UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO - BICOCCA

Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione "Riccardo Massa"



DOTTORATO DI RICERCA IN SCIENZE DELLA FORMAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE XXVI ciclo

Benessere della persona, salute e comunicazione interculturale

SALUTE E PREVENZIONE

Immagine corporea, regolazione emotiva e percezione di sé: differenze individuali in età scolare

Coordinatore: Chiar.ma Prof.ssa Laura FORMENTI

Tutor: Chiar.ma Prof.ssa Maria Grazia STREPPARAVA

Candidato:

Alessia Plantulli

Matricola: 037503



<u>RINGRAZIAMENTI</u>

Ripercorrendo la mia strada, non posso fare a meno di pensare a quanti mi hanno fatto da ala... come quando un ciclista, impegnando ogni parte di sé per arrivare al traguardo e vincere, trova forza e sostegno nei compagni e nel tifo... in tutte le persone che gli offrono sostegno lungo il percorso.

In primis voglio ringraziare la professoressa Maria Grazia Strepparava, che mi ha concesso di svolgere anche questo nuovo percorso presso l'MHCL, e che, oltre a fornirmi indispensabili contributi scientifici, si è dimostrata una guida ricca di umanità profonda e sincera. A lei devo un ringraziamento particolare.

Ringrazio il professor Giorgio Rezzonico per avermi fatto conoscere la strada costruttivista e avermi aiutato a percorrerla attraverso il suo esempio.

Grazie a Rossella, Marco, Stefano e Federico, per la loro disponibilità: hanno 'vegliato' su questo lavoro offrendomi preziosi consigli ed hanno sempre messo a disposizione il loro tempo e le loro competenze per risolvere i miei dubbi.

Un grazie speciale alla mia "Ciccia" Deborah, che oltre a essere una validissima collega è diventata negli anni un punto fermo, una fonte di sicurezza e di sfogo, una persona indispensabile. Grazie per la condivisione, per avermi vista per come sono... grazie perché l'essenziale è invisibile agli occhi.

Grazie a Chiara, per avermi dedicato, e avere dedicato a questa tesi, il suo tempo prezioso tra una poppata e l'altra.

Grazie agli amici, per il loro sostegno, per essermi stati vicini e avermi sostenuto "a prescindere".

Grazie E...Manuela, per esserci, per avere condiviso i quattro anni di specializzazione e avere scelto di rimanere sulla mia strada.

Grazie Sergio, per avere accolto le lacrime dovute alla paura, all'ansia e allo sconforto, per avere accolto i sorrisi e le risate, per esserci sempre nelle follie anche quando siamo impegnati in un "passaggio difficile".

Grazie Marta, baccazza mia, per esserci stata durante gli anni dell'università, per avere condiviso con me l'Erasmus e altre mille emozioni... per esserci ancora, sempre e comunque.

Grazie Linda e Alessia, senza di voi molte volte mi sarei persa, grazie per il confronto, per la mano sempre tesa, per i pensieri costanti che avete per me, per l'ironia, per l'autoironia e per il "sarcasmo".

Grazie Gabriella, compagna e amica dei pazzi e tra i pazzi!

Grazie a mamma Cate e a papà per avermi sostenuto sempre, per la loro comprensione e per avermi lasciata libera di seguire le mie ambizioni e i miei sogni.

L'ultimo grazie, il più importante, a mio fratello Mimmo, per tutti gli insegnamenti di vita che mi ha donato e per tutto il coraggio e la voglia di riuscire che mi ha infuso con quei "Pizza butta la pasta" detti nei momenti più opportuni. Grazie per tutti gli aiuti taciti o espliciti, semplicemente grazie, perché sei un essere speciale, ed io avrò cura di te!

INDICE

INTRODUZIONE	1
INTRODUCTION	3
1. I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE	5
1.1 Una visione generale del disturbo	5
1.1.1 La storia	6
1.1.2 Inquadramento Diagnostico	11
1.1.2.1 Anoressia Nervosa	12
1.1.2.2. Bulimia Nervosa	13
1.1.2.3. Disturbo da Alimentazione Incontrollata	14
1.2 Sovrappeso e obesità: una forma di epidemia	18
1.3 Definire i disturbi del comportamento alimentare in età evolutiva	21
1.3.1 Anoressia Nervosa in età evolutiva	25
1.3.2 Abbuffate e Bulimia Nervosa in età evolutiva	28
1.3.3. Obesità in età evolutiva	29
1.4 Un approccio cognitivo-costruttivista ai disturbi del comportamento alimentare	32
2. I FATTORI DI RISCHIO	38
2.1 Descrizione dei fattori di rischio	38
2.2 L'immagine corporea	44
2.2.1 Origine del concetto	44
2.2.2 Definire l'immagine corporea	46
2.2.3 Insoddisfazione corporea e fattori di influenza	50
2.2.4 Insoddisfazione corporea e disturbi del comportamento alimentare	55
2.2.5 Insoddisfazione corporea in età evolutiva	59
2.3 Un approccio costruttivista all'immagine corporea	63
2.4 Emozioni e regolazione delle emozioni	66
2.4.1 Definire le emozioni	66
2.4.2 La competenza emotiva	67
2.4.2.1. Espressione delle emozioni	68
2.4.2.2. Comprensione delle emozioni	69
2.4.2.3 Regolazione delle emozioni	70
2.4.3 Emozioni, regolazione e disturbi del comportamento alimentare	76
2.5 Un approccio costruttivista alle emozioni e la loro regolazione	79

3. SALUTE E PREVENZIONE	84
3.1 Definire il concetto di salute	84
3.2 Definire il concetto di prevenzione	88
3.2.1 Definire il concetto di prevenzione educativa	94
3.3 Prevenzione del rischio e promozione della salute	96
3.4 La prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare	100
3.4.1. L'efficacia degli interventi di prevenzione dei disturbi de comportamento alimentare nelle scuole	el 104
4. LA RICERCA	109
4.1 Obiettivo generale	109
4.2 Metodi e materiali	110
4.2.1 Soggetti	110
4.2.2 Strumenti	111
- Body Mass Index - BMI	111
- Curve di Crescita di Cole	111
- Body Silhouette Chart	112
- Big-Five Questionnaire for Children - BFQ-C	112
- The emotion regulation questionnaire for children and adolescents ERQ-CA	- 118
- Weight Concern	119
4.2.3 Raccolta dati	119
4.2.4 Analisi statistiche	120
4.2.4.1 Operazioni preliminari	120
4.2.4.1 Procedure di analisi	120
4.3 Risultati studio 1 - Analisi in relazione alla soddisfazione della propria immagine corporea	121
4.3.1 Soggetti	121
4.3.2 Correlazione	123
4.3.3 Analisi Body Silhouette Chart	125
4.3.4 Risultati BFQ-C	129
4.3.5 Risultati ERQ-CA	131
4.3.6 Risultati Weight Concern	131
4.3.7 Conclusioni studio 1	133

4.4 Risultati studio 2 - Analisi in relazione al BMI	134
4.4.1 Soggetti	134
4.4.2. Correlazione	136
4.4.3 Risultati BFQ-C	137
4.4.4 Risultati ERQ-CA	139
4.4.5 Risultati Weight Concern	140
4.4.6 Conclusioni studio 2	142
4.5 Regressione	142
4.5.1 Conclusioni analisi di regressione	143
CONCLUSIONI	145
BIBLIOGRAFIA	157
ALLEGATI - PROTOCOLLO DI RICERCA	190
Allegato 1 - Carta d'Identità	191
Allegato 2 - Curve di crescita di Cole	192
Allegato 3 - Body Silhouette Chart	195
Allegato 4 - Big-Five Questionnaire for Children (BFQ-C)	196
Allegato 5 - The Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA)	204
Allegato 6 - Weight Concern	205

INTRODUZIONE

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono un gruppo di condizioni estremamente complesse, caratterizzate da anomalie nei *pattern* di alimentazione, da un eccesso di preoccupazione per la forma fisica, da alterata percezione dell'immagine corporea e da una stretta correlazione tra questi e i livelli di autostima (Fairburn & Harrison, 2003; Siegel, 2008; American Academy of Pediatrics, 2010; Dalle Grave, 2011).

A partire dagli anni '50 del secolo scorso, si è assistito a un progressivo aumento dei DCA (Dalle Grave, 2011), tanto che nel Piano Nazionale della Prevenzione si afferma che "la diffusione dei DCA ha una rapidità e una rilevanza sconcertanti: non si ha alcun altro tipo di malattia psichiatrica con una simile propagazione e con le caratteristiche di una vera e propria epidemia sociale" (Ministero della Salute, 2010).

Contemporaneamente vi è stato un decremento dell'età di insorgenza (Favaro, Caregaro, Tenconi, Bosello & Santanastaso, 2009). Ne deriva che, nell'ambito dell'età evolutiva, è oggi necessario dedicare maggiore attenzione ai DCA, anche perché permane un eccessivo ritardo diagnostico che può influire negativamente sul percorso terapeutico e sulla prognosi (American Academy of Pediatrics, 2010; Nicholls, Hudson & Mahomed, 2011).

È necessario riuscire a intervenire in modo preventivo in quest'ambito. È di fondamentale importanza, dato il preoccupante aumento di questi disturbi, implementare e affinare i programmi di sensibilizzazione e prevenzione, identificando i fattori di rischio, le fasce di età e i gruppi maggiormente vulnerabili. Per la messa a punto di programmi efficaci è necessario, dunque, comprendere il funzionamento globale delle persone più vulnerabili alla tematica.

Mentre sono state ampliamente indagate le caratteristiche personologiche, e i processi cognitivi-affettivi delle persone che presentano, a vario titolo, delle problematiche legate all'alimentazione in età adolescenziale e adulta, le indagini sui processi cognitivi-affettivi-relazionali dei bambini che si configurano come soggetti potenzialmente a rischio, e le ricerche che monitorano il percorso evolutivo che porta allo sviluppo di un DCA sono decisamente poco rappresentate.

Aspetto chiave, in questo contesto, è l'ipotesi che non prevede la visione dei DCA

e dell'obesità come diade differente, ma che, al contrario, ritiene che i soggetti che presentano difficoltà legate all'alimentazione, di qualunque natura esse siano, siano inquadrabili in un unico continuum, in quanto, condividono sia alcuni specifici meccanismi psicologici, sia i modi di percepire la propria esperienza e attribuirvi il proprio significato (Guidano, 1987, 1991; Arciero, 2002). I DCA e l'obesità rappresentano, in quest'ottica teorica cognitivo-costruttivista, le due estremità dei disturbi clinici collegati al peso.

La ricerca che è stata oggetto della tesi di dottorato ha preso in esame, e approfondito, alcuni aspetti critici che, secondo la letteratura, costituiscono dei presupposti e dei fattori di rischio, aumentando la vulnerabilità allo sviluppo di problematiche legate all'alimentazione. Tra gli aspetti ritenuti fondamentali per la genesi e il mantenimento di queste problematiche, ci si è riferiti in particolare all'insoddisfazione corporea e alla preoccupazione verso il proprio peso, accanto a dimensioni più legate al funzionamento generale quali i fattori di personalità e la regolazione emotiva.

La ricerca ha coinvolto 235 bambini frequentati le ultime tre classi della scuola primaria di primo grado.

I dati raccolti evidenziano che l'insoddisfazione corporea, cioè la discrepanza tra sé reale e sé ideale, è un aspetto già presente nei bambini coinvolti nella ricerca. Come atteso, non estranea all'insoddisfazione corporea e alla classe ponderale di appartenenza è la preoccupazione per il peso.

L'insoddisfazione corporea e la preoccupazione per il peso incrociate con stimoli ambientali e culturali costituiscono un fattore di vulnerabilità il cui impatto sembra correlare con l'effettivo insorgere di un DCA negli anni successivi. La potenza di tale impatto è da indagare insieme alla valutazione di quali possono essere i fattori protettivi.

Essendo la ricerca guidata non solo da uno scopo conoscitivo, ma anche applicativo, i risultati emersi sono rilevanti al fine di progettare programmi di sensibilizzazione e di prevenzione mirati ed efficaci all'interno dell'ambito scolastico. La scuola è da intendersi non solo come istituzione che debba passare ai discenti delle conoscenze formali, ma anche come istituzione al cui interno il discente è accompagnato e guidato nel suo percorso di crescita e sviluppo personale.

INTRODUCTION

Eating disorders are a group of extremely complex conditions that include disordered-eating patterns, excessive body shape concerns, distorted body image perception with a strict correlation between those factors and the level of self-esteem (Fairburn & Harrison, 2003; Siegel, 2008; American Academy of Pediatrics, 2010; Dalle Grave, 2011).

Starting from 1950 there has been a progressive increase of eating disorder cases (Dalle Grave, 2011) as it is also recognized by the Italian National Prevention Plan that states "Eating disorders increase shows outstanding relevance and growth-rate: there's no other mental disorder with such a growth-rate and with the characteristics of a real social epidemic" (Italian Ministry of Health, 2010).

At the same time there has been a decrease of the age-of-onset (Favaro, Caregaro, Tenconi, Bosello & Santanastaso, 2009) and there is still an excessive delay in the diagnosis that can negatively affect the course of treatment and the prognosis (American Academy of Pediatrics, 2010; Nicholls, Hudson & Mahomed, 2011). As a result, it is necessary nowadays to pay more attention to eating disorders starting from childhood and adolescence.

Prevention is a key factor. Given the alarming increase of those disorders, it is crucial to implement and enhance awareness-raising and prevention programs to identify risk factors and the most exposed age-groups and categories. The definition of an effective plan it is indeed necessary to understand the psychological functioning of the most vulnerable people.

While several studies have investigated personality traits and cognitive-affective-relational processes in adolescents and adults with eating disorders, only few studies focused the attention on children. Moreover, regardless of age, little is known about the evolution process that leads to eating disorders.

A key factor, in this regard, is the cognitive-constructivism theory according to which eating disorder and obesity are not different diseases. On the contrary, this theory states that people with difficulties linked to eating, can be described in a continuum as they share specific psychological mechanisms and also the way they make sense of events that occur in their life (Guidano, 1987, 1991; Arciero, 2002). According to the

theory eating disorders and obesity are on the two ends of this continuum.

The research included in my PhD thesis analyzes in depth the main aspects that, according to literature, represent risk factors that increase vulnerability and contribute to the development and maintenance of eating disorders. Among these factors particular focus was given to body dissatisfaction and weight concerns, together with aspects linked to the general functioning, such as personality and emotion regulation.

The research involved 235 children, aged between 8 and 11 years, attending the primary school.

Collected data points out that almost half of the sample is not satisfied with their body image, showing discrepancies between ideal and real body image. As expected, weight concerns are strictly correlated with body dissatisfaction and BMI of the child.

The combination of body dissatisfaction and weight concerns, together with environmental and cultural stimuli, represents a vulnerability factor which appears to be correlated to the future development of an eating disorder. The degree of the impact should be investigated together with the analysis of the protective factors that may intervene.

This study is aimed at building knowledge and at supporting practice. Analysis findings can support awareness-raising and prevention programs with particular focus on primary school. School, besides being the institution designed to transfer formal knowledge to students, is the environment in which they are guided through their growth and personal development.

1. I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

1.1 Una visione generale del disturbo

Con le locuzioni Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), o Disturbi Alimentari Psicogeni (DAP), si indicano tutte quelle problematiche, di pertinenza principalmente psichiatrica, che concernono il rapporto tra gli individui e il cibo. I DCA e l'obesità costituiscono due dei più frequenti disturbi clinici, e sono caratterizzati da uno stato patologico e mortalità che è tra i più alti considerando qualsiasi altra condizione correlata alla salute psicologica.

Le ricerche condotte per individuare i possibili fattori di rischio per lo sviluppo di questi disturbi hanno consentito di individuare la loro natura multicausale, implicando di necessità la scelta di un modello esplicativo biopsicosociale (Leung, Lau, Tse & Oppenheimer, 1996), che comprenda le predisposizioni biologiche, gli aspetti psicologici individuali, il percorso di sviluppo, le dinamiche familiari e le influenze socioculturali (Stein et al., 1999; Kendler, Neale, Kessler, Heath & Eaves, 1991; Nagel & Jones, 1992).

In generale le ricerche condotte sui DCA hanno permesso di giungere a una serie di conclusioni condivise.

In primo luogo si ritiene che siano disturbi complessi, con molti aspetti irrisolti, che riguardano in particolare l'eziologia, i fattori di protezione, l'eterogeneità, l'efficacia dei programmi terapeutici e di prevenzione e la gestione della cronicità. In secondo luogo i DCA esordiscono in forma conclamata in età preadolescenziale e adolescenziale con una tendenza, negli anni, all'anticipo delle prime manifestazioni (Favaro, Caregaro, Tenconi, Bosello & Santanastaso, 2009). In aggiunta essi sono meglio concettualizzati se visti come una via finale comune che può derivare da un'ampia gamma di interazioni tra fattori psicosociali e vulnerabilità individuale, fisica e psicologica. Inoltre sono ormai conosciuti i principali fattori di rischio tra cui ritroviamo l'insoddisfazione corporea, cui è collegata l'interiorizzazione dell'ideale di magrezza e la rappresentazione negativa dell'obesità; gli elementi familiari e genetici; i fattori neurofisiologici e neurotrasmettitoriali. L'esposizione ai mass media e ancora di più al gruppo dei pari sono elementi che sembrano attivare più che produrre un modello di magrezza desiderabile e risultano perciò influenti solo nel caso di soggetti già

predisposti a valutare se stessi in termini di forma, peso e bellezza, all'interno di una cultura che promuove comunque la desiderabilità di un corpo snello (Musaiger & Al-Mannai, 20013; Chang, Lee, Chen, Chiu, Pan & Huag, 2013; Galioto & Crowter, 2013; Owen & Spencer, 2013; Tatangelo & Ricciardelli; 2013; Carey, Donaghue & Broderick, 2014). Infine si sottolinea anche il ruolo delle diete e il ruolo di elementi psicopatologici quali il perfezionismo clinico (Patternson, Wang & Slaney, 2012; Joyce, Watson, Egan & Kane, 2012; Brown, Parman, Rudat & Craighead, 2013; Wade & Tiggemann, 2013; Paulson & Rutledge, 2014), la bassa autostima (Flament, Hill, Buchholz, Henderson, Tasca & Goldfield, 2012; Murray, Rieger & Byrne, 2013), l'intolleranza alle emozioni (Spence & Courbasson, 2012; Kanakan, Krug, Raoult, Collier & Treasure, 2013), i problemi nei rapporti interpersonali e i costrutti culturali di genere presenti in ogni società (Vermuri & Steiner, 2009; Forney & Ward, 2013; Keel & Forney, 2013).

1.1.1 La storia

Sebbene negli ultimi decenni si stia assistendo a una sempre più vasta diffusione dei disturbi del comportamento alimentare, queste affezioni non possono essere considerate definitivamente nuove patologie. Le prime descrizioni cliniche di comportamenti alimentari anormali risalgono a molti secoli fa: le ricostruzioni della vita di alcune sante cristiane rappresentano inequivocabili esempi di condotta anoressica, mentre, la descrizione di eccessi di fame compulsiva e insaziabile sono presenti già nell'antica letteratura greca ed ebraica.

Riguardo alla patologia anoressica, alcune tra le più grandi mistiche medievali manifestarono la loro ribellione alle consuetudini sociali dell'epoca tramite la pratica ostinata del digiuno e del vomito autoindotto, connotando in tal modo la ferma volontà di seguire le proprie scelte nonostante le pressioni contrarie dell'ambiente esterno. Il comportamento di queste sante si inseriva nello spirito del tempo, nella cornice di una rigorosa fede religiosa condivisa dalla cultura dell'epoca. Anche il disturbo anoressico attuale si inserisce nello spirito della nostra era, non più nell'ambito dei valori religiosi dominanti, ma nell'ambito dei valori estetici che predominano nella nostra civiltà.

Nella patologia anoressica dei nostri giorni abbiamo una pratica, la dieta, consentita e consigliata nella cultura vigente ma portata all'esasperazione. Nella

patologia anoressica moderna, l'elemento fondamentale è la relazione con l'immagine del corpo, il rifiuto dell'idea di pesare troppo e la sensazione di essere sovrappeso pur non essendolo o essendo addirittura sottopeso.

Pur essendo noti fin dall'antichità, solo di recente i DCA sono stati oggetto di ricerche e di studi sistematici sul piano psicopatologico e clinico. Considerati a lungo disturbi endocrini, oppure sintomi o varianti di altre patologie come l'isteria, la nevrosi ossessiva, la schizofrenia e i disturbi dell'umore, questi disturbi vedono oggi riconosciuta la loro autonomia nosografica.

La prima cronaca medica, relativa ai DCA, è stata descritta nel 1689 dal medico inglese Morton che, nel suo trattato "*Physiologia*", cita due casi di anoressia nervosa: quello di una ragazza ridotta a pelle e ossa, con bassissima temperatura corporea e la sospensione dei cicli mestruali, che va incontro alla morte, e quello di un ragazzo afflitto dallo stesso disturbo che, data la sintomatologia più sfumata, guarisce. Questi due giovani mostravano quasi tutti i sintomi della moderna anoressia. Morton descrive la sindrome come una "consunzione nervosa" che si manifesta attraverso tristezza e preoccupazioni ansiose attribuite allo "star sempre sui libri", segni perciò di patologie dell'intelletto (Bhanh & Newton, 1985).

Altri due casi di anoressia furono documentati dai medici Whytt nel 1764 e Willan nel 1790 nelle loro opere "A nervous atrophy" e "A remarcable case of abstinence". Nel caso riferito da Whytt un ragazzo quattordicenne, si era ridotto pelle e ossa per il digiuno, cadendo preda di tanto in tanto di violenti attacchi di fame con abbuffate accompagnate da veloci digestioni.

Un secolo più tardi, la stessa patologia fu descritta in Francia dal neurologo parigino Lasègue nel 1873, e nello stesso anno in Inghilterra da Sir Gull, il medico che per primo ha attribuito il nome alla sindrome. Lasègue, nell'esaminare questa psicopatologia, identificò il nucleo della malattia nella "perversione intellettuale che assicura una patologica tranquillità mediante il disconoscimento dello stato fisico" (Vandereycken & van Deth, 1994).

Per oltre un secolo, dagli studi di Lasègue e Gull, l'anoressia nervosa è stata considerata ora una malattia a sé stante, ora una variante di altre malattie. Nella seconda metà dell'Ottocento, molti clinici la consideravano un fenomeno isterico. Lo stesso Lasègue chiamava questa malattia "Anorexie Hystèrique" e Gilles De la Tourette distingueva una forma dovuta a isteria e una forma gastrica causata da disturbi

gastrointestinali.

Così, le manifestazioni anoressiche sono state talvolta interpretate come una forma dell'isteria, soprattutto da parte dei primi autori psicoanalitici (Waller, Kaufman & Deutsch, 1940), altre volte come una forma del disturbo ossessivo (la proposta originaria è di Palmer e Jones nel 1938, ripresa e sostenuta da Rothenberg nel 1986 e nel 1993) oppure come forma dissociativa (Nicolle, 1939), o pre-psicotica (Bischof, 1992). A questo proposito, un pioniere sugli studi dell'anoressia, Marcè, già nel 1860, l'aveva definita delirio ipocondriaco (Silverman, 1989) e anche altri autori psicoanalitici avevano mostrato gli aspetti psicotici della struttura psicopatologica e del transfert delle pazienti anoressiche.

Oggi, i DCA vengono descritti e si presentano come una malattia specifica della civiltà occidentale, frutto dei nostri tempi; eppure sono state ripetutamente segnalate possibili relazioni fra questa manifestazione morbosa e altri fenomeni che appartengono a contesti storici e culturali diversi. Nella comprensione del vissuto dei soggetti anoressici, infatti, spesso si ritrovano riferimenti a comportamenti e manifestazioni che hanno un sapore antico (l'eccesso, il controllo, l'entusiasmo, la sfida) e che riportano a figure quale l'eroe.

Sull'argomento della storia dell'anoressia, del digiuno e della bulimia sono stati pubblicati svariati lavori che si esplicano attraverso impostazioni metodologiche piuttosto diverse fra loro.

Una prima ipotesi, denominata "principio della continuità storica", ritiene che i comportamenti alimentari patologici siano simili sia nel corso dei secoli sia sul piano della struttura psicopatologia (Brumberg, 1988). Questo punto di vista si fonda sull'equivalenza fra casi storici e casi clinici ponendo a posteriori la diagnosi di DCA. Fra le ricerche di eccellenza, vi è la tesi dello storico americano Bell (1985) che individua in alcune sante medioevali, più che manifestazioni mistiche, i sintomi dell'anoressia nervosa. In numerose riviste scientifiche sono apparsi articoli ispirati a questo tipo di analisi, sia in riferimento a casi più recenti che ad altri più remoti. Pur sostenendo la posizione della continuità, Bemporad (1996) si distingue per il tentativo di un approccio complessivo che tiene conto sia della storia del disturbo, sia dell'interpretazione socioculturale, poiché considera le patologie alimentari fenomeni specifici della società occidentale fin dalle sue origini giudaico-cristiane. In questo senso egli sottolinea la continuità tra i fenomeni del digiuno rinascimentale e le attuali

anoressie.

Una seconda ipotesi, il "principio della discontinuità storica", pur riconoscendo la continuità di alcuni comportamenti alimentari nel corso del tempo, ritiene che la diagnosi di DCA sia legata a uno specifico contesto culturale. Rappresentativa in questo senso è la posizione di Habermas (1992, 1994), secondo cui, la storia dell'anoressia e della bulimia non inizia prima della metà del diciottesimo secolo, quando nasce la definizione di malattia anoressica come specifica identità nosografica caratterizzata non solo dal digiuno, ma anche dalla peculiarità del rapporto con il corpo, inteso nella specificità di un disturbo dell'immagine corporea. Pur riconoscendo dei casi clinici nei comportamenti di digiuno prenosografici, Habermas ritiene che vadano attribuiti ad ambiti culturali diversi e quindi non siano confrontabili con il digiuno della patologia anoressica. Vengono distinti i casi di digiuno in contesti ascetico-mistici tipici dell'antichità da quelli successivi che apparterrebbero a una tradizione miracolososecolare. Solo a partire da questi ultimi, che avvengono in un ambito medico-scientifico, diventa possibile porre le diagnosi e, dunque, operare dei confronti.

Vandereyken e Van Deth (1994) hanno studiato i casi di digiuno con l'intento di capire gli antecedenti socioculturali dell'anoressia intesa come malattia multifattoriale, fortemente collegata al contesto storico. Gli autori, nello spiegare in maniera critica i comportamenti di digiuno e nel raccogliere un'esaustiva quantità di materiale che spazia in diversi ambiti della vita sociale e culturale, evidenziano gli elementi di continuità e discontinuità fra questi e la moderna anoressia. Dopo avere preso in esame le storie delle digiunatrici religiose o degli asceti e dei digiunatori laici, non si preoccupano, di formulare a posteriori diagnosi di anoressia, ma di capire come il digiuno sia entrato progressivamente nel linguaggio medico e nella clinica psichiatrica definendosi come sindrome specifica. Per questi studiosi è più importante riconoscere le radici culturali della scoperta dell'anoressia, piuttosto che discriminare quali comportamenti del passato vadano attribuiti nell'ambito psicopatologico e quali no.

A prescindere dai dibatti sulla continuità storica o meno dei DCA, Garfinkel e Garner (1982), all'interno del modello eziologico multifattoriale, considerano particolarmente importanti alcuni fattori di tipo socio-culturale. Questi fattori sono generalmente considerati tipici delle cosiddette società occidentali ad alta industrializzazione ed elevato tenore di vita. L'enfasi degli autori sugli elementi socioculturali si spiega con il fatto che, dagli anni sessanta, i DCA hanno assunto una

diffusione epidemica proprio nelle società occidentali.

A loro volta, circolarmente, questi fattori socioculturali servono a spiegare brillantemente alcune caratteristiche particolari assunte dai DCA in seguito alla loro diffusione. Tra queste peculiarità figurano svariati elementi: la grande importanza assunta da alcuni aspetti fenomenologici, come la paura di ingrassare e i conseguenti disturbi dell'immagine corporea (Gordon, 1998); l'insorgere di un nuovo ideale di bellezza femminile cosiddetto tubolare, diventato popolare tra i media dell'occidente (Garfinkel & Gardner, 1982) e l'incremento della vulnerabilità psicologica delle adolescenti occidentali rispetto alle prese in giro nel gruppo dei pari (Cash, Winstead & Janda, 1986; Striegel-Moore, 1997; Musaiger & Al-Mannai, 20013; Chang et al., 2013; Galioto & Crowter, 2013; Owen & Spencer, 2013; Tatangelo & Ricciardelli, 2013; Carey, Donaghue & Broderick, 2014).

Gordon (1990) suggerisce che ogni tentativo di comprensione di un DCA si debba collocare in una prospettiva culturale, poiché identifica in questo tipo di disturbi uno dei disturbi che Devereux (1972) definisce etnici, vale a dire caratterizzati da un modello cognitivo-comportamentale deviante che, per le sue dinamiche, esprime contraddizioni cruciali e l'ansia di fondo tipica di una particolare società umana in un determinato momento storico.

Più di recente, Arciero (2002) ha evidenziato come ogni epoca della coscienza umana sia stata caratterizzata da un criterio di ordinamento della realtà e individua almeno due ordini di fattori, a suo avviso epocali, che concorrerebbero allo sviluppo del fenomeno. In primo luogo è evidente che in una civiltà preoccupata di soddisfare la fame, una patologia legata al disturbo del cibo non può emergere su vasta scala. Con l'emancipazione dei bisogni materiali, il cibo, nel perdere il carattere di necessità, entra in una sfera più astratta; in larghi strati della popolazione occidentale si pensa a come, quando e cosa mangiare, piuttosto che a sfamarsi. L'Occidente ha visto, a partire dagli anni sessanta, lo sviluppo progressivo di tecnologie e dei mezzi di comunicazione di massa (Blanco & Reda, 2004). Il mutamento dell'ambiente umano, generato dalle nuove prospettive offerte dalla tecnica, ha favorito la comparsa di forme inesplorate di costituzione dell'identità personale. L'uomo comincia a cercare fuori di sé, nel grande palcoscenico della realtà rappresentata dai media, le linee su cui modellare le proprie azioni e le proprie emozioni, le fonti esterne cui conformarsi, le immagini condivise cui adattarsi e attraverso le quali riconoscersi. L'esteriorità comincia in tal modo a orientare

l'educazione dei bambini e le transizioni interpersonali, oltre a definire gli stati interni.

A prescindere dai presupposti metodologici, se si ammette che il rapporto con il cibo affonda le radici nella storia dell'umanità e nei miti e assume una funzione significante particolare, si dovrà ammettere che il nutrirsi e il digiunare sono carichi di valore allegorico. Il nutrirsi troppo e il rifiuto del cibo non sono mai passati sotto silenzio: quando un soggetto mette in atto queste azioni, chiunque sia, incontra lo sguardo dell'altro, provoca stupore; la sua vicenda è raccontata e il suo segreto proclamato al mondo. Quando quest'altro è un medico, lo stupore è accantonato per fare spazio all'indagine diagnostica (Santonastaso, 1993).

1.1.2 Inquadramento Diagnostico

Negli ultimi anni, l'inquadramento diagnostico dei DCA ha subito notevoli cambiamenti. A prescindere dalle speculazioni classificatorie, l'esperienza clinica rivela l'esistenza di una notevole variabilità all'interno degli stessi, per quanto riguarda i livelli di gravità sintomatologica e l'espressività psicopatologica. Se all'osservazione specialistica giungono le forme più gravi di patologia, è altresì vero che esistono forme subcliniche, che non arrivano a soddisfare i criteri per la diagnosi. Ci sono segni e sintomi che, pur non costituendo criteri diagnostici sono quasi invariabilmente presenti nei pazienti con un DCA, e ne configurano il peculiare aspetto cognitivo, emotivo, comportamentale e personologico; la pressione culturale verso la magrezza e la forma fisica potrebbero interagire con queste caratteristiche, dando luogo a quadri di gravità ed espressività clinica variabili, appartenenti a uno spettro comune e idealmente collocabili lungo un continuum.

In generale i DCA sono caratterizzati da persistenti problemi con il cibo o con i comportamenti a esso collegati, da cui risulta un'alterata assunzione o assimilazione del cibo, e da una significativa compromissione della salute fisica o delle funzioni psicosociali. Il recentissimo Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, (DSM-V; APA, 2013) classifica come disturbi del comportamento alimentare l'Anoressia Nervosa, la Bulimia Nervosa e il Disturbo da Alimentazione Incontrollata.

L'obesità, cioè l'eccesso di grasso corporeo, risulta da un lungo periodo caratterizzato dall'assunzione di eccessive quantità di energie rispetto a quelle consumate, e non è inclusa in nessuna delle edizioni del DSM.

In ambito psicopatologico è considerata come una condizione che, pur richiedendo attenzione e cure mediche, non è da inquadrarsi come disturbo mentale. Tuttavia, esistono consistenti associazioni tra l'obesità e alcuni disturbi mentali come per esempio il *binge eating*, i disturbi depressivi e bipolari e la schizofrenia.

1.1.2.1 Anoressia Nervosa

Il termine anoressia, dal greco *anorexia*, composto da *an* ovvero "senza" e *òrexis* ovvero "appetito", corrisponde come definizione alla mancanza o riduzione dell'appetito; si tratta di un sintomo che accompagna numerose e distinte malattie, ed è dovuto a diverse cause.

Comunemente il termine è usato come sinonimo di anoressia nervosa; sindrome caratterizzata dalla presenza di un'immagine corporea distorta e un'attenzione eccessiva verso la dieta, che porta a una grave perdita di peso accompagnata dalla paura patologica di ingrassare o diventare grassi.

