i pazienti provenienti dalle altre regioni italiane), sia in regime di Day-Hospital (durata 1-6 mesi). Il percorso di cura prevede terapie mediche (internistiche e psichiatriche), nutrizionali e psicologiche (individuali, di gruppo e familiari), offrendo così un percorso multidisciplinare, integrato e continuativo. Tra i criteri di ammissione alla casa di cura vi sono la gravità

clinica del disturbo alimentare, l'instabilità clinica del paziente e/o il fallimento di un percorso ambulatoriale specialistico di almeno tre mesi. Il programma si occupa sia degli aspetti primari (restrizione alimentare, abbuffate, purghe e controllo del peso) che secondari (bassa autostima, perfezionismo clinico, intolleranza dell'umore, disagio corporeo e problemi interpersonali) dei DA. Inoltre, il trattamento mira a migliorare l'autonomia nella gestione delle relazioni e a favorire il ritorno dei pazienti alle proprie case e luoghi di vita. Ogni paziente è seguito da un'equipe multidisciplinare composta da medici-psichiatri, infermieri, operatori, dietiste, terapeuta familiare, terapeuta del movimento, psicoterapeuta individuale, terapeuti di gruppo che lavorano in modo congiunto e in costante collaborazione. L'obiettivo del percorso non è dunque solo il recupero del peso e il ripristino di corrette abitudini alimentari ma anche un recupero dal punto di vista psicologico, per questo durante il periodo di degenza i pazienti affrontano la psicoterapia individuale e partecipano a differenti gruppi psicologici tra cui il gruppo "Immagine corporea", gruppo che viene svolto a cadenza settimanale come parte integrata del programma terapeutico-riabilitativo. Tra gli obiettivi del percorso terapeutico risultano di fondamentale importanza il recupero di una condizione psicofisica accettabile attraverso comportamenti alimentari più adeguati, il miglioramento della consapevolezza, l'aumento della motivazione alla cura e al cambiamento, lo sviluppo di un approccio collaborativo che valorizzi le risorse della persona. Altresì importante è sviluppare abilità di gestione emotiva e relazionale che favoriscano la riduzione dei sintomi, consentire un buon grado di autonomia nelle attività quotidiane, migliorare il rapporto con il corpo e con l'immagine corporea e favorire l'autostima e l'autoefficacia.

#### 4.2.2 Campione

Per il presente studio sono state selezionate 89 pazienti, tutte di sesso femminile, ricoverate presso il Reparto di Riabilitazione Psiconutrizionale di Villa Margherita in regime di ricovero o di Day Hospital (DH). Tutte le partecipanti sono state valutate da un professionista della salute mentale al momento dell'ingresso nel programma. Ciò include l'ottenimento del consenso informato, la raccolta di informazioni sull'indice di massa corporea e sulla salute e la formulazione di una diagnosi. I dati sono stati raccolti in un periodo compreso tra Agosto 2022 e Giugno 2023. Di queste 89 pazienti, 20 non hanno completato la valutazione post-trattamento. Queste pazienti non sono state quindi incluse nello studio. Tutte le 69 pazienti coinvolte nella ricerca hanno ricevuto una diagnosi di Disturbo dell'Alimentazione (DA). La diagnosi è stata formulata utilizzando i criteri del DSM-V-TR.

Il campione di pazienti che durante il periodo di degenza ha partecipato al gruppo "Immagine Corporea", che chiameremo *gruppo 1*, è composto da 36 pazienti. Di queste, 19 pazienti hanno ricevuto una diagnosi di AN di tipo restrittivo (ANr), 4 pazienti con diagnosi di AN binge-purging (ANbp), 7 pazienti con diagnosi di BN, 3 pazienti con diagnosi di BED e infine 3 pazienti con OSFED. L'età delle pazienti del *gruppo 1* è risultata compresa tra i 15 e i 42 anni (Media (M) = 21.58; Deviazione standard (DS) = 5.88). Il BMI (Body Mass Index) del *gruppo 1* è risultato in M = 20.61 con DS = 8.66. La grande variabilità è dipesa dalla presenza di pazienti con diagnosi differenti. Le pazienti appartenenti al *gruppo 1* hanno partecipato in media a 4 incontri terapeutici collettivi.

Il campione che invece non ha partecipato al gruppo IC, che chiameremo *gruppo 0*, è composto da 33 pazienti. Di queste, 19 hanno ricevuto una diagnosi di AN di tipo

restrittivo (ANr), 7 pazienti con diagnosi di AN binge-purging (ANbp), 4 pazienti con diagnosi di BN, 2 pazienti con diagnosi di BED e infine 1 paziente con OSFED. L'età delle pazienti del *gruppo 0* è risultata compresa tra i 16 e i 50 anni (M = 27.55; DS = 9.78). Il BMI (Body Mass Index) del *gruppo 0* è risultato in M = 17.75 con DS = 8.27. I dati sono riassunti in Tabella 1.

GRUPPO IMMAGINE CORPOREA [1=si, 0=no]				
	0 (N=33)		1 (N=36)	
	M	DS	M	DS
<b>Età</b>	27.55	9.78	21.58	5.88
<b>BMI</b>	17.75	8.27	20.61	8.66

**Tabella 1.** Media (M) e deviazione standard (DS) di età e BMI all'interno dei due gruppi

#### 4.2.3 Procedura

A tutte/i le/i pazienti che iniziano un percorso riabilitativo presso il reparto di Riabilitazione Psiconutrizionale di Villa Margherita viene somministrata una batteria di questionari self-report di screening per i DA (valutazione pre-intervento per il gruppo sperimentale (*gruppo 1*) e valutazione iniziale per il gruppo di controllo (*gruppo 0*)) (*t0*). La stessa batteria di questionari viene somministrata alla conclusione del percorso terapeutico, ovvero al momento delle dimissioni (valutazione post-intervento per il gruppo sperimentale (*gruppo 1*) e valutazione finale per il gruppo di controllo (*gruppo 0*)) (*t2*). Questo è uno strumento utile per misurare oggettivamente il cambiamento rispetto ai sintomi fisici e psicologici del DA.

Al fine del presente studio prenderemo in considerazione alcuni di questi questionari, in particolare l'*Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q), il *Body Uneasiness*

*Test* (BUT), ed anche due questionari che indagano aspetti centrali dell'immagine corporea: il *Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness* (MAIA) che misura le molteplici dimensioni dell'interocezione e il *Body Image-Acceptance and Action Questionnaire* (BI-AAQ) che misura la flessibilità dell'immagine corporea. Con l'obiettivo di misurare le variazioni nel BMI, nelle sottoscale del BUT, dell'EDE-Q, del MAIA e nel BI-AAQ, sono stati confrontati i punteggi ottenuti ai questionari (oltre che il cambiamento dell'indice di massa corporea) dalle pazienti dei due gruppi all'inizio e alla conclusione del percorso riabilitativo.

#### 4.2.4 Strumenti

- **Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q)**

L'*Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q) è stato sviluppato come versione self-report dell'EDE completo, un'intervista ben consolidata basata sullo sperimentatore e considerata il gold standard nella valutazione della psicopatologia dei DA (Fairburn CG et al., 2008). La relazione significativa tra i punteggi dell'EDE e dell'EDE-Q è stata dimostrata in diversi studi comparativi (Fairburn CG et al., 1994; Mond JM et al., 2004). Come l'EDE, anche l'EDE-Q fornisce un punteggio globale basato su quattro sottoscale (Restrizione (*Restraint*) (EDE\_restr), Preoccupazione per l'Alimentazione (*Eating Concern*) (EDE\_cibo), Preoccupazione per la Forma del Corpo (*Shape Concern*) (EDE\_corpo) e Preoccupazione per il Peso (*Weight Concern*) (EDE\_peso), concepite per riflettere la gravità delle principali caratteristiche della psicopatologia dei DA. Il questionario valuta anche le principali caratteristiche comportamentali del disturbo alimentare, tra cui le abbuffate, il vomito autoindotto, l'abuso di lassativi e l'esercizio fisico eccessivo (Calugi et al., 2017).

Calugi e colleghi hanno proposto una traduzione italiana dell'EDE-Q 6.0 e ne hanno

testato la consistenza interna, l'affidabilità test-retest a breve termine e la validità di criterio in un contesto reale. Il campione dello studio comprendeva 264 pazienti che soddisfacevano i criteri diagnostici del DSM-5 per i disturbi del comportamento alimentare e 212 controlli sani, reclutati dalla popolazione generale in vari contesti comunitari. I risultati mostrano una coerenza interna da buona ad eccellente per l'EDE-Q globale e i punteggi delle sottoscale così come l'affidabilità del test re-test che è risultata da buona ad eccellente per tutti i sintomi dei DA. I punteggi EDE-Q globali e di sottoscala sono significativamente più alti e i sintomi del disturbo alimentare sono significativamente più frequenti nei pazienti con DA rispetto ai controlli (la versione italiana dell'EDE-Q 6.0 ha distinto efficacemente tra pazienti con DA e controlli). In conclusione, i risultati dello studio di Calugi suggeriscono che la versione italiana dell'EDE-Q 6.0 è uno strumento valido e affidabile per valutare la psicopatologia e il comportamento dei DA. (Mond JM et al., 2004)

- **Body Uneasiness Test (BUT)**

Il *Body Uneasiness Test* (Cuzzolaro et al., 1999) è un test costruito in Italia per la valutazione psicometrica del disagio relativo all'immagine del proprio corpo. È un questionario self-report di 71 item composto da due parti: BUT-A, costituito da 34 items su scala Lickert da 0 a 5 classificabili in 5 sottoscale che misurano: fobia del peso (*weight phobia*, BUT\_WP), preoccupazioni per l'immagine corporea (*body image concern*, BUT\_BIC), evitamento (*avoidance*, BUT\_A), automonitoraggio compulsivo (*compulsive self monitoring*, BUT\_CSM), distacco e sentimenti di estraneità verso il proprio corpo (*depersonalization*, BUT\_D) e un indice di severità globale (*Global Severity Index*, BUT\_GSI); e BUT-B: che esamina le preoccupazioni specifiche per particolari parti o funzioni del corpo (Cuzzolaro, M., 2006). Cuzzolaro e colleghi hanno

investigato le proprietà psicometriche del BUT, studiando un campione clinico di 531 soggetti affetti da disturbo alimentare (diagnosi secondo DSM-IV-TR) e un campione non clinico di 3273 soggetti con un valore di BMI <25 e un punteggio EAT-26 inferiore al punto di cut-off 20 (punteggi superiore a 20 indicano possibili casi di DE) (Garner D., 1979). Tutti i soggetti coinvolti erano residenti in Italia. Le analisi esplorative e confermative hanno supportato un modello strutturale a cinque fattori per il BUT-A e un modello a otto fattori per il BUT-B. La consistenza interna è risultata soddisfacente sia per la significativa omogeneità sia per la struttura unidimensionale mostrata da ciascuna delle sottoscale. Anche l'affidabilità test-rest è risultata soddisfacente per tutte le sottoscale tranne una (BUT-B VI) e il confronto tra BUT-A e BUT-B ha mostrato che alcune sottoscale del BUT-A sono significativamente correlate con alcune sottoscale del BUT-B: Body Image Concern e Weight Phobia con le sottoscale III (stomaco, addome, fianchi, cosce, ginocchia) e IV (statura, gambe, caviglie, piedi, mani); Evitamento e Depersonalizzazione con le sottoscale II (forma della testa, forma del viso, fronte, orecchie, mento, collo) e V (braccia, spalle, petto, seno, genitali). Nel confronto tra BUT e EDI-2 (*Eating Disorder Inventory*) sono emerse alcune correlazioni significative e comprensibili: la fobia del peso e le preoccupazioni sull'immagine corporea sono correlate con la spinta alla magrezza e l'insoddisfazione corporea; l'autocontrollo compulsivo, la depersonalizzazione e l'evitamento sono correlati con l'inefficacia, la sfiducia interpersonale e l'insicurezza sociale. È stata valutata la validità concorrente anche con altri test (*Eating Attitudes Test*, EAT-26; *Symptom Check List*, SCL-90R e *Coopersmith Self-Esteem Inventory*, SEI). Sono stati anche calcolati i valori normativi per i punteggi BUT in adolescenti e adulti normopeso senza DA, maschi e femmine. Le funzioni discriminanti relative alle differenze tra maschi e femmine sono molto

significative, soprattutto nella fascia 18-39 anni. Infine per quanto riguarda il confronto tra pazienti di sesso femminile affette da DA e controlli, i risultati delle analisi di covarianza e quelli delle analisi discriminanti hanno dimostrato una buona validità predittiva per l'AN e la BN. Il BUT risulta quindi psicometricamente solido e può essere un valido strumento per lo screening e la valutazione clinica di atteggiamenti anomali dell'immagine corporea e dei DA (Cuzzolaro, M., 2006).