L'anoressia nervosa, secondo i criteri diagnostici del DSM-V, attualmente in uso, è caratterizzata dai seguenti sintomi clinici:

Criteri per la diagnosi

- A. Restrizione dell'apporto energetico rispetto al fabbisogno, la restrizione porta ad assumere un peso corporeo significativamente basso rispetto ai normali standard per età, sesso, linea di sviluppo e salute fisica. Peso significativamente basso può essere definito come un peso inferiore al minimo normale o, per bambini e adolescenti, inferiore a quello minimo previsto.
- B. Intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, o persistenti comportamenti che interferiscono con l'acquisizione di peso, anche quando si è significativamente sottopeso.
- C. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima, o rifiuto di ammettere la gravità dell'attuale condizione di sottopeso.

Immagine 1.1 - Criteri diagnostici per l'Anoressia Nervosa - DSM-V (APA, 2013)

Va precisato che l'anoressia nervosa si distingue in due sottotipi: con *restrizioni*, in cui il soggetto non presenta regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione e in cui la perdita di peso è dovuta primariamente alla dieta eccessiva, al digiuno e/o eccessivo esercizio fisico; e il sottotipo con *abbuffate/condotte di eliminazione*, in cui il soggetto che ne è affetto ha un comportamento caratterizzato da regolari abbuffate seguite da condotte di eliminazione come vomito autoindotto, uso di lassativi, diuretici o enteroclismi.

Rispetto alle precedenti edizioni del DSM, con particolare riferimento al DSM-IV-TR (APA, 2000), la nuova edizione, la V, ha apportato ai criteri pochi ma importanti cambiamenti.

Il criterio incentrato su comportamenti specifici, come limitare l'assunzione di calorie, non include più la parola *Rifiuto* (*rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra del peso minimo normale per l'età e la statura*) poiché il termine implica l'intenzionalità del soggetto, e l'aspetto è difficile da valutare.

Il precedente criterio che si riferiva all'amenorrea, cioè all'assenza del ciclo mestruale da almeno tre mesi, è stato eliminato. L'eliminazione si basa sull'inapplicabilità del criterio al genere maschile e alle femmine in età pre-menarca, donne che prendono contraccettivi orali o donne in menopausa. Inoltre, in alcuni casi, i soggetti possono presentare sintomi o segnali di anoressia nervosa mantenendo comunque il ciclo mestruale inalterato.

1.1.2.2. Bulimia Nervosa

La bulimia, dal greco *limos* ovvero "fame" e *bous* ovvero "bue", corrisponde, come definizione, solo alla presenza di ricorrenti episodi di abbuffate (*binge-eating*); tali episodi possono essere presenti come sintomo in differenti patologie.

La prima descrizione compiuta come sindrome, con la specifica denominazione di bulimia nervosa, si deve a Russell (1979), in cui agli episodi di *binge-eating* si affiancano le condotte di eliminazione e la paura morbosa di ingrassare.

L'inserimento nelle grandi classificazioni nosografiche avviene in forma rudimentale nel 1980 nel DSM-III (APA, 1980). Solo dal 1987, con l'uscita della versione riveduta del DSM-III-TR (APA, 1987), ha preso il nome di bulimia nervosa e ha acquistato finalmente la propria entità autonoma nell'ambito dei DCA. Infine, nel DSM-IV (APA, 1994) viene inserita nei disturbi psichiatrici dell'età adulta e i suoi criteri diagnostici vengono delineati con maggior precisione. Come indicato per l'anoressia nervosa, anche per la bulimia, si sono avute delle revisioni nei criteri diagnostici indicati nelle diverse versioni del DSM, fino ad arrivare a quelli attualmente in uso nel DSM-V.

- A. Ricorrenti abbuffate: Un'abbuffata è caratterizzata da entrambi i seguenti:
 - 1) Mangiare in un definito periodo di tempo, una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili.
 - 2) Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio.
- B. Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, enteroclismi o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo.
- C. Le abbuffate e le condotte compensatorie avvengono entrambe in media almeno una volta la settimana, per tre mesi.
- D. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati della forma e dal peso corporei.
- E. L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di Anoressia Nervosa.

Immagine 1.2 - Criteri diagnostici per la Bulimia Nervosa – DSM-V (APA, 2013)

I criteri sottolineano come, non solo la condotta alimentare distorta sia caratteristica, ma siano centrali anche la percezione di perdita del controllo e i frequenti comportamenti volti a compensare l'accumulo calorico assunto. Sebbene durante l'abbuffata il soggetto possa sentirsi gratificato, con riduzione dell'ansia, molto spesso l'abbuffata comporta una sgradevole autocritica con l'insorgenza di forti sensi di colpa e vergogna di se stesso e ulteriore compromissione della già scarsa autostima.

La nuova edizione del DSM ha apportato come unico cambiamento ai criteri, rispetto alla precedente edizione, la riduzione della frequenza delle abbuffate e delle condotte compensatorie passando da due a una volta la settimana, per almeno tre mesi.

1.1.2.3. Disturbo da Alimentazione Incontrollata

Il disturbo da alimentazione incontrollata, detto anche BED (acronimo dell'inglese *Binge Eating Disorder*) è un disturbo del comportamento alimentare che si presenta clinicamente con episodi di abbuffare tipici della bulimia nervosa, senza però mostrare i comportamenti compensatori tipici di quest'ultima, quali vomito, abuso di lassativi o diuretici. Solitamente nelle persone affette dal disturbo le abbuffate sono associate a una sensazione di perdita di controllo cui fanno seguito vissuti di colpa, disgusto e disagio verso se stessi e il proprio comportamento.

La definizione del BED è molto recente: solo dal 1994 il BED è stato descritto in modo chiaro ed esaustivo e inserito nel DSM-IV all'interno del vasto gruppo dei Disturbi dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificati (STED). Tuttavia solo nel

DSM-V è stato inserito come categoria diagnostica se stante.

Il BED è la logica estensione del concetto originale di *binge eating* proposto da Stunkard nel 1959.

Yanovski, Nelson, Dubbert, e Spitzer (1993) ritengono che negli Stati Uniti il BED colpisca dal 10% al 30% degli obesi. In uno studio condotto nel nostro paese, la prevalenza di BED tra i soggetti che si rivolgono a un centro specialistico per l'obesità è risultata intorno all'8% (Mannucci et al., 2001). Tendenzialmente, colpisce in egual misura uomini e donne, e l'insorgenza del comportamento alimentare incontrollato avviene di solito all'inizio della quarta decade (Garner & Dalle Grave, 1999).

Per pronunciare una diagnosi di BED devono essere soddisfatti i seguenti criteri:

Criteri per la diagnosi

- A. Ricorrenti abbuffate. Un'abbuffata è caratterizzata da entrambi i seguenti comportamenti:
 - Mangiare in un periodo di tempo circoscritto (per esempio nell'arco di due ore), una quantità di cibo che è indiscutibilmente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso periodo di tempo in circostanze simili;
 - 2. Senso di perdita di controllo sull'atto di mangiare durante l'episodio (per esempio sentire di non poter smettere di mangiare o di non poter controllare cosa o quanto si sta mangiando).
- B. Gli episodi di abbuffate compulsive sono associati ad almeno tre dei seguenti criteri:
 - 1. Mangiare molto più rapidamente del normale;
 - 2. Mangiare fino ad avere una sensazione dolorosa di essere troppo pieni;
 - 3. Mangiare grandi quantità di cibo pur non sentendo fame;
 - 4. Mangiare in solitudine a causa dell'imbarazzo per le quantità di cibo ingerite;
 - 5. Provare disgusto di sé, depressione o intensa colpa dopo aver mangiato troppo.
- C. Le abbuffate suscitano una marcata sofferenza.
- D. Le abbuffate avvengono, in media, almeno una volta alla settimana per tre mesi.
- E. Le abbuffate non sono associate all'uso ricorrente di condotte compensatorie inadeguate come nella bulimia nervosa e il disturbo non si riscontra soltanto nel corso di anoressia o bulimia nervosa.

Immagine 1.3 - Criteri diagnostici per il Disturbo da Alimentazione Incontrollata - DSM-V (APA, 2013)

Come detto in precedenza, solo nel 2013, con la pubblicazione del DSM-V il disturbo ha acquisito un'entità nosografica a se stante. Il BED, come si evince dai criteri soprastanti, è definito come un disordine caratterizzato dall'assunzione di grandi quantità di cibo in un breve periodo di tempo (quantità maggiori di quelle che la maggior parte delle persone mangerebbe nelle stesse circostanze) associato a una marcata sensazione di perdita di controllo. Talvolta, i soggetti affetti dal disturbo mangiano molto velocemente, anche quando non sono affamati, inoltre, possono mostrare senso di colpa, imbarazzo o disgusto verso se stessi e possono mangiare da soli

e di nascosto, per nascondere questi comportamenti. Il disturbo è associato a elevata sofferenza e per la diagnosi deve occorre, in media, almeno una volta alla settimana nell'arco di tre mesi.

I motivi per cui il BED ha assunto un'entità nosografica a sé stante sono molteplici. Prima di tutto, dalla sua individuazione iniziale (Spitzer et al., 1992) ai giorni nostri, questo disturbo ha dimostrato di essere più diffuso di quanto ci si potesse aspettare. Il BED si differenzia inoltre su molti aspetti rispetto ai DCA e alle altre manifestazioni patologiche relegate alla categoria STED (Grilo, 2006). Ad esempio, il disturbo da alimentazione incontrollata, rispetto all'anoressia e alla bulimia ha un esordio più tardivo, verso i quaranta anni, piuttosto che in adolescenza o nella prima età adulta, e colpisce in egual misura donne e uomini, piuttosto che prevalentemente donne, inoltre è comunemente associato all'obesità (Fairburn & Cooper, 2011; Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007; Striegel-Moore & Franko, 2003). Si è riscontrato che tra gli obesi che si rivolgono a cliniche specializzate per perdere peso circa un quarto soddisfano i criteri del BED (Walsh & Devlin, 1998; Latner & Clyne, 2008).

Proprio per via di queste somiglianze e sovrapposizioni sopra citate gli esperti hanno cercato di cogliere gli aspetti che contraddistinguono il BED rispetto all'obesità e alla bulimia nervosa e che concorrono a definire il disturbo da alimentazione incontrollata come un'entità clinica distinta (Latner & Clyne, 2008; Franko & Striegel-Moore, 2007; Wilfley, Bishop, Wilson & Agras, 2007; Devlin, Goldfein, & Dobrow, 2003). Studi di laboratorio sul comportamento alimentare hanno confermato che, quando è ordinato loro di mangiare, i pazienti obesi con BED mangiano più dei non BED ugualmente sovrappeso (Goldfein, Walsh, LaChaussee, Kissileft & Devlin, 1993). Anche in altri tipi di indagine si è riscontrato il fatto fondamentale che gli obesi con BED consumano più calorie (Galanti, Gluck, & Geliebter, 2007; Sysko, Walsh, & Wilson, 2007; Raymond, Bartholome, Lee, Peterson & Raatz, 2007; Geliebter, Hassid, & Hashim, 2001; Telch & Agras, 1996), hanno maggiore probabilità di attuare abbuffate su base giornaliera nella loro vita quotidiana, registrano fluttuazioni di peso più frequenti e maggiore tempo speso nelle diete rispetto agli obesi senza BED (Greeno, Wing, & Shiffman, 2000; Brody, Walsh & Devlin, 1994; Yanovski, 1993; Wilson, Nonas, & Rosenblum, 1993). Rispetto ai pazienti obesi che non si abbuffano quelli con BED mostrano livelli significativamente più elevati di patologia riguardante gli atteggiamenti verso le diete e verso comportamenti alimentari disfunzionali (Fitzgibbon & Kirschenbaum, 1990; Marcus, Wing, Ewing, Kern, Gooding & McDermott, 1990; Marcus, Wing, & Hopkins, 1988). Questi risultati hanno comprovato che la distinzione fra obesi BED e non BED ha un significato profondo (Fairburn, Doll, Welch, Hay, Davies & O'Connor, 1998; Yanovski, 1993).

Anche nel confronto con la bulimia nervosa sono emerse delle differenze importanti (Pinheiro, Bulik, Sullivan, Macahdo, 2008; Striegel-Moore, Fairburn, Wilfley, Pike, Dohm & Kraemer, 2005; Bulik, Sullivan, Wade & Kendler, 2000).

Un aspetto è la modalità di esordio del disturbo, poiché nella bulimia nervosa la restrizione alimentare compare prima dell'abbuffata nella maggior parte dei casi (Haiman & Devlin, 1999; Mussell, Mitchell, de Zwaan, Crosby, Seim & Crow, 1996), mentre gli individui affetti da BED si abbuffano per lo più (nel 35-54% dei casi) prima di mettersi a dieta (Grilo, Masheb & Wilson, 2001; Abbott, de Zwaan, Mussell, Raymond, Seims, Crow, Crosby & Mitchell, 1998; Spurrell, Wilfley, Tanofsky & Brownell, 1997; Mussell et al., 1996). Hay & Fairburn (1998; & Doll, 1996) hanno rilevato una situazione meno favorevole nei casi di bulimia nervosa con e senza condotte eliminatorie rispetto ai casi di BED sia nella psicopatologia e nell'adattamento sociale, sia nella prognosi a distanza di un anno dalla presa in carico. Gli studi longitudinali hanno confermato che il BED ha un decorso nettamente differente dall'anoressia nervosa e dalla bulimia nervosa poiché vi è meno la tendenza a passare da un tipo di disturbo alimentare a un altro (Fairburn, Cooper, Doll, Norman & O'Connor, 2000; Cachelin, Striegel-Moore, Elder, Pike, Wilfley & Fairburn, 1999; Pope, Lalonde, Pindyck, Walsh, Bulik & Crow, 2006; Fichter & Quadflieg, 2004). Il BED appare dunque come un disturbo piuttosto stabile (Pope et al., 2006) e con durata maggiore rispetto agli altri DCA (Hudson et al., 2007).

Nel loro insieme tutti questi contributi hanno sottolineato l'utilità e la necessità clinica di considerare il Disturbo da Alimentazione Incontrollata un DCA vero e proprio e di attribuirgli una categoria diagnostica a sé (Striegel-Moore & Franko, 2007), piuttosto che lasciarlo nella categoria spuria degli STED di cui è arrivato a rappresentare il 7,2% dei casi (Fairburn & Cooper, 2011).

In relazione ai criteri diagnostici, nella nuova edizione del DSM, la frequenza minima delle abbuffate non è più di almeno due giorni a settimana per sei mesi, è stato modificato il riferimento ai giorni e ridotto il numero delle abbuffate, come pure il periodo di mesi preso in esame.

Rispetto al primo aspetto sono pochi gli studi volti a capire quale, tra giorni ed episodi, sia il criterio più adeguato nel caso del BED; la maggior parte delle ricerche sul disturbo ha considerato il numero degli episodi piuttosto che il numero dei giorni per una maggiore praticità (Wilson & Sysko, 2009).

Riguardo al numero delle abbuffate, gli studi non hanno riscontrato differenze significative fra casi di due episodi e casi di un episodio a settimana per quel che concerne la storia alimentare e del peso, la preoccupazione per peso e forme corporee, il malessere psicologico generale e relativo al disturbo alimentare, la storia dei trattamenti cui ci si è sottoposti per risolvere i problemi di peso e alimentazione e i risultati ottenuti dagli stessi (Thomas, Vartanian, & Brownell, 2009; Sallet et al., 2007; Elder et al., 2006). La decisione dunque di abbassare la soglia da due a un'abbuffata a settimana poggia su un corpo robusto di prove empiriche (Rockert, Kaplan, & Olmsted, 2007; Sullivan, Bulik, & Kendler, 1998).

Infine, per quel che concerne l'assunzione di un periodo di riferimento di tre mesi piuttosto che di sei previsti dalla formulazione precedente, tale decisione è stata compiuta al fine di adottare un unico arco di tempo per descrivere l'anoressia, la bulimia e il BED (Wilson & Sysko, 2009).

1.2 Sovrappeso e obesità: una forma di epidemia

Dagli anni ottanta nel mondo occidentale si è assistito al verificarsi di una vera e propria pandemia di obesità: si mangia eccessivamente, si mangia male e si ingrassa troppo, tanto che, secondo la World Health Organization l'obesità è uno dei maggiori problemi di salute pubblica dei nostri tempi, addirittura una nuova epidemia mondiale (1998). Il problema della sovra-alimentazione è in costante crescita, al punto che oggi nel mondo il numero di persone in sovrappeso e obese supera quello delle persone sottopeso. Ci troviamo di fronte a una vera e propria epidemia globale del sovrappeso e obesità, una "globesità", come la definisce la World Health Organization (2001), che si sta diffondendo sempre più e che può causare, in assenza di azioni dedicate, problemi sanitari molto gravi. Il termine globesity è una mescolanza tra global e obesity, e sta a indicare che il fenomeno del sovrappeso e dell'obesità sta raggiungendo proporzioni sempre più estese e che rappresenta una minaccia per la salute pubblica, provocando, a sua volta, ripercussioni in ambito politico, economico e socio-sanitario per i paesi che

ne sono coinvolti. È evidente fin da subito come tale fenomeno sia complesso da interessare tutti gli ambiti della società: da quello sanitario in termini di spesa pubblica, a quello più strettamente politico nel senso di scelte politico-amministrative per arginare il problema, fino ad arrivare a quello sociale per quel che riguarda l'impatto psicologico a livello di autostima e stima sociale cui sono sottoposti i soggetti in sovrappeso.

Cattiva alimentazione, sovrappeso e obesità sono un portato dell'Occidente e, man mano che le abitudini alimentari dei paesi occidentali viaggiano dai paesi ricchi a quelli poveri, in questi ultimi aumenta la proporzione di obesi con una differenza sostanziale: mentre nei paesi occidentali le fasce più a rischio di sovrappeso e obesità sono quelle più svantaggiate, nei paesi non industrializzati, dove ricchezza e prestigio significano anche abbondanza di cibo, le fasce più esposte a questa patologia sono quelle economicamente privilegiate.

Un eccesso di peso, con conseguente accumulo di grasso corporeo, può comportare complicanze cardiovascolari o dell'apparato muscolo-scheletrico, ma è forte anche l'associazione fra obesità e diabete, malattie del fegato o colecisti, cancro e ipertensione. Numerosi studi indagano i nessi tra l'eccessiva assunzione di cibo, con conseguente sovrappeso e obesità, e l'aumento della morbilità e della mortalità (Pi-Sunrey, 1993; Pinhas-Hamiel, Dolan, Daniels, Standiford, Khoury & Zaitler, 1996); secondo la World Health Organization l'effetto del sovrappeso sulla mortalità persiste durante l'intera durata della vita.

Mentre l'obesità interessa in egual misura uomini o donne, le differenze di genere sono marcate per quel che riguarda le persone in sovrappeso, poiché la frequenza nei maschi è quasi il doppio rispetto a quella tra le femmine.

Si ingrassa per una predisposizione di tipo genetico, che concorre o interagisce con altri motivi di tipo comportamentale o ambientale: le abitudini alimentari scorrette e l'assunzione di eccessive quantità di zuccheri e di grassi, spesso associati a stili di vita sedentari, possono accrescere il rischio di obesità, in particolare tra le persone che già presentano una propensione. Le cause del sovrappeso e dell'obesità sono indubbiamente multi-fattoriali, ma quelle che più hanno contribuito all'aumento sono legate alle modifiche dello stile di vita, in particolare alla sedentarietà e alla diminuzione dell'attività fisica, accompagnate da un'aumentata e/o squilibrata introduzione calorica. Questo è tanto più vero nelle fasce più giovani della popolazione che, pur dedicando mediamente più ore all'attività sportiva organizzata, hanno in pratica azzerato quella

ludico-spontanea, trasformandola in prolungata permanenza davanti a televisione, computer, cellulare e videogiochi.

Numerosi ricercatori hanno notato che i fattori sociali possono avere una grande influenza sull'odierna prevalenza di obesità. La cultura è probabilmente uno dei fattori maggiormente determinanti per il peso corporeo poiché, oltre a definire e regolare il contesto per l'alimentazione e l'attività, assegna un significato morale e sociale al peso. Nelle culture tradizionali, di fronte al rischio continuo della scarsa disponibilità di cibo, il grasso rappresentava un segno di salute e benessere. Al contrario, il sistema alimentare delle culture industrializzate offre un'ampia disponibilità di cibo a elevato consumo energetico, rendendo più facile l'aumento di peso, e più difficile la riduzione ponderale. In questo contesto la magrezza ha assunto un valore progressivamente crescente come ideale culturale ed estetico, mentre il sovrappeso è divenuto oggetto di rifiuto, e l'obesità stigmatizzata sia a livello estetico sia in quanto fonte di gravi problemi di salute.

Nell'obesità possono essere presenti iperfagia e/o crisi bulimiche, ma di solito mancano tutte le possibili manovre tese a prevenire gli effetti delle abbuffate sul peso corporeo, quali il vomito auto-indotto, l'abuso di lassativi e diuretici, l'uso di anoressizzanti, i digiuni periodici o l'esercizio fisico stenuo.

Molti pazienti bulimici sono in sovrappeso o hanno una predisposizione all'obesità. L'obesità individuale e familiare potrebbe costituire, perciò, un fattore di rischio per la comparsa di condotte bulimiche: dai risultati di alcuni studi, infatti, emergerebbe una correlazione tra obesità, restrizioni dietetiche e crisi bulimiche; molte pazienti bulimiche sono state in sovrappeso durante l'adolescenza e hanno iniziato a presentare crisi bulimiche in concomitanza o subito dopo un periodo di dieta (Margules, 1981).

A differenza dell'anoressia e della bulimia, l'obesità non è favorita dalla società moderna, ma quest'ultima riveste comunque un ruolo centrale nello stato d'animo dei soggetti sovrappeso. Molte ricerche, infatti, hanno riscontrato che, siccome la magrezza è elogiata, il suo opposto, l'eccesso adiposo, è molto denigrato (Rand & Kuldau, 1990; Silberstein, Striegel-Moore, Timko & Rodin, 1998). Riguardo a ciò è importante sottolineare il rapporto tra obesità e autostima, poiché se si pensa che l'accettazione del corpo sia strettamente correlata alla stima di sé, si comprende perché i pazienti obesi presentino gravi disturbi dell'immagine corporea (Adami, Gandolfo, Campostano,

Meneghelli, Ravera & Scopinaro, 1998; Agras et al., 2004).

La complessità che si cela dietro a questa patologia, ha portato a distinguere l'obesità in *esogena*, quando si è in presenza di un metabolismo normale e l'eccesso di grasso è da attribuirsi a una discrepanza tra apporto alimentare e dispendio energetico (obesità primaria); ed *endogena* quando l'eccesso di grasso è dovuto a un metabolismo patologicamente ridotto (obesità secondaria).

Per quanto riguarda i casi di obesità primaria, dal punto di vista del tessuto adiposo, si riconoscono due tipi di obesità: *Androide* e *Ginoide*. La prima, più frequente nell'uomo, è caratterizzata da una più abbondante distribuzione del grasso in corrispondenza del tronco, della radice degli arti, della nuca, del collo e della faccia. L'obesità ginoide, più frequente nella donna, è accompagnata invece dal pallore cutaneo e adipe flaccido in corrispondenza dei fianchi, dei glutei, delle cosce e delle gambe. La causa di questa distribuzione potrebbe risiedere nel differente effetto che gli ormoni steroidei hanno sul tessuto adiposo dei maschi e delle femmine.

1.3 Definire i disturbi del comportamento alimentare in età evolutiva

I DCA occorrono frequentemente nell'infanzia e nell'adolescenza, anche se è veramente difficile indicarne l'incidenza e la prevalenza in queste fasce di età (Bryant-Waugh, 2006). Tra i soggetti ammessi alle unità di degenza psichiatrica, la diagnosi di DCA è la più comune per gli adolescenti e la seconda diagnosi più comune per i bambini di tutte le età (O'Herlihy et al., 2004).

Più di 100 anni fa, *The Lancet* pubblicò un breve report su una bambina di sette anni che rifiutava il cibo e soffriva di una grande emaciazione (Collins, 1894), l'anno dopo fu pubblicato un altro report su una bambina di undici anni che morì di fame dopo avere a lungo rifiutato il cibo (Marshall, 1895). Collins suppose che ci fosse una componente psicologica alla base del rifiuto del cibo da parte della giovane ragazza, mentre Marshall riteneva che la fanciulla descritta nel suo report fosse affetta da anoressia nervosa. Questi due report costituiscono le prime pubblicazioni scientifiche riguardo ai disturbi alimentari con insorgenza nell'infanzia, e da allora, il tema dei DCA è stato ampliamente riscontrato e trattato nei bambini (Bryant-Waugh & Lask, 2007).

Sebbene sia generalmente riconosciuto che i problemi del comportamento alimentare negli adolescenti abbiano caratteristiche in gran parte simili a quelli presenti

negli adulti, le pubblicazioni sui DCA in età evolutiva tendono a inserire tali disturbi in un gruppo eterogeneo a sé stante (Fosson, Knibbs, Bryant-Waugh & Lask, 1987; Gowers, Crisp, Joughin & Bath, 1991; Higgs, Goodyer & Brich, 1989; Jacobs & Isaacs, 1986) soprattutto a causa dell'inapplicabilità, nell'infanzia, dei criteri diagnostici universalmente accettati come essenziali per la definizione dei disturbi.stessi.

Vi è confusione e incertezza a proposito dell'esordio infantile degli stessi.

In primo luogo è importante sottolineare l'esistenza di un continuum tra la presenza di DCA e le difficoltà legate alla nutrizione che possono verificarsi fin dalla nascita; i problemi alimentari infantili e le successive difficoltà connesse allo svezzamento sono relativamente comuni, anche le mode alimentari o le abitudini alimentari altamente selettive sono comunemente osservate nei bambini in età prescolare e scolare. Nella maggior parte dei casi, tali difficoltà della nutrizione o dell'alimentazione non sono motivo di preoccupazione perché tendono a scomparire con la crescita e lo sviluppo dei bambini risulta generalmente inalterato (Pinhas, Steinegger & Katzman, 2007). In termini di sviluppo, i problemi della nutrizione tendono a essere considerati delle fasi, e in effetti, generalmente tendono a essere tali (Bryant-Waugh & Lask, 2007). Tuttavia, i problemi alimentari nei bambini più grandi devono essere presi in considerazione molto seriamente. I disturbi dell'alimentazione, infatti, non sono normali in termini di sviluppo in questa fascia di età. Inoltre, in queste fasi, lo sviluppo cognitivo dei bambini è molto più complicato, e i DCA potrebbero essere collegati a problemi psicologici sottostanti.

La seconda ragione alla base dell'incertezza riguardo alla natura di questi disturbi in età evolutiva deriva dalla confusione in letteratura su questo tema. Alcuni autori credono che i DCA che occorrono frequentemente nei giovani adulti semplicemente non occorrano nei bambini. Haslam (1986) sottolinea che l'anoressia nervosa è solo un problema degli adolescenti, e non ci sono possibilità che i bambini possano essere affetti da questa condizione. Allo stesso modo altri autori ritengono che rappresentino una risposta biologica disadattiva alla crescita puberale (Crisp, 1983), il che preclude la possibilità che ne siano affetti bambini più piccoli.

La terza ragione alla base della confusione è che molte pubblicazioni sul tema si sono riferite, per lunghi anni, a soggetti affetti da un DCA con esordio infantile basandosi solo su report clinici, rilevante è stata la mancanza di strumenti standardizzati per la valutazione di tali disturbi in questa fascia di età. Questi casi clinici hanno

descritto bambini dagli otto anni in poi (Fosson, Knibbs, Bryant-Waugh & Lask, 1987; Gowers, Crips, Joughin & Bhat, 1991; Higgs, Goodyer & Birch, 1989), e, sebbene la maggior parte di essi avesse ricevuto la diagnosi clinica di DCA, è sempre stato impossibile dimostrarla sulla base di una valutazione oggettiva e affidabile poiché gli strumenti necessari per farlo non erano disponibili.

Oggi questa situazione sta migliorando, infatti, sono state sviluppate misure adeguate in termini di classificazione psicopatologica e sintomatologica dei DCA e sono state validate per l'utilizzo con i bambini.

Per coloro che sostengono che queste patologie occorrano anche nei bambini, l'ultima ragione alla base della confusione è l'incertezza legata al sapere se la sintomatologia di questi particolari disturbi nell'infanzia si differenzia dalla sintomatologia negli adolescenti e negli adulti, le quali come citato in precedenza presentano caratteristiche in gran parte simili. Questo dibattito si basa sul fatto che i bambini caratterizzati da un'insufficiente alimentazione e dimagrimento spesso ricevono la diagnosi di anoressia nervosa, nonostante essi siano descritti come un gruppo eterogeneo e spesso non presentino idee sovrastimate riguardo al corpo e alla forma corporea (Jacobs & Isaacs, 1986). Una domanda critica che si solleva a partire dai casi di insorgenza precoce del disturbo è l'esatta natura del nucleo centrale della patologia. Dato che sia l'anoressia che, anche se in misura minore, la bulimia sono state diagnosticate nei bambini, molti dei quali in età prepuberale, ci si chiede se, anche in questi pazienti, centrale è il disturbo cognitivo relativo al peso e alla forma corporea (American Psychiatric Association, 2000). Riguardo alla psicopatologia centrale dell'anoressia, è stato dimostrato che l'anoressia nervosa a esordio nell'infanzia è molto simile al più tipico disturbo a esordio adolescenziale in termini di preoccupazioni e pensieri distorti connessi ad alimentazione, peso e forme corporee (Cooper, Watkins, Bryant-Waugh & Lask, 2002). Tuttavia, in particolare nel caso di bambini, è difficile individuare in modo attendibile la presenza di tale psicopatologia; appurare la presenza di un'eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima può essere veramente difficile. Molti bambini non possiedono neppure a livello di consapevolezza il concetto stesso di schema di autovalutazione. Spesso i clinici inferiscono la presenza o assenza del suddetto criterio, piuttosto che valutare formalmente se sussista o no. Una valutazione attenta dei pensieri, delle attitudini e dei comportamenti del paziente è fondamentale per una diagnosi accurata di DCA nei bambini.

Nonostante i limiti metodologici che hanno caratterizzato gli studi sull'argomento, i risultati sembrano sempre indicare la presenza di sottogruppi eterogenei e distinti all'interno dei campioni generali, questo solleva la problematica della corretta classificazione del disturbo. Potrebbe essere che gli specialisti, in assenza di un'adeguata tassonomia in cui fare rientrare l'eterogeneità dei disturbi, tentino di inserirli in categorie generali non adeguate.

Alcuni autori, a proposito di questo, sostengono che le tassonomie attuali non sono adatte o non sono applicabili ai bambini affetti da DCA; infatti, alcuni criteri fissi dei sistemi diagnostici precludono a un bambino o a un giovane adolescente la possibilità di diagnosi, e quindi la possibilità di trattare il disturbo in modo appropriato.

Un approccio più appropriato e sensibile alle caratteristiche evolutive nella classificazione dei DCA in età evolutiva dovrebbe fondarsi su un sistema basato su linee giuda per il riconoscimento della sindrome, il che permetterebbe di fare fronte alla mancanza di applicabilità in questa fascia di età delle tassonomie attuali derivate in larga misura da campioni clinici adulti, e di includere l'eterogeneità dei casi descritta in letteratura. Riguardo all'anoressia nervosa e alla bulimia, Bryant-Waught ha proposto, sulla base della sua ampia esperienza clinica con pazienti in età evolutiva, la Great Ormond Street (GOS) Checklist, non con l'intenzione di sostituire i criteri diagnostici formali, ma di costruire definizioni operative atte a descrivere la maggior parte dei loro pazienti (Bryant-Waugh, 2000).

Anoressia Nervosa

- A. Perdita di peso accertata, ottenuta attraverso una o più delle seguenti condotte:
 - Evitamento del cibo/restrizione alimentare;
 - Vomito autoindotto;
 - Iperattività;
 - Abuso di lassativi.
- B. Pensieri distorti su peso e/o forma del corpo.
- C. Preoccupazione morbosa per il peso e/o la forma del corpo, il cibo e/o l'alimentazione.

Immagine 1.4 - Great Ormond Street Checklist per l'Anoressia Nervosa (Bryant-Waugh, 2000)

- A. Ricorrenti abbuffate associate all'assunzione di purghe e/o a restrizione alimentare.
- B. Senso di perdita di controllo.
- C. Preoccupazione morbosa per il peso e/o la forma del corpo, il cibo e/o l'alimentazione.

Immagine 1.5 - Great Ormond Street Checklist per la Bulimia Nervosa (Bryant-Waugh, 2000)

I criteri della GOS, che indubbiamente possiede una buona validità di facciata, hanno contribuito a stimolare successivi lavori finalizzati alla costruzione di criteri più sensibili da un punto di vista evolutivo per la diagnosi dei disturbi nei bambini.

Gli studi epidemiologici internazionali mostrano un'incidenza di nuovi casi di DCA nella fascia femminile tra i 12 e i 25 anni e stimano nei paesi occidentali, compresa l'Italia, la prevalenza dell'anoressia nervosa intorno allo 0,2 - 0,8%, quello della bulimia nervosa intorno al 3%. Indicano inoltre che l'età di esordio cade tra i 10 e i 30 anni, con un'età media di insorgenza intorno ai 17 anni.

1.3.1 Anoressia Nervosa in età evolutiva

Nel 2002 i National Institutes of Health degli Stati Uniti hanno organizzato un convegno sui principali ostacoli esistenti nell'ambito della ricerca e del trattamento dell'anoressia nervosa. In tale contesto si è sottolineata la necessità di migliorare l'identificazione precoce del disturbo (Agras et al., 2004). Tale osservazione è particolarmente rilevante alla luce dell'osservazione comune secondo la quale minore è il tempo che intercorre tra l'esordio del disturbo e l'inizio di un appropriato trattamento, più favorevole sarà l'esito. Tuttavia, identificare precocemente un disturbo anoressico risulta, nella pratica, un'operazione molto complessa. Può essere relativamente semplice identificare una sindrome conclamata, ma è assai difficile individuare in modo accurato quei soggetti che stanno sviluppando un disturbo anoressico. L'osservazione clinica suggerisce che alcuni bambini che presentano tratti depressivi e/o oppositivi sono in realtà impegnati in una lotta riguardante problematiche di controllo che, nel tempo, potrebbero focalizzarsi maggiormente su questioni di peso/forma corporea. Tali manifestazioni possono rappresentare un prodromo del disturbo.