- **Body Image-Acceptance and Action Questionnaire (BI-AAQ)**

La flessibilità psicologica è la capacità di sperimentare pienamente il momento presente e di impegnarsi in un comportamento coerente con i valori scelti, anche quando il momento presente include emozioni, pensieri, ricordi o sensazioni corporee difficili (Hayes et al., 2006). Da questa prospettiva, un sano funzionamento psicologico implica la flessibilità psicologica (Hayes et al., 2006). L'inflessibilità nei confronti di pensieri e sentimenti angoscianti è stata associata al binge-eating (Barnes et al., 2010), ai sintomi anoressici (Merwin et al., 2010) e bulimici (Lavender et al., 2009). Come abbiamo avuto modo di evidenziare nei capitoli precedenti, l'insoddisfazione dell'immagine corporea gioca un ruolo importante nello sviluppo e nel mantenimento del disturbo alimentare. Sembra infatti essere necessaria per lo sviluppo del disturbo alimentare, ma non spiega come alcuni individui possano rimanere insoddisfatti senza che ciò influisca sul loro comportamento alimentare (Polivy et al., 2002). A tal proposito sembra di fondamentale importanza la flessibilità psicologica. L'abilità chiave potrebbe essere la capacità dell'individuo di avere un pensiero/sentimento disturbante sul corpo e di non lasciare che abbia un impatto sulla salute e sul benessere (Masuda et al., 2010). Si parla a tal proposito di: flessibilità dell'immagine corporea, ovvero la capacità di accettare e sperimentare pensieri, credenze, percezioni e sentimenti sul proprio corpo in modo

pieno e intenzionale, mentre si perseguono azioni efficaci in altri ambiti della vita (Sandoz et al., 2013). I trattamenti emergenti basati sull'accettazione e sulla mindfulness per i DA mirano proprio a questo tipo di flessibilità, con risultati promettenti (Kristeller et al., 2006) L'inflessibilità dell'immagine corporea non può essere valutata utilizzando le misure esistenti dell'immagine corporea, poiché è definita in modo funzionale, mentre queste misure si concentrano sulle proprietà formali del comportamento (Sandoz et al., 2013). L'inflessibilità dell'immagine corporea non è caratterizzata dal contenuto dei pensieri o dalla topografia dei comportamenti ma dal modo in cui l'immagine corporea ha un impatto sulla vita (ad esempio, "Quando inizio a pensare alle dimensioni e alla forma del mio corpo, è difficile fare altro"; Sandoz et al., 2006). A partire da questi presupposti, è stato ideato il *Body Image-Acceptance and Action Questionnaire* (BI-AAQ) che valuta in modo specifico la flessibilità di risposta a pensieri e sentimenti legati al corpo, ovvero la flessibilità dell'immagine corporea. Il questionario è una scala self-report a 1 fattore, composta da 12 item ed è considerato una misura della componente emotiva dell'immagine corporea positiva e di un fattore protettivo per il benessere fisico e psicologico. Gli item sono valutati su una scala di tipo Likert a 7 punti (da 1 = mai vero a 7 = sempre vero), sommati in modo che punteggi più alti indichino maggiori livelli di inflessibilità psicologica o in altre parole, punteggi più bassi indichino una maggiore flessibilità dell'immagine corporea. Le istruzioni e gli item del BI-AAQ sono pubblicati in Sandoz et al. (2013). Nel presente studio è stata utilizzata una traduzione italiana del test, tradotto secondo le indicazioni internazionali per la traduzione delle scale psicometriche (il test è stato prima tradotto in italiano da due ricercatori indipendenti, le due versioni sono state poi confrontate e successivamente un traduttore di madrelingua inglese, ha effettuato la ritraduzione in

inglese, che è apparsa coerente). La traduzione è risultata affidabile (Alpha di Cronbach = 0.871).

- **MAIA - Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness**

Il *Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness* (MAIA) (Mehling et al., 2012) è un questionario a 8 scale di stato-tratto con 32 item per misurare le molteplici dimensioni dell'interocezione tramite self-report ed è stato pubblicato nel novembre 2012. Negli ultimi anni è cresciuto l'interesse per l'interocezione, con ricerche condotte in un'ampia varietà di discipline: l'interocezione è diventata un importante argomento di ricerca per la salute mentale e in particolare per gli interventi mente-corpo. L'interocezione è stata definita come il processo attraverso il quale il sistema nervoso percepisce, interpreta e integra i segnali provenienti dall'interno del corpo, fornendo una mappatura momento per momento del paesaggio interno del corpo attraverso i livelli consci e inconsci (Feinstein JS., 2018). Entrando maggiormente nel dettaglio, la consapevolezza interocezionale è definita da Mehling e colleghi come il livello cosciente dell'interocezione con le sue molteplici dimensioni potenzialmente accessibili all'autovalutazione (Mehling et al., 2018). Le misure self-report attualmente utilizzate per indagare l'interocezione sono: il *Body Perception Questionnaire* (BPQ), il *Body Awareness Questionnaire* (BAQ), che sono limitate a sintomi proxy per l'ansia o comunque non riescono a cogliere gli aspetti normativi dell'interocezione (Mehling et al., 2009). Il MAIA, nonostante le sue carenze, è attualmente la misura self-report di consapevolezza corporea interocezionale più utilizzata. Il MAIA (Mehling et al., 2012) è composto da 32 items e 8 scale che vanno da tre a sette items ciascuna e affrontano 5 dimensioni della consapevolezza corporea:

1. Notare (*Noticing*, MAIA\_noticing): Consapevolezza di sensazioni corporee scomode, confortevoli e neutre.
2. Non distrarsi (*Not Distracting*, MAIA\_NotDistracting): Tendenza a non ignorare o distrarsi dalle sensazioni di dolore o disagio. Punteggi più alti suggeriscono un rapporto più sintonizzato con le sensazioni spiacevoli e sono tipicamente considerati adattivi. Punteggi più bassi indicano la tendenza a ignorare o a distrarsi dalle sensazioni di dolore o disagio.
3. Non preoccuparsi (*Not Worrying*, MAIA\_NotWorrying): Tendenza a non preoccuparsi o esperire sofferenza emotiva in presenza di sensazioni di dolore o disagio.
4. Regolazione dell'attenzione (*Attention Regulation*, MAIA\_AttentionRegulation): Capacità di sostenere e controllare l'attenzione alle sensazioni corporee.
5. Consapevolezza emotiva (*Emotional Awareness*, MAIA\_EmotionalAwareness): Consapevolezza della connessione tra sensazioni corporee e stati emotivi.
6. Autoregolazione (*Self Regulation*, MAIA\_SelfRegulation): Capacità di regolare il disagio psicologico attraverso l'attenzione alle sensazioni corporee.
7. Ascolto del corpo (*Body Listening*, MAIA\_BodyListening): Ascolto attivo del corpo per insight.
8. Fiducia (*Trusting*, MAIA\_Trusting): Sperimentare il proprio corpo come sicuro e degno di fiducia.

Gli item sono valutati su una scala Likert a 6 punti, in cui il paziente deve indicare “quanto spesso ciascuna affermazione si riferisce a te generalmente nella vita quotidiana”. Per questa ricerca è stata utilizzata la versione italiana del MAIA originale, scritto in lingua inglese (Mehling et al., 2012).

1) <i>Awareness of Body Sensations</i>
<b>Noticing:</b> Awareness of uncomfortable, comfortable, and neutral body sensations
2) <i>Emotional Reaction and Attentional Response to Sensations</i>
<b>Not Distracting:</b> Tendency to ignore or distract oneself from sensations of pain or discomfort
<b>Not Worrying:</b> Emotional distress or worry with sensations of pain or discomfort (reversed)
3) <i>Capacity to Regulate Attention: ability to stay focused when facing numerous sensory stimuli competing for attention</i>
<b>Attention Regulation:</b> Ability to sustain and control attention to body sensation
4) <i>Awareness of Mind-Body Integration: access to more developed levels of body awareness</i>
<b>Emotional Awareness:</b> Awareness of the connection between body sensations and emotional states
<b>Self-Regulation:</b> Ability to regulate psychological distress by attention to body sensations
<b>Body Listening:</b> Actively listens to the body for insight
5) <i>Trusting Body Sensations</i>
<b>Trusting:</b> Experiences one's body as safe and trustworthy

**Figura 3.** Quadro concettuale multidimensionale finale della consapevolezza corporea e scale

(Mehling et al., 2012).

- **Il gruppo “Immagine Corporea”**

Non tutte le pazienti degenti nel reparto di Riabilitazione Psiconutrizionale partecipano al gruppo “Immagine corporea” (gruppo I.C.). Le pazienti vengono infatti selezionate secondo alcuni parametri prestabiliti tra cui:

- Raggiungimento di un BMI > 16.50 e/o stabilizzazione del peso
- Ricovero iniziato da almeno 2 settimane
- Presenza di distorsioni dell’immagine corporea
- Condizione generale relativamente stabile
- Instaurazione di una buona alleanza terapeutica

L’inserimento nel gruppo delle pazienti è dunque deciso dall’equipe curante e in particolare dalla terapeuta individuale che può più di tutti valutare le abilità di elaborazione delle tematiche del gruppo.

Il gruppo si compone di 6-8 incontri della durata di un’ora e mezza che si tengono a

cadenza settimanale. Gli incontri si suddividono in due moduli. Il primo incontro di entrambi i moduli è di tipo teorico mentre i restanti incontri di entrambi i moduli sono dedicati all'esposizione guidata. Il numero di incontri di esposizione varia quindi tra 4 e 6 a seconda delle difficoltà incontrate dalle pazienti. Come vedremo in seguito, il gruppo prevede un'esposizione graduale che permetta alle pazienti di rimanere all'interno della propria finestra di tolleranza. Alcune pazienti potrebbero aver bisogno di un maggior numero di incontri per arrivare ad affrontare l'esposizione allo specchio.

Nel primo incontro del primo modulo si definisce insieme alle pazienti, tramite brain storming, il concetto di immagine corporea, in particolare si definiscono le sue componenti: componente cognitiva (pensieri e credenze negative rispetto al proprio corpo), componente affettiva (sentimenti ed emozioni vissute nei confronti del proprio corpo), componente comportamentale (comportamenti di controllo, detti "body checking" e "evitamento") e la componente percettiva (riguarda le diverse modalità sensoriali attraverso cui il corpo può essere percepito, ovvero i 5 sensi). A queste componenti si aggiunge la "propriocezione" ossia il sentire il proprio corpo attraverso la contrazione dei muscoli, o dalla sensibilità viscerale oppure dal senso di equilibrio ("sentirsi da dentro") (prima parte).