Stranamente si sa poco sui primi stadi dell'anoressia in generale, e quasi niente riguardo a questa fase nei bambini. Nel tentativo di colmare questa lacuna, un recente studio ha indicato l'esistenza di pattern specifici nella tempistica e nel contenuto delle visite dei bambini che hanno in seguito sviluppato il disturbo presso il medico di base (Lask, Bryant-Waugh, Wright, Campbell, Willoughby & Waller, 2005). Gli autori hanno osservato che i bambini affetti da anoressia nervosa si erano recati presso il medico di base più frequentemente dei bambini del gruppo di controllo, in particolare nell'anno precedente la diagnosi; il motivo principale delle consultazioni era rappresentato da preoccupazioni riguardanti l'alimentazione o il peso. Nella tarda infanzia/prima adolescenza, perciò, anche una singola consultazione motivata da perdita di peso o da difficoltà alimentari, per le quali non sussistano cause organiche evidenti, dovrebbe allertare il medico in merito alla possibile presenza di un DCA e indurlo a compiere una valutazione più approfondita.

In ambito clinico, l'anoressia nervosa viene osservata nei bambini dall'età di otto anni e si presenta in entrambi i generi. Sebbene vi siano notevoli somiglianze nelle caratteristiche cliniche e nell'aspetto fisico di questi soggetti quando sono in uno stato di emaciazione, il disturbo presenta in ogni singolo caso tratti, circostanze e fattori scatenanti unici.

La caratteristica più evidente dell'anoressia nervosa in età evolutiva è il basso peso. La maggior parte dei bambini con anoressia presenta un'effettiva perdita di peso, ma i criteri diagnostici includono, oltre alla riduzione ponderale, il mancato incremento ponderale durante la crescita. I bambini solitamente tendono a giustificare con differenti ragioni il loro basso peso, alcuni sostengono di essere sempre stati minuti e di essere contenti cosi. In altri il disturbo dell'immagine corporea è più evidente: questi bambini si descrivono grassi e affermano di dovere perdere peso; altri ancora possono avere attraversato un periodo di malattia che ha causato una perdita di peso e, per qualche motivo, mantenere quel peso diventa un obiettivo in se, anche dopo la remissione della malattia originaria. Infine, altri negano semplicemente di essere sottopeso e affermano di conoscere molte altre persone con un peso inferiore al loro.

Questa discrepanza, tra la ferma convinzione del bambino che il suo peso non sia motivo di preoccupazione e l'opposta opinione dei clinici, rappresenta un aspetto importante della fenomenologia del disturbo, che ha acquisito sempre più rilevanza negli anni (Tan, Hope & Stewart, 2003). La questione del consenso/rifiuto al trattamento, connessa alla capacità decisionale dei soggetti in età evolutiva, appare particolarmente complessa. Alcuni bambini affetti dal disturbo non si percepiscono

malati, non desiderano aumentare il proprio peso e non aderiscono al programma di cura, che appare avere come obiettivo principale l'incremento ponderale.

Anche nei bambini, come nei soggetti adulti, la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso una restrizione alimentare. Tale restrizione può insorgere improvvisamente o costituire un lento, graduale processo, in merito al quale è difficile identificare retrospettivamente l'esordio. I bambini spesso decidono di mangiare in modo più salutare; talvolta sulla base di indicazioni riguardanti l'alimentazione, il peso e l'attività fisica ricevute a scuola nell'ambito del programma di studio, talvolta spinti dai problemi di salute di un familiare, talvolta ancora in risposta a canzonature o ad altri eventi spiacevoli della vita. Esiste un'ampia gamma di fattori scatenanti, nessuno dei quali deve essere confuso con la causa. Una sana alimentazione si traduce spesso nell'eliminare il più possibile i grassi e i carboidrati o – più precisamente – questi elementi, costitutivi di una normale ed equilibrata educazione, sono evitati dietro la parvenza socialmente più accettabile di una sana alimentazione. Talvolta i bambini attuano la restrizione alimentare in modo furtivo, nascondendo o gettando il cibo; altri possono richiedere porzioni più piccole o dichiarare di essere sazi. Molti genitori raccontano di non essersi accorti inizialmente dei comportamenti anomali dei figli. Il risultato, spesso, è che questi bambini finiscono inevitabilmente per seguire una dieta deficitaria sul piano energetico e sbilanciata.

Accanto alla restrizione alimentare, i bambini, possono presentare numerose altre strategie di controllo del peso. Nei pazienti più giovani, le più comuni sono l'iperattività e il vomito autoindotto, mentre l'abuso di lassativi o di altre sostanze, è meno frequente che negli adolescenti e negli adulti, sicuramente perché è molto più difficile per un bambino accedere a tali sostanze. L'iperattività può assumere la forma di esercizi fisici nascosti, ma può anche includere la corsa o partecipazione entusiastica ad attività sportive o fitness.

Il vomito autoindotto può fare parte del quadro clinico iniziale o, in alcuni casi, può insorgere a seguito dell'aumento di ansia connesso all'incremento dell'alimentazione e del peso; costituisce sempre un'attività nascosta e spesso non è sospettato dai genitori.

I comportamenti più comuni all'esordio sono quindi la restrizione alimentare, l'iperattività e il vomito autoindotto. Altre condotte caratteristiche del disturbo alimentare – uso di lassativi, diuretici o altre sostanze – sono molto rare. Un ultimo

comportamento che deve essere menzionato sono le abbuffate; anche se non si riscontrano spesso nell'anoressia a esordio precoce. La maggior parte dei bambini affetti da anoressia descrive episodi occasionali di iperalimentazione, ma spesso tali episodi non costituiscono vere abbuffate, poiché le quantità di cibo ingerite raramente sono oggettivamente grandi.

1.3.2 Abbuffate e Bulimia Nervosa in età evolutiva

Bulimia nervosa e abbuffate sono rare nei bambini in età prepuberale, ma quando i disturbi occorrono, essi hanno caratteristiche simili ai disturbi degli adolescenti e adulti.

La bulimia nervosa è presente nell'1% degli adolescenti e si ritiene che una sintomatologia parziale si manifesti nel 3/6% della popolazione (Patton, Selzer, Coffey, Carlin & Wolfe, 1999). L'età di insorgenza si colloca solitamente nella tarda adolescenza, sebbene ci siano resoconti di condotte di eliminazione anche in bambini in età prepuberale (Pinhas, Morris, Crosky & Katzamn, 2011). I maschi rappresentano il 10% della popolazione degli adolescenti affetti da bulimia (Carlat & Carmango, 1991). I tassi di mortalità oscillano tra l'1 e il 6% (Keel, Mitchell, Miller, Davis & Crows, 1999; Steinhausen, 1999). I criteri diagnostici per i bambini sono identici a quelli utilizzati per gli adulti.

Riguardo al Disturbo da Alimentazione Incontrollata, sono disponibili poche ricerche sui bambini. Le indagini riportano una frequenza dell'1/2% tra i bambini dall'età dei 10 anni (Johnson, Rohan & Kirk, 2002). Il disturbo si differenzia dall'anoressia e dalla bulimia giacché ne è affetta una percentuale maggiore di maschi (Schneider, 2003).

Le attuali conoscenze sull'esito della bulimia nervosa e del disturbo da alimentazione incontrollata nei bambini sono limitate. Le percentuali riportate di guarigione completa nei bambini variano dal 33% dopo due anni a una media del 48% dopo cinque anni, del 71,1% dopo sei e del 69,9% dopo undici anni (Fichter & Quadflieg, 2005; Faiburn, Cooper & Shafran, 2003). I dati riguardanti l'età di esordio non sono definiti, ma una minore durata del disturbo sembra influenzare positivamente l'esito (Quadflieg & Fichter, 2003).

1.3.3. Obesità in età evolutiva

Negli ultimi anni si è assistito a un notevole incremento delle ricerche in ambito dell'immagine corporea, disordini alimentari e obesità anche in bambini e adolescenti. Importanti progressi sono stati fatti nella comprensione dei problemi legati all'immagine corporea e disturbi alimentari, e molte nuove informazioni sono state sottolineate riguardo ai fattori di rischio, prevenzione, e possibilità di trattamento. Come negli adulti, si è evidenziato un aumento della prevalenza dell'obesità in infanzia e adolescenza, fenomeno che si pone come importante problema di salute pubblica, che porta a una serie di nuove linee guida per la valutazione, il trattamento, e la rilevazione dei fattori di rischio (Barlow & Expert Committee, 2007; Davis, Gance-Cleveland, Hassink, Johnson, Paradis & Resnicow, 2007; Spear et al., 2007). L'obesità nell'infanzia e nell'adolescenza è spesso associata con problemi di salute a breve e lungo termine (Baird, Fischer, Lucas, Kleijnen, Roberts & Law, 2005; Freedman, Mei, Srinivanas, Berenson & Dietz, 2007; Nader et al., 2006; Thompson et al., 2007; Xanthakos & Inge, 2007) e a severe conseguenze psicosociali poiché spesso i soggetti affetti sono stigmatizzati ed emarginati a causa del loro peso (Puhl & Latner, 2007).

Come sostengono Kutchman, Lawhun, Laheta e Heinseberg (2009) l'obesità in età evolutiva deve essere trattata come un'emergenza pubblica ed epidemica a causa dell'altissima crescita della problematica in questa fascia di età.

Secondo quanto segnalato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che nel marzo 2013 ha aggiornato i dati che si riferiscono alla condizione di obesità, la situazione attuale è a livelli preoccupanti. Sempre secondo l'OMS nel 2011 circa quaranta milioni di bambini di età inferiore ai 5 anni risultavano essere in sovrappeso; trentacinque milioni di loro vivono nei cosiddetti Paesi in via di sviluppo. La notevole diffusione dell'obesità infantile è un dato particolarmente preoccupante perché, com'è noto, un bambino obeso corre un notevole rischio di diventare un adulto obeso. Se si considerano tutte le gravi condizioni patologiche in cui l'obesità rappresenta un notevole fattore di rischio (ictus, ipertensione arteriosa, diabete di tipo 2, ischemia cardiaca, neoplasie di colon, mammella e utero) si comprende facilmente perché i numeri riportati suscitino una certa preoccupazione.

Anche in Italia la situazione è molto problematica. Quasi quattro bambini su dieci (37,3%) tra i 6 e i 9 anni sono in sovrappeso o obesi. È proprio in questa fascia di età

che si raggiunge il picco durante l'infanzia, per poi calare al 25,6% tra i 10 e 13 anni, e al 16,2% tra i 14 e 17 anni. E' quanto raccontano le ultime cifre elaborate dall'Istat nel 2010 in un'indagine multiscopo condotta su oltre diciannovemila famiglie, e circa cinquemila minori tra i 6 e i 17 anni.

Dai dati emerge che non vi sono grandi differenze tra maschi e femmine tra 6 e 9 anni: in questo periodo risulta in sovrappeso il 37,5% dei maschi e il 37,1% delle femmine. Crescendo invece è il genere maschile a detenere i valori peggiori, tra i 10 e i 13 anni mostrano un eccesso di peso il 29,1%, e tra i 14 e 17 anni il 20,8%. Il genere femminile migliora andando verso l'adolescenza, poiché tra i 10 e 13 anni risulta pesare troppo il 22% e tra i 14 e 17 anni l'11,3%. Complessivamente risultano dunque in sovrappeso o obesi il 28,9% dei maschi tra i 6 e 17 anni e il 23,2% delle femmine.

La regione con il più alto numero di piccoli obesi è la Campania (36%), seguita da Sicilia (31,7%), Calabria (30,4%) e Molise (30%). Al primo posto invece per numero di bambini normopeso o sottopeso c'è la Liguria (83,5%), cui seguono Sardegna (82,4%), Val d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, provincia autonoma di Bolzano e Toscana con l'80%. Dunque sono le regioni del Nord Ovest quelle con il minor numero di bambini sovrappeso (21%), e quelle del Sud con il picco maggiore (32,8%). La maggiore concentrazione si ha nelle grandi città, centri dell'area metropolitana, dove è obeso il 27,8% dei bambini, mentre nelle periferie delle aree metropolitane si raggiungono i valori più bassi (23,9%). Così come sono maggiormente in sovrappeso i figli di genitori con un livello di istruzione basso (28% contro il 21.5% di quelli di genitori laureati).

Da una ricerca condotta dal Sistema di Sorveglianza "Okkio alla Salute" promosso dal Ministero della Salute e dal Centro per il Controllo e la prevenzione delle Malattie (CCM), nell'ambito del programma strategico Guadagnare salute - Rendere facili le scelte salutari nel 2012, in linea generale dal 2008 a oggi sono diminuiti leggermente i bambini in sovrappeso e quelli obesi, ma comunque l'Italia resta ai primi posti d'Europa per l'eccesso ponderale infantile. Sono ancora troppo frequenti tra i piccoli le abitudini alimentari scorrette, come i comportamenti sedentari, anche se sono aumentate, sia pur di poco, i bambini che fanno attività fisica.

Come citato in precedenza, importante è sottolineare che molte ricerche (Levine & Very Important Kids, 2006; Lamez, Nybelen, Bruning, Wehle, Brenner & Hebebrand, 2005; Dehghan, Akhtar-Danesh & Merchant, 2005) evidenziano la correlazione tra presenza di obesità in età pediatrica e quella in età adulta: i bambini

obesi di oggi saranno - se non si interviene preventivamente - gli adulti obesi di domani. Il rischio di un bambino di diventare un adulto obeso aumenta con l'età ed è direttamente proporzionale alla gravità dell'eccesso ponderale. Fra i bambini obesi in età prescolare dal 26% al 41% saranno obesi da adulti e fra quelli in età scolare la percentuale si innalza al 69% fino ad arrivare all'83% per gli adolescenti obesi. Si stima, inoltre, che la percentuale di bambini che mantengono un eccesso ponderale in età adulta oscilla tra il 30% e il 60%. Rispetto ai coetanei normopeso, i bambini obesi presentano più frequentemente un maggior rischio di mortalità e di comorbidità, e maggiori forme di disagio psicologico. Alcuni autori hanno evidenziato la stretta relazione che intercorre tra obesità e bassa autostima; così come l'essere oggetto di discriminazione sociale oppure la possibilità di sviluppare forme depressive o un DCA (Lamez, Nybelen, Bruning, Wehle, Brenner & Hebebrand, 2005).

Altri fattori di rischio della comparsa dell'obesità in età pediatrica sono da ricercare nella familiarità. Il vecchio detto "l'obesità è un male di famiglia" sembra essere confermato dai dati provenienti da un'indagine multiscopo dell'Istat (2000) secondo cui il 25% dei bambini e adolescenti in sovrappeso ha un genitore obeso o in sovrappeso, mentre la percentuale aumenta al 34% quando sono obesi o in sovrappeso entrambi i genitori.

Un altro aspetto collegato all'obesità infantile è quello definito come *adiposity rebound*. L'adiposity rebound si riferisce all'età in cui si ha un aumento fisiologico dell'Indice di Massa Corporea (Body Mass Index - BMI) corrispondente ai 5/6 anni. Un incremento del BMI prima di questa età sembra essere riconosciuto come un indicatore precoce di rischio di sviluppo di obesità.

In età evolutiva, come in età adulta, l'obesità è semplicemente definita come un eccesso di calorie introdotte rispetto a quelle che vengono consumate. Generalmente, per definire se si è obesi o meno, negli adulti, è sufficiente calcolare l'indice di massa corporea che è dato dal rapporto del peso per l'altezza al quadrato; essa stabilisce la posizione dell'individuo lungo un continuum che va dal sottopeso ai diversi livelli di obesità. L'indice di massa corporea ci fornisce però solo un'indicazione generale senza distinguere, ad esempio, tra grasso viscerale e grasso corporeo; differenziazione che sarebbe invece strettamente necessaria per una completa ed efficiente diagnosi di sovrappeso/obesità.

La questione del calcolo del BMI inizia a diventare delicata nel momento in cui

prendiamo in considerazione i soggetti in età evolutiva. Il problema è spinoso perché non c'è consenso per quanto attiene ai punteggi di cut-off per stabilire il sovrappeso o l'obesità nei bambini (Dehghan et al., 2005). Sono disponibili, infatti, diverse tabelle di crescita, a oggi i ricercatori classificano come sovrappeso un bambino uguale o oltre l'ottantacinquesimo percentile, e come obeso uno uguale o oltre il novantacinquesimo percentile del BMI.

La situazione diventa ancora più difficile se ci si affaccia al campo della ricerca; Dehghan, infatti, differenzia diverse metodologie del calcolo del BMI secondo il suo utilizzo in ambito clinico o di ricerca. In particolare, egli rileva che l'utilizzo del BMI sembri più appropriato per gli adulti rispetto ai bambini, giacché in essi i cambiamenti corporei sono caratteristici della fase di vita e più veloci, in questo caso sarebbe più adeguato utilizzare la circonferenza vita che valuta il grasso viscerale, parametro considerato molto importante dal punto di vista diagnostico (Dehghan, Akhtar-Danesh & Merchant, 2005).

In generale, i DCA e l'obesità rappresentano le due estremità dei disturbi clinici collegati al peso. I problemi legati all'immagine corporea sono certamente una delle caratteristiche eziologiche principali dei disturbi alimentari, essi sono intimamente collegati alla salute psicologica e al funzionamento psicosociale. Inoltre, disturbi alimentari e obesità sono problemi di salute che hanno in comune caratteristiche causali simili, problemi simili alla base dello sviluppo, e simili possono essere le potenziali strategie di prevenzione. Per esempio la depressione appare come fattore di rischio per tutte e due le tipologie di disturbo (Stice, Presnell, Shaw & Rohde, 2005) e allo stesso modo sono caratterizzati entrambi dalla presenza di schemi evolutivi e comportamenti infantili che possono continuare anche in età adulta (Levine & Smolack, 2006).

1.4 Un approccio cognitivo-costruttivista ai disturbi del comportamento alimentare

Come in ogni ambito patologico, anche per comprendere al meglio i DCA, è necessario avere una teoria di riferimento per ricostruire il disturbo in senso esplicativo; in altri termini, la psicopatologia può acquisire un significato solo alla luce di una cornice teorica che permetta di inserire i sintomi in una visone più ampia, che permetta una congruenza interna e che possa essere riconosciuta dai soggetti che ne sono affetti.

In un'ottica cognitivo-costruttivista, i soggetti che rientrano nell'ambito

diagnostico dei DCA sono inquadrati in un unico continuum, poiché condividono sia alcuni specifici meccanismi psicologici, sia i modi di percepire la propria esperienza e di attribuirvi significati particolari. Si situano lungo il continuum a seconda delle loro manifestazioni sintomatologiche, del livello di attività/passività e dell'attribuzione interna/esterna del disturbo. Si assiste spesso a variazioni nel tempo degli aspetti fenomenologici: alcuni soggetti esordiscono con un episodio anoressico, per poi sviluppare un atteggiamento bulimico con frequenti abbuffate. Nell'anoressia vi è una modalità particolarmente attiva di affrontare la vita associata a un livello di motricità elevato; l'attribuzione causale di colpa è tipicamente rivolta all'esterno con un atteggiamento di autosufficienza e di lotta ad oltranza contro un mondo disconfermante. Al contrario, nell'obesità vi è una motricità rallentata con una modalità particolarmente passiva di affrontare la vita, l'attribuzione causale di colpa è interna con un senso pervasivo di sconfitta, per cui le delusioni e le disconferme sono percepite come inevitabili e sempre imputabili a sé. La bulimia si trova in una posizione intermedia, con ampie oscillazioni negli atteggiamenti che si alternano tra lo stile tipico dell'anoressia e quello dell'obesità.

In accordo con l'ipotesi di un continuum, oggi sempre più autori preferiscono parlare di sindrome anoressico-bulimica, di spettro dei disturbi dell'alimentazione (Panchieri & Cassano, 1999), oppure secondo un più specifico punto di vista cognitivo-costruttivista, di organizzazione di significato personale di tipo disturbi alimentari psicogeni (DAP) (Guidano, 1987, 1991; Arciero, 2002).

L'approccio cognitivo-costruttivista consiste in un inquadramento dei DCA in una categoria nosografica globale, cui è sottesa una comune organizzazione della conoscenza che si è venuta a creare all'interno della nostra cultura di matrice occidentale, pur con forme di espressione individuale che portano a manifestazioni comportamentali diverse. Il paradigma è supportato dal fatto che molti pazienti presentano una commistione delle due forme e non pochi di loro passano da una all'altra: in entrambe le espressioni si rileva lo stesso terrore di ingrassare e l'apparenza estetica è determinante per lo stato psicologico.

Dove le manifestazioni patologiche non coesistono, è importante rilevare come il disturbo di tipo anoressico si presenta nella maggior parte dei casi come egosintonico, accettato e anche esibito, un atteggiamento di ricerca di una magrezza estrema di cui vantarsi, e come, viceversa, la bulimia e l'obesità tendono a essere avvertite come un

disturbo egodistonico, un impulso rifiutato e irrefrenabile che ha per conseguenza un comportamento da nascondere con un forte senso di vergogna.

Il comportamento anoressico-bulimico è un sintomo ambivalente e multideterminato: è un tentativo disperato di ottenere ammirazione e conferma, di sentirsi unici e speciali, non importa se poi si finisce con il procurare danno o punizione a se stessi; un tentativo di opporsi alle eccessive aspettative genitoriali; un tentativo onnipotente di sviluppare, attraverso la disciplina del corpo e il controllo del cibo, un senso di autonomia e individualità.

Questi fattori sono accompagnati anche da tratti cognitivi caratteristici, che comprendono un'errata percezione della propria immagine corporea, un pensiero infantile del tipo tutto o nulla, perlopiù centrato solo sul presente, pensieri e rituali ossessivo-compulsivi e un pensiero di tipo magico-persecutorio (bisogno/paura di essere visti).

La preoccupazione riguardante il cibo e il peso è dunque una manifestazione piuttosto tarda, rappresentativa di un disturbo basilare del concetto di sé. La maggior parte dei soggetti affetti da un DCA riferisce di aver interiormente percepito, da sempre, la convinzione di essere completamente inadeguati e impotenti, incapaci di sostenere il giudizio degli altri.

Riferendoci alle organizzazioni di personalità, è importante sottolineare che negli esseri umani, le modalità di percepire ed esprimere le emozioni, la capacità di attribuire significati alle proprie sensazioni e agli avvenimenti della vita, i comportamenti con cui ogni persona sceglie di affrontare una particolare situazione, si presentano con caratteristiche diversificate che rendono gli individui unici e diversi tra loro. Ciascuno esprime le caratteristiche personologiche nel rispetto delle teorie e regole personali, perciò se i suoi atteggiamenti appaiono irrazionali o imprevedibili a un osservatore esterno, sono in ogni caso l'espressione di una propria coerenza interna (Reda, 1996a).

Nella seconda metà degli anni ottanta, la scuola cognitivista italiana ha proposto alcuni modelli che inquadrano i DCA in una dimensione evolutiva (Liotti, 1988; Giudano, 1987, 1991; Reda, 1996b). Questi paradigmi descrivono una specifica modalità di organizzazione della conoscenza umana, a fondamento della predisposizione a comportamenti alimentari disfunzionali. Nelle osservazioni di questi autori, è dato ampio rilievo anche all'influenza dell'ambiente evolutivo-familiare e socio-culturale nella genesi e nel mantenimento dei disturbi stessi.

Le organizzazioni personologiche sino ad ora individuate sono quattro: tipo fobico, depressivo, ossessivo e tipo da disturbi alimentari psicogeni (Giudano, 1987, 1991, 1996; Arciero, 2002). Quest'ultima è alla base di tutti i DCA, dall'anoressia alla bulimia, all'obesità psicogena. Anche se l'organizzazione di significato personale di tipo disturbi alimentari psicogeni prende il nome dalla patologia, essa non è definita semplicemente dall'associazione con uno specifico tipo di disturbo. A caratterizzarla è una peculiare modalità di articolazione della propria esperienza immediata, di spiegarsela e di riferirsela, ravvisabile anche in soggetti asintomatici. Questo pattern si sviluppa in stretta interdipendenza con il modello di attaccamento che un individuo sperimenta con le figure significative, soprattutto nell'infanzia e nella fanciullezza.

Negli individui che sviluppano uno stile di personalità di tipo disturbi alimentari psicogeni, tutti i processi originano da una percezione vaga e indefinita di sé e si organizzano intorno a confini antagonisti e fluttuanti tra il bisogno incondizionato di approvazione da parte di persone significative e la paura, altrettanto assoluta, di potere essere disconfermati da tali persone. La caratteristica distintiva di quest'organizzazione è la spiccata tendenza a reagire a ogni perturbazione dell'equilibrio tra queste polarità emotive con un'alterazione dell'immagine corporea che si esprime in un comportamento alimentare disfunzionale. L'oscillazione ricorsiva tra la necessità di riferirsi a un polo esterno per definire un proprio sé da un lato, e la delusione che tale riferimento necessariamente comporta in termini di disconferma e disapprovazione percepiti o temuti, fa si che questi individui per costruire modelli e teorie stabili e congruenti su di sé e sul mondo, articolino una complessa procedura semantica attraverso cui riordinare i dati dell'esperienza. La necessità/timore di un riferimento esterno che può fornire approvazione e conferme si concretizza attraverso comportamenti e schemi cognitivi che permettono di esprimere le proprie caratteristiche uniformandosi a una serie di modelli considerati positivi; si determina, così, una costante ricerca di sintonia sulle aspettative dell'altro, ricerca che è agita con modalità e atteggiamenti perfezionistici in modo da prevenire le disconferme. L'atteggiamento ipercritico nei confronti degli alti permette, inoltre, di non sentirsi troppo coinvolti o definiti: attraverso la critica è neutralizzato l'impatto con cui eventuali rifiuti e disconferme possono ripercuotersi sul proprio senso d'identità. La capacità di valutare la propria inadeguatezza è, per di più, resa difficoltosa dalla scarsa competenza, durante le interazioni interpersonali, nel decodificare i comportamenti non verbali e le espressioni facciali degli altri individui, con conseguente difficoltà nella comprensione degli stati emotivi altrui, nella definizione della propria pertinenza in quel contesto e nella gestione delle relazioni sociali.

La percezione di un'interiorità incerta e confusa favorisce una dipendenza dall'ambiente nella costruzione di una teoria su di sé e sul mondo. Le manifestazioni patologiche che ne conseguono dipendono dai livelli di organizzazionedisorganizzazione personale, di flessibilità, di adattamento e di generatività degli schemi cognitivo-emotivi. Gli elementi invarianti che caratterizzano le situazioni di scompenso sono rappresentati dall'estremizzazione dei tratti tipici di quest'organizzazione: la distorsione dell'immagine corporea, la ricerca dell'approvazione da parte degli altri significativi e il timore di un inevitabile giudizio negativo, quale conferma del proprio senso di inadeguatezza o di incapacità personale. Per contrastare questo destino, ricorrono principalmente a due strategie. La prima consiste nel cercare di stabilizzarsi attraverso la ricerca spasmodica di un punto di riferimento esterno: appartengono a questa categoria la ricerca di approvazione da parte di una persona significativa, l'adesione a un modello ritenuto prestigioso, l'adeguamento alle aspettative dell'altro e il perfezionismo volto alla prevenzione delle disconferme e dei rifiuti. Allo stesso scopo è rivolto l'atteggiamento ipercritico che, sovente, questi individui assumono nei confronti degli altri: quando avvertono il pericolo di sentirsi troppo definiti o disconfermati, criticano in anticipo chi può essere avvertito quale potenziale fonte di disconferma o di giudizio negativo, sminuendone anticipatamente la validità. Rapportarsi a un criterio esterno, per strutturare un'accettabilità personale soddisfacente nasconde numerose insidie, come la possibilità di costruire teorie che confermano il senso di non essere all'altezza nelle situazioni, di non farcela a soddisfare le aspettative altrui, di sentirsi ingannato, deluso o troppo definito dal contesto e dai desideri altrui.

La seconda strategia per contrastare il senso di inadeguatezza e incapacità personale si fonda sulla ricerca di un criterio interno rigido, finalizzato allo sviluppo di una percezione di sé più netta e definita. Questo genera un'eccessiva e acritica difesa del proprio punto di vista da intrusioni, sostenuta da schemi cognitivi radicati sull'ingannevolezza del mondo. Di conseguenza, questi individui, assumono un atteggiamento di chiusura, evitando di esporre le proprie impressioni o convinzioni e ricorrendo frequentemente alle bugie.

Nel corso del ciclo di vita, gli individui con personalità di tipo disturbi alimentari

psicogeni oscillano ricorsivamente fra questi due atteggiamenti. Dal riferimento a un criterio esterno ricavano un'immagine che può avere una minore o maggiore accettabilità o stabilità: tutto dipende da quanto si sentono in grado di rispondere alle aspettative dell'altro.

2. I FATTORI DI RISCHIO

2.1 Descrizione dei fattori di rischio

All'interno dei disturbi del comportamento alimentare (DCA), è importante fare una distinzione tra *fattori di rischio*, *fattori correlati* e *fattori confondenti*. I fattori di rischio sono i fattori che predicono il disturbo, i fattori correlati sono i fattori associati al disturbo, essi possono causare o essere causati dal disturbo, ma non può essere formulata nessuna ipotesi temporale sull'ordine di insorgenza. Infine, i fattori confondenti, sono quei fattori che sono associati sia ai fattori di rischio sia al disturbo, essi falsano l'associazione tra i fattori di rischio e il disturbo stesso (Field, 2004).

In generale i disturbi alimentari hanno alla base cause molto complesse. Possono essere evidenziati tre principali fattori alla base dei disturbi: *fattori precipitanti, fattori predisponenti*.

I *fattori precipitanti o attivanti*, sono quei fattori che sembrano dare inizio al disturbo alimentare, vale a dire, quelli che possono portare una persona, già vulnerabile, a un disturbo alimentare o ad altri comportamenti di controllo dell'alimentazione.

Con *fattori perpetuanti o di mantenimento*, ci si riferisce a ogni fattore precipitante persistente, che, una volta che il disturbo si è sviluppato, può contribuire a mantenerlo. Tra questi fattori si possono trovare i rinforzi personali e socio-ambientali, come l'adesione a un modello estetico predefinito, i commenti positivi da parte di familiari, amici o conoscenti in merito al peso e alle forme corporee, la sensazione di forza nel riuscire a controllarsi; i guadagni secondari della malattia, cioè le cose che la malattia permette di acquisire o di evitare, come per esempio l'attenzione degli altri; i fattori predisponenti e precipitanti non risolti, come la non riduzione della preoccupazione per il peso e per la forma fisica nonostante il calo ponderale.

Particolare attenzione è stata posta ai fattori predisponenti. Con il termine *fattori predisponenti* ci si riferisce a tutti quei fattori che sono precondizioni necessarie per l'insorgenza del disturbo; sono elementi già presenti nella persona o nell'ambiente prima che il disturbo emerga. Essi non precipitano o attivano necessariamente il problema ma devono essere presenti affinché ogni fattore precipitante abbia effetto specifico nel produrre il disturbo. I DCA hanno bisogno di condizioni predisponenti senza le quali né il numero, né l'intensità dei fattori attivanti e precipitanti sono

sufficienti per la loro insorgenza. Nei fattori predisponenti rientrano la *genetica*, la *personalità*, i *fattori biologici* e i *fattori socioculturali*.

Per quanto riguarda la *genetica* non si conosce ancora se esiste e quale sia il contributo esatto dei geni nello sviluppo dei DCA e le eventuali modalità di trasmissione non sono ancora bene conosciute. Alcuni studi sembrano dimostrare che essi sono importanti. Si nota, dai risultati di uno studio (Bryant-Waugh & Lask, 2000), che nei gemelli eterozigoti in cui un soggetto è anoressico, la probabilità media di sviluppare il disturbo anoressico nell'altro gemello è del 5%, mentre nei gemelli monozigoti la probabilità media sale al 56%, non del 100%, poiché, gli autori ritengono che oltre ai geni interagiscono anche altri fattori.

Negli ultimi quindici anni sono state condotte numerose ricerche che cercano di evidenziare le connessioni tra i diversi *tratti di personalità* e lo sviluppo o la presenza di disturbi alimentari (Celio, Winzelberg, Wilfley, Eppstein-Herald, Springer & Parvati, 2000; Luo, Forbush, Williamson, Markon & Pollack, 2013).

Gli studi condotti negli anni evidenziano che i tratti di personalità sono implicati nello sviluppo, nell'espressione sintomatica e nel mantenimento dei disturbi alimentari stessi. Si evidenzia che i soggetti affetti tendono ad avere personalità meticolose e perfezioniste (Bulik, Tozzi, Anderson, Mazzeo, Aggen & Sullivan, 2003; Halmi et al., 2005; Bardone-Cone, Wonderlich, Frost, Bulik, Mitchell & Uppala, 2007; von Lojewsky & Abraham, 2014), tendono a fare le cose al meglio delle loro abilità e spesso eseguono i compiti in modo ossessivo o compulsivo (Godart, Flament, Perdereau & Jeammet, 2002; Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007; Swinbourne & Touyz, 2007; Pollack & Forbush, 2013); se non raggiungono a pieno quanto si prefiggono si sentono falliti e la loro autostima crolla in modo drastico.

Anche non rientrando strettamente nelle caratteristiche di personalità, un ruolo dominante nello sviluppo dei DCA è da attribuire alla bassa autostima (Wade, Davidson & O'Dea, 2002; Obeid, Buchholz, Boerner, Henderson & Norris, 2013; Keating, Tasca & Hill, 2013). Possedere un'immagine di sé povera significa sentire di avere fallito nel raggiungimento di alti obiettivi autoimposti. I soggetti appaiono disperati nel tentativo di migliorarsi e di migliorare i risultati cui tendono, proponendosi spesso delle mete impossibili. Esercitare un forte controllo sul proprio appetito, sul proprio peso e sulla forma fisica, può diventare un arduo compito su cui lavorare, e può dare un gran senso di soddisfazione.

Molte ricerche, sempre nell'ambito dello studio delle possibili relazioni tra personalità e DCA, hanno evidenziato che i disturbi di personalità sono frequentemente associati alla presenza di questo tipo di disturbo (Bornstein, 2001) e che la presenza di alterazioni della personalità è molto più frequente nei pazienti con disordini alimentari rispetto a pazienti con altre diagnosi dell'asse I (Johnson & Wonderlich, 1992; Grilo, 2002; Grilo et al., 2003; Perkins, Slane & Klump, 2013; Waller, Ormonde & Kuteyi, 2013, Slane, Klump, Donnellan, McGue & Iacono, 2013).

Sono molti i *fattori biologici* presi in considerazione in relazione ai DCA, ma le ricerche fino ad ora condotte sulle possibili cause biologiche non sono state molto produttive, considerando in primis che è difficile comprendere se i vari cambiamenti che avvengono nel corpo siano primari o secondari rispetto all'insorgenza del disturbo.

Per ultimi, ma non meno importanti, si trovano i *fattori socio-culturali*, che portano il disturbo a essere culturalmente determinato. È importante sottolineare che le pressioni socio-culturali non sono la causa dello sviluppo dei DCA ma sono una delle impalcature di base da cui questi disturbi possono facilmente svilupparsi. All'interno dei fattori socio-culturali rientrano la pressione esercitata dei media nella promozione di un ideale di bellezza estremamente magro (Murray, Touyz & Beumont, 1996; Harrison & Cantor, 1997; Lopez-Guimerà, Levine, Sànchez-Carracedo & Fauquet, 2010; Peroutsi & Gonidakis, 2011; Bair, Kelly, Serdar & Mazzeo, 2012; Gonçalves, Moreira, Trinidade & Fiates, 2013), l'influenza del gruppo dei pari (Oliver & Thelen, 1996; Vincent & McCabe, 2000a; Shroff, 2005; Hutchinson & Rapee, 2007; Forney, Holland & Keel, 2012; Keel, Forney, Brown & Healtherton, 2013; Keel & Forney, 2013) e l'influenza della famiglia riguardo alle abitudini alimentari e alla spinta verso un ideale standard di bellezza (Thode, 1994; Burggraf, 2001; Wisotsky et al., 2006; Marcos, Sebastiàn, Aubalat, Ausina & Treasure, 2013; Godfey, Rhodes & Hunt, 2013).

Come accentato sopra quando si parla di fattori socio-culturali, ci si riferisce ai fattori relazionali e sociali. Quando si parla di relazione, si devono considerare due macro-aree: le relazioni con i genitori ovvero la famiglia di origine e le relazioni tra i pari.

La natura delle relazioni parentali è stata osservata da più parti come un elemento in grado di predire un buon adattamento sociale (Steinberg & Morris, 2001; Ricciardelli & McCabe, 2001; Davison & McCabe, 2006). La totale assenza o la carenza di un supporto sociale sono dei fattori di rischio per l'insorgenza della preoccupazione e

insoddisfazione per il proprio corpo che spesso si correlano con un abbassamento dell'autostima e una denigrazione di sé. Le persone che si sentono poco accettate o hanno avuto esperienze di rifiuto dai genitori mostrano una scarsa percezione della propria immagine corporea e sentimenti di inadeguatezza elevati (Bearman, Presnell, Martinez & Stice, 2006). Questo effetto sembra essere particolarmente sottolineato nel genere femminile, mentre per il genere maschile lo scarso supporto parentale non avrebbe conseguenze dirette sulla percezione corporea. Relazioni conflittuali tra i genitori e i figli sono inoltre collegate a preoccupazioni per il proprio aspetto fisico, percezioni negative del proprio corpo, messa in atto di comportamenti volti alla riduzione del peso e DCA conclamati (Leon, Fulkerson, Perry & Dube, 1994; Archinbald, Graber & Brooks-Gunn, 1999). Alcuni studi hanno rivelato che le donne con un maggior numero di comportamenti alimentari disfunzionali sono anche coloro che si percepiscono meno accettate o più criticate dalla famiglia di origine (Swarr & Richards, 1996; Abraczinskas, Fisak Jr. & Barnes, 2012).

Accanto allo scarso supporto sociale percepito, si affiancano anche le richieste esplicite dei genitori a modificare l'aspetto fisico, o l'incoraggiamento da parte di questi a iniziare diete per perdere o prendere peso. Queste sollecitazioni conducono i soggetti a vivere sospesi tra le richieste interne e le pressioni sociali con una conseguente insoddisfazione verso se stessi e il proprio corpo (Benedickt, Wertheim & Love, 1998; McCabe & Ricciardelli, 2005; Lyke & Matsen, 2013). I risultati presentati suggeriscono che le relazioni positive con le figure genitoriali sono dei fattori positivi contro l'insorgenza di gravi dispercezioni del proprio corpo che spesso sfociano in condotte alimentari disfunzionali.

L'intervento della famiglia sembra essere rilevante nello sviluppo dell'immagine corporea e delle conseguenti percezioni e comportamenti alimentari disfunzionali. I genitori possono, infatti, influenzare la percezione dell'immagine corporea con i loro atteggiamenti, opinioni o espressioni verbali dirette o indirette.

Nonostante il ruolo del supporto genitoriale sia preponderante sulla predittività dello sviluppo di un DCA, anche i pari giocano un ruolo importante. Le relazioni con i pari, dall'adolescenza, acquistano una grande importanza per i giovani, che progressivamente si allontanano dalla famiglia di origine per sperimentare nuovi incontri, scambi ed esperienze con il gruppo dei coetanei (Ricciardelli & McCabe, 2001). Diversi contributi hanno analizzato il ruolo che possono rivestire gli amici

intimi, e il gruppo, nella definizione della propria soddisfazione o insoddisfazione verso l'immagine corporea. Alcuni autori hanno rilevato che relazioni poco soddisfacenti con l'amico del cuore o la totale assenza dello stesso è associato alla presenza di sintomi bulimici nelle ragazze, tale relazione non è stata individuata nei maschi (Vincent & McCabe, 2000b). Le femmine, inoltre, riconoscono i pari come la loro prima fonte d'informazione sul proprio aspetto fisico e sul proprio peso. I soggetti di genere femminile che ricevono commenti denigratori nei confronti del proprio aspetto fisico diventano più vulnerabili e sono più esposti al rischio di attivare comportamenti volti al dimagrimento o alla modificazione dell'aspetto fisico (Rieves & Cash, 1996; Thompson, 1996).

Il confronto sembra essere, dunque, un elemento che ricorre costantemente. Allargando i confini delle relazioni tra i singoli, si può analizzare anche l'importanza del confronto sociale. La teoria del confronto sociale, proposta da Festinger, nel 1954, è ancora attuale.

La teoria indica come le persone utilizzino le immagini proiettate dai media come standard per valutare il proprio corpo. Successivi lavori hanno confermato come il processo di confronto sociale rispetto al proprio corpo sia molto radicato in tutte le fasce della popolazione (Catterin, Thompson, Thomas & Williams, 2000). Alcuni suggeriscono che sia i maschi sia le femmine quando guardano i modelli proposti dai media, tendono poi a valutare se stessi e il proprio aspetto fisico con maggiore insoddisfazione rispetto a un'assenza di confronto (Arbour & Martin-Ginis, 2006; Owen & Spencer, 2013; Tatangelo & Ricciardelli, 2013; Carey, Donaghue & Broderick, 2014). I modelli previsionali indicano come il confronto sociale relativo al proprio corpo sia predittivo della soddisfazione corporea e dei DCA negli adolescenti, soprattutto femmine (Petrie, Grrenleaf & Martin, 2010). Anschutz ed Engels (2010) hanno voluto osservare quale potrebbe esser l'età in cui prende avvio il confronto sociale per la valutazione del proprio corpo. Gli autori sulla base dei dati raccolti evidenziano che i bambini, già all'età di sei anni, esposti a modelli diversi, tendono a modificare le loro abitudini alimentari. A supporto di questa tesi c'è anche lo studio di Harriger, Calogero, Whiterington e Smith (2010) il quale conferma che l'interiorizzazione dell'ideale di forma corporea avviene già in età molto precoce.

Se nelle femmine l'idea di magrezza sembra essere il punto principe da cui prende avvio il confronto con il proprio corpo, i maschi invece utilizzano i messaggi dei media per misurare la loro massa muscolare. Anche per il genere maschile il confronto prende avvio in tenera età. Grogan e Richards (2002) mostrano che dagli 8 anni, i maschi confrontano il proprio corpo con quello dei compagni, e in adolescenza tale confronto si rinforza sempre di più (Boroughs, Krawczyk & Thompson, 2010). Probabilmente il confronto operato dai maschi rispetto al corpo è indiretto: non c'è tanto l'aperto paragone tra sé e i modelli culturali, quanto invece tra il proprio corpo e i corpi degli altri maschi (Shroff & Thompson, 2006).

In accordo con la teoria di Festinger, una negativa percezione del proprio corpo è il risultato della pressione sociale a conformarsi agli ideali di magrezza o muscolosità imposti dalla cultura occidentale. Non è un caso che siano proprio i paesi occidentali a evidenziare elevati livelli di insoddisfazione e di presenza di DCA che si diffondono sempre di più in giovane età. La cultura occidentale ha posto al centro il corpo e l'ha investito di una tale importanza da renderlo quasi sacro; i giovani soggetti che vivono in questo contesto sono portati a investire notevoli cure e preoccupazioni per il corpo, e la necessità di aderire ai canoni imposti, li porta spesso ad attivare comportamenti e strategie volte a modificarlo.

I media, attualmente, possono essere considerati il più potente fattore che influenza i comportamenti alimentari disfunzionali, poiché promuovono un'immagine di bellezza non realistica e artificiale che è oggettivamente impossibile da raggiungere per la maggior parte delle persone (Levine & Murner, 2009).

Come descritto, le cause alla base dei disturbi alimentari sono numerose e spesso occorrono in varie combinazioni. Nessun fattore singolo può essere sufficiente per determinare il disturbo; si deve sempre considerare l'interazione tra una gamma di fattori, alcuni dei quali precondizioni necessarie per lo sviluppo del disturbo (fattori predisponenti), altri che possono attivarlo (fattori precipitanti) e altri ancora che mantengono il problema (fattori perpetuanti).

In linea generale la ricerca clinica sui DCA è un campo mobile e in continua evoluzione teorica, anche, come già sottolineato, per la complessità del suo oggetto. Se si considerano le situazioni cliniche che si possono presentare nel loro insieme, ci si trova davanti a problematiche che affiancano ad apparenti irriducibili differenze, inaspettate somiglianze e familiarità. In un buon colloquio clinico, infatti, i soggetti affetti da diversi DCA, parlando di emozioni riporteranno tutti una simile difficoltà nel

percepire e riconoscere i propri stati emozionali, lamenteranno difficoltà nel riconoscere e capire cosa stanno provando anche sul piano fisico, descriveranno il tema della paura del giudizio come un problema centrale della loro vita. Tutti questi aspetti ruoteranno poi intorno all'insoddisfazione per il corpo, all'aspetto fisico e ai vari tentativi di modificarlo, alla presenza di un'immagine corporea negativa che genera disagio.

Riguardo alle emozioni, come si vedrà in seguito, molti autori hanno suggerito una correlazione tra la loro modalità di gestione, in particolare la loro regolazione, e la presenza di DCA. Il tema dell'immagine corporea è un settore centrale di studio e di ricerca nell'ambito dei DCA. La presenza di un'immagine corporea negativa, che secondo alcuni autori coincide con l'insoddisfazione per il proprio corpo (Stomer & Thompson, 1996), è stata da molti autori indicata come uno dei fattori causali più importanti - se non il più importante - nell'innesco di un DCA (Stice, 2001). I due aspetti, insoddisfazione corporea e regolazione delle emozioni, sono oggi considerati aspetti centrali nelle patologie trattate e per questo meritano una trattazione approfondita.

2.2 L'immagine corporea

A proposito del corpo, e alla percezione ed emotività a esso collegato, le produzioni scientifiche hanno fatto riferimento a una serie di definizioni e concetti differenti tra loro come percezione corporea (*body percept*), immagine corporea (*body image*), idea di corpo (*body concept*), schema corporeo (*body schema*) e atteggiamento nei confronti del corpo (*body values*). Ultimamente si è cercato di includere tutte le forme di rappresentazioni percettive e cognitive del corpo umano all'interno di due concetti fondamentali: quelli di schema corporeo e di immagine corporea.

2.2.1 Origine del concetto

Provando a ripercorrere la storia terminologica e concettuale dei termini di *schema corporeo* e *immagine corporea* ci si imbatte subito in un autore, Bonnier, che nei primi del Novecento ha avvertito la mancanza di un termine preciso che indicasse la rappresentazione topografica del corpo nello spazio. Bonnier (1905) introdusse per primo il termine schema corporeo, per indicare la rappresentazione delle caratteristiche spaziali del corpo che l'individuo ricava a partire dalle informazioni provenienti dagli

organi sensoriali.

È con Head (1920) però, che si ha la definizione di schema corporeo ancora oggi avvalorata in letteratura. Head ritiene che lo schema corporeo è la rappresentazione corporea ottenuta dalla comparazione e integrazione a livello corticale delle diverse esperienze sensoriali con le sensazioni attuali. Secondo l'autore ogni nuova sensazione è messa in relazione con le esperienze passate, attraverso un'attività corticale di tipo automatico e preconscio. Tale processo non coinvolge la coscienza, ha un carattere plastico, e consente di modificare la rappresentazione corporea sulla base delle nuove informazioni in ingresso (Carlini & Farneti, 1980).

La nozione di schema corporeo è ampliamente utilizzata nelle neuroscienze, ma quando si chiede di introdurre la componente psichica nella definizione del proprio corpo e delle sue rappresentazioni non ci si riferisce al concetto di schema corporeo ma al concetto di immagine corporea. Tale concetto si concentra sulle dinamiche affettivo-emotive e sui processi rappresentativi, intendendo così il modo in cui il soggetto sperimenta e considera il proprio corpo.

Il termine immagine corporea è stato coniato da Schilder (1935) che nel confermare le basi neurofisiologiche dello schema corporeo, ha aggiunto i risvolti emotivi legati agli investimenti emozionali e alle relazioni sociali che caratterizzano la percezione e la rappresentazione del corpo di un individuo. La definizione proposta al riguardo è la seguente: "Il quadro mentale che ci facciamo del nostro corpo, vale a dire il modo in cui il corpo appare a noi stessi. Noi riceviamo delle sensazioni, vediamo parti della superficie del nostro corpo, abbiamo impressioni tattili, termiche, dolorose [...] Ma al di la di tutto questo vi è l'esperienza immediata dell'esistenza di un'unità corporea che, se è vero che viene percepita, è dall'altra parte qualcosa di più di una percezione" (Schilder, 1935).

Per immagine corporea si intende un quadro mentale del proprio corpo, ossia il modo in cui il corpo appare agli occhi e alla mente. Oltre a questa esperienza immediata dell'unità corporea c'è qualcosa in più della semplice percezione: qualcosa che coinvolge la sfera emotiva e affettiva. Questa immagine corporea supera il concetto di schema corporeo perché la percezione del corpo è intesa come una *Gestalt* (l'insieme percepito è sempre qualcosa in più della somma delle singole parti), è una percezione dotata di movimento, è dotata di affetti, e possiede caratteristiche sociali. Spesso, infatti, la conoscenza del proprio corpo deriva dal confronto con gli altri corpi. L'immagine

corporea ha dunque un valore sociale e, per Shilder, potrebbe essere paragonata alla stessa personalità. Senza dubbio il concetto di immagine corporea si lega alla percezione dell'immagine di sé, e al valore attribuito a sé.

Se la percezione della propria immagine corporea ha dunque un valore importante ai fini del valore di sé come persona, allora il corpo diventa un elemento centrale nella costruzione di quel sé globale che fa riferimento all'Io inteso come individuo (Olivardia & Pope, 2002).

L'immagine corporea si costruisce, quindi, a partire dalle rappresentazioni mentali derivanti da specifici eventi e situazioni che coinvolgono l'individuo in misura maggiore quanto più lui ricava rappresentazioni provenienti dal contesto sociale, all'interno del quale egli è classificato da altri, in relazione a specifici e persistenti attributi (Ladogana, 2006). Secondo questo principio, se si creasse una discrepanza tra l'immagine corporea e il modello ideale introiettato, si assisterebbe a una diminuzione dell'autostima a livello di accettazione di sé (Myers & Biocca, 1993).

2.2.2 Definire l'immagine corporea

Il corpo e la sua immagine giocano un ruolo fondamentale nella vita personale e sociale di ogni individuo; per ognuno il proprio corpo è univoco, investito di significati e di emozioni, ed è il frutto della storia di sviluppo che ha vissuto; questa storia si costruisce durante tutto il percorso di vita. Nel concetto di immagine corporea, a differenza di quello di schema corporeo, confluiscono tutti gli aspetti psicologici oltre che somatici e neurologici; è un modello di tipo cognitivo/socio/emozionale. L'immagine corporea è caratterizzata da uno status intenzionale poiché include l'esperienza personale e autoriferita del proprio corpo.

La letteratura dedicata all'immagine corporea è molto ricca e riguarda in modo particolare ricerche realizzate all'interno di discipline fra loro molto diverse: disquisire sul concetto di immagine corporea implica il riaccendere i riflettori sulla conoscenza del nostro corpo e quindi sulla questione del corpo inteso come oggetto.

Stando alle riflessioni di Merleau-Ponty (1965) il corpo non è oggettivabile, perché a differenza di qualunque altra cosa nel mondo reale, è costantemente percepito. Inoltre, mentre gli oggetti possono essere colti secondo una particolare prospettiva che può anche essere modificata, il nostro corpo non ha prospettive: a nessuno è concessa

l'immagine fedele del proprio corpo, ciò che pensiamo del nostro corpo è l'effetto di un processo di costruzione più che di una scoperta, la propria immagine è qualcosa che il corpo crea (Galimberti, 1987).

L'immagine corporea è un costrutto multidimensionale caratterizzato dalle percezioni e dalle valutazioni dell'individuo in merito al proprio aspetto fisico. Schilder, autore nel 1935 della prima opera dedicata all'immagine corporea, ritiene che essa sia costruita dal nostro cervello, e come ogni altra costruzione è sottoposta a una verifica permanente necessaria a verificare quali parti, e come, concordano con il progetto individuato e l'insieme complessivo corporeo. L'immagine non è statica ma soggetta a un continuo processo di strutturazione-destrutturazione-ristrutturazione, che inizia nella tenera età e prosegue nel tempo. Ogni individuo desidera ottenere immagini corporee ben definite, per questo cerca di acquisire sempre nuove informazioni, e per la sua costruzione e organizzazione non utilizza solo le esperienze presenti, ma anche quelle passate, grazie all'intervento della memoria che ha la funzione di approntare il materiale per una nuova costruzione e organizzazione.

Slade, nel 1988 descrive con più accuratezza l'immagine corporea come: "l'immagine della forma e della taglia del nostro corpo che abbiamo nella nostra mente, e i sentimenti che proviamo rispetto a queste caratteristiche, e rispetto alle singole parti del nostro corpo, vale a dire la rappresentazione soggettiva che ogni persona ha del proprio corpo".

Sempre secondo Slade (1994), l'immagine corporea è costituita da diverse componenti: percettiva (come la persona percepisce e valuta la forma del proprio corpo), attitudinale (che cosa pensa e conosce del proprio corpo), affettiva (quali sentimenti nutre verso il proprio corpo) e infine comportamentale (alimentazione, attività fisica). Dalla risultante di tutte queste componenti si può capire come l'immagine del proprio corpo riguarda la persona nella sua globalità, in tutti gli aspetti del suo essere, e quindi la sua rilevanza e complessità. Nell'ultimo decennio Cash ha evidenziato come l'immagine corporea sia costituita dall'insieme di percezioni e atteggiamenti di ciascuno collegati al proprio corpo, includendo pensieri, convinzioni, sentimenti e comportamenti (Cash & Pruzinsky, 2002).

Cash (2005) ha prospettato un modello cognitivo-comportamentale in cui sono illustrati chiaramente gli approdi normali e patologici che possono essere raggiunti durante lo sviluppo dell'immagine corporea.

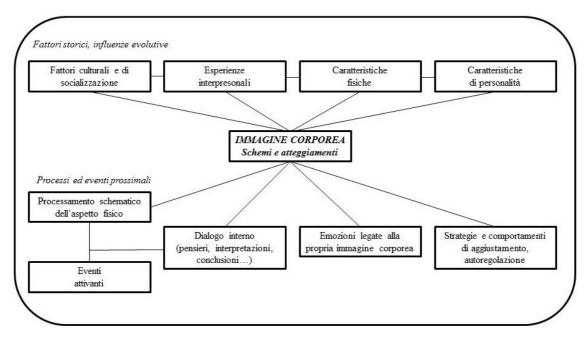


Immagine 2.1 - Modello cognitivo comportamentale di sviluppo dell'immagine corporea (Cash & Pruzinsky, 2002)

In primo luogo la socializzazione culturale produce e invia messaggi che comunicano standard e aspettative sull'aspetto fisico, in particolare quali requisiti corporei debbano essere considerati di valore e cosa significa esserne dotati. D'altro canto, le esperienze interpersonali di vario genere producono attese, opinioni e interrelazioni verbali e metaverbali. Inoltre, non c'è dubbio che le proprietà fisiche reali di una persona influenzino la sua immagine corporea, giacché hanno un forte impatto sul modo in cui è percepita e trattata non solo dagli altri, ma anche da se stessa. Infine, tra i fattori di personalità rilevanti nell'influenzare la costruzione dell'immagine corporea, Cash segnala come fondamentale l'autostima e, a seguire, il perfezionismo, l'autoconsapevolezza pubblica, il bisogno di approvazione sociale, il tipo di attaccamento nei riguardi dei modelli genitoriali, e atteggiamenti e valori legati al genere. Gli schemi di sé, vale a dire tutte quelle numerose e variegate cognizioni su di sé originate dalle esperienze passate, cui si devono l'organizzazione e le modalità di elaborazione dell'informazione di sé recepita nelle esperienze sociali di ognuno, incanalano la rilevanza e l'attenzione poste dal soggetto su eventi attivanti esterni o interni legati al proprio aspetto. Questi a loro volta innescano dialoghi interiori, costituiti da una molteciplità di pensieri automatici, forti associazioni emotive, inferenze, conclusioni e interpretazioni. Per costatare l'effetto di tali episodi attivanti e le reazioni emotive correlate, il soggetto che ne è succube cerca di mettere in atto

processi di autoregolazione e aggiustamento come l'evitare certe situazioni o il mascheramento del corpo, rituali di correzione di presunti difetti corporei, ricerca di rassicurazione sociale e strategie di compensazione. Al contrario, chi riesce a maturare una positiva accettazione di sé e a intraprendere adeguati processi di cura non sviluppa disturbi dell'immagine corporea o comunque riesce a controllarne la distorsione.

La struttura dell'immagine corporea è dovuta a processi di formazione e costruzione realizzati con l'intervento delle sensazioni e delle percezioni, ma sembra che siano i fattori emotivi che forniscono energia e dirigono lo sviluppo di tali processi. Nella prospettiva cognitivo-comportamentale l'immagine corporea è studiata in riferimento a due criteri di giudizio denominati *body image evaluation* e *body image investiment*. Mentre il primo criterio, concernente la soddisfazione o insoddisfazione per la propria immagine, dipende dalla concordanza o discordanza tra la percezione del proprio corpo e gli ideali estetici interiorizzati, il secondo si riferisce all'importanza psicologica cognitiva e comportamentale che gli individui assegnano al proprio corpo.

A proposito dell'investimento che ognuno fa sulla propria immagine corporea, è necessario fare riferimento alla *salienza motivazionale* e alla *salienza dell'autovalutazione*. Per *salienza motivazionale* si intende il valore che la persona assegna alla gestione della propria immagine corporea per apparire al meglio o per aumentare la propria capacità di attrazione. Questo tipo di investimento non è necessariamente negativo, ma può piuttosto indicare una propensione a prendersi cura ed essere orgogliosi delle proprie sembianze. La *salienza dell'autovalutazione* comprendere i motivi per i quali le persone giudicano il proprio aspetto come parte integrante del senso di sé e del proprio valore. Questo tipo di investimento sembra più sfavorevole per il modo con cui si manifesta nell'ambito della valutazione dell'immagine corporea, nelle patologie dell'alimentazione e altre manifestazioni psicosociali disfunzionali.

Si può dire, allora, che la rappresentazione del corpo, più che nella sua realtà fisica, nasce nel mondo interiore del soggetto ed è costruita in quella determinata versione mediante l'apporto dei significati sociali assegnati al corpo, dell'educazione ricevuta, dei modelli di comportamento, delle attese e delle prescrizioni legate al ruolo e della caratterizzazione dei canoni sulla corporeità, stabiliti nel contesto sociale in cui si vive. Il valore e il significato dell'aspetto corporeo e del suo corrispettivo psicologico, l'immagine di sé, sono sempre mutevoli e temporanei, poiché sono sempre sottoposti a

un doppio sguardo di conferma: il proprio e quello degli altri. Se il proprio sguardo utilizza come criterio di giudizio le norme apprese dalle persone reali o immaginate, per noi importanti, quello altrui non è mai compreso per quello che è, ma è accessibile solo attraverso le proprie categorie interpretative.

2.2.3 Insoddisfazione corporea e fattori di influenza

A proposito dell'immagine corporea e delle possibili componenti problematiche a essa connesse, la componente più significativa è data dall'insoddisfazione corporea, che si riferisce a valutazioni negative del proprio corpo o a parti di esso in correlazione a peso e forma.

Nonostante l'insoddisfazione sia uno dei fattori di rischio e di mantenimento primari dei DCA, e di altri disturbi, spesso è presente una parte non clinica e motivazionale di tale disagio verso il proprio apparire, che può insorgere già in tenera età, la quale può essere in grado di spingere l'individuo a modificare il proprio corpo e/o il proprio stile di vita. Il dubbio concernente la propria immagine riflessa allo specchio, e all'immagine che gli altri hanno di noi, pervade in misura diversa e con diversa gravità la vita di donne e uomini, bambini, adolescenti e adulti.

Per definire tutte le forme di disagio generato dall'immagine corporea, Rosen, Jones, Ramirez e Waxman nel 1996 hanno coniato l'espressione immagine corporea negativa.

Il disturbo dell'immagine corporea è definito come un'alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima (American Psychiatric Association, 1994). Al di là della discrepanza tra l'aspetto oggettivo del corpo e la sua rappresentazione interna, tali disturbi sono connotati da una relazione esasperata tra autostima e aspetto esteriore. Un'immagine corporea alla quale sono correlati sentimenti negativi, diviene il motivo scatenante di vissuti di ansia, depressione, inadeguatezza sociale, autosvalutazione e può portare allo sviluppo di DCA.

Non c'è un chiaro accordo sul significato del concetto di immagine corporea negativa, solitamente è equiparato al concetto di insoddisfazione corporea. Ci si riferisce più precisamente alla percentuale di persone che riportano insoddisfazione verso determinate caratteristiche fisiche. In questo senso, un'immagine corporea

negativa implica una forte insoddisfazione per alcuni aspetti della propria apparenza fisica (Cash, 2001). L'essere scontenti di una parte del proprio corpo non significa necessariamente essere insoddisfatti dell'intera immagine di sé; può accadere, però, che un singolo difetto venga da qualcuno percepito come elemento che disturba l'aspetto fisico globale.

Thompson, Heinberg, Altabe e Tantleff-Dunn, nel 1999, proposero la seguente definizione di disturbo dell'immagine corporea: uno stato persistente di insoddisfazione, preoccupazione e disagio correlato a un aspetto dell'apparenza. Un certo grado di malfunzionamento nelle relazioni sociali, nelle attività sociali o nel funzionamento lavorativo deve essere presente.

Il processo di sviluppo dell'insoddisfazione corporea può essere influenzato da diversi fattori.

Una delle principali fonti di influenza è rappresentata dalla famiglia le cui influenze sull'immagine corporea sono mediate dai processi di *interiorizzazione* e di *identificazione* (Cash & Pruzinsky, 2002). Per *interiorizzazione* si intende quel processo progressivo attraverso cui le interazioni tra un individuo e il mondo esterno sono interiorizzate sotto forma di rappresentazioni interne di sé e del proprio corpo. Secondo la teoria dell'apprendimento sociale i genitori sono importanti agenti di socializzazione e influenzano lo sviluppo dell'immagine corporea dei loro figli attraverso processi di modellamento, restituzione di feedback e l'istruzione che impartiscono loro.

Fisher, Fisher e Stark (1980) hanno proposto l'idea che l'immagine corporea dei figli sia influenzata già dall'immagine preconcetta che i genitori si creano in base alle aspettative sul sesso e sull'aspetto del nascituro; nel momento in cui il bambino nasce, sarà accolto tanto più positivamente quanto più vi saranno similitudini tra l'immagine ideale del figlio, costruita dal genitore, e l'aspetto effettivo del bambino. I bisogni affettivi del bambino possono poi essere amorevolmente accolti dai genitori, promuovendo così lo sviluppo di sentimenti di valore personale; sentimenti che costituiscono la base di un'immagine corporea positiva e sicura. I requisiti fisici desiderati dai genitori solitamente riguardano la somiglianza con gli altri membri della famiglia e l'assenza di deformità. L'influenza delle aspettative che i genitori si creano prima della nascita perdura anche dopo, e si manifesta attraverso i loro atteggiamenti, i loro commenti e i comportamenti riguardanti l'immagine dei propri figli.

Anche il modo in cui i genitori hanno contatti fisici con i figli sembra aver un

ruolo nello sviluppo dell'immagine corporea. I neonati inizialmente non hanno conoscenza del proprio corpo e durante lo sviluppo imparano a differenziarlo dagli oggetti esterni grazie alle sensazioni cinestesiche, viscerali e motorie. Un'adeguata stimolazione somatosensoriale è cruciale per lo sviluppo dell'immagine corporea nell'infante (Cash & Pruzinsky, 2002).

Sulla base della letteratura si ritiene che le reazioni positive o negative dei genitori nei confronti dei loro figli, che si esplicano attraverso la comunicazione verbale e non verbale o il contatto fisico, contribuiscono allo sviluppo dell'immagine corporea del bambino. Il bambino, infatti, introietta il modo in cui è toccato, quello che i genitori dicono di lui e l'accettazione o il rifiuto da parte dei membri della famiglia durante gli anni della crescita.

Il processo di *identificazione*, invece, implica l'assumere comportamenti e pensieri di persone che per noi rivestono un ruolo importante.

Schilder sostiene che l'interazione tra madre e bambino influenza l'immagine corporea di quest'ultimo, specialmente per via del fatto che il bambino incorpora e si identifica con l'immagine corporea dei suoi genitori, considerandola come parte della sua stessa immagine. I giovani d'oggi, sono i primi a essere stati allevati da genitori che tipicamente rifiutano il loro corpo e spesso si preoccupano della forma fisica dei loro figli sin dal momento della nascita. Uno studio comparso sulla rivista Glamour nel 1984, evidenziava che le madri che erano più critiche rispetto al proprio corpo erano anche le più critiche rispetto al corpo dei propri figli. I figli che descrivevano le madri come critiche nei confronti del loro corpo mostravano un'immagine corporea più povera, un ampio uso di diete restrittive e alti livelli di incidenza di bulimia. Successive ricerche in quest'area hanno suggerito una forte associazione tra i comportamenti e gli atteggiamenti dei genitori e dei figli rispetto al corpo (Cash & Pruzinsky, 2002).

Nel processo di sviluppo dell'immagine corporea giocano un ruolo importante anche le influenze interpersonali che si esplicano principalmente in tre modi.

Il primo è dato dall'*opinione che gli altri hanno di noi* (o come crediamo che gli altri ci vedano); ciò influenza in modo significativo il modo in cui vediamo noi stessi.

Il secondo modo in cui il sociale influenza lo sviluppo della nostra immagine corporea è attraverso i *feedback* che riceviamo *sul nostro aspetto fisico*. Tali feedback solitamente vanno a costituire la base da cui gli individui cominciano a pensare a come gli altri li vedono. Qualsiasi tipo di feedback negativo sull'aspetto fisico può essere

dannoso, e alcune ricerche hanno dimostrato che essere l'essere derisi è uno degli elementi più frequentemente riportato come causa di insoddisfazione corporea. Una storia di frequenti derisioni sembra essere alla base di alti livelli di insoddisfazione corporea, disturbi alimentari, depressione, e bassa stima di sé (Cash & Pruzinsky, 2002).

Il terzo tipo di influenza interpersonale è dato dal *confronto con gli altri*. Per ciò che riguarda la costruzione dell'immagine corporea, la tendenza a confrontare il proprio aspetto fisico con quello altrui contribuisce a determinare quanto peso abbia sulla percezione della propria immagine corporea l'ideale sociale di bellezza. Molte ricerche hanno mostrato che chi tende a confrontare se stesso con persone che ritiene fisicamente attraenti, si giudica in modo maggiormente negativo rispetto a chi confronta se stesso con persone che giudica poco attraenti. Svariati studi di correlazione hanno evidenziato che alti livelli di confronto con gli altri si associano a una forte insoddisfazione per il proprio corpo. È da sottolineare che è stato dimostrato che, in generale, è la tendenza a confrontare se stessi con gli altri a giocare un ruolo fondamentale rispetto all'insoddisfazione corporea, e non il termine di paragone che si prende in considerazione.