La seconda parte dell'incontro si focalizza sulla componente comportamentale ossia i comportamenti di controllo: body-checking ed evitamento. L'insoddisfazione rispetto al peso e alla forma del proprio corpo può portare gli individui a evitare di guardarsi allo specchio o evitare di guardare quelle parti del corpo descritte come più "disgustose" (Shafran et al., 2004), oppure, al contrario, può portare a comportamenti di controllo compulsivo del proprio corpo (es. pizzicare il grasso sul corpo, controllare ripetutamente le dimensioni del girovita, ecc.) (Shafran et al., 2004). Secondo il modello

transdiagnostico di Fairburn et al. (2003), infatti, il body checking e l'evitamento del corpo sono manifestazioni comportamentali evidenti della sopravvalutazione del peso e della forma del corpo. Il body checking si riferisce alla tendenza di un individuo a esaminare criticamente e controllare ripetutamente il proprio peso e la forma del proprio corpo attraverso comportamenti come la pesatura rituale, il controllo compulsivo allo specchio e l'utilizzo della vestibilità dei vestiti per giudicare i cambiamenti di peso (Fairburn et al., 1999). I comportamenti di body-checking si dividono in tre principali tipologie: osservazione del corpo attraverso i sensi, confronti con gli altri o con il mio ideale e analisi dei feedback esterni e richieste di rassicurazioni. Il body-checking può essere considerato un sintomo transdiagnostico dei DA (Forbush et al., 2016). Al contrario, l'evitamento corporeo descrive la tendenza di un individuo a evitare consapevolmente le situazioni che possono facilitare la valutazione del proprio aspetto (ad esempio, acquistare indumenti nuovi) e a mettere in atto comportamenti evitanti legati al corpo come coprire gli specchi, indossare vestiti troppo grandi e rifiutare di farsi pesare (Rosen et al., 1991). Esempi di evitamento sono: evitare certi abiti, evitare luoghi o persone, evitare il contatto visivo e/o tattile con il proprio corpo; evitare il contatto fisico con gli altri, evitare intimità emotiva e sessuale, l'uso rigido del trucco e infine i sintomi del disturbo alimentare: restrizione, abbuffate, vomito, iperattività, uso di diuretici e lassativi. Il body checking e l'evitamento svolgono un ruolo importante nello sviluppo e nel mantenimento dei DA (Fairburn et al., 2003). La combinazione di body-checking ed evitamento dell'immagine corporea può essere particolarmente significativa: l'insoddisfazione dell'immagine corporea e il body-checking ripetuto possono portare ad una maggiore attenzione nei confronti delle aree di preoccupazione corporea, e questa maggiore attenzione verso le aree più problematiche può servire solo

ad aumentare l'insoddisfazione dell'immagine corporea. L'evitamento può impedire a un individuo di confrontarsi con le aree di preoccupazione ma allo stesso tempo gli nega l'opportunità di disconfermare tali preoccupazioni (ad esempio, evitare di guardarsi le cosce non consente di notare che le cosce non sono così grandi come si temeva) (Walker et al., 2018). Le pazienti in questa parte dell'incontro sono invitate ad essere maggiormente consapevoli rispetto a questi comportamenti (consegna: "Fai una lista di tutti i comportamenti di body-checking ed evitamento che ti capita di mettere in atto, dividendoli in due colonne") e a metterli in discussioni attraverso piccole sperimentazioni concordate insieme alla terapeuta durante il gruppo (alcuni esempi di sperimentazione: rimuovere il follow ad alcuni profili social con cui capita spesso di fare confronti, gettare i pantaloni con cui si è soliti fare body-checking, trasformare i pizziconi in carezze, indossare indumenti che ci piacciono ma che sono molto attivanti).

Nel primo incontro del secondo modulo, dopo aver reintrodotta l'immagine corporea e le sue componenti (prima parte), ci si focalizza sulla componente più strettamente cognitiva. Pensieri frequentemente presenti in pazienti con DA possono essere "Sono troppo grassa", "Sono orribile", "Ho i fianchi troppo larghi" o altri pensieri relativi al peso e alle forme del corpo (Cooper et al., 1992). Obiettivo di questa parte dell'incontro è quello di individuare la parte giudicante di sé e di comprenderla favorendone un distanziamento. Si chiede alle pazienti di dare un nome al loro "giudice interno" con l'obiettivo di: aumentare la consapevolezza, favorire il distanziamento, il rispecchiamento e l'autoironia.

Nei restanti incontri di entrambi i moduli, le pazienti sono invitate a lavorare sull'esposizione alla propria immagine corporea e ad entrare in contatto con le 5

componenti che la costituiscono. La modalità e la gradualità attraverso cui le pazienti entrano in contatto con la propria immagine corporea vengono concordate individualmente con ogni paziente. Vi sono pazienti che potrebbero cominciare direttamente dall'esposizione allo specchio a figura intera; altre pazienti potrebbero iniziare invece da un'esperienza di mindfulness di contatto e ascolto del proprio corpo, stando sedute su una sedia, fino ad arrivare gradualmente a specchiarsi a figura intera. In entrambi i casi è possibile per le pazienti prendere coscienza dei comportamenti di evitamento e body-checking, osservando le proprie percezioni, sensazioni interne, emozioni e i propri pensieri. L'esposizione deve essere sempre individualizzata e graduale, questo per permettere alla paziente di rimanere all'interno della cosiddetta "finestra di tolleranza". Le pazienti tramite la mindfulness entrano in contatto con tutti gli elementi che compongono l'immagine corporea e poco alla volta imparano a tollerare, riconoscere e raccontare i vissuti inerenti al proprio corpo.

Riassumendo, i principali strumenti utilizzati durante lo svolgimento del gruppo sono i seguenti:

- Condivisione e riflessione all'interno del gruppo (lavorare in gruppo permette ai pazienti di condividere feedback sul disagio percepito e ridurre il senso di isolamento (Dixon et al., 1988), favorendo lo sviluppo di relazioni interpersonali positive (Dalle Grave, 2017). I gruppi rappresentano un modo efficiente per somministrare il trattamento terapeutico in quanto incoraggiano la motivazione (Vanderlinden, 2001), l'autorivelazione, il mutuo-aiuto e l'apprendimento (Dalle Grave, 2017).
- Mindfulness (scopo intrinseco del gruppo è quello di permettere alle pazienti di entrare in contatto con il proprio corpo, accettare le sensazioni e le emozioni che

la propria immagine corporea suscita e stare nel momento presente, per questa ragione è utilizzata la mindfulness. La mindfulness può essere descritta come "la consapevolezza che emerge prestando attenzione in modo mirato, nel momento presente e senza giudizio alle cose così come sono", una prospettiva che prende in considerazione l'esperienza interna e "gli aspetti della vita che più diamo per scontati o ignoriamo" (Williams et al., 2007, p. 47)<sup>59</sup>. Le pratiche di mindfulness spesso incoraggiano l'apertura e la ricettività a qualsiasi cosa si presenti, con una ricettività illimitata. Su questa linea anche il contributo di Ron Kurtz (2004), che dipinge la mindfulness come: "Essere pienamente presenti nella nostra esperienza [interna], qualunque essa sia: i nostri pensieri, le immagini, i ricordi, il respiro, le sensazioni corporee, i suoni, gli odori e i sapori, gli stati d'animo e i sentimenti e la qualità della nostra intera esperienza così come delle sue varie parti"<sup>60</sup>. La Mindfulness può aiutare le pazienti ad ottenere una maggiore accettazione del proprio corpo per questa ragione è stata implementata ai principali protocolli per il trattamento dei DA. Wilson G.T. nel 1999, ha implementato il protocollo di esposizione allo specchio utilizzando istruzioni basate sulla mindfulness per orientare l'individuo verso il momento presente senza giudizio mentre partecipa all'attività di esposizione allo specchio. L'esposizione in mindfulness allo specchio utilizza l'abituazione e la neutralizzazione degli stimoli spiacevoli (come il proprio riflesso) per diminuire la reattività emotiva legata all'aspetto corporeo (Hilbert & Tuschen-Caffier,

---

<sup>59</sup> "the awareness that emerges through paying attention on purpose, in the present moment, and non-judgmentally to things as they are", a perspective that takes into account internal experience as well as "those aspects of life that we most take for granted or ignore" in Williams, Teasdale, Segal, & Kabat-Zinn, 2007, p. 47.

<sup>60</sup> "to be fully present to our [internal] experience, whatever it is: our thoughts, images, memories, breath, body sensations, the sounds and smells and tastes, moods and feelings and the quality of our whole experience as well as of the various parts." In Kurtz, R. (2004). Level 1 Handbook for the Refined Hakomi Method. Retrieved January 4, 2012, from <http://hakomi.com/>

2004). A ciò si aggiunge un elemento fondamentale preso in prestito dalla psicoterapia sensomotoria: “Nella psicoterapia sensomotoria, ispirata al lavoro di Kurtz, la mindfulness non viene praticata come attività solitaria, né insegnata attraverso esercizi strutturati. Al contrario, è integrata e incorporata in ciò che traspare momento per momento tra terapeuta e cliente attraverso la relazione co-creata. I terapeuti incoraggiano i clienti a osservare l'esperienza interna nel momento presente e a condividere verbalmente con il terapeuta ciò che osservano mentre la loro esperienza si sta verificando. Pertanto, la mindfulness relazionale incorporata comprende diversi elementi critici: il terapeuta osserva gli elementi visibili dell'esperienza nel qui e ora dei clienti, indirizza i pazienti a diventare consapevoli della loro esperienza nel momento presente e chiede loro, quando possibile, di riferire verbalmente al terapeuta ciò che notano.”<sup>61</sup> (Odgen et al., 2017).

- Finestra di tolleranza (“window of tolerance”) (questo concetto di notevole rilevanza clinica è stato introdotto da Daniel Siegel nel suo libro del 1999 *The Developing Mind* ed è fruibile con i pazienti durante la terapia. La metafora della "finestra di tolleranza" è particolarmente utile quando si lavora con clienti traumatizzati o con clienti che faticano a tollerare ampie gamme di eccitazione emotiva. Siegel propone che ogni persona dispone di un range di intensità di

---

<sup>61</sup> “Sensorimotor psychotherapy, drawing on the work of Kurtz, mindfulness is not practiced as a solitary activity, nor is it taught through structured exercises. Instead, it is integrated with and embedded within what transpires moment-to-moment between therapist and client through the co-created relationship. Therapists encourage clients to observe internal experience in the present-moment, and verbally share with the therapist what they observe as their experience is occurring. Thus, embedded relational mindfulness encompass several critical elements: the therapist observes the visible elements of clients’ here and now experience, directs children to become aware of their present moment experience and asks them, when possible, to verbally report to the therapist what they notice.” In P. Ogden, B. Goldstein, *Embedded relational mindfulness (ERM)© in child and adolescent treatment: A sensorimotor psychotherapy perspective*, *European Journal of Trauma & Dissociation*, Volume 1, Issue 3, 2017, Pages 171-176, ISSN 2468-7499, <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2017.03.004>.

esperienze emotive che può sperimentare, elaborare e integrare adeguatamente. Questa è la loro "finestra di tolleranza" o zona di "arousal ottimale" (Ogden et al., 2006). La finestra di tolleranza di alcune persone è relativamente ampia: possono sentirsi a proprio agio anche in presenza di gradi relativamente elevati di intensità emotiva e un'ampia gamma di emozioni (da quelle piacevoli come l'eccitazione e la felicità a quelle spiacevoli come il senso di colpa o la rabbia) può essere tollerata ed essere disponibile alla coscienza. Le persone con un'ampia finestra di tolleranza sono in grado di pensare, sentire e comportarsi in modo flessibile ed efficace nonostante gli alti gradi di eccitazione. La finestra di tolleranza di ognuno - o zona di arousal ottimale - ha un limite superiore e uno inferiore. Al di sopra del limite superiore si trova una zona di "iper-arousal" (caratterizzata da: incremento sensoriale, reattività emotiva, ipervigilanza, immaginazione intrusiva, elaborazione cognitiva disorganizzata), mentre al di sotto del limite inferiore si trova una zona di "ipo-arousal" (relativa assenza di sensibilità, torpore emotivo, elaborazione cognitiva inabilitata, ridotto movimento fisico). Quando il livello di eccitazione di una persona supera i confini della sua finestra di tolleranza, il suo pensiero e il suo comportamento possono essere disturbati. Scrive Siegel a tal proposito: "Un'ondata di energia può bombardare la mente e prendere il sopravvento su una serie di processi, che vanno dal pensiero razionale al comportamento sociale. A questo punto, le emozioni possono inondare la consapevolezza cosciente. Alcuni hanno chiamato questo fenomeno "dirottamento", "breakdown" o "inondazione" emotiva. In una situazione del genere, il comportamento può non sembrare più volontario e i pensieri possono sembrare fuori controllo. Le immagini possono riempire

l'occhio della mente con rappresentazioni visive simboliche della sensazione emotiva"<sup>62</sup> (Siegel, D. J., 1999). È importante il mantenimento della terapia all'interno di una finestra di tolleranza emotiva al fine di evitare l'inaccessibilità ad alcuni stati mentali, difficoltà nella relazione terapeutica o interruzioni del trattamento. Il paziente deve percepire il suo stato psicofisiologico come tollerabile e gestibile durante l'arco di tutta la seduta).