Le figure che hanno maggiore influenza sulla percezione dell'immagine corporea cambiano a seconda dei diversi periodi di vita. I bambini sono maggiormente influenzati dai loro genitori, gli adolescenti dal gruppo dei pari e per gli adulti gioca un ruolo importante il partner amoroso, che è spesso fonte di feedback e supporto.

L'influenza del gruppo dei pari è fondamentale soprattutto nel periodo preadolescenziale e adolescenziale e si esplica principalmente attraverso i feedback che si
ricevono dagli amici sul proprio aspetto fisico. Una delle esperienze più comuni per i
ragazzi è l'essere oggetto di scherno da parte degli amici e ciò è positivamente correlato
con una forte preoccupazione rispetto al proprio aspetto fisico e una maggiore tendenza
a sottoporsi a restrizione alimentare. Si ritiene che il legame tra il feedback ricevuto dai
pari rispetto al proprio aspetto e lo sviluppo di un disturbo non è diretto, ma questo sia
correlato alla percezione che si ha dell'accettazione da parte dei pari, la quale concorre a
determinare il livello di preoccupazione rispetto all'aspetto fisico (Cash & Pruzinsky,
2002).

Come già sottolineato, un'altra importante fonte di influenza sullo sviluppo dell'immagine corporea è rappresentata dai media. L'attuale standard di bellezza, largamente diffuso dai media, inclusi quelli rivolti ai bambini, si rifà a un modello di

magrezza o di muscolosità tale da non essere raggiungibile dalla maggior parte delle persone se non sacrificando la salute. Secondo alcuni autori tali ideali costituiscono uno dei fattori maggiormente contribuenti all'insorgere di elevati livelli di insoddisfazione corporea e di DCA.

Numerose ricerche hanno confermato il cambiamento dell'ideale di bellezza avvenuto negli ultimi decenni; importante è sottolineare che la rappresentazione sociale dell'ideale di bellezza, sia esso femminile o maschile, influenza lo sviluppo dell'immagine corporea attraverso processi quali il *confronto sociale*, *l'interiorizzazione di un'ideale di magrezza* e *l'investimento sull'aspetto corporeo* nel valutare se stessi.

Il confronto della propria immagine corporea con quella proposta dai media risulterà essere quasi sempre sfavorevole per il soggetto. La ripetuta esposizione a immagini di bellezza socialmente condivise può portare alla loro interiorizzazione, assumendole come punto di riferimento in base a cui giudicare se stessi. Gli ideali di bellezza, inoltre, sono parte di un più complesso "copione" che lega la magrezza o la muscolosità e l'attraenza con la felicità, la desiderabilità e lo status. Accettare questo schema culturale, per cui l'aspetto fisico è assolutamente vitale per il successo e la felicità, fa si che la percezione del proprio valore sia direttamente proporzionale a quanto ci si avvicina all'ideale proposto dalla società. Questo schema sembra avere particolare salienza nel periodo pre-adolescenziale e adolescenziale, durante il quale la costruzione dell'identità è il compito di sviluppo più importante, e quando lo sviluppo puberale porta, soprattutto le ragazze, ad allontanarsi dall'ideale di magrezza.

I sopraccitati processi che influenzano l'immagine corporea hanno su di essa diverse conseguenze. A livello percettivo possono verificarsi delle distorsioni percettive per le quali ci si vede grassi quando in realtà non lo si è. A livello affettivo il fallimento nel raggiungere mete irrealistiche rispetto alla taglia e al peso può portare a insoddisfazione corporea e umore depresso. A livello cognitivo l'investimento sull'aspetto quale criterio centrale per valutare se stessi porta a un'attenzione selettiva verso i messaggi riguardanti l'aspetto. A livello comportamentale, solitamente gli ideali di magrezza sono perseguiti attraverso diete o altri comportamenti volti alla perdita di peso.

In conclusione si può dire che la predominanza di uno standard irrealistico di bellezza fornito dalla cultura, congiuntamente a processi quali l'interiorizzazione, l'identificazione e la proiezione portino allo sviluppo di uno schema corporeo negativo. Il possedere uno schema corporeo negativo svolge una funzione di mantenimento del disturbo dell'immagine corporea dato che determina, a causa delle sue conseguenze a livello percettivo, emotivo, cognitivo e comportamentale, ciò cui prestiamo attenzione, ciò su cui ci focalizziamo e ciò che ricordiamo delle nostre esperienze (Cash e Pruzinsky, 2002).

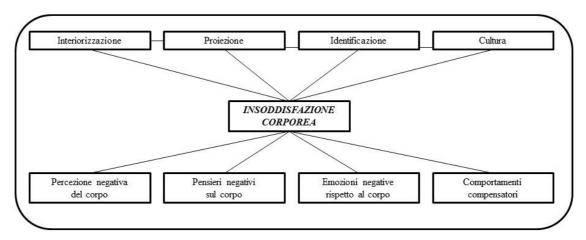


Immagine 2.2 - Modello relativo allo sviluppo di un disturbo dell'immagine corporea (Cash e Pruzinsky, 2002)

2.2.4 Insoddisfazione corporea e disturbi del comportamento alimentare

Sebbene i DCA non possano essere considerati come semplici disturbi dell'immagine corporea, negli ultimi cinquanta anni un ampio numero di indagini ha confermato il ruolo rilevante che l'insoddisfazione corporea gioca nell'insorgenza e nel mantenimento di tali disturbi. Una convalida di quanto detto sembrerebbe sostenuta dalle recidive dei DCA, la cui incidenza sarebbe spiegabile sulla base di un mancato o non adeguato trattamento dell'alterazione dell'immagine corporea.

La prima persona che ha inserito la distorsione dell'immagine corporea tra i sintomi chiave dei DCA è stata la Bruch (1962). L'autrice elaborò la prima teorizzazione sistematica relativa alla funzione esercitata dall'immagine corporea nella fenomenologia dei disturbi. Questa ritiene che il disturbo dell'immagine corporea, considerato come un fattore necessario per lo sviluppo dei DCA, sia un sintomo patognomico carico di significati deliranti. Il miglioramento della malattia, infatti, sarebbe solo temporaneo senza un cambiamento correttivo dell'immagine corporea (Bruch, 1962).

Negli stessi anni, Stunkard, Burt e Mendelson rilevarono che anche le persone

affette da obesità, a esordio in età giovanile, presentavano altissimi livelli di insoddisfazione per il proprio aspetto fisico, mentre in nessuno dei pazienti portatori della stessa malattia, insorta in età adulta, erano presenti livelli di insoddisfazione di rilievo (Stunkard & Burt, 1967; Stunkard & Mendelson; 1967). Pochi anni dopo Slade e Russell (1973) condussero un'indagine sulla percezione delle misure corporee nelle persone malate di anoressia, ottenendo risultati che favorirono lo sviluppo di una lunga serie si studi empirici sull'argomento. Gli autori riscontrarono che rispetto ai soggetti che non presentavano un DCA, i soggetti che ne erano affetti tendevano a sovrastimare le dimensioni del proprio corpo, nonostante fosse presente uno stato di emaciazione, e questo provocava in loro uno stato di costante insoddisfazione verso di esso.

Poiché tutti gli studi successivi hanno confermato questi risultati, nella terza edizione del DSM (APA, 1980) l'alterazione dell'immagine corporea è stata inserita tra i criteri diagnostici per l'anoressia nervosa. Pochi anni dopo, sulla base di numerose evidenze empiriche, nel DSM-III-TR (APA, 1987) è stato introdotto un criterio diagnostico riferito all'immagine corporea anche per la bulimia nervosa. È interessante notare che nella quarta edizione del DSM (APA, 1994), mentre per l'anoressia il criterio riguardante l'immagine corporea era valutato sotto tre differenti aspetti, per la bulimia era considerata solo l'indebita influenza del peso e delle forme corporee nella valutazione di sé; se ne deduce l'idea che per la sindrome bulimica l'errata percezione dei soggetti delle proprie misure corporee non era una manifestazione clinica ritenuta necessaria per la diagnosi, in contrasto con la letteratura che riporta risultati divergenti rispetto ai livelli di insoddisfazione corporea dei pazienti affetti da questo disturbo.

Una considerazione a parte deve essere fatta per il disturbo da alimentazione incontrollata i cui criteri diagnostici non comprendono alcun criterio concernente l'immagine corporea. Probabilmente, l'esclusione di tale parametro è dovuta al fatto che l'obesità tipica del *binge eating*, pur provocando nei pazienti frequenti lamentele di insoddisfazione corporea, riduce la tendenza a sovrastimare le proprie misure. Gli studi che negli ultimi quindici anni hanno messo a confronto pazienti obesi affetti da disturbo da alimentazione incontrollata con pazienti obesi non affetti da tale disturbo, hanno riportato numerose evidenze empiriche sulla maggiore importanza data dai primi al peso e alle forme corporee, la più marcata propensione a preoccuparsi del proprio aspetto, il più forte timore di acquisire peso e la più elevata inclinazione a mettere in atto comportamenti d'indugio nelle situazioni che prevedono il confronto con il proprio

corpo (Wilfley, Schwartz, Spurrell & Fairburn, 2000).

Oggi, al di là delle differenti manifestazioni cliniche dei vari DCA, c'è un ampio e unanime consenso sul fatto che in tutte le patologie del comportamento alimentare, comprendendo in queste anche l'obesità, è presente una qualche percentuale di insoddisfazione corporea. Non necessariamente in tutte le persone affette da un DCA, e in tutte le categorie diagnostiche in cui queste sono inserite, compare nello stesso tempo un'anomala modalità di stimare le proprie forme corporee, un'elevata insoddisfazione, un logoramento invalidante prodotto dall'esperienza negativa del proprio corpo e l'attitudine a mettere in atto comportamenti o a evitare situazioni sociali per ridurre tale usura.

Le numerose ricerche che hanno cercato di esaminare i fattori costituenti l'immagine corporea, associate con le patologie del comportamento alimentare, e il loro ruolo eziologico nello sviluppo di tali patologie hanno evidenziato due particolari aspetti: lo studio della componente percettiva ovvero la stima delle misure corporee e l'approfondimento di una specifica componente asettica, cioè *l'insoddisfazione corporea*.

Sebbene l'insoddisfazione corporea sia endemica tra le giovani donne della cultura occidentale, nella sua forma estrema è considerata una componente essenziale della messa in atto di comportamenti decisamente patologici.

L'insoddisfazione per il proprio corpo può essere associata ad una distorsione dell'immagine corporea che, a sua volta, è strettamente collegata a comportamenti alimentari disturbati. Tale distorsione può essere *percettiva*, cioè attinente alla sovrastima/sottostima delle dimensioni corporee e all'incapacità puramente intuitiva di valutare accuratamente tali dimensioni, o *affettiva*, ossia relativa alle sensazioni, stati d'animo, emozioni, paure evocate dall'immagine corporea e all'insoddisfazione per il proprio corpo, così come vissuto a prescindere dalla distorsione percettiva.

Il rilievo che hanno assunto le indagini sull'insoddisfazione corporea risiede essenzialmente sulla constatazione che tale tipo di insofferenza rappresenta uno dei fattori di rischio, come già più volte sottolineato, per l'insorgenza dei DCA o comportamenti alimentari disturbati come, ad esempio, la tendenza a sottoporsi a ripetute diete dimagranti. Alcuni studi, inoltre, hanno dimostrato un'associazione tra bassa soddisfazione per il proprio corpo e una serie di altri fattori nocivi per la salute come depressione, bassa autostima, ansia, uso di tabacco, abuso di alcool e di altre

sostanze (Granner, Black & Adooh, 2002; Stice & Shaw, 2002).

È necessario riconoscere che l'insoddisfazione corporea non è sempre l'effetto di processi morbosi, né è sempre associata a una distorsione dell'immagine corporea. Infatti, un moderato scontento per le proprie sembianze, può essere utile ad alcune persone, per esempio, per riconoscere il loro reale sovrappeso e motivarle a intraprendere comportamenti salutari come introdurre una minore quantità di calorie e programmare un'adeguata attività fisica.

Fatta eccezione per le indagini condotte da Stunkard e Burt nel 1967, fino ai primi anni ottanta del secolo scorso i lavori scientifici sull'immagine corporea nei disturbi del comportamento alimentare, si sono focalizzati quasi esclusivamente sulla stima delle misure corporee.

Le prime evidenze sull'incongrua correlazione tra peso effettivo e soddisfazione della propria immagine corporea sono comparse in letteratura verso la metà degli anni ottanta, quando sia Rodin, Silberstien e Striegel-More (1985), sia Cash, Winstead e Janda (1986) hanno rilevato che, tra le donne non comprese nelle popolazioni cliniche, la percentuale di chi non manifestava preoccupazione per il proprio corpo era irrisoria. I risultati di indagini più recenti concordano nel segnalare un diffuso malcontento nella popolazione occidentale, in particolare tra le donne, per il proprio aspetto fisico (Conner, Johnson & Grogan, 2004).

Negli ultimi venti anni, la letteratura inerente la questione ha confermato, con numerosi studi, la frequente associazione tra insoddisfazione corporea e DCA, fino a dimostrare che l'atteggiamento verso il proprio aspetto fisico, costituisce un fattore predittivo più indicativo dello sviluppo dei DCA rispetto all'errata percezione delle proprie misure.

Nel 2002, Stice, ha eseguito una metanalisi su alcuni studi longitudinali che avevano preso in considerazione il potere dell'insoddisfazione corporea di predire un incremento della sintomatologia alimentare, confermando la tendenza a considerare l'alterazione dell'immagine corporea quale fattore predittivo indipendentemente dall'aggravamento dei disturbi stessi. Inoltre, i dati riportati dallo studioso sembrano convalidare il modello, secondo cui la pressione esercitata dai familiari, amici e media verso la magrezza favorisce l'introiezione di un ideale di bellezza molto magro e la tendenza a dare eccessiva importanza al peso e alle forme corporee nella valutazione di se stessi. Stice ritiene che tali comportamenti rappresentino la base strutturale della

distorsione dell'immagine corporea, che a sua volta accresce la probabilità che si sviluppino tre sintomi tipici della patologia alimentare: la restrizione alimentare, l'abbuffata e la carenza affettiva. Levine e Piran (2004) interpretano i risultati di Stice sottolineando che nella misura in cui è possibile prevenire lo sviluppo di un'alterata immagine corporea, si riducono le possibilità di insorgenza ed evoluzione del disturbo alimentare.

Tuttavia la notevole diffusione dell'insoddisfazione corporea nella popolazione non clinica suggerisce che le cause dei DCA non possono essere ricondotte alla sola azione di un'elevata insoddisfazione corporea, e nello stesso tempo sta a indicare che, pur riconoscendo all'alterazione dell'immagine corporea il ruolo di componente chiave dei DCA, questa non può essere ridotta a una banale insoddisfazione per l'aspetto fisico. Infatti, altre componenti cognitive e affettive dell'immagine corporea sembrano giocare un ruolo cruciale nell'influenzare questi disturbi. Nello specifico, si conferisce la maggiore responsabilità causale all'associazione tra una marcata insoddisfazione per l'aspetto fisico e l'eccessiva importanza a questa attribuita nel giudizio di valore dato di se stessi.

A questo proposito, la letteratura chiarisce che, rispetto all'insoddisfazione corporea, la notevole rilevanza a essa assegnata per quanto riguarda la valutazione di sé discrimina in modo netto le persone con un DCA rispetto ai gruppi di controllo, inoltre, lo accredita come fattore predittivo più affidabile degli atteggiamenti e dei comportamenti alimentari disturbati, della severità della restrizione alimentare, delle preoccupazioni per il peso e le forme e dei livelli di depressione sia negli uomini sia nelle donne affetta da un DCA (Cash & Pruzinsky, 2002; Hrabosky, Masheb, White & Grilo, 2007). Come hanno dimostrato Allen, Byrne, McLean e Davis (2008), questi dati confermano la prospettiva teorica di Fairburn, Cooper e Shafran (2003), i quali individuano nel rilevante valore dato al peso e alle forme corporee il requisito principale di tali disturbi, e comprovano la validità dei criteri diagnostici del DSM-V (2013).

2.2.5 Insoddisfazione corporea in età evolutiva

Pochi studi sono stati condotti riguardo al concetto di insoddisfazione corporea in età evolutiva, la maggior parte di essi, come si vedrà in seguito, si sono concentrati sullo sviluppo e sul tentativo di validazione di strumenti per la valutazione della stessa.

In generale, gli studi sull'argomento documentano alti tassi di insoddisfazione corporea nei preadolescenti e giovani adolescenti (Koff & Rierdan, 1991, 1993; Filed, Wolf, Herzog, Cheung & Colditz, 1993). Altri studi mostrano come, anche i bambini più piccoli, non sono esenti da queste preoccupazioni. I risultati di uno studio condotto in Inghilterra su bambini di 9/10 anni mostrano che il 41% delle bambine desidererebbe essere più magra, mentre il 41% dei bambini deciderebbe avere una forma corporea più ampia della reale in termini di muscolosità (Hill, Draper & Stack, 1994).

La scarsità degli studi è dovuta a due principali aspetti critici.

Un primo aspetto critico in questo settore è rappresentato dal modo in cui lo sviluppo cognitivo incide sui giudizi. A questo proposito, Smolack (2004) sottolinea che, per esprimere un'insoddisfazione verso il proprio corpo, un bambino dovrebbe essere in grado sia di valutare la propria immagine corporea, sia di confrontarla con un'ideale da lui interiorizzato. Nonostante l'ideale di magrezza si sviluppi precocemente, la sua elaborazione, per farne un modello di riferimento, dipende dallo stadio di maturazione cognitiva del soggetto. Ad esempio, alcuni bambini di 5 anni non sono ancora in grado di riferire con accuratezza la propria taglia corporea, altri, della stessa età, sono incapaci di selezionare una figura che rappresenti la loro forma corporea reale perché sono distratti da altre caratteristiche del corpo diverse dalla forma.

Il secondo aspetto di criticità è rappresentato dalla scarsità dei dati riguardanti la validità delle scale per la valutazione della forma corporea nei bambini di età inferiore ai 10 anni. La letteratura presa in esame mostra numerose lacune. Manca, ad esempio, una definizione quantitativa del costrutto di insoddisfazione corporea, tanto di potere affermare che l'osservazione, secondo cui il 41% dei bambini di 9 anni sceglie come forma corporea preferita o ideale una figura più magra rispetto alla percezione che ha del proprio corpo (Hill, Draper & Stack, 1994), implica necessariamente la presenza di un'insoddisfazione di massa.

Il dato più eclatante è dato dalla scelta di ideali magri da parte della maggioranza dei bambini più che dall'entità della differenza tra il modello preferito e l'immagine percepita di sé, tanto è vero che molti bambini in diverse analisi esprimono solo una leggera preferenza per forme differenti alla propria e non un'insoddisfazione franca. Inoltre, molte volte le misure di valutazione non riescono a cogliere del tutto quanto sia rilevante per il bambino avere un corpo più grasso o più magro. L'importanza accordata al fatto di possedere una forma del corpo differente rispetto a un modello ideale

determinerà il livello di insoddisfazione corporea e la misura in cui la preoccupazione per la propria immagine influirà si altri aspetti della propria vita. Analogamente, la rilevazione di una qualche insoddisfazione corporea, se non accompagnata da una valutazione accurata delle conseguenze emotive e comportamentali, che si potranno manifestare nei soggetti, possiede un significato dubbio.

In generale i risultati ricavati dagli studi effettuali dai vari autori permettono di sostenere che i bambini sono in grado di attuare scelte a proposito della forma del corpo ideale e tali preferenze sono influenzate dal genere, dall'età, e almeno in parte dal peso corporeo; tuttavia, la diagnosi di insoddisfazione corporea vera e propria solo sulla base di tali scelte, andrebbe riservata a una minoranza di soggetti (Ricciardelli & McCabe, 2001).

Riferendosi ai metodi di valutazione, uno dei metodi più utilizzati nei bambini per misurare il grado di insoddisfazione del proprio aspetto fisico è rappresentato dalla scala dei contorni delle forme del corpo, uno strumento che consiste in una serie di disegni di figure maschili e femminili, di misura variabile da molto magro a molto grasso. Queste rappresentazioni grafiche sono state inizialmente ideate per studiare l'ereditarietà del peso corporeo, ed in seguito, sono state sottoposte a un ampliamento per essere impiegate per la valutazione delle forme corporee ideali. Queste scale si sono rivelate non solo facilmente comprensibili ma fonte di dati preziosi nei bambini.

Collins (1991), fu una delle prime esperte ad adattare i disegni per utilizzarli nei soggetti in età evolutiva. L'autrice ha usato scale composte da sette figure di bambini di genere maschile e sette figure di genere femminile, per sottoporre ad analisi le scelte della figura sia ideale sia percepita, compiute da oltre 1000 bambini di un'età media di 8 anni. I risultati dello studio hanno dimostrato che, mentre nei maschi la scelta della forma ideale era abbastanza concordante con la scelta della propria forma fisica percepita, al contrario, nelle femmine, la scelta della forma ideale era molto orientata verso la magrezza. Sulla base di questo riscontro si potrebbe affermare che ancora prima della pubertà, le bambine manifestano le preferenze sulle forme corporee rilevate nell'adolescenza e nell'età adulta.

Un'evoluzione della metodologia sinteticamente descritta, è considerata la Children's Body Image Scale (CBIS), in cui i disegni dei contorni corporei sono stati sostituiti da fotografie (Truby & Paxton, 2002). Mediante l'applicazione di questa scala in un campione di bambini tra i 7 e i 12 anni è stato riscontrato che il 48% delle

femmine e il 36% dei maschi desiderano un corpo più magro rispetto al corpo percepito, mentre solo il 10% delle femmine e il 20% dei maschi aspirano ad avere dimensioni corporee più grosse. Inoltre, sfruttando il vantaggio offerto dalla versione fotografica della scala, consistente nella possibilità di conoscere l'indice di massa corporea di ogni figura-stimolo, gli autori della ricerca hanno notato che il 55% delle femmine e il 45% dei maschi tendono a scegliere una figura ideale con un indice di massa corporea inferiore al decimo percentile. A tale proposito non c'è da meravigliarsi perché è ormai accertato che l'idealizzazione di una forma corporea irrealisticamente magra costituisce un importante fattore causale dell'evidente insoddisfazione corporea dichiarata dai soggetti anche in età evolutiva.

Sulla questione dell'immagine corporea nei bambini, sono meritevoli di attenzione almeno tre aspetti. In primo luogo, l'insoddisfazione corporea risulta maggiore nei bambini sovrappeso e obesi, che scelgono con particolare accuratezza la propria forma percepita e selezionano forme ideali simili a quelle individuate dai coetanei più magri. In secondo luogo, sembra che la crescita puberale rappresenti un fattore di complicazione riguardo al livello di insoddisfazione corporea. Infine, sembra che l'etnia sia un fattore sottovalutato nell'ambito degli studi dell'insoddisfazione corporea. Lo dimostra uno studio condotto da Hill e Bhatti (1995), in cui la percentuale di bambini di 9 anni, che desiderano essere più magri, risulta superiore in soggetti britannici di origine asiatica rispetto al campione di coetanei caucasici, sebbene i primi fossero significativamente più magri.

Solo un numero esiguo di studi ha indagato la percezione dell'immagine corporea in campioni di bambini molto piccoli. Pine (2001), utilizzando la scala originale delle forme corporee in un campione di bambini di 5, 7, 9 e 11 anni e chiedendo loro di indentificare la forma più bella per una donna/uomo. L'autore ha costatato che tutti i gruppi di età di genere femminile sceglievano una figura ideale di donna più magra rispetto a quella preferita dai maschi, non ha evidenziato differenze significative tra i due generi nella scelta della forma maschile ideale. Inoltre, ha costatato che mentre i bambini di 5 anni indicavano figure ideali più magre rispetto agli altri gruppi di 7, 9 e 11 anni, con l'aumentare dell'età c'era una tendenza a scegliere ideali più robusti. Per quanto riguarda gli studi sulla tenera età, appare interessante il dato riportato da due studi americani, che non mostrerebbero alcuna differenza significativa tra la forma corporea percepita e quella ideale in campione di bambini di 5 anni (Musher-

Eizenaman, Holub, Edwards-Leaper, Persson & Goldstein, 2003) e di 3-6 anni (Hendy, Gustitus & Leitzel-Schwalm, 2001).

Degno di rilievo è anche lo studio di Davison, Markey e Birch (2003) sull'insoddisfazione corporea di un gruppo di circa 200 bambini, rilevata dall'età di 5 anni fino all'età di 9 anni. I risultati conseguiti all'età di 5 anni hanno mostrato che solo il 9% dei soggetti era insoddisfatto per la propria forma corporea, mentre il 21% esprimeva una certa preoccupazione per il peso corporeo, con la paura dichiarata di ingrassare. Invece, durante i quattro anni successivi, gli autori hanno riscontrato che il livello di insoddisfazione corporea e di preoccupazione per il peso era diminuito in modo significativo e sistematico. Tuttavia, hanno tenuto a segnalare che, i bambini che all'età di 5/7 anni avevano ottenuto punteggi elevati per peso e forme corporee, hanno ammesso all'età di 9 anni di praticare più spesso condotte dietetiche. Inoltre, i bambini sovrappeso denunciavano, in generale, una maggiore insoddisfazione corporea, e in particolare, una preoccupazione più intensa per il peso corporeo.

Una revisione della letteratura, condotta da Ricciardelli e McCabe (2001) sull'incidenza della preoccupazione per la propria immagine corporea nei preadolescenti, ha dimostrato che mentre le percentuali di bambine desiderose di avere un corpo più magro variano dal 28% al 55%, le percentuali dei bambini oscillano tra il 17% e il 30%. Nel complesso, questi dati, ricavati tramite l'analisi di varie indagini, sono in linea con quelli raccolti negli studi su campioni di adolescenti e giovani adulti.

2.3 Un approccio costruttivista all'immagine corporea

Dal punto di vista cognitivo-costruttivista l'immagine corporea è vista come un costrutto multidimensionale alla cui strutturazione concorrono diverse dimensioni.

Secondo tale modello teorico e clinico, infatti, l'esperienza del corpo si articola in tre dimensioni:

- La dimensione percettiva, che comprende la body awareness, cioè la sensazione propriocettiva generale, e l'interoceptive awareness, cioè la percezione dei processi e delle sensazioni interne al corpo, il sistema delle soglie sensoriali a stimoli come il dolore o la fatica e la percezione visiva, in senso stretto, della propria immagine allo specchio o in fotografia;
- La dimensione emozionale, che comprende sia le emozioni legate alla

percezione delle modifiche fisiche del proprio corpo, sia le emozioni che derivano da valutazioni, pensieri e giudizi propri o altrui sull'aspetto fisico o su come il corpo deve essere usato;

- La dimensione cognitiva, che comprende le opinioni, le credenze e le spiegazioni riguardanti il funzionamento del corpo ma anche quelle riguardanti il corpo come oggetto sociale che entra in gioco nelle relazioni interpersonali e negli scambi sociali. A questo livello interviene il condizionamento culturalmente condiviso sui canoni di bellezza, sugli ideali estetici o di salute e sulle caratteristiche positive o negative che caratterizzano gli stereotipi sociali associati all'essere magri o grassi.

Secondo tale modello la conoscenza del nostro corpo avviene a due livelli di base, quello dello schema corporeo e quello dell'immagine corporea.

Lo schema e l'immagine corporea sono due componenti centrali dell'organizzazione cognitiva individuale, e quindi dell'insieme di schemi cognitivo-emozionali attraverso cui gli individui strutturano e interpretano, grazie a un processo di costruzione di significato, la realtà, e che costituiscono l'impalcatura dell'identità personale. Tali schemi sono in parte innati e in parte costituiti nel corso dello sviluppo e attraverso l'interazione sociale, sulla base di due tipi di conoscenze su di sé e sui fenomeni del mondo: la conoscenza tacita e la conoscenza esplicita.

La componente tacita della conoscenza deriva dall'interazione diretta con il mondo ed è una conoscenza prevalentemente procedurale, proprio per le sue caratteristiche può essere tradotta in termini linguistici solo in parte. La componente esplicita della conoscenza viene in parte derivata da quella tacita ma anche acquisita già a livello astratto, senza connessione con l'esperienza diretta; come tale, è una conoscenza di tipo descrittivo ed è per lo più espressa in forma linguistica.

Anche per ciò che riguarda la conoscenza corporea esiste la distinzione in tacita ed esplicita e la prima è rappresentata dallo schema corporeo.

Lo schema corporeo corrisponde alla percezione diretta del proprio sé fisico, esso consente l'integrazione dell'insieme di sensazioni che arrivano in un dato intervallo di tempo, la loro localizzazione e presiede all'orientamento delle parti del corpo in relazione le une alle altre. In questo modo si struttura come l'elemento che costituisce la linea di separazione dal mondo esterno, e che dà origine alle coordinate con cui è organizzato lo spazio circostante. Nel bambino l'iniziale conoscenza del mondo fisico si

costituisce in relazione al corpo, attraverso una direzionalità egocentrica e la strutturazione delle dimensioni dello spazio (sopra/sotto, vicino/lontano). All'originale ipotesi di una sola rappresentazione mentale del corpo, un unico schema (Bonnier, 1905), si è sostituita l'ipotesi dell'esistenza di una serie di schemi che si profilano come costrutti dinamici, dipendenti dal contesto e in continua modificazione (Head, 1920).

L'immagine corporea, come già sottolineato nel capitolo, si costruisce dall'integrazione non solo delle dimensioni sensoriali, ma anche di quelle cognitive, affettive/emozionali e culturali. In questo senso può essere definita come un costrutto multidimensionale che interpreta in modo cognitivo/emozionale la dimensione sensoriale; si configura come una funzione d'integrazione di diversi aspetti della personalità, fungendo da "filtro cognitivo" attraverso il quale si interpreta la realtà e si svolge il processo di attribuzione di significato alle esperienze. L'immagine corporea deriva dall'integrazione di componenti tacite ed esplicite ed è un insieme di processi dipendenti dal contesto. Il processo di costruzione dell'immagine corporea è mediato dagli schemi emozionali, e un ruolo importante è giocato anche dagli aspetti socioculturali (Rezzonico & Strepparava, 1997; Strepparava, 1998).

Il corpo, dunque, riveste un ruolo fondamentale nel percorso di costruzione dell'identità personale, in quanto "base dell'esperienza emotiva e sede della conoscenza tacita".

Il fatto di possedere sia un corpo che sente e vive l'esperienza immediata sia una mente, dunque una coscienza che traduce in linguaggio e quindi in conoscenza esplicita l'esperienza di un istante prima, ci permette di sperimentare quella che è definita da Guidano la dinamica "Io/Me" (Guidano, 1987, 1991).

Il corpo è il "luogo" dove per primo si concretizza la consapevolezza dei sentimenti e delle emozioni e, a seguito di ciò, la possibilità che si sviluppi la coscienza, il possesso di una linea temporale e l'emergere della narrativa personale (Damasio, 1999).

L'esperienza immediata del corpo costituisce il nucleo fondamentale delle emozioni, della percezione di sé, della coscienza e della conoscenza. Quest'ultima si caratterizza come conoscenza di quali modificazioni interne corrispondono ai cambiamenti nell'esterno.

L'immagine corporea, e quindi l'esperienza soggettiva del nostro corpo, sono l'insieme delle azioni di controllo e regolazione di tutto l'organismo e la proiezione

corticale delle mappe corporee. Il precursore del sé - il proto-sé - è dato dall'impulso a restare vivi e dall'insieme di meccanismi di regolazione che lo rendono possibile. È "la costellazione coerente di configurazioni neurali che formano istante per istante le mappe dello stato della struttura fisica dell'organismo nelle sue numerose dimensioni, che emerge dinamicamente dai molteplici segnali che attraversano il sistema nervoso" (Strepparava & Rezzonico, 2005.)

2.4 Emozioni e regolazione delle emozioni

Riguardo alle emozioni molti autori hanno suggerito una correlazione tra modalità di gestione delle emozioni, in particolare la loro regolazione, e la presenza di DCA (Hilbert & Thuschen-Caffier, 2007; Czaja, Rief & Hilbert, 2009; Svaldi, Brand & Tuschen-Caffier, 2010; Balmford et al., 2010).

2.4.1 Definire le emozioni

Quando si usa il termine emozione ci si riferisce a un fenomeno o processo complesso ma ben definito, che ha una durata nel tempo, si produce in relazione alla valutazione di eventi esterni o interni all'individuo, definiti eventi emotigeni, ed è spesso caratterizzato da modificazioni fisiologiche di intensità variabile, da particolari quadri espressivi e mimico-motori e da precise tendenze a compiere determinate azioni (Lewis, Haviland-Jones & Barret, 2008).

Sono in particolare l'intensità e la durata, i parametri che permettono di distinguere le emozioni dalle risposte riflesse o dagli stati d'umore di più lunga durata (Grossi & Trojano, 2009).

L'emozione ha un carattere pluricomponenziale, e lo scopo principe è segnalarci il valore che le situazioni emotigene rivestono per il nostro benessere e consentirci, sulla base del riconoscimento, una strategia di azione funzionale all'adattamento. È da considerarsi come un fenomeno allo stesso tempo di natura psicofisiologica, cognitiva, socio-cognitiva, e infine, come una forma di linguaggio. La sua complessità è da riferirsi proprio al fatto che ogni risposta emozionale implica il concorso di più componenti distinte e perciò si esprime su più livelli.

Importante è sottolineare che l'interesse nel campo delle emozioni si è incentrato anche sull'indagine delle funzioni sociali delle stesse, evidenziando come esse assumono il loro significato nelle transizioni quotidiane e negli scambi interpersonali dai quali gli individui hanno bisogno di emergere sentendosi adeguati ed efficaci (Saarni, 2008). In particolare ci si riferisce allo studio della funzione di modulazione o regolazione delle emozioni, aspetto importante non solo per la sopravvivenza e la tutela di sé, ma soprattutto in relazione ai Sistemi Motivazionali Interpersonali (SMI).

Con il termine SMI, Liotti (2001), si riferisce a cinque sistemi a base innata che entrano in gioco nell'interazione sociale e riguardano l'attaccamento, la competizione agonistica, l'accudimento, la cooperazione e l'attività sessuale. Ognuno dei cinque sistemi motivazionali interpersonali è attivato e disattivato da precise condizioni. Liotti pone l'accento sulla natura interpersonale e relazionale di tali sistemi e del loro funzionamento. Le emozioni sono diversamente presenti in funzione delle differenti situazioni di attivazione motivazionale; ad esempio se le aspettative del sistema di attaccamento sono soddisfatte, si sperimentano emozioni di conforto e gioia, se invece ci sono ostacoli al raggiungimento dell'obiettivo, si possono provare emozioni a valenza negativa come paura o collera. Liotti sottolinea la funzione sociale delle emozioni, aspetto che caratterizza anche la ricerca sulla competenza emotiva: le emozioni modulano e orchestrano le nostre interazioni quotidiane e permeano i nostri incontri con l'altro (Liotti, 2005).

2.4.2 La competenza emotiva

Con competenza emotiva ci si riferisce alla capacità di mantenere o cambiare le transizioni con l'ambiente in modo efficace e socialmente appropriato, grazie all'abilità di affrontare gradualmente le proprie e altrui emozioni nelle situazioni di vita quotidiana. L'interesse per il tema della competenza emotiva è connesso al ruolo significativo, e riconosciuto, che le emozioni giocano sia sul piano dell'organizzazione della conoscenza e della comprensione sociale sia per quanto riguarda il benessere psicologico nella vita quotidiana. L'esistenza di un legame tra le componenti emotive e i vari aspetti del funzionamento psicologico e psicopatologico è un punto di vista largamente confermato da diversi lavori e costituisce un campo di ricerca attualmente in rilevante espansione.

Il costrutto di competenza emotiva è da alcuni autori chiamato anche competenza socio-emotiva o emotivo-affettiva (Bonichini, 2002), espressioni che rimandano alla

natura sociale e relazionale del costrutto stesso.

Gordon (1989) è stato il primo autore a soffermarsi su tale concetto intendendola come un insieme di conoscenze e abilità di comportamento. In seguito Saarni (1999, 2008) con l'espressione competenza emotiva si riferisce alla capacità di comprendere le proprie e altrui emozioni, di regolarle o controllarle e di utilizzarle al meglio nei processi cognitivi e negli scambi sociali. L'autrice ritiene che gli elementi che concorrono alla definizione di competenza emotiva sono il senso di sé, il proprio senso morale e la propria storia evolutiva, afferma inoltre che le componenti della competenza emotiva sono quelle abilità (*skills*) necessarie per essere efficaci in modo particolare nelle transazioni sociali che producono emozioni, essendo gli scambi interpersonali il luogo in cui il significato è stabilito.

Infine, Denham (1998) riconduce la competenza emotiva a tre principali categorie di abilità: espressione, comprensione e regolazione delle emozioni. Per quanto riguarda l'espressione delle emozioni ci si riferisce all'uso di gesti per esprimere messaggi emotivi non verbali, o la capacità di manifestare supporto empatico a chi soffre, per la comprensione emotiva sono importanti il riconoscimento delle proprie e altrui emozioni e l'uso del vocabolario emotivo. Riguardo alla regolazione emotiva è rilevante l'uso di strategie per modificare esperienze emozionali troppo intense, sia di valenza negativa sia positiva. Il costrutto della competenza emotiva è, secondo l'autrice, un costrutto unitario in cui ciascuna componente è fondamentale per la riuscita delle transazioni sociali.

2.4.2.1. Espressione delle emozioni

Gli esseri umani comunicano tra loro attraverso l'uso simultaneo e interdipendente di diversi sistemi comunicativi di tipo verbale-linguistico e di tipo non verbale (Ricci Bitti & Zani, 2002; Bara, 1999; Anolli, 2002).

La comunicazione non verbale (CNV) comprende un'ampia gamma di segnali che integrano l'aspetto propriamente verbale dell'atto comunicativo; essa assolve diverse funzioni fra cui quelle di esprimere emozioni. Gli esseri umani producono costantemente segnali non verbali che manifestano esteriormente, in modo efficace, i loro stati emotivi. L'espressione delle emozioni avviene attraverso diversi canali comunicativi e si avvale di specifici segnali non verbali che consentono la traduzione di

uno stato interno in un quadro espressivo ben visibile e riconoscibile dagli altri.

I principali canali della CNV coinvolti nell'espressione delle emozioni sono il volto, i gesti, la voce, l'uso dello spazio o prossemica, la postura e il contatto corporeo (Argyle, 1988; Zani, Selleri & David, 1994; Anolli & Legrenzi 2009).

2.4.2.2. Comprensione delle emozioni

Comprendere le emozioni proprie e altrui vuol dire dare significato a eventi interni, o stati mentali di natura affettivo-emotiva, e sviluppare o costruire una concezione della mente emotiva che ha la funzione di orientare le azioni dell'individuo duranti gli scambi sociali (Harris, 1989). Harris utilizza l'espressione teoria della mente emotiva per riferirsi alla conoscenza consapevole che un bambino possiede delle emozioni. Lo sviluppo di questa capacità inizia molto presto, attraverso l'influenza che ha l'adulto sull'espressione emotiva del bambino (Thompson, 1987; Widen & Russell, 2008).

La maggior parte della vita quotidiana dei bambini, e degli adulti, è caratterizzata dalla necessità di riconoscere che gli altri hanno intenzioni, desideri, stati d'animo, speranze, sentimenti e che le loro azioni sono motivate da stati mentali non direttamente osservabili e nonostante ciò inferibili da comportamenti manifesti.

La conoscenza consapevole che un bambino possiede delle emozioni è definita teoria della mente emotiva (Saarni & Harris, 1989). Questa conoscenza è solitamente studiata da tre differenti angolature, alcune ricerche si focalizzano sulla comprensione della natura delle emozioni, altre sulla comprensione delle cause delle emozioni e altre ancora sulla comprensione della possibilità di controllo e regolazione delle emozioni. La comprensione della natura delle emozioni include due componenti: il riconoscimento delle emozioni e la comprensione delle emozioni miste.

La comprensione delle cause delle emozioni ne include cinque: le cause esterne, i desideri, le credenze, i ricordi e i valori morali. La possibilità di regolare le emozioni, infine, si suddivide in due componenti: la consapevolezza che si possa simulare o nascondere esteriormente un'esperienza emotiva e la consapevolezza che si possa modificare un'esperienza emotiva in corso, attraverso strategie di coping, per migliorare il proprio stato psicologico.

In generale le componenti vengono comprese a età diverse, in un periodo che va

dai due/tre anni fino alle soglie dell'adolescenza (Pons, Doudin & Harris, 2004), tuttavia esistono numerose differenze individuali nello sviluppo.

2.4.2.3 Regolazione delle emozioni

La regolazione emotiva è il terzo importante aspetto del costrutto di competenza emotiva. La capacità di regolare le emozioni costituisce un'attività psichica complessa e articolata, essa rappresenta un prerequisito importante del buon funzionamento sociale, la disregolazione emotiva, infatti, accompagna stati di sofferenza già nei bambini (Gross, 2007), che in date circostanze non riescono a esprimere comportamenti adeguati alle condizioni ambientali (Matarazzo & Zammuner, 2009).

I problemi legati alle emozioni e alla regolazione emotiva caratterizzano più del 75% dei disturbi inseriti nelle categorie diagnostiche psicopatologiche presenti nel DSM-IV (Barlow, 2000; Kring & Werner, 2004).

Il termine regolazione emotiva indica l'insieme dei processi che consentono agli individui di attingere alle loro risorse psicologiche per rispondere in maniera adattiva e flessibile alle richieste dell'ambiente. L'emozione costituisce un complicato sistema di monitoraggio delle transizioni fra l'individuo e il suo ambiente, in quanto, una loro attivazione segnala quali sono gli eventi soggettivamente salienti, qual è la reazione che essi comportano, e quali sono le risorse soggettive che possono essere mobilitate per modificare, interrompere, mantenere o incrementare tali transizioni. Il processo che, consciamente o inconsciamente, esercita un'azione di monitoraggio, valutazione, modificazione e, in generale, mediazione della risposta emotiva prende il nome di regolazione emotiva (Thompson, 1994). Le aree in cui può avere luogo il processo di regolazione corrispondono alle componenti emozionali e sono: l'esperienza emozionale, i correlati fisiologici, gli indici espressivi e comportamentali e, infine, il tipo di azione o comportamento che ne discende. Ciascuna di queste aree è passibile di essere regolata, e resa ottimale in funzione di un incremento del valore adattivo della risposta emotiva.

Il primo autore che ha approfondito il concetto di regolazione emotiva è stato Frijda (1988). Egli sottolinea come le persone non solo provano emozioni, ma le manipolano nella misura in cui assumono verso di esse una certa posizione o prospettiva. Questo può avvenire mentre si prova l'emozione o anticipatamente, cioè prima che si verifichi l'emozione vera e propria. L'autore sostiene che la regolazione

emotiva è parte integrante dell'emozione stessa fin dal momento della sua insorgenza e in funzione degli interessi dell'individuo. Altri autori, come Gross (2007), invece distinguono il processo di regolazione emotiva da quello di generazione delle emozioni.

Thompson (1994) ha definito la regolazione delle emozioni come l'insieme dei processi estrinseci e intrinseci coinvolti nel monitoraggio, nella valutazione e nella modifica delle reazioni emotive, focalizzandosi sui parametri di intensità e durata. Grazie a questi processi gli individui possono attingere alle risorse in loro possesso per fare fronte alle svariate situazioni o richieste ambientali in modo efficace.

Gross (2007) evidenzia tre elementi chiave che si ritrovano nelle diverse teorie delle emozioni: la sottolineatura della rilevanza degli eventi per il soggetto, il legame tra esperienza soggettiva, comportamenti e cambiamenti fisiologici e la malleabilità delle emozioni. L'autore si interessa in modo particolare all'ultima caratteristica, in base alla quale, le emozioni hanno il potere di interrompere ciò che si sta facendo e di spingere la persona verso la consapevolezza.

Gross, in base a ciò, propone un modello di processo emotivo in cui la sequenza inizia con una situazione rilevante per il soggetto che risponde ad essa in vari modi, producendo valutazioni personali della familiarità, valenza e significato della situazione. Le successive risposte emotive coinvolgono modificazioni a livello esperienziale, comportamentale e fisiologico, che hanno l'effetto di cambiare la situazione iniziale. Per l'autore la regolazione è da intendersi come l'insieme di processi attraverso i quali le emozioni sono gestite. I processi possono essere di tipo intrinseco, quando è il soggetto stesso che si autoregola, o di tipo estrinseco quando qualcuno agisce per regolare le emozioni dell'altro. Essi si attivano sia in relazione a emozioni a valenza negativa sia, anche se con meno frequenza, in relazione a emozioni a valenza positiva, che la cultura insegna a mostrare seguendo certe regole.

L'attività di regolazione, secondo Gross, avviene a diversi livelli del processo emotivo e gli atti regolatori hanno l'impatto principale in differenti punti. Si evidenziano cinque principali tipologie o processi regolatori: selezione della situazione, modifica della situazione, direzione selettiva dell'attenzione (focalizzazione), cambiamento cognitivo e modulazione della risposta. I primi quattro processi sono focalizzati sull'antecedente, l'ultimo sulla risposta ed è successivo alla reazione emotiva.

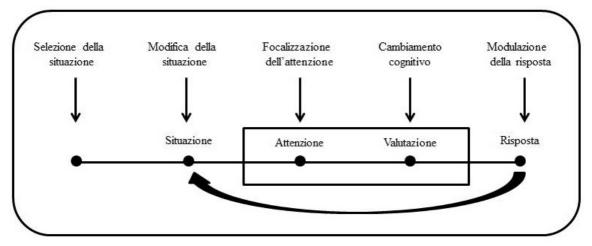


Figura 2.3 - Modello del processo di regolazione emotiva (Gross, 2007).

Il primo tipo di regolazione emotiva è la *selezione della situazione*. La scelta situazionale comporta la messa in atto di azioni che rendono più probabile trovarsi in una condizione in cui si possono provare emozioni che si desiderano provare, e non provare quelle che si desiderano evitare.

Il secondo tipo di regolazione è la *modifica della situazione* e riguarda gli sforzi per cambiare direttamente lo stato delle cose alterando il suo impatto emotivo. La modificazione della situazione può avvenire anche agendo su se stessi.

La terza tipologia è una forma di selezione della situazione di tipo interno, concerne la *focalizzazione selettiva* o *dislocazione dell'attenzione* operata dall'individuo verso l'antecedente emotivo. La focalizzazione selettiva consente di scegliere strategie come la distrazione, grazie alla quale l'attenzione è distolta da stimoli che hanno impatto emotivo spiacevole, e la ruminazione mentale, che porta a concentrarsi su aspetti specifici della situazione.

Il quarto tipo di regolazione emotiva, detto *cambiamento cognitivo* o *rivalutazione* della situazione, si riferisce ai processi in cui le situazioni sono nuovamente interpretate o rivalutate dal soggetto assumendo un significato diverso e producendo di conseguenza risposte emotive differenti.

L'ultima tipologia è detta *modulazione della risposta emotiva* e riguarda le reazioni all'evento. Concerne gli atti intenzionali che influenzano la risposta emotiva dal punto di vista fisiologico, espressivo e comportamentale, e consistono nel tentativo di sopprimere un'espressione emotiva, di accentuarla o dissimularla.

Parkinson e Totterdell (1999) tentarono di classificare le numerose strategie messe in atto dai soggetti e proposero una classificazione su due dimensioni: il tipo di strategia (comportamentale vs cognitiva) e l'intenzione strategica (allontanamento vs coinvolgimento). La regolazione emotiva a livello cognitivo coinvolge processi di pensiero, mentre a livello comportamentale mette in gioco la persona sul piano del fare. La distinzione dell'intenzione strategica riguarda il fatto che le strategie possono essere utilizzate allo scopo di evitare il problema o di affrontarlo direttamente.

All'interno della psicologia dello sviluppo, il dibattito teorico circa la natura della regolazione emotiva ha visto contrapposti coloro che propongono di non separare l'emozione dalla sua regolazione, considerandola come parte di un fenomeno unitario (Campos, Frankel & Camras, 2004) e coloro che, invece, ritengono sia importante mantenere la distinzione (Eisenberg & Spinrad, 2004); tale distinzione consente di approfondire la conoscenza di quei comportamenti che le persone producono intenzionalmente per modificare il corso dell'esperienza e/o dell'espressione emotiva.

Gross e Thompson (2007) evidenziano una mancata integrazione tra i dati provenienti dalla letteratura evolutiva e quella riguardante gli adulti. La ricerca in psicologia dello sviluppo si confronta con tre livelli rispetto ai quali la regolazione può essere studiata: la conoscenza astratta che i bambini possiedono circa tutto ciò che riguarda le strategie regolatorie, la conoscenza personale legata all'esperienza soggettiva, al temperamento e ai profili emotivi dei singoli bambini e le modalità dell'effettiva messa in atto di tali strategie nella vita reale. È importante mantenere queste distinzioni perché alcuni bambini possono mettere in atto strategie di regolazione delle proprie risposte emotive senza essere consapevoli di farlo, oppure può succedere che un buon livello di comprensione della possibilità di regolare le emozioni, non correli con un uso adeguato da parte degli stessi bambini, delle strategie di regolazione nella vita reale.

Spostando l'attenzione sullo sviluppo della regolazione emotiva si constata che inizialmente la regolazione delle emozioni nei bambini è mediata dai *caregiver*, poi, nel corso dello sviluppo, si presenta come modalità maggiormente autonoma e consapevole. Nei primi mesi di vita il caregiver ha un ruolo fondamentale, esso sfrutta la predisposizione del bambino all'interazione e alla comunicazione diadica, cioè al dialogo emotivo non verbale. Attraverso esso il bambino impara che i suoi segnali sono interessanti per il partner, il quale risponde in modo contingente e alimenta un fecondo scambio di gesti, sguardi, vocalizzazioni ed espressioni facciali. La predisposizione alla

comunicazione diadica è alimentata dalla regolazione reciproca che all'inizio è regolata dall'adulto. L'adulto offre la struttura esterna affinché i processi di regolazione possano svilupparsi, favorendo il passaggio dalla regolazione reciproca all'autoregolazione. Nel corso dello sviluppo la funzione regolatoria dell'adulto va diminuendo, non venendo però mai meno.

Il trasferimento della regolazione dal caregiver al bambino è un compito evolutivo molto importante che impegna il piccolo durante l'infanzia e oltre, è in questo periodo di vita che si pongono le basi per l'acquisizione di un'ampia e flessibile gamma di strategie di regolazione, anche se, anche da adulti il ricorso agli altri in condizioni di forte stress emotivo è frequente. Con l'altro si possono condividere esperienze emotive di valenza diversa, trovando conforto, supporto, appoggio, e modulando così l'intensità o la durata delle esperienze in corso.

Come avviene il passaggio tra regolazione inizialmente mediata dal caregiver e quella maggiormente autonoma e consapevole?

Trevarthen (1993) sottolinea la valenza essenzialmente intersoggettiva delle emozioni umane, ritiene che ogni emozione espressa influisca direttamente sull'emozione di un'altra persona. Quando due esseri umani interagiscono, le emozioni regolano il loro contatto e la loro relazione (Lavelli, 2007). Nei primi mesi di vita il caregiver ha un ruolo fondamentale, esso svolge un ruolo di mutua regolazione affinché il bambino organizzi il proprio repertorio emozionale. I bambini, già da tre mesi, modificano le proprie emozioni in risposta al mutamento di quelle del caregiver, adottando condotte di regolazione emotiva in situazioni di stress. La capacità regolatoria cresce in funzione dell'attività di monitoraggio e di trasformazione delle emozioni svolta dal caregiver, se tale attività manca, si rischia che il bambino ricorra a modalità di regolazione autoconsolatorie che assumono una funzione autodifensiva.

Tronick (1989) ha sviluppato un modello di regolazione reciproca secondo il quale il bambino è un sistema auto-organizzato in grado di regolare le proprie emozioni nella relazione con il caregiver. Comunicando tra loro i due sistemi danno luogo a un sistema diadico di mutua regolazione.

Fin dalla nascita, l'adulto interviene direttamente e attivamente sui segnali comunicativi emotivi del piccolo, svolgendo, come già sottolineato, una funzione di regolazione dall'esterno. Questa funzione man mano diminuisce ma non viene mai meno e si esprime mediante meccanismi di socializzazione diretta, che comprendono sia

strategie di tipo verbale e non verbale finalizzate a regolare l'espressione emotiva del bambino, sia meccanismi di socializzazione indiretta, come il riferimento sociale o l'apprendimento imitativo, che possono influenzare la condotta del bambino anche senza un insegnamento esplicito. Denham (1998) descrive tre tipologie di socializzazione emotiva parentale coinvolte nella regolazione: il *modeling*, secondo il quale il comportamento espressivo genitoriale correla con la capacità del bambino di controllare le emozioni negative; il *coaching*, che prevede un insegnamento esplicito del significato di alcune emozioni cui i bambini alludono nelle conversazioni; e il *contigency*, l'apprendimento attraverso le reazioni parentali immediatamente successive all'espressione emotiva dei figli.

È durante l'infanzia, comunque, che sono poste le basi per l'acquisizione di un'ampia e flessibile gamma di strategie di regolazione emotiva.

Macklem (2008) individua nelle seguenti le principali fasi del processo evolutivo.

La prima fase (0-1 anno) è quella in cui il ruolo dell'adulto è fondamentale per dare un significato alle esperienze del bambino. Molto spesso si osservano in questa fase condotte autoregolatori che sembrano inizialmente automatiche, e acquistano nel corso del primo anno di vita un carattere di maggiore intenzionalità.

Nella fase successiva (1-3 anni) si evidenziano l'acquisizione di competenze motorie, cognitive, linguistiche ed emotivo-affettive. Il bambino inizia a esplorare l'ambiente, a comunicare verbalmente, a consolidare i propri modelli operativi interni (MOI) legati alle relazioni di attaccamento intra ed extra-familiari. In questo periodo si evidenziano le prime condotte di evitamento delle situazioni indesiderate, la ricerca attiva di alcune persone, la richiesta di vicinanza e contatto fisico per ottenere conforto, sicurezza, consolazione. I bambini in questa fase iniziano a usare l'attività ludica per dare un significato alle esperienze emotive intense. L'adulto ha un ruolo ancora fondamentale, sostenendo il bambino durante le esperienze emotive intense e di lunga durata. È in questo periodo che compare il fenomeno del riferimento sociale grazie al quale i bambini mostrano di usare le espressioni emotive del caregiver per orientare i propri comportamenti ed emozioni.

La terza fase (3-5 anni) è una fase di incremento delle capacità linguistiche e cognitive e di sviluppo della teoria della mente. Il bambino è in grado di gestire le proprie emozioni durante il gioco, di minimizzare o mascherare le proprie esperienze emotive e di alleviare quelle negative degli altri con gesti consolatori. C'è un uso

alternato di strategie di etero e auto regolazione a seconda dei bambini e delle situazioni che provocano emozioni.

L'ultima fase (dopo i 6 anni) vede un accrescimento delle abilità di autoregolazione. Il bambino usa in maniera più continua ed efficace varie strategie di regolazione emotiva in sé e negli altri. Tra i sei e i dieci anni l'uso di strategie cognitive e di meccanismi di difesa nell'autoregolazione diviene più marcato consentendo un buon adattamento alle situazioni di interazione con adulti e pari. Tra gli undici e dodici anni, i preadolescenti usano molte strategie, che si delineano anche in base a caratteristiche personali, prediligendo, in generale, quelle di coinvolgimento rispetto a quelle di evitamento.

Le differenze individuali nella selezione e uso delle strategie di regolazione delle emozioni sono molteplici e dipendono da diversi fattori: quelli di natura biologica e temperamentale, quelli di natura interpersonale legati ai pattern di attaccamento, dalla socializzazione delle emozioni in famiglia o nei contesti educativi (Wong, McElwain & Halberstadt, 2009).

2.4.3 Emozioni, regolazione e disturbi del comportamento alimentare

È riconosciuto che la regolazione delle emozioni, o meglio la loro disregolazione, è associata alla psicopatologia. Le ricerche più recenti sui DCA mostrano che la regolazione delle emozioni gioca un ruolo importante nella loro genesi e nel loro mantenimento (Hilbert & Thuschen-Caffier, 2007; Czaja, Rief & Hilbert, 2009; Svaldi, Brand & Tuschen-Caffier, 2010; Balmford et al., 2010).

Macht (2008) ha tentato di spiegare come le emozioni e la loro regolazione, possano essere connesse alla riduzione o all'eccesso del consumo di cibo. Secondo l'autore le dimensioni che solitamente sono utilizzate per classificare le emozioni sono: la valenza (piacere-dispiacere), l'attivazione (Greenwald, Cook & Lang, 1989; Russel & Feldman Barret, 1999) e l'intensità (Frijda, Ortony, Sonnemans & Clore, 1992), essi sono elementi che concorrono all'estrema variabilità delle emozioni che inducono cambiamenti nell'alimentazione, ci sono chiare evidenze del fatto che le emozioni influiscono in modo differente sull'alimentazione a seconda della loro valenza, attivazione o intensità.

Gli studi sugli animali volti ad indagare il ruolo dell'intensità delle emozioni nel

determinare i comportamenti alimentari evidenziano che gli animali diminuiscono l'assunzione di cibo alla presenza di rumori intensi (Alario, Gamallo, Beato & Trancho, 1987; Parè, 1964), in risposta a intensi elettroshock (Strongman, 1965; Weiss, 1968) e durante situazioni di stress cronico (Sampson, Muscat, Philips & Willner, 1992;), invece aumentano l'assunzione di cibo, o la velocità nel mangiare, in risposta a situazioni caratterizzate da un basso o medio rumore o elettroshock (Krebs, Macht, Weyers, Weijers & Janke, 1996; Kupferman, 1964; Rasbury & Shemberg, 1971; Sterritt & Shembreg, 1963; Strongman, Coles, Remington & Wookey, 1970).

Studi condotti sugli umani evidenziano gli stessi risultati (Mehrabian, 1980). Ai soggetti è stato chiesto di immaginarsi mentre sperimentano varie emozioni e di riportare cosa desidererebbero mangiare. I risultati emersi supportano l'idea che l'alta attivazione o lo sperimentare emozioni intense comportano una riduzione dell'assunzione di cibo, mentre una bassa o moderata attivazione comportano un aumento dell'assunzione stessa (Robbins & Fray, 1980).

Gli studi sugli esseri umani, inoltre, dimostrano che le emozioni positive o negative hanno effetti differenti sull'alimentazione. Le emozioni negative come rabbia, paura e tristezza possono provocare un aumento dell'assunzione compulsiva di cibo in quanto il mangiare regola lo stato emotivo, ma il tutto è connesso con una decrescita verso il piacere per lo stesso e il consumo di cibo salutare (Lyman, 1982; Match, 1999; Match, Roth & Ellgring, 2002).

Uno dei modelli teorici predominanti, che intende spiegare i comportamenti alimentari disfunzionali, suggerisce che questi comportamenti siano intrapresi come un tentativo di gestire o di fuggire dalle emozioni negative (Heatheroton, Baumeister, 1991; Stice, Agras, Telch, Halmi, Mitchell & Wilson, 2001). Molte ricerche hanno evidenziato che i soggetti che lottano con l'eccesso di peso o che presentano un DCA mettono in atto comportamenti disadattivi guidati da una "alimentazione emotiva-ossessiva". Essa consiste nel mangiare in risposta a sensazioni emotive (Goossens, Breat, Vlan Vleirberghe & Mels, 2009; Masheb & Grilo, 2006). È stato ipotizzato che le persone con un DCA o obesità sono vulnerabili ai comportamenti connessi alla sovralimentazione emozionale a causa della mancanza di strategie e abilità adattive di regolazione emotiva, inclusa l'abilità di identificare in modo chiaro, e con strategie di coping adattivo, le emozioni che stanno provando (Sim & Zeman, 2006; Wiser & Telch, 1999). Se confrontati con controlli sani, le persone affette da DCA riportano maggiori

difficoltà nella regolazione delle emozioni, anche se ancora non si conosce la relazione causale tra queste difficoltà e la presenza di tali disturbi (Harrison, Sullivan, Tchanturia & Treasure, 2009); i primi studi sull'argomento suggeriscono che le difficoltà nella regolazione emotiva spiegano una significativa porzione di varianza dei comportamenti alimentari disfunzionali in soggetti, bambini e adolescenti, non clinici (Czaja, Reif & Hilbert, 2009; Whiteside, Chen, Neigbors, Hunter, Lo & Larimer, 2007).

Riguardo ai DCA, notevole attenzione dal punto di vista teorico ed empirico è stata finora dedicata principalmente allo studio delle distorsioni cognitive e alla loro rilevanza, nel mantenimento dei comportamenti alimentari patologici (Lee & Shafran, 2004). Solo negli ultimi anni c'è stato un aumento delle ricerche incentrate sullo studio delle strategie di utilizzo delle modalità di regolazione delle emozioni in soggetti con patologie del comportamento alimentare. L'interesse verso quest'argomento è da ricercare nei risultati di studi empirici, i quali dimostrano che il tono dell'umore negativo è un antecedente noto e affidabile alla base di comportamenti alimentari disfunzionali (Stice, 2001; Waters, Hill & Waller, 2001; Wegner, Smyth, Crosby, Wittrock, Wonderlich & Mitchell, 2002; Chua, Touyz & Hill, 2004; Hilbert & Tuschen-Caffier, 2007; Stein, Kenardy, Wiseman, Dounchis, Arnow & Wilfley, 2007; Smyth et al., 2007; Crosby, Wonderlich, Engel, Simonich, Smyth & Mitchell, 2009; Smyth et al., 2009). L'ipotesi alla base di tutte le ricerche è che i soggetti affetti da un DCA evidenziano dei deficit nelle capacità di regolazione delle emozioni e una mancanza nelle capacità richieste per mettere in atto un coping adattivo ed efficace in relazione agli stati emotivi negativi.

Nel modello transdiagnostico dei DCA di Fairburn, Cooper e Shafran (2003), gli autori ritengono che l'intolleranza verso le emozioni negative sia un processo coinvolto nel mantenimento dei disturbi stessi. Più specificatamente, l'eccessivo esercizio fisico nell'anoressia nervosa è visto come una possibile strategia di regolazione emotiva e ciò vale anche per i cicli di abbuffate/espulsione tipici dell'anoressia e della bulimia (Penas-Lledo, Vaz Leal & Waller, 2002).

Le prime evidenze sulla presunta carenza di competenze di regolazione emotiva in soggetti con un DCA provengono da studi self-report che confrontano i dati di persone affette dal disturbo con soggetti di controllo sani. Sulla base dei risultati si evidenzia che i soggetti affetti da anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbo da alimentazione incontrollata mostrano maggiori difficoltà nella regolazione delle emozioni rispetto ai

soggetti non affetti da un DCA (Bydlowsky et al., 2005; Carano et al., 2006). Da un altro studio (Sim & Zeman, 2005), emerge che le emozioni negative, la poca consapevolezza emotiva e l'utilizzo di modalità di regolazione non costruttive sono correlate con la presenza di DCA e con l'insoddisfazione corporea, anche altri studi hanno evidenziato queste correlazioni (Corstophine, Mountford, Tomlinson, Waller & Meyer, 2007; Whiteside, Chen, Neigbors, Hunter, Lo & Larimer, 2007; Harrison, Sullivan, Tchanturia & Treasure, 2009). Aldao (2010) attraverso una meta-analisi ha sottolineato come la ruminazione e la soppressione delle emozioni (strategie di regolazione emotiva considerate non funzionali) sono correlate con i DCA.

Nonostante prove preliminari indicano che le persone con un DCA mostrano delle difficoltà nella regolazione delle emozioni (Svaldi, Caffier & Tuschen-Caffier, 2012); tuttavia non è ancora chiaro se i differenti DCA differiscono riguardo alle capacità di regolazione emotiva e se le difficoltà di regolazione emotiva sono specifiche dei disturbi in esame o se sono un fattore transdiagnostico ai diversi disturbi mentali.

2.5 Un approccio costruttivista alle emozioni e la loro regolazione

Il modello cognitivo costruttivista attribuisce alle emozioni un valore fondamentale e ontologico per il processo di costruzione dell'identità (Plutchik, 1994; Nardi, 2003). Le emozioni, infatti, rappresentano il motore della conoscenza dell'uomo e sono alla base delle rappresentazioni di noi stessi, del nostro senso di amabilità, della rappresentazione di noi con gli altri e del nostro modo di agire (Nardi, 2007).

In ambito scientifico e in particolare nell'ambito della psicologia dello sviluppo vi è un forte interesse per quelle che sono definite competenze emotive (Del Giudice & Colle, 2007).

Come già definito in precedenza, quando parliamo di competenza emotiva, ci riferiamo a una vasta gamma di abilità che vanno dal riconoscimento delle emozioni in sé e negli altri alla gestione efficace e competente degli stati emotivi all'interno delle relazioni.

Competenza emotiva e regolazione emozionale sono concetti interdipendenti e reciprocamente ricorsivi. Quando si parla di processo di regolazione delle emozioni, spesso si incorre nell'errore di identificarlo con il comportamento esibito in risposta a un evento.

L'importanza e la centralità delle emozioni è stata messa in luce dalla pratica e dalla ricerca in ambito clinico. Il modello teorico cognitivo-costruttivista si basa sul riconoscimento del valore ontologico delle emozioni nel processo di costruzione dell'identità (Bara, 1996, 2005; Guidano, 1987, 2007, 2008). La disregolazione delle emozioni e l'eccessivo controllo delle stesse, nel modello teorico, sono stati messi in relazione con diverse forme di psicopatologia nei bambini. Anche nell'ambito della psicopatologia in età adulta c'è interesse per quest'aspetto legato ai disturbi di personalità (Semerari, 1999; Linehan, 1993), dei disturbi d'ansia e dissociativi (Liotti 2001, 2004) e anche alla depressione (Catanzaro, 1997).

I contributi della pratica e ricerca clinica ci permettono di fare due considerazioni: da un lato la disregolazione delle emozioni assume un ruolo cruciale nella genesi, mantenimento e risoluzione della psicopatologia; dall'altro la regolazione delle emozioni non è una capacità isolata, ma dipende strettamente sia dalla capacità di riconoscimento e discriminazione delle emozioni, sia dalla capacità di narrarle e di condividerle e di come quest'ultima sia influenzata dagli stili personali acquisiti nello sviluppo.

Il punto di vista cognitivo-costruttivista pone una maggiore enfasi sugli stili personali di regolazione/disregolazione delle emozioni che si costruiscono all'interno della relazione di attaccamento. La teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1980, 1973, 1969) ci fornisce una cornice all'interno della quale situare diverse modalità di regolazione delle emozioni.

Il processo di reciprocità è alla base del più generale processo di regolazione emozionale. La reciprocità è costituzionalmente ontologica nell'uomo (Arciero & Reda, 1994; Arciero 2002) ed è un processo che si sviluppa fin dalla nascita e si articola lungo tutto il corso della vita assumendo forme e modalità diverse in modo coerente e parallelo con l'identità personale.