Figura 4. Finestra di tolleranza (da Odgen et al., 2013)

- Monitoraggio dei comportamenti di Body Checking e dell'Evitamento (tramite schede di auto-monitoraggio)

---

<sup>62</sup> "A flood of energy may bombard the mind and take over a number of processes, ranging from rational thinking to social behavior. At this point, emotions may flood conscious awareness. Some have called this an emotional "hijacking," "breakdown," or "flooding." In such a situation, one's behavior may no longer feel volitional, and thoughts may feel out of control. Images may fill the mind's eye with visual representations symbolic of the emotional sensation." In Siegel D.J. (1999), The developing mind, Guilford Press, New York.

- Messa in discussione dei comportamenti di Body Checking ed Evitamento (tramite piccole sperimentazioni e assegnazione di “homework”)
- “Dai un volto al tuo giudice interno” (tramite questo strumento le pazienti cercano di identificare e mettere in discussione i nuclei di credenze negative sul sé)
- Esposizione allo specchio (vedi paragrafo 3.3) (l’esposizione guidata alla propria immagine corporea dovrebbe permettere alle emozioni negative, come la paura e il disagio provocati dall’immagine del proprio corpo, di ridursi nel corso di ripetute esposizioni; l’esposizione allo specchio aiuta le pazienti a confrontarsi con la propria immagine corporea e a familiarizzare con il disagio, la tensione e le emozioni negative che possono sperimentare guardando il proprio corpo. Inoltre, l’esposizione alla propria immagine corporea riduce i comportamenti di evitamento, contribuendo ad interrompere il ciclo di mantenimento del disturbo).

Il gruppo “Immagine Corporea” unisce dunque strumenti provenienti da differenti orientamenti teorici allo scopo generale di sostenere le pazienti nell’acquisizione di un rapporto più funzionale con il proprio corpo, facendo sì che riescano a “guardarsi in modo più amorevole”. Inoltre il gruppo ha l’obiettivo di rendere maggiormente consapevoli le pazienti di cos’è l’Immagine Corporea e dei suoi effetti nella vita cognitiva, emotiva e relazione; favorire la percezione del corpo come canale di espressione di un disagio interiore ed infine diminuire l’insoddisfazione corporea.

### **4.3 Analisi statistica**

Le analisi statistiche dei dati sono state condotte attraverso il software *Statistical Package Sociale Science* (SPSS). Inizialmente sono state condotte le analisi descrittive del campione al tempo t0 (data del ricovero) e al tempo t2 (data delle dimissioni) per

entrambi i gruppi. È stato utilizzato il test chi-quadrato per valutare se la differenza nella distribuzione delle diagnosi tra i due gruppi fosse statisticamente significativa, e presentasse quindi un  $p\text{-value} < 0.05$ . Successivamente è stato effettuato il *test t di Student* su campioni indipendenti per testare la significatività della differenza rispetto all'età, al BMI e ai punteggi ottenuti nella batteria di questionari tra i due gruppi a t0. Lo stesso test è stato effettuato anche su campioni accoppiati per testare le differenze dei valori ottenuti rispettivamente dai due gruppi tra i due time points. L'efficacia del gruppo "Immagine Corporea" è stata valutata attraverso il Modello Lineare Generale (GLM), con l'obiettivo di verificare la presenza di un effetto interazione "Gruppo x Tempo" statisticamente significativo rispetto alle variabili considerate. È stata inoltre valutata la dipendenza media dei soli fattori tempo ed età rispetto alle stesse variabili. Per effetto interazione "Gruppo x Tempo" si intende la presenza di variazioni statisticamente significative tra il *gruppo 1* e il *gruppo 0* rispetto a t0 e t2. La correlazione di Pearson è stata utilizzata per valutare la correlazione tra il numero di incontri a cui le pazienti del *gruppo 1* hanno partecipato e il punteggio ottenuto al BI-AAQ.

## **4.4 Risultati**

### **4.4.1 Analisi della differenza nella distribuzione della diagnosi tra i due gruppi**

Come riportato nella tabella 2, la differenza nella distribuzione delle diagnosi nei due gruppi non è risultata statisticamente significativa ( $p = 0.607$ ).

GRUPPO IMMAGINE CORPOREA [1=si, 0=no]		
Distribuzione diagnosi	Chi-quadrato	2.711
	<i>p-value</i>	0.607

**Tabella 2.** Test chi-quadrato di Pearson per la valutazione della differenza nella distribuzione delle diagnosi tra *gruppo 0* e *gruppo 1*

#### 4.4.2 Analisi della differenza rispetto all'età, al BMI e ai punteggi ottenuti alla batteria di questionari tra i due gruppi a *t0* tramite test T di Student su campioni indipendenti

Tenendo conto di tutte le variabili considerate, è stata indagata la presenza di eventuali differenze statisticamente significative tra i due gruppi al *tempo 0* effettuando il test T di Student su campioni indipendenti. I due gruppi a *t0* sono risultati significativamente differenti solo rispetto alla variabile Età (*p-value* = 0.004). Per tutte le altre variabili i due gruppi, prima del trattamento, non presentano differenze statisticamente significative (i dati sono riportati in Tabella 3).

	Tempo <i>t0</i>				<i>t</i>	<i>p-value</i>
	Gruppo 0 (N=33)		Gruppo 1 (N=36)			
	M	DS	M	DS		
<b>ETA'</b>	27.55	9.776	21.58	5.882	3.036	0.004
<b>BMI</b>	17.753	8.268	20.608	8.662	-1.397	0.167
<b>BUT_GSI</b>	2.868	0.772	3.210	0.980	-1.605	0.113
<b>BUT_WP</b>	3.249	0.958	3.648	1.011	-1.679	0.098
<b>BUT_BIC</b>	3.219	0.840	3.599	1.116	-1.588	0.117
<b>BUT_A</b>	1.228	0.877	1.125	0.720	0.531	0.597
<b>BUT_CSM</b>	2.546	1.192	2.893	1.363	-1.125	0.265
<b>BUT_D</b>	1.800	0.716	2.106	0.870	-1.584	0.118
<b>EDE_restr</b>	3.438	1.754	3.878	1.944	-0.984	0.329
<b>EDE_cibo</b>	3.233	1.538	3.549	1.424	-0.884	0.380
<b>EDE_corpo</b>	4.616	1.313	5.009	1.232	-1.283	0.204
<b>EDE_peso</b>	3.988	1.637	4.539	1.600	-1.413	0.162
<b>EDE_glob</b>	3.817	1.354	4.244	1.234	-1.372	0.175
<b>BI_AAQ</b>	59.94	14.171	65.25	11.704	-1.703	0.093
<b>MAIA_Noticing</b>	2.629	1.030	2.590	0.926	0.164	0.871

<b>MAIA_NotDistracting</b>	2.788	0.828	2.722	0.871	0.320	0.750
<b>MAIA_NotWorrying</b>	1.980	0.763	1.963	0.689	0.096	0.924
<b>MAIA_AttentionRegulation</b>	1.766	1.054	1.663	0.915	0.437	0.664
<b>MAIA_EmotionalAwareness</b>	2.485	1.155	2.579	1.160	-0.338	0.736
<b>MAIA_SelfRegulation</b>	1.204	1.045	1.243	1.036	-0.154	0.878
<b>MAIA_BodyListening</b>	1.283	1.074	1.120	0.919	0.677	0.501
<b>MAIA_Trusting</b>	1.000	1.377	0.694	0.727	1.138	0.261

**Tabella 3.** Differenza tra il gruppo 1 e il gruppo 0 relativamente al BMI, all'età e ai punteggi ottenuti ai questionari self-report a  $t_0$ .

#### **4.4.3 Analisi delle differenze dei valori ottenuti rispettivamente dai due gruppi tra i due time points tramite test t di Student su campioni accoppiati**

È stata poi indagata la differenza tra i punteggi rilevati a  $t_0$  e a  $t_2$  per il *gruppo 0* e per il *gruppo 1*. La differenza è indicativa dell'effetto che il ricovero in struttura ha avuta sulle pazienti.

Nel gruppo di pazienti che non ha ricevuto il trattamento aggiuntivo per l'immagine corporea, ossia il *gruppo 0*, sono emerse differenze statisticamente significative tra i due tempi considerati per le seguenti variabili: indice di massa corporea (BMI;  $p$ -value < 0.0001), indice di severità globale del BUT (BUT\_GSI;  $p$ -value = 0.001), fobia del peso (BUT\_WP;  $p$ -value = 0.001), preoccupazione per l'immagine corporea (BUT\_BIC;  $p$ -value = 0.004), automonitoraggio compulsivo (BUT\_CSM;  $p$ -value = 0.003), restrizione (EDE\_rest;  $p$ -value < 0.0001), preoccupazione per il cibo (EDE\_cibo;  $p$ -value = 0.001), preoccupazione per la forma del corpo (EDE\_corpo;  $p$ -value = 0.001), indice globale dell'EDE-Q (EDE\_glob;  $p$ -value < 0.0001), sottoscala autoregolazione del MAIA (Maia\_SelfRegulation;  $p$ -value = 0.016) (i dati sono riportati in tabella 4).

<i>Gruppo 0 (GRUPPO IMMAGINE CORPOREA [0 = no]) (N = 33)</i>						
	<i>t0</i>		<i>t2</i>		<i>T</i>	<i>p-value</i>
	M	DS	M	DS		
<b>BMI</b>	17.753	8.268	19.448	7.126	-5.780	0.000
<b>BUT_GSI</b>	2.868	0.772	2.309	1.070	3.821	0.001
<b>BUT_WP</b>	3.249	0.958	2.658	1.247	3.648	0.001
<b>BUT_BIC</b>	3.219	0.841	2.706	1.115	3.149	0.004
<b>BUT_A</b>	1.228	0.877	1.126	0.958	0.554	0.583
<b>BUT_CSM</b>	2.546	1.192	1.919	1.321	3.249	0.003
<b>BUT_D</b>	1.800	0.716	1.642	0.876	0.984	0.333
<b>EDE_restr</b>	3.438	1.754	1.539	1.573	6.463	0.000
<b>EDE_cibo</b>	3.233	1.538	2.185	1.676	3.786	0.001
<b>EDE_corpo</b>	4.616	1.313	3.682	1.893	3.589	0.001
<b>EDE_peso</b>	3.988	1.637	3.727	5.370	0.293	0.771
<b>EDE_glob</b>	3.817	1.354	2.565	1.612	5.775	0.000
<b>BI_AAQ</b>	59.94	14.171	56.79	16.718	1.663	0.106
<b>MAIA_Noticing</b>	2.629	1.029	2.424	0.995	1.290	0.206
<b>MAIA_NotDistracting</b>	2.788	0.828	2.505	0.950	1.911	0.065
<b>MAIA_NotWorrying</b>	1.980	0.763	1.949	0.547	0.229	0.820
<b>MAIA_AttentionRegulation</b>	1.766	1.054	1.757	1.067	0.053	0.958
<b>MAIA_EmotionalAwareness</b>	2.485	1.155	2.736	1.142	-1.883	0.069
<b>MAIA_SelfRegulation</b>	1.204	1.045	1.659	1.366	-2.540	0.016
<b>MAIA_BodyListening</b>	1.283	1.074	1.465	1.070	-1.095	0.282
<b>MAIA_Trusting</b>	1.000	1.377	1.091	1.305	-0.626	0.536

**Tabella 4.** Differenza tra *t0* e *t2* relativamente al BMI e ai punteggi ottenuti ai questionari self-report dalle pazienti del *Gruppo 0*.