Il processo di regolazione emozionale, infatti, trova la sua origine e il suo sviluppo nel rapporto tra il bambino e la sua figura di attaccamento: è nell'interazione con la figura di attaccamento che il bambino farà palestra di un particolare pattern di emozioni a discapito di altre. Fin dalle prime fasi della vita, infatti, ogni individuo ha bisogno di una persona affettivamente disponibile che possa garantire, in primo luogo la sopravvivenza fisica e, successivamente, la sopravvivenza psichica.

È attraverso i processi di sintonizzazione affettiva, di reciprocità e di scambio

emozionale con la figura di attaccamento, che iniziano a prendere forma e a svilupparsi i processi di regolazione emozionale che nei primi mesi di vita passano attraverso il contatto fisico, e successivamente lasciano spazio, con lo sviluppo del linguaggio, alla possibilità di simbolizzare, di dare forma e nome a ciò che si prova e a poterlo esprimere.

La relazione tra i processi di attaccamento e la costruzione del senso di sé è alla base dello sviluppo umano (Guidano, 2007). Una delle caratteristiche dell'attaccamento del sistema umano è l'essere un processo autoreferenziale che permette di costruire un senso di sé consistente, stabile e continuo nel tempo.

Durante i primi scambi emotivi con le figure di attaccamento iniziano a costruirsi e delinearsi gli *emotional schemata*, cioè i domini emotivi che costituiscono la base del senso di permanenza del sé, del proprio senso d'identità. Dal sesto mese fino alla fine del primo anno, il mondo affettivo del bambino si struttura e si organizza all'interno di una relazione stabile e bilanciata sulla prossimità/distanza da una base sicura di attaccamento emozionale (Bowlby, 1973, 1980, 1988). È solo all'interno del continuum tra vicinanza e distanza con la figura di attaccamento che il bambino sperimenta un panel di emozioni ricorrenti il cui ordinamento e regolarità dipendono dalla qualità specifica del pattern di attaccamento in corso. Sarà la consistenza e la costanza nel tempo della relazione con la figura di attaccamento a concorrere alla formazione, ma anche alla stabilizzazione e articolazione, del nucleo emotivo che costituisce il senso prototipico del senso di sé raggiunto nelle prime fasi di sviluppo. Se il bambino, durante i primi mesi di vita si relaziona con genitori poco espansivi o rifiutanti di fronte alle richieste di cura del bambino, egli farà esperienze affettivamente prototipiche di sensazioni di non amabilità e di sentimenti di disperazione e rabbia.

L'attaccamento, quindi, risulta essere importante e avere un ruolo predominante per due motivi, il primo è differenziare e organizzare una gamma di tonalità emotive che andranno a costituire il dominio emotivo di base, il secondo per il processo di regolazione in termini di modulazione di frequenza, intensità e durata degli stati emotivi lungo il continuum prossimità/distanza.

Reciprocità e prevedibilità sono concetti interdipendenti all'interno della teoria dell'attaccamento, essi vanno a influenzare il processo di regolazione delle emozioni. Il concetto di prevedibilità della risposta genitoriale alla richiesta di prossimità, è il principio garante della demarcazione tra il senso di sé e il fluire dell'esperienza; ciò

significa che se la reciprocità tra bambino e figura di attaccamento si struttura sul versante della prevedibilità, ci sarà una differenziazione più marcata e precoce del flusso emotivo interno per cui il bambino sarà portato a fare affidamento principalmente sul proprio sentire, sul proprio mondo emotivo nella lettura di ciò che gli accade, delle proprie esperienze. Al contrario, una variabilità della risposta genitoriale in termini di ambiguità, inconsistenza o alternanza determina una difficoltà a discriminare gli stati emotivi interni e, quindi, anche la demarcazione tra sé e altro. A queste due modalità di costruzione dell'identità, una basata sul senso di medesimezza, l'altro sul senso di ispeità, corrisponde una differente percezione del senso di stabilità personale ed emozionale.

I bambini basati sul senso di medesimezza fanno affidamento sui propri stati interni nella lettura del mondo e di sé, per cui ci sarà una maggiore e precoce articolazione delle emozioni di base. I bambini che fondano il senso di sé sull'ipseità costruiscono un senso di stabilità di sé dall'orientamento che si ricava dal mondo, questa modalità comporta il riconoscimento dei propri stati emotivi dall'altro.

Riguardo al mondo emotivo Guidano (2008) fa una distinzione tra il provare e l'esprimere un'emozione. Il provare un'emozione si riferisce al com'è fatta, come il soggetto la sperimenta, come si accorge di provarla e dove la sente. L'espressione di un'emozione riguarda il processo di regolazione dell'emozione stessa, vale a dire se, e che cosa, il soggetto si permette di esprimere dell'emozione, con quali modalità e qual è il processo che regola l'espressione o meno di un'emozione. Il provare e il sentire si riferiscono alla qualità di un'emozione, agli aspetti qualitativi, l'espressione invece si riferisce alle modalità con cui prende forma o meno l'emozione stessa.

Il modo in cui ogni soggetto esprime un'emozione dipende, in parte, anche da come e quanto riesce a provare la data emozione, entrambi i processi fanno riferimento più in generale ai criteri di significatività di ciascuno, ovvero ai propri criteri di coerenza interna che si sono appresi all'interno delle relazioni significative.

Nel capitolo precedente si è fatto riferimento all'organizzazione di personalità da disturbi alimentari psicogeni, che secondo l'approccio cognitivo-costruttivista può essere alla base di tutti i DCA, dall'anoressia alla bulimia, all'obesità psicogena.

In quest'organizzazione, a livello emotivo, viene meno il processo di connessione tra il percepire l'emozione e l'assegnarle un nome, perché gli altri hanno sempre anticipato e sostituito il soggetto in questo processo, anche l'espressione dell'emozione è difficoltosa o poco chiara a se stessi e agli altri (Guidano, 2008). L'elemento che caratterizza questa organizzazione è la connessione difficoltosa, e a volte confusiva, tra ciò che sentono e la possibilità di assegnare un nome e di attribuirlo alle situazioni provocanti l'attivazione emozionale. La regolazione delle emozioni passa spesso attraverso l'uso del cibo e del corpo, che sembrano essere gli unici spazi e dimensioni che riconoscono in modo ben chiaro come propri elementi basici (Reda, 1986). Tutta la regolazione delle emozioni è sempre passata attraverso il canale del cibo, del corpo e della ridefinizione degli stati emozionali, pertanto i soggetti non hanno gli strumenti, o hanno degli strumenti limitati, per cui il riferimento esterno diventa fondamentale, il criterio esterno serve per riuscire a distinguere ciò che si prova.

3. SALUTE E PREVENZIONE

Nel corso degli ultimi decenni si è assistito a un crescente interesse per il tema del rischio e della sua prevenzione. Tale interesse può essere ricondotto a numerosi fattori. In primo luogo si è assistito all'emergere di nuovi fenomeni sociali, spesso riportati dai mass media, che destano preoccupazione. Oggi tutti quelli che lavorano nel campo della prevenzione sono chiamati a operare in un campo allargato: non ci si occupa più soltanto di rispondere a problemi di salute, centrati sulla malattia e la sua cura, ma di promuovere la salute stessa. L'obiettivo non è più quello di condurre le persone verso modelli predefiniti di salute e di stili di vita, ma di favorire lo sviluppo delle risorse individuali e collettive che consentono agli individui di compiere scelte consapevoli, e di aumentare così le capacità di controllo e di protezione verso la propria salute.

In questo contesto i termini come salute, rischio e prevenzione sono affiancati a nuovi concetti quali benessere, fattori di protezione e resilienza.

3.1 Definire il concetto di salute

La salute è un tema prioritario per ogni scienza che si occupa dell'uomo, così come per ogni governo, o organismo politico che ha, tra i suoi compiti, la tutela della salute del suo popolo.

Nel corso dei secoli il concetto di salute è stato comunemente associato all'assenza di malattia, un individuo è in salute quando il suo corpo non è affetto da alcuna patologia.

Dalla fine del novecento questa concezione è una condizione necessaria ma non più sufficiente. La carta di Ottawa, del 1986, ha segnato una vera e propria inversione paradigmatica perché, per la prima volta, si è affrontato, e sviluppato, un nuovo modo di intendere la salute. Essa è diventata una risorsa che non comprende solo il benessere fisico, ma anche quello psichico, relazionale e sociale cui ogni individuo deve tendere.

Questa nuova ottica ha allargato gli orizzonti verso una nuova visione più olistica e completa del termine che non fa più solo riferimento al *bene-stare* del corpo, ma anche al *bene-essere* dell'individuo nella sua totalità. Inoltre, non c'è più un'attenzione solo agli aspetti individuali, ma anche a quelli sociali e collettivi che ne condizionano necessariamente le caratteristiche e i possibili mutamenti (Petrillo, 2008).

Il documento menzionato terminava con un appello all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e a tutti gli organi politici affinché sposassero questa nuova concezione di salute e si impegnassero ad adottare misure e interventi volti alla sua promozione, tra tutti i membri della collettività. La promozione passava attraverso l'impegno richiesto agli organi istituzionali al fine di essere in grado di creare luoghi di vita e tutela della salute, di essere in grado di riorganizzare i servizi sanitari inserendo specifiche professionalità che superassero lo stretto medicalismo e potenziassero le competenze dei cittadini sensibilizzandoli al tema.

Da questo primo documento ne sono seguiti molti altri che hanno aiutato a consolidare i principi sopraccitati e hanno favorito la diffusione del concetto di salute che tutti noi conosciamo.

Oggi l'occidente, ha sviluppato il concetto di salute secondo una visione interazionista e costruttivista, fondata sul principio di interazione tra l'individuo e il suo ambiente di vita (Magnusson & Sattin, 1998). Il modello deterministico, che prevedeva la presenza di un insieme di cause da cui scaturivano delle conseguenze, non è più possibile, perché un rigido legame tra fattori scatenanti e comportamenti, più o meno problematici per la salute, non è in grado di spiegare la complessità in cui è immerso l'individuo. La persona, infatti, non è un sistema chiuso e immobile, ma un sistema aperto e dinamico, in continuo rapporto con l'ambiente che lo circonda (Bronferbrenner, 1986). Ciò significa che, di fronte alla malattia, si deve sempre considerare l'unità della persona secondo un modello articolato e complesso che comprende la sfera biologica, psicologica, relazionale e sociale dell'individuo (Borca, 2008).

Capovolgendo la prospettiva della malattia è possibile affermare che anche il benessere deve essere concepito come l'esito di un processo multidimensionale in cui sono presenti fattori individuali che si legano a quelli sociali, relazionali e culturali.

Questa nuova concezione mette in luce un altro aspetto importante: la volitività dell'individuo che diventa protagonista e co-costruttore della sua salute e promotore di quella altrui. L'individuo ha un ruolo attivo e di responsabilità (Zucconi & Howell, 2003), è chiamato a identificare i comportamenti che danneggiano la salute e investire su quelli che, al contrario, promuovono il benessere; è posto al centro e diventa fautore della propria salute e della sua qualità di vita attraverso la ricerca attiva del benessere, delle sue risorse e abilità, delle sue capacità di resilienza, dell'autoefficacia e dell'autoregolazione (Snyder & Lopez, 2002; Oliverio Ferraris, 2003; Malaguti, 2005).

La nuova visione del concetto di salute comporta l'ampliamento dell'ottica strettamente medica, verso l'inclusione delle scienze umane e psicologiche. Se lo stato di salute coinvolge la mente, gli affetti e le relazioni, allora la psicologia ne diventa protagonista sia sul piano teorico sia sugli interventi (Petrillo, 2008). Sul piano teorico, la psicologia tende a stravolgere la logica che vede la contrapposizione tra presenza e assenza di salute, per assumere l'ottica della gradualità che può essere raggiunta a diversi livelli, con diversi tempi e dai diversi individui (Bonino, 2006). Il focus dell'attenzione si sposta verso un concetto di salute più dinamico e flessibile (Ford & Lerner, 1995) che apre la possibilità non solo di intervenire quando c'è carenza di salute, ma anche prima, promuovendo la salute.

Quando si accenna al concetto di salute, è facile riferirsi al corpo. La salute riguarda il nostro corpo e la sua condizione di maggiore o minore benessere. Una persona in salute è colei che possiede un corpo sano. Corpo e salute sono un binomio indissolubile, teorizzato già nell'antichità, che però oggi ha assunto nuovi scenari.

Riguardo al corpo, i programmi per promuovere la salute sembrano essere particolarmente utili e importanti in età pre-adolescenziale e adolescenziale. In questa fase di vita i soggetti possiedono una struttura di personalità non ancora sufficientemente stabile, e vivono in una condizione di incertezza e marginalità dovuta ai numerosi cambiamenti del corpo in atto (Lewin, 1972). In questa fase di transitorietà dove nulla è certo e definito, i ragazzi tendono a sperimentare situazioni nuove, di sfida e di ricerca, spesso sopravalutano le loro capacità e si pongono così in situazioni di rischio a volte evidente ma per loro poco consapevole (Palmonari, 2001).

Il corpo, ancora una volta, riveste un ruolo centrale per l'assunzione di alcune condotte rischiose per la salute. L'accrescimento della forza fisica, il sorgere delle pulsioni, l'insoddisfazione per il proprio aspetto fisico, possono generare comportamenti dannosi per la salute. Nello specifico, la percezione dell'immagine corporea diventa un elemento chiave che concorre a promuovere o mitigare l'assunzione di certe condotte di rischio. Una positiva accettazione del proprio corpo consente un migliore adattamento del ragazzo e l'acquisizione di un benessere psicofisico che lo protegge da comportamenti rischiosi.

Che cosa pensano i bambini e i ragazzi della salute? Diverse ricerche indicano che la percezione di salute assume spesso caratteri legati al conteso culturale di appartenenza (Waters, Salmon, Wake, Wright & Hesketh, 2001). Nel contesto italiano, i

risultati di una ricerca condotta da Buzzi (1994) sul tema della salute e del benessere permettono di dividere il campione in tre gruppi. Il primo gruppo è definito *consapevole coerente* e assegna alla salute un valore indispensabile e prioritario, per cui si preoccupa di attivare comportamenti volti in questa direzione. Il secondo gruppo, il più numeroso, è definito *pragmatico*, essi ritengono che una certa dose di rischio sia necessaria e accettabile, per loro è tollerabile adottare qualche comportamento che può mettere a rischio il proprio stato di salute. Infine, il gruppo definito *anti salutista* svaluta la salute e tende ad adottare stili di vita basati sul piacere immediato e totale, senza valutare conseguenze future. Anche Caso (2008), in un suo studio, suddivide i ragazzi in tre gruppi: salutisti, moderatamente salutisti e non salutisti; i primi privilegiano un coping centrato sul compito a differenza dei non salutisti che utilizzano strategie di coping centrate sulle emozioni. I non salutisti, inoltre, nutrono aspettative negative e una minore percezione del rischio personale.

Nelle rappresentazioni di salute dei ragazzi, oltre alla componente culturale, bisogna considerare anche i fattori sociali e mentali. È riconosciuto come alti livelli di prosocialità sono connessi al benessere nelle loro rappresentazioni, mentre carenze affettive, tendenze antisociali e disagio psichico sono riferite a un maggiore malessere (Ardone, 1998).

Il concetto di salute sembra, dunque, strettamente collegato al concetto di rischio: quando il rischio potenziale, insito in un comportamento o situazione, non è adeguatamente valutato, la salute può essere messa in pericolo. Se l'esposizione prolungata a comportamenti e abitudini dannose per la salute avviene durante l'età dello sviluppo, essa può recare danno tre volte maggiore rispetto a un adulto (Lynne, Graber, Nichols, Brooks-Gunn & Botvin, 2007); per questo motivo è necessario focalizzarsi sui motivi che spingono i giovani a imbattersi in comportamenti a rischio e i significati che questi assumono per loro.

Impostare dei percorsi di educazione alla salute per ragazzi significa pianificare dei programmi che, a partire da corrette conoscenze e informazioni teoriche, sappiano proporre anche comportamenti alternativi a quelli a rischio, attraverso la promozione di specifiche abilità e risorse già presenti in loro, coinvolgendo più figure professionali che concorrono alla costruzione di un programma di educazione alla salute (Regogliosi, 1994). Questo implica un ribaltamento di prospettiva: non si lavora più per la riduzione

del rischio ma per la promozione del benessere, intesa come condizione che favorisce un migliore adattamento tra l'individuo e il suo conteso di vita (Calandri, 2008). Ciò non significa eliminare il rischio: esso va analizzato e tenuto in considerazione come elemento utile su cui costruite il percorso di sviluppo delle abilità e risorse. Le risorse sono quelle competenze e abilità individuali, relazionali e sociali che ogni fanciullo possiede e che possono essere implementate o fatte emergere (Bonino & Cattelino, 2008; Petrillo & Caso, 2008).

3.2 Definire il concetto di prevenzione

Il termine prevenzione, nato e largamente utilizzato in campo medico sanitario, rimanda a significati differenti come anticipare, precedere, ma anche impedire, ostacolare, evitare un evento dannoso. Esso appare fortemente connotato da un punto di vista sanitario, l'attività di prevenzione in campo medico implica la capacità di osservare in maniera chiara l'oggetto da combattere, la possibilità di prevedere gli eventi che si vogliono evitare attraverso la rilevazione di indicatori, i cosiddetti fattori di rischio, e quindi la capacità di individuare le azioni più adatte per evitare l'insorgere di possibili conseguenze negative per la salute dell'individuo. In questo contesto l'attività di prevenzione consistere nell'attivare modalità in grado di impedire, o di ritardare, la comparsa di uno stato patologico o di diminuirne l'intensità.

In ambito sanitario, si indica come prevenzione l'azione tecnico-professionale o l'attività di policy che mira a ridurre la mortalità, la morbilità o gli effetti dovuti a determinati fattori di rischio o ad una certa patologia, promuovendo la salute ed il benessere individuale e collettivo (salutogenesi).

Le attività di prevenzione, essendo parte della più ampia attività di "tutela della salute", sono parte delle competenze professionali tipiche delle professioni sanitarie, nei loro diversi ambiti applicativi (medico, infermieristico, ostetrico, psicologico).

Uno dei primi tentativi di classificazione delle principali tipologie di prevenzione in ambito medico-psichiatrico è rappresentato dalla proposta formulata da Caplan (1964). La tripartizione proposta dall'autore è in *primaria*, *secondaria* e *terziaria*, e si riferisce ad atti e fasi diverse.

La prevenzione *primaria* punta ad agire sulle cause originarie e sulle situazioni di rischio che possono produrre conseguenze dannose alla salute. Obiettivo della

prevenzione primaria è annullare tali fattori o, nei casi in cui non è possibile, ridurne il potenziale offensivo, evitando l'insorgere di nuove patologie o controllando le situazioni in grado di minacciare l'equilibrio psicologico, fisico e sociale esistente. Tale obiettivo può essere raggiunto attraverso un intervento volto a eliminare all'origine i fattori scatenanti oppure attraverso misure di profilassi che rafforzino le difese del soggetto, fino a determinarne l'immunità (Tartarotti, 1986). Un intervento di prevenzione primaria intende, dunque, ridurre il numero di nuovi casi del problema o della malattia, ridurre cioè il tasso di incidenza. A questo scopo agisce sul rischio individuale, tentando di rimuovere definitivamente la causa o impedendone l'azione. Quando invece l'origine non è conosciuta o non eliminabile completamente, l'attività preventiva interviene sui fattori di rischio con efficacia differente sulla base della tipologia degli elementi in gioco e delle caratteristiche del problema specifico. Al fine di eliminare o ridurre le cause e i fattori di rischio connessi con lo sviluppo di alcune problematiche, in qualche caso è sufficiente l'applicazione di un solo metodo di intervento, ma più frequentemente è necessario far ricorso a diversi metodi contemporaneamente: un approccio multidisciplinare aumenta l'efficacia dell'azione preventiva, soprattutto riguardo a situazioni problematiche a genesi multifattoriale.

La prevenzione secondaria punta a individuare precocemente i sintomi dell'insorgere di una patologia, in modo da potere compiere tempestivamente gli opportuni trattamenti e da ottenere maggiori probabilità di guarigione definitiva. Il successo di un programma di prevenzione secondaria corrisponderà alla riduzione della mortalità connessa a una malattia. La prevenzione secondaria non riduce il tasso di incidenza in quanto, a differenza della prevenzione primaria, non si occupa di rimuovere le cause di una malattia e, di conseguenza, non evita l'insorgere di nuovi casi. Gli interventi di prevenzione secondaria sono realizzabili solo nei confronti di patologie che presentano caratteristiche specifiche: è necessario che sia conosciuta la normale evoluzione della malattia, che il periodo di latenza (periodo in cui i sintomi non sono evidenti) sia abbastanza lungo da premetterne l'individuazione, che esista un metodo per diagnosticare tale situazione e siano possibili interventi terapeutici in grado di eliminare la patologia o di ritardarne lo sviluppo. In caso contrario, diagnosticare in fase presintomica una malattia potrebbe essere del tutto inutile e controproducente perché il soggetto sarebbe a conoscenza di ciò che minaccia il suo benessere senza poterne ostacolare l'evoluzione (Barbuti, Fara & Giammanco, 2011).

La prevenzione *terziaria*, infine, intende riparare o ridurre le conseguenze di una patologia ormai in fase conclamata, e ostacolarne la progressiva evoluzione. L'obiettivo è ridurre la cronicizzazione di un particolare disagio o disturbo, essa può essere identificata con la cura e la riabilitazione, poiché tende a impedire il progredire della malattia o l'insorgere della disabilità conseguente.

La classificazione proposta da Caplan (1964) presenta dei limiti. Il più evidente è la sua impostazione bio-organicista e il riferimento implicito a un modello di causalità lineare e diretta. Questi aspetti la rendono inadeguata nel caso in cui si debba confrontare con problematiche sociali ben più complesse, nella determinazione delle quali intervengono, cioè, una molteplicità di cause a livelli differenti (Barilaro & Celata, 2000).

Nel tentativo di superare le criticità del modello tripartito di Caplan, sono stati proposti in seguito altri criteri di classificazione.

Nel 1984, Heller, Price, Reinharz, Riger e Wandersman ripresero una classificazione proposta da Bloom, nel 1968, nella quale il criterio di classificazione è da rintracciare nella tipologia di popolazione individuata quale target di intervento. La classificazione è ripartita in tre categorie: la *comunità allargata*, corrisponde alla popolazione di una particolare area geografica; i *soggetti a rischio*, identificati sulla base di specifici fattori di rischio; e le persone che stanno attraversando una *fase* particolare della propria esistenza, pertanto più fragili di fronte all'attacco di una particolare patologia. Anche questa proposta non è stata esente da critiche, una di esse è rappresentata dalla parziale sovrapposizione tra le due ultime categorie.

Nel 1994, l'Institute of Medicine (IOM) di Washington (Mrazek & Haggerty, 1994), riprendendo la classificazione suggerita da Gordon (1987) riformula la distinzione delle tipologie di prevenzione sulla base delle caratteristiche della popolazione cui è rivolto l'intervento. Sono così definiti *universali* gli interventi diretti a un'intera popolazione, senza distinzione in termini di vulnerabilità o di comportamenti a rischio di soggetti che la compongono; *selettivi* quelli rivolti a soggetti appartenenti a un sottogruppo di popolazione che presenta il rischio di sviluppare un particolare problema in proporzione maggiore rispetto a quanto non avvenga alla popolazione generale di riferimento; e *indicati*, gli interventi indirizzati a soggetti identificati come ad alto rischio individuale per lo sviluppo di un disturbo, del quale, nella fase specifica, possono presentare solo alcuni segnali o sintomi prodromici. Sebbene questa

tripartizione suggerisca categorie ben definite, che risolvono l'ambiguità e le sovrapposizioni evidenziate dalla precedente proposta di classificazione, questa non prevede la collocazione al proprio interno dei programmi di promozione della salute. La posizione dell'Institute of Medicine sembra contraddire l'ottica della definizione olistica di salute proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. A una salute intesa come benessere fisico, psicologico e relazionale, si contrappone un modello di prevenzione medico, che non comprende gli interventi di promozione del benessere individuale e collettivo, che invece sarebbero considerati autonomi.

Altro elemento critico nella definizione dei confini dell'azione preventiva è rappresentato dal livello cui si intende intervenire; un intervento di prevenzione può, infatti, essere rivolto al singolo individuo come al contesto nel quale egli è inserito.

A questo proposito Bronfenbrenner (1986) suggerisce di organizzare i livelli di azione sulla base dei differenti contesti di vita attraversati dai soggetti. A *microlivello* possono essere collocati i programmi che agiscono primariamente sulle relazioni diadiche, ma anche sulle relazioni tra altri soggetti presenti nella stessa situazione ambientale, sulla natura di questi legami e sull'influenza che hanno sull'individuo. A *mesolivello* si possono collocare quegli interventi che puntano a favorire le relazioni tra i diversi microlivelli, tra le varie situazioni ambientali, sia quelle di cui il destinatario fa parte sia quelle in cui può non trovarsi mai, ma che condizionano attraverso gli eventi che in esse occorrono, ciò che accade nel suo ambiente immediato. A *macrolivello* possono essere collocate quelle azioni che introducono o modificano le norme o l'organizzazione dell'ambiente socio-culturale ampliamente inteso: l'insieme dei sistemi inseriti gli uni negli altri e interconnessi.

In questa direzione, è stata proposta una classificazione che riprende quella proposta dall'Institute of Medicine integrandola con un modello multilivello, nel quale sono ritenuti più efficaci quegli interventi che, oltre a prevedere cambiamenti sul piano individuale, includono azioni volte a modificare uno o più contesti di vita delle persone. Riguardo a ciò è stato costruito uno schema in grado di coniugare i livelli di intervento (microlivello, mesolivello e macrolivello) con i tre target (universali, selettivi e indicati).

L'applicazione del concetto di prevenzione in campo psicologico e sociale è molto complessa. In questo settore non è facile individuare e isolare le cause dei

comportamenti da contrastare o da modificare e, di conseguenza, stabilire i contenuti e le modalità dell'azione preventiva. Il modello medico, basato su uno schema di lettura della malattia di tipo lineare, in cui l'obiettivo è di individuare gli agenti patogeni per creare le migliori linee di prevenzione, non sembra essere applicabile in campo psicologico. La complessità delle variabili in gioco e l'imprevedibilità delle risposte soggettive di ciascun individuo non consentono di prevedere in maniera certa e deterministica il manifestarsi di alcuni fenomeni. È necessario abbandonare le concezioni e i saperi rigidi e riduttivi di malattia e disagio per adottare una visione maggiormente complessa.

È ampliamente condivisa una spiegazione dei fenomeni psicologici, sociali e dei comportamenti umani in termini probabilistici e multicausali, che prende in considerazione la molteplicità delle variabili in gioco, la loro interazione lungo il tempo e il ruolo attivo della mente umana.

Nel tentativo illusorio di definire in modo certo azioni preventive, valide ed efficaci per tutti, molti approcci volti alla prevenzione di comportamenti problematici hanno adottato modelli deterministici di tipo biomedico, ignorando che il comportamento dell'individuo avviene in contesti ambientali profondamente diversi. Ciò è particolarmente evidente nei modelli biologisti, che individuano le cause dei comportamenti in caratteristiche legate alla biologia dell'individuo, o nei modelli ambientalisti, volti a individuare come cause di malessere e disadattamento dell'individuo fattori ambientali di rischio generici e uguali per tutti. Tali modelli tralasciano la stretta interazione tra fattori biologici ed esperienza: i fattori biologici indicano le potenzialità di sviluppo, ma non la loro concreta realizzazione, dettata dalla stretta interazione tra elementi biologici e specifiche esperienze. Inoltre, non considerano la diversa influenza che le stesse variabili ambientali possono avere su differenti individui.

Spiegazioni di tipo deterministico rimandano a una concezione di individuo come essere passivo, plasmato dall'ambiente, da ciò che lo circonda o dal suo patrimonio genetico. L'individuo sembra vittima di eventi, interni o esterni, sui quali non ha alcun controllo, in cui non è protagonista del suo presente e del suo futuro.

Numerosi studi e ricerche hanno evidenziato come l'individuo, fin dalla nascita, non sia per nulla un ricettore passivo di ciò che accade attorno a lui e dentro di lui. Egli è protagonista attivo grazie soprattutto alle capacità cognitive di autoregolazione, di autorganizzazione e di riflessione su se stesso (Bandura, 1986; 1995; 1997), che gli consentono di contribuire alla costruzione del proprio percorso di sviluppo attraverso la rielaborazione e l'attribuzione di significato a esperienze individuali e a influenze ambientali (Lerner & Busch-Rossnagel, 1981; Silbereisen, Eyferth & Rudinger, 1986; Brandtstaedter & Lerner, 1999). Grazie alle sue capacità di riflessione, autoregolazione e autodeterminazione l'individuo ha la possibilità di sottrarsi al determinismo dei geni e dell'ambiente (Bonino, 1999); proprio la caratteristica umana di concorrere in maniera attiva alla creazione delle proprie condizioni di vita e di sviluppo rende necessario il superamento delle concezioni deterministiche.

La concezione di sviluppo oggi condivisa è di tipo olistico, interazionista e costruttivista, fondata sulla considerazione dell'interazione dell'individuo e il suo ambiente (Magnusson & Stattin, 1998). La numerosità e la complessità delle variabili che sono coinvolte nel comportamento umano sono superiori a quelle di qualunque fenomeno di tipo fisico e biologico. Agiscono, infatti, variabili di tipo biologico, di tipo ambientale e individuale. Il comportamento umano è il risultato di un'incalcolabile e reciproca influenza nel tempo di variabili diverse, riconducibili al patrimonio innato e alla struttura biologica, alle influenze ambientali e all'apprendimento, e alla stessa azione e autoregolazione dell'individuo.

Adottare modelli probabilistici significa rinunciare alla certezza, illusoria e fuorviante, di potere predire in maniera sicura il comportamento. Questo non significa che il comportamento si manifesti in maniera del tutto casuale. L'obiettivo è di individuare le numerose variabili che interagiscono in un comportamento, considerate nella loro complessità e dinamicità, al fine di indentificare un certo grado di prevedibilità dello stesso. Diventa possibile affermare che, dato un certo genere di stati precedenti e di situazioni attuali, è probabile il verificarsi di un particolare evento, pur essendo sempre presente una qualche possibilità di assistere a trasformazioni poco probabili.

I modelli di spiegazione complessi di tipo probabilistico e multicausale partono dal presupposto che ogni condizione di salute o di malattia sia la conseguenza dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali (Engels, 1977; 1980; Schwartz, 1982). Obiettivo della prevenzione è così quello di studiare le diverse possibili cause del singolo comportamento a rischio o delle forme di devianza nella loro dinamica e complessità e di individuare i fattori di rischio e di protezione che contribuiscono a

rendere più probabile un esito negativo oppure positivo. Far prevenzione significa convivere con l'incertezza insita in interventi complessi, ma non per questo dagli esiti imprevedibili. L'incertezza deve costituire lo stimolo per approfondire l'azione delle variabili in gioco e il loro intreccio, al fine di ridurre la distanza tra l'imprevedibile, il caso e ciò che con buona probabilità può essere previsto e anticipato. Aderendo a quest'ottica la prevenzione è sostanzialmente proattiva, volta da un lato a salvaguardare gli individui da conseguenze future indesiderabili, dall'altro a promuovere uno sviluppo positivo (Ferrer-Wreder, Stattin, Cass Lorente, Tubman & Adamson, 2004).

3.2.1 Definire il concetto di prevenzione educativa

Gli studi di matrice medico-sanitari hanno permesso di chiarire il quadro di riferimento della riflessione teorica sulla prevenzione, anche se è molto utile rilevare l'appartenenza intrinseca del paradigma preventivo alle scienze dell'educazione.

La dimensione preventiva, ha accusato molto l'attacco della cultura medica: la figura dell'educatore e il suo contesto di lavoro stanno subendo un processo di medicalizzazione che rischia di portare all'espropriazione di competenze, abilità e saperi teorici, propri delle professioni educative. L'impegno educativo a livello sociale consente di prevenire quelle forme di disagio o di devianza rispetto alle quali si rende poi necessario un intervento riparatorio, proprio ad opera di professionalità educative. In questo senso è necessario valorizzare la dimensione preventiva dell'educazione, all'interno di situazioni di quotidianità e di normalità, e attraverso quelle attività che tendono a ridurre i rischi di un possibile incontro con il malessere e il disagio.

L'azione preventiva è un'azione educativa, giacché strutturalmente connessa a letture del mondo, attribuzioni di senso, formulazioni di ipotesi su ciò che è adattamento e disadattamento sociale, su ciò che è adeguato e inadeguato in un particolare contesto.

L'intervento di prevenzione suggerisce modelli culturali di salute e malattia, e di normalità e devianza, che rappresentino il quadro di riferimento per l'individuo. Intende promuovere l'assunzione di comportamenti e stili di vita sani attraverso la sostituzione di alcuni schemi di riferimento (salute/malattia, benessere/malessere, normalità/devianza) con altri, ritenuti più adeguati e socialmente più accettabili. Contessa (1994) definisce la prevenzione educativa come un'azione sociale complessa, orientata a innovare organizzazioni, istituzioni e servizi sociali in modo che essi,

rispondendo ai bisogni reali degli individui, costituiscano un tessuto non favorevole all'emergere di comportamenti distruttivi. Il lavoro preventivo deve, quindi, essere strettamente interconnesso con una precisa analisi del contesto sociale in cui si inserisce, che consenta di individuare i meccanismi utili a orientare le dinamiche verso un cambiamento auspicabile. L'azione preventiva si colloca in un orizzonte di cambiamento culturale, con l'obiettivo di intervenire sulle rappresentazioni consapevoli e inconsapevoli, di soggetti individuali e collettivi, di singoli e di gruppi, agendo sulle loro interazioni e sui contesti in cui appartengono. L'attività di prevenzione si deve concretizzare in processi di cambiamento del significato da attribuire alle azioni, ai comportamenti, alle situazioni vissute nonché alle informazioni possedute e alle idee che ne conseguono. Occuparsi di prevenzione significa lavorare sui processi più che sui contenuti: se obiettivo della prevenzione educativa è modificare gli atteggiamenti e i comportamenti, è indispensabile agire su tutto ciò che consente a un individuo di scegliere, attribuendo un significato personale alle informazioni che riceve, agli stimoli offerti dalle persone che incontra e alle cose di cui fa esperienza.