Nel *gruppo 1*, che ha invece ricevuto il trattamento aggiuntivo, sono emerse differenze statisticamente significative tra i due time points per le seguenti variabili: indice di massa corporea (BMI; *p-value* = 0.001), indice di severità globale del BUT (BUT\_GSI; *p-value* = 0.001), fobia del peso (BUT\_WP; *p-value* = 0.002), preoccupazione per l'immagine corporea (BUT\_BIC; *p-value* < 0.0001), automonitoraggio compulsivo (BUT\_CSM; *p-value* = 0.033), restrizione (EDE\_restr; *p-value* < 0.0001), preoccupazione per il cibo (EDE\_cibo; *p-value* < 0.0001), preoccupazione per la forma del corpo (EDE\_corpo; *p-value* = 0.006), preoccupazione per il peso (EDE\_peso; *p-*

*value* < 0.0001), indice globale dell'EDE-Q (EDE\_glob; *p-value* < 0.0001), BI-AAQ (*p-value* < 0.0001), sottoscala notare del MAIA (MAIA\_Noticing; *p-value* < 0.0001), sottoscala fiducia del MAIA (MAIA\_Trusting; *p-value* = 0.011) (i dati sono riportati in tabella 5).

<b>Gruppo 1 (GRUPPO IMMAGINE CORPOREA [1 = si]) (N = 36)</b>						
	<i>t0</i>		<i>t2</i>		<i>t</i>	<i>p-value</i>
	M	DS	M	DS		
<b>BMI</b>	20.608	8.662	21.885	6.782	-3.584	0.001
<b>BUT_GSI</b>	3.210	0.980	2.742	0.966	3.710	0.001
<b>BUT_WP</b>	3.648	1.011	3.089	1.150	3.271	0.002
<b>BUT_BIC</b>	3.599	1.116	3.070	1.158	3.841	0.000
<b>BUT_A</b>	1.125	0.720	1.129	0.976	-0.021	0.984
<b>BUT_CSM</b>	2.893	1.363	2.524	1.201	2.223	0.033
<b>BUT_D</b>	2.106	0.870	1.889	1.041	1.489	0.145
<b>EDE_restr</b>	3.878	1.944	1.276	1.007	7.710	0.000
<b>EDE_cibo</b>	3.549	1.424	1.829	1.138	8.262	0.000
<b>EDE_corpo</b>	5.009	1.232	4.367	1.383	2.921	0.006
<b>EDE_peso</b>	4.539	1.600	3.405	1.476	5.035	0.000
<b>EDE_glob</b>	4.244	1.234	2.719	1.062	8.016	0.000
<b>BI_AAQ</b>	65.25	11.704	56.444	11.692	4.441	0.000
<b>MAIA_Noticing</b>	2.590	0.926	3.764	0.719	-5.568	0.000
<b>MAIA_NotDistracting</b>	2.722	0.871	2.722	0.871	0.000	1
<b>MAIA_NotWorrying</b>	1.963	0.689	2.009	0.640	-0.329	0.744
<b>MAIA_AttentionRegulation</b>	1.663	0.915	1.648	0.800	0.101	0.920
<b>MAIA_EmotionalAwareness</b>	2.579	1.160	2.797	1.158	-1.420	0.164
<b>MAIA_SelfRegulation</b>	1.243	1.036	1.299	1.135	-0.357	0.723
<b>MAIA_BodyListening</b>	1.120	0.919	1.342	1.100	-1.280	0.209
<b>MAIA_Trusting</b>	0.694	0.727	1.324	1.379	-2.689	0.011

**Tabella 5.** Differenza tra *t0* e *t2* relativamente al BMI e ai punteggi ottenuti ai questionari self-report dalle pazienti del Gruppo 1.

#### **4.4.4 Valutazione dell'efficacia del gruppo "Immagine Corporea" e studio della dipendenza media dei fattori tempo ed età sulle variabili tramite Modello Lineare Generale**

In seguito, è stata misurata l'efficacia del gruppo "Immagine Corporea" analizzando la significatività delle differenze nei due gruppi tra i due time points. Sono stati presi in considerazione i seguenti fattori: Età, Tempo e il fattore Tempo x Gruppo Immagine Corporea. Si è voluto dunque stabilire se i cambiamenti tra t0 e t2 fossero dovuti solamente allo scorrere del tempo, e quindi al trattamento standard applicato a tutte le pazienti in struttura, alla differenza di età tra le pazienti dei due gruppi oppure se fossero dipendenti dalla partecipazione al trattamento per l'Immagine Corporea. Le analisi evidenziano che la differenza nel BMI è spiegata dal fattore Tempo ( $p\text{-value} < 0.0001$ ) ma non dal fattore Tempo x Gruppo Immagine Corporea ( $p\text{-value} = 0.318$ ) o dall'Età ( $p\text{-value} = 0.086$ ). Per le variabili BUT\_GSI ed EDE\_glob non è stata evidenziata un'influenza da parte dei fattori considerati. La differenza significativa che intercorre tra i due time points nel BI-AAQ sembra essere spiegata dal fattore Tempo x Gruppo Immagine Corporea ( $p\text{-value} = 0,013$ ) ma non dai soli fattori Tempo o Età (tabella 7). Nel *gruppo 1* vi è un decremento del punteggio di 8,81 punti, mentre nel *gruppo 0* il decremento è di soli 3,15 punti. Anche nella sottoscala MAIA\_Noticing si riscontra una differenza statisticamente significativa tra i due time points che sembra essere spiegata dai fattori Tempo ( $p\text{-value} = 0.006$ ) e Tempo x Gruppo Immagine Corporea ( $p\text{-value} = 0.018$ ) ma non dal fattore Età ( $p\text{-value} = 0.429$ ). Nelle altre sottoscale del MAIA non sono state rilevate differenze statisticamente significative (i dati sono riportati in tabella 6).

Modello Lineare Generale									
	Tempo			Tempo * Gruppo			Età		
	<i>F</i>	<i>p-value</i>	$\eta^2p$	<i>F</i>	<i>p-value</i>	$\eta^2p$	<i>F</i>	<i>p-value</i>	$\eta^2p$
<b>BMI</b>	13.723	0.000	0.174	1.012	0.318	0.015	3.044	0.86	0.45
<b>BUT_GSI</b>	1.989	0.163	0.03	1.715	0.195	0.026	0.001	0.975	0.00
<b>EDE_glob</b>	2.796	0.099	0.041	1.183	0.281	0.018	1.121	0.294	0.017
<b>BI_AAQ</b>	3.343	0.072	0.049	6.541	0.013	0.091	0.632	0.429	0.010
<b>MAIA_Noticing</b>	8.150	0.006	0.111	5.915	0.018	0.083	3.70	0.059	0.054
<b>MAIA_Not Distracting</b>	1.455	0.232	0.022	0.322	0.572	0.005	0.989	0.324	0.015
<b>MAIA_Not Worrying</b>	0.331	0.567	0.005	2.252	0.138	0.033	0.061	0.191	0.664
<b>MAIA_Attention Regulation</b>	1.305	0.257	0.020	0.103	0.750	0.002	1.176	0.282	0.018
<b>MAIA_Emotional Awareness</b>	2.771	0.101	0.041	0.093	0.761	0.001	1.124	0.293	0.017
<b>MAIA_Self Regulation</b>	0.234	0.630	0.004	0.104	0.749	0.002	1.210	0.275	0.018
<b>MAIA_Body Listening</b>	0.085	0.772	0.001	1.042	0.311	0.016	0.005	0.941	0.00
<b>MAIA_Trusting</b>	3.611	0.062	0.053	1.099	0.298	0.017	1.524	0.221	0.023

**Tabella 6.** Valutazione della significatività dei fattori Tempo, Tempo x Gruppo Immagine Corporea ed Età relativamente al BMI e ai punteggi ottenuti ai questionari self-report.

		GRUPPO IMMAGINE CORPOREA [1 = si, 0=no]	M	DS	N
<b>BI-AAQ</b>	<i>t0</i>	0	59.94	14.171	33
		1	65.25	11.704	36
		Totale	62.71	13.121	69
	<i>t2</i>	0	56.79	16.718	33
		1	56.44	11.692	36
		Totale	56.61	14.210	69

**Tabella 7.** Media (M) e deviazione standard (DS) dei punteggi ottenuti al BI-AAQ dal gruppo 0 e dal gruppo 1 ai due time points.

#### 4.4.5 Analisi della correlazione tra il numero di incontri a cui le pazienti del *gruppo 1* hanno partecipato e il punteggio ottenuto al BI-AAQ tramite Correlazione di Pearson.

Le pazienti del *gruppo 1* hanno partecipato in media a 4 incontri ciascuno ( $M = 3.97$ ;  $DS = 2.08$ ). Abbiamo analizzato la correlazione tra il numero di incontri a cui le pazienti del *gruppo 1* hanno partecipato con i punteggi del BI-AAQ. La correlazione non è significativa ( $p\text{-value} = 0.757$ (tabella 8)).

		N. incontri
<b>Delta BIAAQ</b>	Coefficiente di correlazione di Pearson	0.053
	<i>p-value</i>	0.757

**Tabella 8.** Correlazione tra numero di incontri a cui le pazienti del gruppo 1 hanno partecipato e i punteggi ottenuti dalle stesse pazienti al BI-AAQ.

#### 4.5 Discussione

La presenza di un BID, ovvero una percezione distorta e fortemente negativa della forma o del peso del proprio corpo, rappresenta una caratteristica fondamentale condivisa da AN e BN. Inoltre, è stato ipotizzato che il BED sia mantenuto dall'insoddisfazione o dall'imbarazzo per il proprio corpo, in quanto gli individui con disturbo da alimentazione incontrollata percepiscono la propria immagine corporea come più scadente rispetto ai controlli con lo stesso peso corporeo (Lewer et al., 2016). Nei contesti terapeutici, è stato dimostrato che i BIDs spesso persistono anche dopo la guarigione; inoltre, si sono rilevati predittori affidabili per le ricadute nei DA, oltre che essere dei fattori di sviluppo e mantenimento importanti di queste patologie.

Spesso il BID è associato a sentimenti di paura o disgusto verso il proprio corpo. Affrontare l'insoddisfazione per l'immagine corporea durante il trattamento dei DA dovrebbe quindi essere obbligatorio ed è un fattore potenzialmente decisivo per l'esito del trattamento. Esistono diversi approcci terapeutici per i BIDs, tra cui l'esposizione allo specchio, il confronto video, l'esposizione tramite realtà virtuale e programmi che incorporano tecniche di psicoeducazione, tecniche di rilassamento e ristrutturazione cognitiva (si veda paragrafo 3.2.). Nel presente studio abbiamo preso in considerazione un intervento sull'immagine corporea implementato in un contesto di trattamento in regime residenziale. Lo scopo dello studio era quello di valutare i possibili effetti benefici di un trattamento gruppele specifico per l'Immagine Corporea, denominato gruppo "Immagine Corporea", sulla sintomatologia del disturbo alimentare, sul disagio relativo all'immagine corporea e su due costrutti strettamente correlati alla BI: la flessibilità dell'immagine corporea e la consapevolezza corporea interocezionale. Aspetto centrale nel percorso di cura è proprio il rapporto con il proprio corpo e la propria immagine corporea.

Il campione di pazienti considerato per il presente studio è stato suddiviso in due gruppi in base alla partecipazione al gruppo di immagine corporea proposto durante il periodo di degenza. Non sono emerse differenze staticamente significative tra i due gruppi, se non per l'età media. Abbiamo tenuto in considerazione questa differenza a  $t0$  tra i due gruppi nell'analisi dei risultati: il fattore Età non sembra essere incisivo per nessuna delle variabili considerate, si esclude dunque che questa differenza abbia inficiato i risultati del presente studio.

Dall'analisi statistica dei dati raccolti emerge che in entrambi i gruppi di pazienti tra l'inizio del ricovero e le dimissioni avviene un cambiamento clinico importante:

miglioramento dell'indice di massa corporea (BMI), generale riduzione della sintomatologia del disturbo alimentare (EDE-Q), riduzione del disagio relativo all'immagine corporea (BUT), miglioramento della flessibilità dell'immagine corporea (BI-AAQ) e un parziale miglioramento della consapevolezza corporea interoccezionale (MAIA). Questi risultati sono in linea con quelli che sono i principali obiettivi di un programma di riabilitazione psico-nutrizionale intensivo. L'esito atteso al termine del ricovero è infatti un miglioramento della gravità clinica e delle disabilità del disturbo dell'alimentazione, in particolare: il recupero di un peso corporeo adeguato e di schemi alimentari sani, riduzione della sintomatologia specifica del disturbo dell'alimentazione, miglioramento dell'autostima, riduzione del perfezionismo clinico, migliore gestione delle relazioni interpersonali, riconoscimento e gestione delle emozioni. In entrambi i gruppi di pazienti c'è stato un miglioramento nel BMI, questo è in linea con quanto evidenzia la letteratura rispetto all'effetto di trattamenti residenziali e semi-residenziali sul BMI in pazienti con DA. Ad esempio, Bonifacio e colleghi, hanno osservato un aumento di peso progressivo e significativo in pazienti con AN, in pazienti con BN sono stati eliminati gli episodi di abbuffata e le condotte di eliminazione, inoltre pazienti con BED hanno perso gradualmente peso (Bonifacio et al., 2016). La variazione di BMI tra ingresso e dimissioni sembra essere spiegata dall'effetto del tempo ma non dalla partecipazione al Gruppo I.C.; ciò indica che il BMI si è mosso nel tempo allo stesso modo nei due gruppi o, in altre parole, che il gruppo non ha influito su come il tempo ha agito sul BMI. Abbiamo riscontrato inoltre un miglioramento dell'indice di severità globale del BUT (risultato in linea con gli studi di Fortunato e colleghi (2017)), la riduzione del punteggio a  $t_2$  in entrambi i gruppi in questo indice è infatti indicativa di una significativa riduzione del disagio corporeo. Abbiamo

constatato poi la riduzione della fobia del peso, di comportamenti di evitamento collegati all'immagine corporea e dell'automonitoraggio compulsivo. In entrambi i gruppi di pazienti abbiamo osservato miglioramenti significativi nella sintomatologia del disturbo alimentare, misurata dalla riduzione del punteggio globale dell'EDE-Q tra l'ingresso e le dimissioni. Delinsky e colleghi (2010), oltre ad un miglioramento dell'EDE-Q globale hanno riscontrato un miglioramento in pazienti con DA in regime residenziale anche nelle 4 sottoscale dell'EDE-Q. Nel nostro studio abbiamo riscontrato in entrambi i gruppi un miglioramento delle sottoscale restrizione, preoccupazione per il peso e preoccupazione per corpo, mentre la sottoscala preoccupazione per il peso che indaga l'importanza rivestita del peso, la reazione alla prescrizione di pesarsi, la preoccupazione per la forma del corpo o il peso, l'insoddisfazione per il peso e il desiderio di perdere peso, risulta essere migliorata solamente nel campione di pazienti che ha partecipato al gruppo. Potremmo supporre che il gruppo abbia avuto un effetto su questa componente, che potrebbe essere spiegata da una maggiore accettazione del proprio corpo e da una maggiore flessibilità nel giudizio di sé. La riduzione del disagio corporeo (BUT\_GSI) e il miglioramento della sintomatologia del disturbo alimentare (EDE\_glob) non sembrano invece essere spiegati dalla partecipazione al gruppo. Considerando che le pazienti appartenenti al *gruppo 1* hanno partecipato in media a quattro incontri della durata di un'ora e mezza, inseriti in un programma di riabilitazione intensivo della durata di 60/90 giorni, era difficile ipotizzare che ciò potesse avere un effetto significativo su variabili a largo spettro e fortemente radicate come la gravità della sintomatologia del disturbo alimentare o il disagio relativo all'immagine corporea.

La più importante differenza tra i due gruppi risulta essere il punteggio del BI-AAQ al

t2. Nel campione di pazienti che ha partecipato al gruppo si riscontra un miglioramento importante nel costrutto flessibilità dell'immagine corporea, misurato tramite il questionario self-report BI-AAQ; questo non si verifica nel campione che invece non ha ricevuto il trattamento addizionale. Questo miglioramento non sembra essere correlato al numero di incontri del gruppo a cui i soggetti hanno partecipato. Ci sembra comunque importante sottolineare che le pazienti in media hanno partecipato a 4 incontri ciascuna, ciò implica che la maggior parte dei soggetti del *gruppo 1* non ha avuto la possibilità di partecipare a tutti gli incontri previsti dalla strutturazione teorica del gruppo. Questo risultato potrebbe essere indicativo della necessità di pensare ad una ristrutturazione del gruppo. La riduzione dell'inflessibilità dell'immagine corporea è in linea con l'ipotesi iniziale del progetto di ricerca che prevedeva un miglioramento in questo costrutto. Il gruppo ha infatti l'obiettivo di ridurre l'insoddisfazione corporea attraverso una maggiore accettazione delle emozioni e del disagio che il proprio corpo suscita. Il BI-AAQ è uno strumento che misura la flessibilità psicologica nel contesto dei pensieri e dei sentimenti relativi al corpo e al peso e comprende item come "Preoccuparmi per il mio peso mi rende difficile vivere una vita degna" (Sandoz et al., 2013). Numerosi studi dimostrano che i livelli di flessibilità dell'immagine corporea in soggetti con disturbo alimentare predicono longitudinalmente l'esito del disturbo e la qualità di vita (Bluett et al., 2016) e che uno stile di coping rigido e inflessibile rappresenta il core dei DA (Wendel et al., 2012). Interventi basati sull'accettazione e sulla mindfulness come il gruppo "Immagine Corporea" favoriscono un miglioramento della flessibilità psicologica e, in particolare, un miglioramento della flessibilità dell'immagine corporea. Questi interventi inoltre risultano maggiormente efficaci se inseriti in programmi di trattamento strutturati come la terapia cognitivo

comportamentale (Woolhouse et al., 2012).

Nel gruppo di soggetti che ha partecipato al gruppo è stata riscontrata dunque un'importante diminuzione dell'inflessibilità dell'immagine corporea. Questo è un risultato significativo a livello clinico. Numerosi ricercatori hanno indagato il ruolo di questa componente nello sviluppo, mantenimento ed esito dei DA. La flessibilità dell'immagine corporea media la relazione tra cognizioni alimentari disturbate e la patologia nel suo complesso (Wendell et al., 2012), e media la relazione tra la valutazione negativa dell'immagine corporea e le risposte disadattive ad essa (Mancuso et al., 2016). Inoltre può essere un fattore protettivo che indebolisce l'associazione tra cognizioni alimentari disturbate e comportamenti alimentari patologici (Moore et al., 2014). A titolo esemplificativo si riporta lo studio di Butryn e colleghi, i quali, in un campione di pazienti in regime residenziale, hanno riscontrato che l'aumento della flessibilità dell'immagine corporea dal pre-trattamento al post-trattamento era significativamente associato alla diminuzione della sintomatologia del disturbo alimentare alla fine del trattamento (Butryn et al., 2013). Strumento fondamentale del gruppo Immagine Corporea è l'esposizione allo specchio. La ME è una componente centrale degli interventi sull'immagine corporea ed è risultata in grado di ridurre l'insoddisfazione per l'immagine corporea e l'"evitamento" (Delinsky et al., 2006). In una revisione sistematica degli interventi di terapia di esposizione in varie modalità, la ME, implementata da sola o in un contesto di trattamento cognitivo-comportamentale, è risultata efficace nel ridurre l'insoddisfazione corporea (Butler et al., 2020). Evidenze preliminari di una correlazione tra ME e flessibilità dell'immagine corporea sono state riscontrate da Biney e colleghi (2021) che hanno valutato l'efficacia della ME in una popolazione di adolescenti con AN indagando numerosi aspetti tra cui la flessibilità

dell'immagine corporea tramite BI-AAQ. I dati da noi raccolti ampliano le evidenze preliminari trovate in questo sotto-gruppo di adolescenti restrittive. L'esposizione allo specchio è un modo per esercitarsi a stare con sé stessi e ad accettare pensieri ed emozioni scomode, in modo da essere in grado di conviverci. Le pazienti lavorano sulla flessibilità durante l'esposizione ad esempio descrivendo con una parola positiva una parte del loro corpo con cui hanno particolari difficoltà.

Dato il ruolo potenziale della flessibilità psicologica/flessibilità dell'immagine corporea come meccanismo di cambiamento nel miglioramento dei sintomi dei DA e delle condizioni comunemente concomitanti, concentrarsi sulla flessibilità dell'immagine corporea nel contesto del trattamento dei DA può essere un modo efficace per migliorare il funzionamento globale di questi soggetti. Questo costrutto è fortemente correlato al funzionamento dei soggetti con DA, alla sintomatologia e all'insoddisfazione dell'immagine corporea. Pertanto il BI-AAQ nell'ambito di popolazione cliniche con disturbo alimentare sembra essere uno strumento clinico importante.

Analizzando i punteggi ottenuti dai due gruppi di pazienti al *The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness* (MAIA) abbiamo constatato che la consapevolezza di sensazioni corporee spiacevoli, piacevoli e neutre e il vissuto del proprio corpo come sicuro e affidabile sono abilità che risultano migliorate al momento delle dimissioni nel campione di pazienti che ha partecipato al gruppo. Dall'analisi delle varianze risulta che il gruppo "Immagine corporea" ha un effetto staticamente significativo solamente sulla prima di queste abilità, misurata dalla sottoscala del MAIA denominata "Noticing". Questo è in linea con il miglioramento ottenuto al BI-AAQ: questa scala è stata infatti pensata per valutare la consapevolezza di sensazioni corporee

spiacevoli, confortevoli e neutre. Questa consapevolezza risulta essere sinonimo di un'elevata capacità di osservare con mindfulness, di sperimentare stimoli interocettivi e di un ascolto mente-corpo (Mehling et al., 2012). Il gruppo permette alle pazienti di entrare in contatto con il proprio corpo, attraverso l'esposizione e attraverso tecniche di mindfulness. La focalizzazione sull'ascolto del corpo permette di sviluppare una maggiore consapevolezza delle sensazioni corporee.

#### **4.5.1 Limiti**

È importante sottolineare come lo studio presenti alcune limitazioni. In primo luogo, a causa della natura multiforme del contesto di trattamento residenziale, il trattamento effettivo ricevuto dai partecipanti e la durata del trattamento erano molto variabili. Il gruppo I.C. è integrato in un programma di trattamento ampio e sfaccettato che include molti altri fattori. In secondo luogo, la relativamente limitata numerosità del campione coinvolto risulta essere un limite del presente studio. Infine, un altro limite riscontrato riguarda il numero di incontri del gruppo a cui le pazienti hanno potuto partecipare. La strutturazione di un gruppo chiuso, che prevede il completamento della totalità del gruppo per l'inserimento di nuove pazienti non sembra essere ideale per un contesto di trattamento residenziale, in quanto l'inserimento potrebbe essere tardivo rispetto all'inizio del percorso e non permettere il completamento degli incontri previsti.

## CONCLUSIONI

In conclusione, compatibilmente alle limitazioni riportate, il presente studio ha permesso di mettere in luce gli effetti di un trattamento specifico per l'immagine corporea che integra a un lavoro di tipo cognitivo-comportamentale una componente esperienziale di presa di contatto con la propria emotività e una componente di esposizione tramite l'esposizione allo specchio. Lo studio ha evidenziato un effetto specifico del gruppo nel costrutto flessibilità dell'Immagine Corporea, misurato tramite il BI-AAQ, costrutto che le evidenze scientifiche avvalorano come fattore di fondamentale importanza nello sviluppo e mantenimento del disturbo dell'immagine corporea e dei disturbi dell'alimentazione. Per le ricerche future sarebbe auspicabile aumentare la numerosità campionaria per rendere i risultati maggiormente attendibili. Sarebbe inoltre importante, alla luce delle limitazioni riscontrate, pensare ad una ristrutturazione del gruppo Immagine Corporea. Per il contesto nel quale è inserito la soluzione più funzionale potrebbe essere l'apertura del gruppo. Infatti, un gruppo semi-aperto, che prevede un numero limitato di pazienti e l'inserimento delle pazienti all'inizio di ogni nuovo modulo, subentrando a coloro che hanno completato il gruppo, permetterebbe alle pazienti di partecipare a tutti gli incontri previsti, seppur affrontando i moduli in ordine differente. Questa strutturazione potrebbe essere utile per far sì che più pazienti possano usufruire del trattamento aggiuntivo e che le pazienti che ne usufruiscono riescano ad affrontare la totalità del gruppo prima delle dimissioni.

Inoltre, per osservare una modifica al MAIA, come ipotizzato all'inizio del nostro lavoro di ricerca, sarebbe importante lavorare in modo specifico sull'embodiment. L'aggiunta di un modulo specifico per l'embodiment potrebbe rendere il gruppo maggiormente efficace nel modificare la consapevolezza corporea interocezionale. Il

gruppo sarebbe dunque così composto da tre moduli, formati da due incontri ciascuno: il primo teorico e il secondo di esposizione. Il primo modulo si concentrerebbe su body-checking ed evitamento, il secondo modulo sulla componente cognitiva e sul “giudice interno” e il terzo modulo sull’embodiment.

I risultati ottenuti nel presente studio sono promettenti e confermano l’ipotesi di lavoro iniziale. Il gruppo agisce sulla flessibilità dell’immagine corporea, aumentandola significativamente; mentre agisce solamente in parte sulla consapevolezza interocazionale. Per le ricerche future sarebbe interessante valutare l’efficacia di questo trattamento somministrato con una strutturazione differente.

## BIBLIOGRAFIA

Alleva, J. M., Martijn, C., Van Breukelen, G. J., Jansen, A., & Karos, K. (2015). Expand Your Horizon: A programme that improves body image and reduces self-objectification by training women to focus on body functionality. *Body image*, *15*, 81–89. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.07.001>

American Psychiatric Association, DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Publishing, Arlington 2013, ed. it. A cura di M. Biondi, DSM-5 Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Raffaello Cortina Editore, Milano 2014.

Artoni, P., Chierici, M. L., Arnone, F., Cigarini, C., De Bernardis, E., Galeazzi, G. M., ... Pingani, L. (2021). Body perception treatment, a possible way to treat body image disturbance in eating disorders: a case-control efficacy study. *Eating and Weight Disorders*, *26*(2), 499–514. <https://doi.org/10.1007/S40519-020-00875-X>

Barnes, R. D., & Tantleff-Dunn, S. (2010). Food for thought: examining the relationship between food thought suppression and weight-related outcomes. *Eating behaviors*, *11*(3), 175–179. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2010.03.001>

Becker, C. B., Perez M., Kilpela, L. S., Diedrichs, P. C., Trujillo, E., Stice, E. (2017) Engaging stakeholder communities as body image intervention partners: The Body Project as a case example, *Eating Behaviors* *25*, 62-67.

Becker, P.W., Sacilotto, N., Nornes, S., Neal, A., Thomas, M., Liu, K., Preece, C., Ratnayaka, I., Davies, B., Bou-Gharios, G., De Val, S. (2016) Intronic Flk1 Enhancer Directs Arterial-Specific Expression via RBPJ-Mediated Venous Repression. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*. *36*(6):1209-19.

Biney, H., Astbury, S., Haines, A. et al. A novel ‘practical body image’ therapy for adolescent inpatients with anorexia nervosa: a randomised controlled trial. *Eat Weight Disord* *26*, 1825–1834 (2021). <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00997-2>

Bluett, E. J., Lee, E. B., Simone, M., Lockhart, G., Twohig, M. P., Lensegrav-Benson, T., & Quakenbush-Roberts, B. (2016). The role of body image psychological flexibility on the treatment of eating disorders in a residential facility. *Eating behaviors*, *23*, 150–155. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.10.002>

Bonifacio R, Santarpia L, Finelli C, La Sala N, Orofino R, et al. (2016) Nutritional Rehabilitative Treatment in a Residential Centre for Eating Disorders: A Case Series Report. *J Obes Eat Disord* *2*: 2. doi: <http://dx.doi.org/10.4172/2471-8203.100018>

Butler RM, Heimberg RG (2020) Exposure therapy for eating disorders: a systematic review. *Clin Psychol Rev*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101851>

- Butryn, M. L., Jurascio, A., Shaw, J., Kerrigan, S. G., Clark, V., O'Planick, A., & Forman, E. M. (2013). Mindfulness and its relationship with eating disorders symptomatology in women receiving residential treatment. *Eating Behaviors*, 14, 13–16. doi:10.1016/j.eatbeh.2012.10.005
- Calugi, S., Milanese, C., Sartirana, M., El Ghoch, M., Sartori, F., Geccherle, E., Coppini, A., Franchini, C., & Dalle Grave, R. (2017). The Eating Disorder Examination Questionnaire: reliability and validity of the Italian version. *Eating and weight disorders: EWD*, 22(3), 509–514. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0276-6>
- Cascino G., Castellini, G., Stanghellini, G., Ricca, V., Cassioli, E., Ruzzi, V., Monteleone, P., Monteleone, A. M. (2019) The Role of the Embodiment Disturbance in the Anorexia Nervosa Psychopathology: A Network Analysis Study, *Brain Sciences* 276 (9).
- Cash, T. (2011) Cognitive-Behavioral Perspectives on Body Image, in *Understanding Body Images. Historical and contemporary perspectives*, in *Body Image. A Handbook of Science, Practice and Prevention*, a cura di T. F. Cash e L. Smolak, The Guilford Press, New York, 39-47.
- Cash, T. F., e Smolak, L. (2011) *Understanding Body Images. Historical and contemporary perspectives*, in *Body Image. A Handbook of Science, Practice and Prevention*, a cura di T. F. Cash e L. Smolak, The Guilford Press, New York, 3-11.
- Cooper, M. J., & Fairburn, C. G. (1992). Thoughts about eating, weight and shape in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Behaviour research and therapy*, 30(5), 501–511. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(92\)90034-e](https://doi.org/10.1016/0005-7967(92)90034-e)
- Cooper, Z. e Dalle Grave, R. (2017) Z. Cooper e R. Dalle Grave, *Eating Disorders: Transdiagnostic Theory and Treatment*, in *The Science of Cognitive Behavioral Therapy*, ed. by S. G. Hoffman e G. J. G. Asmundson, Elsevier, Londra, 337-357.
- Crowther, J. H. e Williams, N. M. (2011), *Body Image and Bulimia Nervosa*, in *Body Image. A Handbook of Science, Practice and Prevention*, a cura di T. F. Cash e L. Smolak, The Guilford Press, 288-295.
- Cuzzolaro, M., Vetrone, G., Marano, G., & Battacchi, M. W. (1999). BUT, Body Uneasiness Test: a new attitudinal body image scale. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 66, 417-428.
- Cuzzolaro, M., Vetrone, G., Marano, G., & Garfinkel, P. E. (2006). The Body Uneasiness Test (BUT): development and validation of a new body image assessment scale. *Eating and weight disorders: EWD*, 11(1), 1–13. <https://doi.org/10.1007/BF03327738>

Dakanalis, A., Gaudio, S., Serino, S., Clerici, M., Carrà, G., & Riva, G. (2016, April 21). Body-image distortion in anorexia nervosa. *Nature Reviews Disease Primers*, Vol. 2, pp. 1-2. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.26>

Dalle Grave R (2017). *Vincere I disturbi dell'alimentazione con il trattamento Villa Garda*. Positive Press, Verona.

Dalle Grave R. & Calugi S (2018) Transdiagnostic cognitive behavioural theory and treatment of body image disturbance in eating disorders: A guide to assessment, treatment, and prevention. In: Cuzzolaro M. & Fassino S. (eds.) *Body Image, Eating, and Weight*. Cham: Springer.

Dalle Grave, R., El Ghoch, M., Sartirana, M., & Calugi, S. (2016). Cognitive Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa: An Update. *Current psychiatry reports*, 18(1), 2. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0643-4>

Delinsky SS, Wilson GT (2006) Mirror exposure for the treatment of body image disturbance. *Int J Eat Disord* 39(2):108–116. <https://doi.org/10.1002/eat.20207>

Delinsky, S. S., St Germain, S. A., Thomas, J. J., Craigen, K. E., Fagley, W. H., Weigel, T. J., Levendusky, P., & Becker, A. E. (2010). Naturalistic study of course, effectiveness, and predictors of outcome among female adolescents in residential treatment for eating disorders. *Eating and weight disorders: EWD*, 15(3), e127–e135. <https://doi.org/10.1007/BF03325292>

Delinsky, S. S. (2011), *Body Image and Anorexia Nervosa*, in *Body Image. A Handbook of Science, Practice and Prevention*, a cura di T. F. Cash e L. Smolak, The Guilford Press, New York 2011, 279-287.

Dixon KN (1988). Group psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia. *The eating disorders* 457-468

Engel, M. M., & Keizer, A. (2017). Body representation disturbances in visual perception and affordance perception persist in eating disorder patients after completing treatment. *Scientific reports*, 7(1), 16184. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-16362-w>

Eshkevari, E., Rieger, E., Longo, M. R., Haggard, P., & Treasure, J. (2014). Persistent body image disturbance following recovery from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 47(4), 400–409. <https://doi.org/10.1002/eat.22219>

Fairburn CG, Beglin SJ (1994) Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disord* 16:363–370

Fairburn CG, Cooper Z, O'Connor M (2008) *Eating Disorder Examination (Edition 16.0D)*. In: Fairburn CG (ed) *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press, New York, pp 265–308

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003, May 1). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 41, pp. 509–528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)

Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour research and therapy*, 37(1), 1–13. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00102-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00102-8)

Feinstein J S, Khalsa S S, Yeh H, Al Zoubi O, Arevian A C, Wohlrab C, et al., The Elicitation of Relaxation and Interoceptive Awareness Using Floatation Therapy in Individuals With High Anxiety Sensitivity. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*, 2018. 3(6): p. 555–562. pmid:29656950

Flament, M. F., Hill, E. M., Buchholz, A., Henderson, K., Tasca, G. A., & Goldfield, G. (2012). Internalization of the thin and muscular body ideal and disordered eating in adolescence: the mediation effects of body esteem. *Body image*, 9(1), 68–75. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.07.007>

Forbush, K. T., Siew, C. S., & Vitevitch, M. S. (2016). Application of network analysis to identify interactive systems of eating disorder psychopathology. *Psychological medicine*, 46(12), 2667–2677. <https://doi.org/10.1017/S003329171600012X>

Fortunato, F., Demartini, B., Maffoni, C., Apicella, E., Leonardi, V., & Mendolicchio, L. (2017). A disconnection between nutritional status (in terms of body mass index and phase angle) and psychopathology in anorexia nervosa. *Psychiatry research*, 252, 196–200. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.043>

Garner D., Garfinkel P.: The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol. Med.*, 9, 273-279, 1979.

Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1981). Body image in anorexia nervosa: measurement, theory and clinical implications. *International journal of psychiatry in medicine*, 11(3), 263–284. <https://doi.org/10.2190/r55q-2u6t-lam7-rqr7>

Griffen, T. C., Naumann, E., & Hildebrandt, T. (2018). Mirror exposure therapy for body image disturbances and eating disorders: A review. *Clinical psychology review*, 65, 163–174. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.006>

Grogan, S. (2008). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. London: Routledge.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>

Hilbert, A., & Tuschen-Caffier, B. (2004). Body image interventions in cognitive-behavioural therapy of binge-eating disorder: A component analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *42*(11), 1325–1339. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.09.001>

Hill, M. L., Masuda, A., & Latzman, R. D. (2013). Body image flexibility as a protective factor against disordered eating behavior for women with lower body mass index. *Eating behaviors*, *14*(3), 336–341. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.06.003>

Hrabosky, J. I. (2011), Body Image and Binge-Eating disorder, in *Body Image. A Handbook of Science, Practice and Prevention*, a cura di T. F. Cash e L. Smolak, The Guilford Press, New York 2011, 296-304.

Katznelson, H., Daniel, S. I. F., Poulsen, S., Lunn, S., Buhl-Nielsen, B. e Sjögren, J. M. (2021), Disturbances in the experiences of embodiment related to attachment, mentalization and self-objectification in anorexia nervosa, *Journal of Eating Disorders* 137 (9).

Keizer A, van Elburg A, Helms R, Dijkerman HC (2016) A Virtual Reality Full Body Illusion Improves Body Image Disturbance in Anorexia Nervosa. *PLoS ONE* 11(10): e0163921. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163921>

Kristeller, J., Quillian-Wolever, R., & Baer, R. A. (2006). Mindfulness-based approaches to eating disorders. In R. A. Baer (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications* (pp. 75-91). San Diego, CA: Elsevier

Kurtz, R. (2004). Level 1 Handbook for the Refined Hakomi Method. Retrieved January 4, 2012, from <http://hakomi.com/>

Lampard, A. M., Tasca, G. A., Balfour, L. e Bissada, H. (2013) An Evaluation of the Transdiagnostic Cognitive-behavioural Model of Eating Disorders, *European Eating Disorders* 21, 99-107.

Lavender, J. M., Jardin, B. F., & Anderson, D. A. (2009). Bulimic symptoms in undergraduate men and women: Contributions of mindfulness and thought suppression. *Eating behaviors*, *10*(4), 228–231. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2009.07.002>

Lee, E. B., Ong, C. W., Twohig, M. P., Lensegrav-Benson, T., & Quakenbush-Roberts, B. (2018). Increasing body image flexibility in a residential eating disorder facility: Correlates with symptom improvement. *Eating disorders*, *26*(2), 185–199. <https://doi.org/10.1080/10640266.2017.1366229>

Lewer, M., Bauer, A., Hartmann, A. S., & Vocks, S. (2017, December 1). Different facets of body image disturbance in binge eating disorder: A review. *Nutrients*, Vol. 9. <https://doi.org/10.3390/nu9121294>

Lewer, M., Nasrawi, N., Schroeder, D., & Vocks, S. (2016). Body image disturbance in binge eating disorder: a comparison of obese patients with and without binge eating disorder regarding the cognitive, behavioral and perceptual component of body image. *Eating and weight disorders : EWD*, 21(1), 115–125.

<https://doi.org/10.1007/s40519-015-0200-5>

Linardon, J. (2021) Positive body image, intuitive eating, and self-compassion protect against the onset of the core symptoms of eating disorders: A prospective study, *International Journal of Eating Disorders* 54, 1967-1977.

Mancuso, S. G. (2016). Body image inflexibility mediates the relationship between body image evaluation and maladaptive body image coping strategies. *Body Image*, 16, 28–31. doi:10.1016/j.bodyim.2015.10.003

Masuda, A., Price, M., Anderson, P. L., & Wendell, J. W. (2010). Disordered Eating-Related Cognition and Psychological Flexibility as Predictors of Psychological Health Among College Students. *Behavior Modification*, 34(1), 3–15.

<https://doi.org/10.1177/0145445509351569>

Mehling WE, Acree M, Stewart A, Silas J, Jones A (2018) The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness, Version 2 (MAIA-2). *PLOS ONE* 13(12): e0208034. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208034>

Mehling WE, Gopisetty V, Daubenmier J, Price CJ, Hecht FM, et al. (2009) Body Awareness: Construct and Self-Report Measures. *PLOS ONE* 4(5): e5614. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0005614>

Mehling, W. E., Price, C., Daubenmier, J. J., Acree, M., Bartmess, E., & Stewart, A. (2012). The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA). *PloS One*, 7(11), e48230. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048230>

Merwin M. Rhonda, Zucker Nancy L, Lacy Jennie L. & Elliott Camden A. (2010) Interoceptive awareness in eating disorders: Distinguishing lack of clarity from non-acceptance of internal experience, *Cognition and Emotion*, 24:5, 892-902, DOI: 10.1080/02699930902985845

Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C, Beumont PJ (2004) Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behav Res Ther* 42:551–567. doi:10.1016/S00057967(03)00161-X

Moore, M., Masuda, A., Hill, M. L., & Goodnight, B. L. (2014). Body image flexibility moderates the association between disordered eating cognition and disordered eating behavior in a non-clinical sample of women: A cross-sectional investigation. *Eating Behaviors*, 15, 664–669. doi:10.1016/j.eatbeh.2014.08.021

- Mountford, V. A., Brown, A., Bamford, B., Saeidi, S., Morgan, J. F., & Lacey, H. (2015). BodyWise: evaluating a pilot body image group for patients with anorexia nervosa. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 23(1), 62–67. <https://doi.org/10.1002/erv.2332>
- Myra J. Cooper, Christopher G. Fairburn, Thoughts about eating, weight and shape in anorexia nervosa and bulimia nervosa, *Behaviour Research and Therapy*, Volume 30, Issue 5, 1992, Pages 501-511, ISSN 0005-7967, [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(92\)90034-E](https://doi.org/10.1016/0005-7967(92)90034-E).
- Ogden, P., & Goldstein, B. (2017). Embedded relational mindfulness (ERM)© in child and adolescent treatment: A sensorimotor psychotherapy perspective. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 1, 171-176.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). WW Norton & Company.
- Ogden, P., Pain, C., & Fisher, J. (2006). A sensorimotor approach to the treatment of trauma and dissociation. *The Psychiatric clinics of North America*, 29(1), 263–xii. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.10.012>
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual review of psychology*, 53, 187–213. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103>
- Rachel D. Barnes, Stacey Tantleff-Dunn, Food for thought: Examining the relationship between food thought suppression and weight-related outcomes, *Eating Behaviors*, Volume 11, Issue 3, 2010, Pages 175-179, ISSN 1471-0153, <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2010.03.001>.
- Rosen, J. C., Srebnik, D., Saltzberg, E., & Wendt, S. (1991). Development of a body image avoidance questionnaire. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(1), 32–37. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.3.1.32>
- Sandoz E. K., & Wilson K. G. (July, 2006). Body Image Acceptance Questionnaire: embracing the ‘Normative Discontent.’ In Paper presented at the Association for Contextual Behavioral Science ACT/RFT World Conference. London, England.
- Sandoz, E. K., Wilson, K. G., Merwin, R. M., & Kate Kellum, K. (2013). Assessment of body image flexibility: The Body Image-Acceptance and Action Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2(1-2), 39–48. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.03.002>.
- Schilder, P. (1936). The image and appearance of the human body. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 83(2).

Serino, S., Pedroli, E., Keizer, A., Triberti, S., Dakanalis, A., Pallavicini, F., Chirico, A. e Riva, G. (2016) Virtual Reality Body Swapping: A Tool for Modifying the Allocentric Memory of the Body, *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking* 19 (2), 127-133.

Serino, S., Polli, N. e Riva, G. (2019) From avatars to body swapping: The use of virtual body reality for assessing and treating distortion in individuals with anorexia, *Journal of Clinical Psychology* 75, 313-322.

Shafran, R., Fairburn, C. G., Robinson, P., & Lask, B. (2004). Body checking and its avoidance in eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 35(1), 93–101. <https://doi.org/10.1002/eat.10228>

Siegel D.J. (1999), *The developing mind*, Guilford Press, New York.

Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. Guilford Press.

Steven C. Hayes, Jason B. Luoma, Frank W. Bond, Akihiko Masuda, Jason Lillis, *Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes*, *Behaviour Research and Therapy*, Volume 44, Issue 1, 2006, Pages 1-25, ISSN 0005-7967, <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>.

Thompson, J. K., Covert, M. D., & Stormer, S. M. (1999). Body image, social comparison, and eating disturbance: a covariance structure modeling investigation. *The International journal of eating disorders*, 26(1), 43–51. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199907\)26:1<43::aid-eat6>3.0.co;2-r](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199907)26:1<43::aid-eat6>3.0.co;2-r)

Vanderlinden J (2001). *Vincere l'anoressia nervosa. Strategie per pazienti, familiari e terapeuti*. Positive Press, Verona.

Walker, DC, White, EK, Srinivasan, V. A meta-analysis of the relationships between body checking, body image avoidance, body image dissatisfaction, mood, and disordered eating. *Int J Eat Disord*. 2018; 51: 745–770. <https://doi.org/10.1002/eat.22867>

Wendell, J. W., Masuda, A., & Le, J. K. (2012). The role of body image flexibility in the relationship between disordered eating cognitions and disordered eating symptoms among non-clinical college students. *Eating behaviors*, 13(3), 240–245. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.03.006>

Wendell, J. W., Masuda, A., & Le, J. K. (2012). The role of body image flexibility in the relationship between disordered eating cognitions and disordered eating symptoms among non-clinical college students. *Eating behaviors*, 13(3), 240–245. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.03.006>

Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z., & Kabat-Zinn, J. (2007). *The mindful way through depression: Freeing yourself from chronic unhappiness*. Guilford Press.

Wilson, G. T. (1999). Cognitive behavior therapy for eating disorders: Progress and problems. *Behaviour Research and Therapy*, 37(Suppl 1), S79–S95. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00051-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00051-0)

Woolhouse, H., Knowles, A., & Crafti, N. (2012). Adding mindfulness to CBT programs for binge eating: a mixed-methods evaluation. *Eating disorders*, 20(4), 321–339. <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.691791>

Ziser, K., Mölbert, S. C., Stuber, F., Giel, K. E., Zipfel, S., & Junne, F. (2018). Effectiveness of body image directed interventions in patients with anorexia nervosa: A systematic review. *The International journal of eating disorders*, 51(10), 1121–1127. <https://doi.org/10.1002/eat.22946>

## **RINGRAZIAMENTI**

Ringrazio il Prof. Meneguzzo, per avermi guidato e supportato nella fase più importante del mio percorso accademico. Un sentito grazie alla dr.ssa Chiara Cazzola, correlatore di tesi, nonché terapeuta che ha somministrato il trattamento oggetto della ricerca, per il supporto fornito e le dritte indispensabili.

Un ringraziamento a Villa Margherita, alla dr.ssa Patrizia Todisco e a tutta l'équipe del Reparto di Riabilitazione Psiconutrizionale che ha permesso la realizzazione di questa ricerca.

Un ringraziamento speciale a mamma e papà, Tecla e Omar, nonna Margherita e a tutta la mia famiglia.

Infine un ringraziamento a tutti gli amici, compagni di università e persone care che mi hanno accompagnato lungo questo percorso.