Il termine prevenzione rinvia a significati a forte valenza negativa, riguardo ai quali ciò che implicitamente è evocato è più spesso il richiamo a un'idea destinata a concretizzarsi in un *fare contro* piuttosto che in un *fare per*.

Il verbo prevenire, nella lingua italiana, ha il significato di impedire il verificarsi o il diffondersi di fatti non desiderati o dannosi, provvedendo adeguatamente in anticipo. In questa direzione si è mossa per anni anche la sua applicazione in contesti operativi: al termine prevenzione è sempre stato affiancato un oggetto, un atteggiamento o un comportamento contro cui agire; un intervento, da questo punto di vista, può dirsi preventivo solo quando l'arrivare prima è finalizzato a interrompere o modificare l'evoluzione di un processo che sarebbe altrimenti destinato a trasformarsi in un evento negativo o dannoso per un individuo o per il contesto cui appartiene (Barilaro & Celata, 2000).

La prevenzione esplicita, dichiarata e intenzionale è fortemente ancorata all'azione contro un oggetto, un evento, una possibilità negativa; è una modalità di intervento nei confronti di un rischio specifico.

La prevenzione educativa muove, invece, una definizione dotata di doppia valenza: l'una, prevenire come evitare, impedire, ostacolare, deriva in via indiretta dalla connotazione negativa implicitamente attribuita all'oggetto destinatario dell'azione

preventiva stessa: si previene il verificarsi di qualcosa che è ritenuto comunque negativo: l'altra, prevenire come arrivare prima, precedere, anticipare, è inscritta nell'etimologia stessa del termine, cioè nella composizione delle due voci latine *prea*-(prima) e *venire* (Tartarotti & Vezzani, 1985). Accanto all'accezione negativa, riconosciuta e condivisa, si è giunti a collocare la prevenzione intesa come promozione del benessere, sia individuale sia collettivo. All'idea di prevenzione intesa come fare contro, si è progressivamente affiancato il concetto di prevenzione come azione educativa volta ad aumentare il benessere del soggetto, a promuovere le abilità utili per affrontare i compiti evolutivi, e rafforzare caratteristiche che possano sopperire a eventuali fragilità.

Lavorare nell'ottica promozionale significa rendere forte l'individuo, fare in modo che possa sentirsi adeguato alle diverse situazioni che si trova ad affrontare, potendo fare ricorso a differenti risorse che gli consentano tanto di costruire un progetto per il futuro, quanto di gestire con efficacia le situazioni contingenti. La prevenzione educativa ha lo scopo di contrastare i processi di emarginazione e disadattamento, ma soprattutto di migliorare l'ambiente sociale e culturale in cui l'individuo si muove, stimolandone l'autonomia e la consapevolezza si sé, ma anche la dimensione decisionale e progettuale, promuovendo cioè un *ben-essere* inteso come possibilità di avere un progetto per il futuro (Zannini, 2001).

3.3 Prevenzione del rischio e promozione della salute

Alla luce di quanto espresso, si sottolinea che nei giorni nostri i progetti di intervento realizzati sono, in alcuni casi, volti alla prevenzione di comportamenti a rischio, in altri finalizzati alla promozione della salute. Tuttora è in corso un dibattito su cosa considerare prevenzione e cosa promozione (Mrazek & Haggerty, 1994; Durklak, 1997; Bloom & Gullotta, 2003; Silverman, 2003). Molti studiosi sostengono che prevenzione e promozione sono due facce della stessa medaglia: una forma importante di prevenzione avviene attraverso la promozione del benessere dell'individuo con il potenziamento di risorse e forze individuali e ambientali (Bloom & Gullotta, 2003). Prevenire eventi negativi vuol dire anche promuovere aspetti positivi, e viceversa. Ciò che distingue la promozione dalla prevenzione è da ricercare nelle modalità di processo: nell'accezione più ampia di promozione, l'obiettivo non è tanto quello di valutare il

grado di normalità o anormalità di determinati comportamenti e di intervenire al fine di prevenire specifiche condotte a rischio, quanto sollecitare lo sviluppo delle risorse e delle competenze psicologiche e sociali al fine di promuovere maggior benessere (Bertini, Braibanti & Gagliardi, 1999). La prospettiva attuale tende integrare la dimensione preventiva e quella di promozione della salute al fine di favorire processi di sviluppo personale, di crescita e di miglioramento delle competenze psicosociali. Sono le risorse più o meno nascoste, anziché le patologie più o meno manifeste, a costituire il nodo centrale. Sul piano operativo il focus degli interventi è orientato alla valorizzazione delle prime anziché alla correzione o alla rimozione delle seconde (Braibanti, 2003). Il concetto di promozione della salute fa riferimento alle strategie che favoriscono l'adozione di comportamenti sani.

Quando ci si relaziona a un concetto di salute molto ampio, come quello dei giorni nostri, anche il concetto di rischio assume nuovi significati. Esso non indica più solo le conseguenze negative di tipo biomedico, ma tutte le possibili conseguenze per l'adattamento psicosociale dell'individuo (Jessor, 1998). I comportamenti a rischio per la salute sono quei comportamenti che possono, a breve o lungo termine, influenzare in maniera negativa la salute fisica e il benessere psicologico e sociale dell'individuo (Bonino & Fraczek, 1996).

Non è mai possibile pensare a persone totalmente a rischio o per nulla a rischio perché esiste un continuum (Baronciani & Vicoli, 2004). Rischio e protezione sono esperiti nello stesso momento dalla maggior parte delle persone (Jessor, 1998; Ferrer-Wreder, Stattin, Cass Lorente, Tubman & Adamson, 2004). Obiettivo di tutte le ricerche nell'ambito, dovrebbe essere capire quali interazioni tra i fattori di rischio e di protezione lungo il ciclo di vita possono portare a esiti evolutivi di adattamento e benessere per la persona e quali risultano maggiormente associati al disadattamento dell'individuo (Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak & Hawlins, 1999; Lerner, Anderson, Balsano, Dowling & Bobek, 2003).

Quando si parla di fattori di rischio, ci si riferisce a tutti quegli eventi, esperienze, minacce e pericoli che aumentano le probabilità per l'individuo di incorrere in conseguenze negative per il proprio sviluppo e adattamento psicosociale; tuttavia, il valore di rischio dipende dall'effetto di altri fattori presenti nell'esperienza e nel contesto di vita (Di Blasio, 2005). È sempre necessario distinguere tra fattori di rischio distali, che esercitano un'influenza indiretta, ma la cui presenza non risulta essere

sufficiente a generare danni o conseguenze negative, e prossimali, più contigui e prossimi da un punto di vista relazionale. I fattori di rischio distali creano condizioni di maggiore vulnerabilità per l'individuo, mentre i fattori di rischio prossimali si riferiscono a caratteristiche personali o ambientali che esercitano un'influenza maggiormente diretta sul comportamento.

Accanto ai fattori di rischio distali e prossimali sono da inserire anche le variabili individuali o ambientali in grado di impedire o mitigare l'azione esercitata da tali fattori: i fattori di protezione. All'interno di questo quadro il concetto di rischio perde la sua accezione per configurarsi come evento critico, da cui potrebbero derivare conseguenze negative o esiti positivi (Di Blasio, 2005). Lo studio del rischio si è perciò incentrato sullo studio e l'analisi di tutte le possibili cause che concorrono a generare esiti positivi o negativi. La nuova ottica si basa sul concetto di causalità multifattoriale e ha portato a individuare profili dati dalla presenza di più fattori di rischio collocabili a livello biologico, psicologico e sociale. Così, per le diverse problematiche, si è cercato di individuare l'insieme di fattori che renderebbero più probabile il manifestarsi di eventi negativi per il soggetto.

Tale modello, anche se prevede la presenza di numerosi fattori di rischio non appare comunque ancora soddisfacente, non è in grado di spiegare come mai molti soggetti che presentano un alto profilo di rischio non mettono in atto condotte pericolose, o ne siano coinvolti in misura minore rispetto ad altri, e come soggetti appartenenti a profili di basso rischio, al contrario, possono mettere in serio pericolo il loro benessere (Bonino, Cattelino & Ciairano, 2003). Cioè evidenzia come la semplice presenza di fattori di rischio non è di per sé sufficiente a rendere conto dei diversi esiti evolutivi; non tutte le persone esposte a fattori di rischio presentano comportamenti problematici. L'impatto dei fattori di rischio è molto vario e dipende largamente anche dalla presenza e dalla forza dei fattori di protezione (Jessor, 1998).

Per comprendere i casi, piuttosto frequenti, di persone che nonostante il profilo di rischio sono in grado di raggiungere un adeguato livello di sviluppo e adattamento è stato introdotto il concetto di *resilience* (Luthar, 1993; 2003; Rutter, 1987; 1989; Werner, 2000) che corrisponde al termine italiano resilienza (Bonino, 2006). Il concetto di resilienza si riferisce alla capacità dell'individuo di flessibilità, di adattamento, di resistenza alle avversità, all'ansia e allo stress. L'individuo resiliente, nonostante la presenza di condizioni sfavorevoli e fattori di rischio gravi, mantiene un buon livello di

adattamento psicologico e sociale perché capace di affrontare e superare le avversità in modo efficace.

Il concetto di resilienza porta a riconsiderare il concetto di rischio. Un'analisi che pone come unico obiettivo l'individuazione delle condizioni di rischio non tiene conto delle potenzialità individuali (Di Blasio, 2005).

Dal punto di vista teorico i fattori di rischio e di protezione riguardano non solo il singolo, ma anche i suoi contesti di vita, inoltre, essi sono indipendenti gli uni dagli altri: a basso rischio non corrisponde necessariamente alta protezione, analogamente ad alto rischio non corrisponde necessariamente bassa protezione (Bonino, Cattelino & Ciairano, 2003).

I fattori di protezione possono svolgere un ruolo di promozione della salute, del benessere e dello sviluppo. In presenza di fattori di rischio, i fattori di protezione svolgono un ruolo di moderazione sui possibili effetti del rischio stesso; essi possono avere un duplice ruolo: di promozione del comportamento positivo e di moderazione o tamponamento dell'effetto dell'esposizione al rischio. È sempre importante sottolineare che nessun singolo fattore di rischio o di protezione può avere molta influenza da solo, i fattori, infatti, interagiscono gli uni con gli altri rinforzandosi o indebolendosi a vicenda.

I fattori di protezione possono essere descritti secondo diversi andamenti. Alcuni possono essere rappresentati lungo un continuum in cui una maggiore presenza di una specifica variabile corrisponde a una maggiore protezione. Altri presentano un andamento a U rovesciata, l'assenza o l'eccessiva presenza del fattore possono configurarsi come fattori di rischio e non di protezione. Infine, altri fattori possono essere considerati secondo il paramento della presenza-assenza (Bonino, Cattelino & Ciairano, 2003). Inoltre essi possono agire in diversi modi: diminuendo la probabilità che il soggetto incorra in condotte rischiose o in disfunzioni specifiche; mitigando, in modo diretto o indiretto, gli effetti del rischio sul comportamento e sullo sviluppo (Jessor, 1998); eliminando il legame tra il fattore di rischio e il disagio o diminuendo le possibilità che il soggetto vada incontro a fattori di rischio (Coie et al., 1993; Luthar, 1993, Luthar & Cicchetti, 2000; Rutter, 2000).

L'azione dei fattori di protezione consente di capire come mai persone ad alto rischio non necessariamente sperimentano nel corso della propria vita problemi comportamentali significativi o grosse difficoltà di adattamento. I fattori di protezione sono parte integrante della resilienza e promuovono il circolo virtuoso essenziale per

contrastare una traiettoria di rischio. L'azione protettiva è il risultato di un processo dinamico che tiene conto di come gli stessi fattori possano agire o no in modo protettivo per l'individuo a seconda della specifica fase di sviluppo, degli eventi, del contesto storico e culturale in cui egli cresce e si sviluppa.

I fattori di rischio e di protezione non sono immutabili nel tempo, la rilevanza e la potenza di tali fattori possono cambiare durante lo sviluppo (Reid & Eddy, 1997). Alcuni fattori, di rischio o protezione, possono essere particolarmente significativi solo in alcuni periodi dello sviluppo; se non è presa in considerazione la dimensione temporale, si corre il rischio di perdere importanti opportunità per pianificare interventi di prevenzione efficaci. I cambiamenti di azione dei singoli fattori lungo lo sviluppo rappresentano il punto critico per la pianificazione di interventi appropriati alle persone che si intendono coinvolgere (Catalano, Hawkins, Berglund, Pollard & Arthur, 2002).

Lo scopo degli interventi diventa così quello di potenziare i fattori di protezione che consentono ai soggetti di fare fronte alle difficoltà e ai problemi anche in condizioni avverse (Rutter, 1987).

A partire dalle considerazioni sopra esposte si può dire che il lavoro di prevenzione implica una varietà di attività che hanno, come elemento comune e caratterizzante, il cambiamento. In alcuni casi i cambiamenti sono volti a rafforzare o potenziare la realtà esistente per renderla più efficace, funzionale, in grado di rispondere in maniera più adeguata ai bisogni degli individui, in altri a modificare situazioni compromesse (Regoliosi, 1994). Progettare interventi di promozione della salute implica l'esplicitazione di valori, modelli di riferimento e teorie, che implicitamente e talvolta inconsapevolmente sono utilizzati per spiegare fenomeni al fine di programmare azioni di intervento efficaci, caratterizzate da condivisione degli obiettivi, accordo sulle strategie di azione da realizzare e sui criteri di verifica.

3.4 La prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare

Nella nostra società il tema che riguarda i DCA, già in età evolutiva, è molto attuale. È di fondamentale importanza, dato il preoccupante aumento di questi disturbi, implementare e affinare i programmi di sensibilizzazione e prevenzione primaria, identificando i fattori di rischio, le fasce di età e i gruppi maggiormente vulnerabili, e quelli di prevenzione secondaria poiché una terapia tempestiva rappresenta un indice

prognostico positivo. Attualmente le descrizioni cliniche di queste patologie interessano spesso casi già in fase di disturbo conclamato: la sfida clinica attuale sta nel cogliere il disagio in fase nascente, minore, infatti, è il tempo che intercorre tra l'esordio del disturbo e l'inizio di un appropriato trattamento, più favorevole sarà l'esito.

Considerando le gravi conseguenze fisiche, psicologiche, sociali ed economiche dei DCA, e dell'obesità, e le difficoltà connesse al loro trattamento, è evidente l'importanza di ideare strategie di prevenzione efficaci. Lo sviluppo di tali strategie presuppone l'individuazione dei fattori di rischio e dei gruppi maggiormente vulnerabili.

Secondo alcune ricerche (Fairburn, Cooper, Doll, Norman & O'Connor, 2000; Johnson, Cohen, Kasen & Brook, 2002) meno di un terzo delle persone affette da DCA, comprendendo in essi anche l'obesità, intraprende un percorso di cura, e solo il 40-60% di chi riceve una cura ottiene una remissione totale dei sintomi. È sempre importante sottolineare, in questo contesto, come tali disturbi incrementano costantemente la loro diffusione, interessando fasce di età sempre più giovani (Lowes & Tiggemann, 2003).

La proporzione del fenomeno, la cronicizzazione delle patologie alimentari per il ritardo di intervento o per l'utilizzazione di pratiche terapeutiche non idonee, le complicanze mediche e psichiatriche, che rendono il quadro clinico peggiore e più difficile da trattare e che possono portare a morte nel 10-18% dei casi, hanno accresciuto la preoccupazione degli operatori del settore tanto da fare riflettere sulla necessità di definire, oltre che interventi di diagnosi precoce e trattamento adeguato (prevenzione secondaria), programmi di prevenzione primaria rivolti alla popolazione generale.

Gli interventi preventivi mirano all'eliminazione o, nel caso questa non sia concretamente attuabile, alla riduzione dei rischi che possono generare la patologia. È chiaro che non è facile attuare programmi di prevenzione primaria laddove non si conoscano l'eziologia e la patogenesi di un disturbo, tuttavia, nel campo dei DCA e dell'obesità, questi sono stati pensati sulla base dei numerosi fattori di rischio individuati.

Nello specifico, i programmi di *prevenzione primaria* sono detti *selettivi* quando si rivolgono alla popolazione a rischio che pur non presentando una patologia conclamata può essere sottoposta a vari fattori predisponenti biologici, psicologici e socio-culturali. Ad esempio, sono popolazione a rischio i preadolescenti e gli

adolescenti che a causa dell'aumento naturale del peso e del grasso corporeo associato alla pubertà sviluppano disturbi dell'immagine corporea, danno un'eccessiva importanza al giudizio e all'accettazione altrui. Sono invece detti *universali* i programmi di *prevenzione primaria* che si pongono l'obiettivo di migliorare il benessere di ampi gruppi della popolazione (Levine & Piran, 2004).

I programmi di prevenzione primaria selettivi riguardo ai DCA sono stati sviluppati a partire dagli anni Novanta in alcuni paesi occidentali. Erano rivolti alla infantile/adolescenziale e attuati principalmente nelle popolazione scuole. Comportavano il fornire informazioni circa i disturbi e i rischi per la salute che questi determinano, nella convinzione che ciò sarebbe bastato a dissuadere i giovani. Spesso le attitudini alimentari ne risultavano peggiorate al punto di portare gli studiosi a ritenere che l'intervento favorisse l'insorgere di manifestazioni o il manifestarsi della patologia piuttosto che prevenirla. Evidentemente, la trasmissione di informazioni creava effetti avversi come la normalizzazione dei disturbi dell'alimentazione e stimolava i soggetti a sperimentare pratiche nocive. Furono in seguito elaborati programmi che, utilizzando i principi del cognitivismo, puntavano sul potenziamento di abilità utili a resistere alle pressioni sociali; programmi che cercavano di promuovere comportamenti alimentari sani, l'esercizio fisico e un atteggiamento positivo nei confronti dell'immagine corporea (Smolak, Levine & Schermer, 1998). I programmi puntavano alla promozione dell'accettazione del proprio corpo o a prevenire comportamenti alimentari disfunzionali attraverso l'aumento dell'autonomia nella gestione del rapporto con i media e l'aumento delle abilità di advocacy, ovvero la consapevolezza di essere in grado di operare e gestire un cambiamento in relazione alle norme e alle pressioni sociali (Neumark-Sztainer, Sherwood, Coller & Hannan, 2000).

Il nuovo millennio ha visto il fiorire di nuovi approcci basati sull'implementazione dei fattori di protezione, quali l'autostima, per poi influire positivamente sull'immagine corporea e sui comportamenti alimentari (O'Dea & Abrahan, 2000; Austin, 2001). La metodologia utilizzata era principalmente di tipo esperienziale, interattivo e cooperativo. I soggetti erano coinvolti in una serie di attività al fine di sperimentare e sviluppare abilità e competenze personali e sociali fondamentali. Si cercava poi, di implementare strategie che consentissero di resistere alle pressioni sociali e dei media, pressioni che distorcevano l'immagine corporea e portavano all'adozione di comportamenti alimentari disfunzionali.

Questi programmi hanno consentito di ottenere discreti risultati nel modificare la sensibilità e l'atteggiamento verso la pressione altrui e delle norme culturali che regolano l'immagine corporea, e nel migliorare anche se di poco i comportamenti alimentari disturbati volti cambiamento del proprio peso corporeo. Il merito di questi approcci può essere rintracciato nell'identificazione e nell'implementazione degli aspetti positivi del sé, cosa che risulta essere più efficace della trasmissione dei messaggi negativi quali le conseguenze dello stare a dieta o dei comportamenti di compenso.

Nell'aprile 2002, il National Institute of Mental Health (NIMH) ha organizzato una conferenza sulla prevenzione dei DCA allo scopo di analizzare lo stato dell'arte e formulare raccomandazioni rispetto alle azioni da intraprendere. La discussione è stata incentrata su alcune aree principali, tra cui la ricerca sui fattori di rischio e gli sforzi profusi in ambito preventivo. Tra le raccomandazioni formulate, si sottolineava l'opportunità di sviluppare definizioni comuni di sintomi, sindromi e fattori di rischio; incoraggiare l'integrazione tra le scienze sociali per valutare gli effetti delle norme sociali sulla riduzione dei fattori di rischio; sviluppare linee giuda per verificare la validità scientifica degli interventi preventivi utilizzando come modello linee guida già esistenti per altri fenomeni; incoraggiare la ricerca di interventi individuali e coinvolgere le organizzazioni e le comunità; aumentare la consapevolezza circa il fatto che i DCA e l'obesità rappresentano un problema di salute pubblica; perseguire scopi comuni, come ad esempio, la promozione di corretti stili alimentari nell'abito della prevenzione.

Negli anni successivi si è aperto in letteratura un dibattito riguardante il modo migliore di integrare la prevenzione dei DCA con quella dell'obesità. Le attuali preoccupazioni a proposito dell'obesità infantile hanno portato a porre una maggiore attenzione sull'importanza del mangiare sano. Tuttavia, consigli su cosa mangiare per rimanere in buona salute possono aumentare le preoccupazioni sul cibo e sull'immagine corporea, così come i consigli sulla necessità dell'attività fisica per rimanere in forma e regolare il peso corporeo possono portare alcuni soggetti a impegnarsi in un esercizio fisico eccessivo (McVey, 2003), tanto da predisporre allo svilupparsi di un DCA di tipo anoressico e bulimico e/o caratterizzato da abbuffate compulsive. Alla luce di quanto esposto, nuove ricerche sembrano necessarie al fine di elaborare interventi preventivi efficaci sia sui disturbi dell'alimentazione sia sull'obesità, che integrino sia interventi

universali sia interventi selettivi e mirati, adatti a differenti livelli di rischio e differenti livelli di motivazione (Levine & Piran, 2004).

3.4.1. L'efficacia degli interventi di prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare nelle scuole

Negli ultimi decenni sono state impiegate molte energie per sviluppare programmi di ricerca che permettessero di valutare l'efficacia degli interventi di prevenzione attraverso misure in grado di rivelare il sopraggiungere di un cambiamento nelle condotte alimentari o nella percezione della propria immagine corporea. La maggior parte degli studi hanno focalizzato la loro attenzione all'interno delle scuole, individuando in esse un punto di osservazione strategico per promuovere un'azione capillare, in grado di coinvolgere grandi numeri di scolari di ogni età.

Tendenzialmente gli studi (Dalle Grave, 2003; Stice & Hoffman, 2004, Stice & Shaw, 2004; Holt & Ricciarelli, 2008) raggruppano i modelli di prevenzione primaria dei DCA in due generazioni che hanno differenti linee giuda.

La prima generazione, degli anni '90, adottava un approccio educativo-didattico caratterizzato da programmi di educazione alla salute centrati principalmente sulla promozione di una corretta educazione. L'obiettivo preventivo era reso esplicito agli alunni, che erano istruiti sulle caratteristiche dei DCA e dell'obesità e sui fattori di rischio a essi correlati. Le basi di questi interventi si fondavano sul presupposto teorico che l'informazione sui danni e sugli effetti negativi dei disturbi potessero costituire un valido deterrente rispetto alla possibilità di svilupparlo. Il principio base era cha una maggiore conoscenza sulle conseguenze dei comportamenti dannosi per la salute avrebbe dovuto indure gli scolari a decidere autonomamente di non intraprendere tali condotte. Nel tempo si è costatato che favorire la consapevolezza dei danni fisici e psicologici derivanti dai comportamenti a rischio, senza costruire uno spazio per l'elaborazione dei significati e delle motivazioni che possono indurre ad assumerli, connota l'esperienza emotiva associata all'intervento di prevenzione in senso negativo, innescando reazioni difensive di negazione ed evitamento.

Numerose esperienze in vari ambiti hanno dimostrato che cercare di ottenere risultati nella prevenzione dei comportamenti a rischio puntando sulla paura, non è una strategia decisiva, soprattutto in età evolutiva. Spesso mostrarsi coraggiosi sfidando la

paura è una necessità nei soggetti in questa fascia di età. Gli interventi di questo tipo, che utilizzano una metodologia simile a quella della didattica tradizionale, in cui un adulto competente impartisce lezioni frontali informando gli allievi, sebbene aumentino le conoscenze sui pericoli cui è esposta la salute, risultano scarsamente efficaci, se non addirittura dannosi, e non si accompagnano a cambiamenti del comportamento significativi e duraturi nel tempo (Carter, Stewart, Dunn & Fairburn, 1997; Cohen & Maine, 1998; O'Dea, 2000).

L'approccio didattico che esclude la partecipazione attiva degli studenti, costituisce un punto di debolezza rispetto all'efficacia degli interventi preventivi poiché ostacola l'elaborazione personale dei temi e impedisce l'instaurarsi di un clima cooperativo e interattivo all'interno del gruppo classe (Austin, 2000). A proposito di ciò, Pellai afferma che lavorare con un gruppo che è caricato dell'attesa di essere risorsa dell'intervento è molto più efficace che considerarsi l'unica risorsa valida dell'intervento stesso (Pellai & Boncinelli, 2002).

L'approccio psicoeducativo in ambito scolastico si accompagna a scarsi cambiamenti, sia rispetto ai comportamenti alimentari adottati dagli allievi, che alla rappresentazione della loro immagine corporea (Stice e Shaw, 2004). Le verifiche sull'efficacia suggeriscono che gli interventi volti al controllo dei comportamenti che provocano danni alla salute fisica o psicologica, non considerano la tendenza a utilizzare tali comportamenti nella prospettiva del rischio evolutivo e non differenziano, le sfide evolutive dagli attacchi al corpo che esprimono difficoltà o blocchi nel percorso di crescita (Giori, 1998).

La seconda generazione degli approcci preventivi comprende approcci teorici che, pur mantenendo un assetto informativo, tendono ad attribuire una maggiore importanza alla partecipazione degli allievi, alla discussione di gruppo e all'interazione, come risorse importanti per facilitare l'elaborazione dei contenuti e per rendere più interessati e partecipi i ragazzi. La scuola, non è solo luogo di apprendimento, ma anche l'istituzione che per eccellenza rappresenta la realtà sociale degli alunni, la vetrina in cui oggi giorno essi fanno mostra di sé e del proprio corpo di fronte al gruppo dei pari e degli adulti, e rappresenta un luogo privilegiato per la manifestazione delle condotte a rischio (Giori, 1998).

I progetti di prevenzione nel contesto scolastico si rivolgono generalmente al gruppo classe inteso come soggetto psicologico capace di produrre una cultura affettiva,

costruita a partire dai significati simbolici ed evolutivi attribuiti alle esperienze del gruppo stesso. L'intervento preventivo nel gruppo classe assume il carattere di uno spazio dedicato alla rielaborazione delle rappresentazioni, alla condivisione dei pensieri e alla riflessione sui propri comportamenti e atteggiamenti.

Le metodologie più utilizzate dai modelli più recenti di prevenzione dei DCA affiancano alla teoria tecniche di natura cognitiva-comportamentale, volte a sostenere gli alunni nell'acquisizione di nuove competenze che li aiutino a sopportare il peso delle pressioni indotte dai modelli socioculturali prevalenti inneggianti la magrezza, o la muscolosità, come caratteristiche estetiche ideali. Un altro elemento che caratterizza questi programmi preventivi è l'attenzione ai temi dell'immagine corporea e dell'autostima, indicati come alcuni tra i fattori più importanti su cui intervenire per un efficace intervento preventivo.

L'impianto teorico e metodologico dei programmi preventivi definiti di seconda generazione fa riferimento in generale a tre modelli teorici fondamentali (Levine e Piran, 2004): il modello *socio-cognitivo* (SCM), il modello *Non Specific Vulnerability Stressor* (NSVS) e la *prospettiva socio-critica* (CSP).

Il modello socio-cognitivo si ispira alla teoria socio-cognitiva di Bandura e alla teoria cognitiva-comportamentale, esso addotta una prospettiva prevalentemente educativo-didattica (Neumark-Sztainer, Butler & Palti, 1995; Franko, 2001; Smolak & Levine, 2001). Per modificare i comportamenti si interviene sui fattori di rischio, costituiti dalle influenze ambientali, dai fattori individuali e dalla percezione della propria immagine corporea. I principali obiettivi di tale modello sono: favorire l'accettazione di sé e la resistenza alle pressioni esterne al fine di migliorare l'autostima; promuovere esercizi volti a migliorare la propria immagine corporea, attraverso l'analisi critica delle rappresentazioni distorte sul peso e sulle forme del corpo; promuovere informazioni su una sana e corretta alimentazione; evidenziare il conflitto esistente tra i cambiamenti del corpo in età evolutiva e i messaggi esterni che idealizzano la magrezza, la muscolosità e la perfezione delle forme; infine, favorire l'apprendimento di strategie individuali volte ad analizzare criticamente e a resistere alle pressioni indotte dai media e dal gruppo dei pari sul perseguimento di un regime alimentare restrittivo.

I programmi socio-cognitivi prevedono che gli interventi possano essere realizzati da operatori esterni affiancati dagli insegnanti, all'interno di moduli didattici preposti. Molti studi hanno evidenziato come il coinvolgimento degli insegnanti nella progettazione e nella co-conduzione dei programmi preventivi influisca sull'efficacia dell'intervento stesso (Franko, 2001; Chamay-Weber & Narring, 2006). In un progetto sperimentale italiano (Favaro, Zanetti, Huon & Santonastaso, 2005) i risultati sottolineano come, oltre a riportare buoni livelli di efficacia, il coinvolgimento degli insegnanti nella conduzione degli incontri abbia dato la possibilità di creare una nuova occasione relazionale con gli alunni, in un clima di scambio e confronto differente dal quotidiano. La formazione e il coinvolgimento diretto degli insegnanti, ha favorito inoltre una maggiore sensibilizzazione sul tema dei DCA e dell'obesità, favorendo strumenti utili al riconoscimento di eventuali segnali di rischio tra gli allievi.

Il modello Non Specific Vulnerability Stressor (Cowen, 2000; Levine & Piran, 2001) pone l'accento sull'importanza di intervenire sul legame esistente tra un'immagine corporea negativa e una scarsa autostima. Il modello è orientato a fornire un aiuto agli studenti nello sviluppo di *life skills* che li sostengano dalle pressioni ambientali, oltre a promuovere le capacità relazionali e comunicative necessarie ad affrontare le richieste avanzate dal contesto sociale che inneggia alla prestazione e all'efficienza.

Alti autori hanno scelto invece, all'interno dello stesso metodo, di impostare gli interventi di prevenzione abbandonando sia i riferimenti alle preoccupazioni per il peso e le forme, sia quelli legati al potere dell'influenza dei mass-media e dei pari, focalizzandosi sul tentativo di migliorare la rappresentazione della propria immagine corporea attraverso la costruzione di una buona autostima. Questo è il principale obiettivo dei programmi Everybody's Different (O'Dea & Abraham, 2000) la cui metodologia è prevalentemente interattiva, basata sulla discussione di gruppo volta all'elaborazione dei valori personali e alla riflessione sul tema dell'immagine di sé. I ragazzi, nel programma, sono aiutati a sviluppare la capacità di dare e ricevere feedback positivi sul proprio aspetto e su quello degli altri, e sono invitati a svolgere a casa degli esercizi comportamentali finalizzati ad aumentare la sensibilità rispetto ai messaggi e alle sensazioni corporee. La valutazione dell'efficacia di questo tipo di programma ha riportato un aumento del livello di soddisfazione corporea. L'evitare di trasmettere messaggi angosciati e allarmanti sulle conseguenze di comportamenti alimentari disfunzionali appare uno dei principali punti di forza dell'intervento. La possibilità di pensare nel gruppo alla costruzione di un sentimento positivo verso le differenti parti di sé, incrementa il riconoscimento del proprio valore personale.

Il terzo modello è costituito dalla *prospettiva socio-critica* (Levine & Piran, 2001; 2004), è basato su una critica nei confronti dei valori della società contemporanea, insistendo sulla promozione di un attivismo sociale contro i messaggi provenienti prevalentemente dai mass-media (Stenier-Adair & Purcell, 1996; Neumark-Sztainer, 1996; Piran, Levine & Irving, 2000).

Dal punto di vista applicativo, in previsione di un intervento efficace e basato sui bisogni e sulle problematiche degli studenti, potenzialmente esposti al rischio di sviluppo di un DCA, il metodo più efficace corrisponde a un metodo che prevede l'integrazione dei tre modelli, in cui sono presi in considerazione sia gli aspetti sociali sia quelli personali.

4.1 Obiettivo generale

L'obiettivo generale della ricerca è la valutazione delle caratteristiche dei bambini insoddisfatti della propria immagine corporea e che presentano un BMI elevato. L'analisi di queste caratteristiche costituisce un elemento rilevante per la messa a punto di programmi di prevenzione focalizzati sui DCA.

L'ipotesi sperimentale è che i bambini insoddisfatti della propria immagine corporea, così come i bambini sovrappeso, abbiano delle caratteristiche affettive e personologiche differenti, rispetto ai bambini che non presentano questi aspetti, e una propensione alla preoccupazione verso il peso corporeo più elevata. Se questa ipotesi venisse confermata, si potrebbe procedere con la creazione di programmi di promozione della salute focalizzati sugli aspetti emersi, in modo da creare interventi mirati ed efficaci.

La struttura della ricerca è stata articolata in relazione a due *obiettivi specifici*:

Studio 1: sulla base dei riferimenti bibliografici presentati nel corso dell'elaborato, i quali indicano l'insoddisfazione corporea come elemento chiave alla base della genesi dei DCA (Bruch, 1962; Slade & Russell, 1973; Granner, Black & Adooh, 2002; Stice & Shaw, 2002; Cash & Pruzinsky, 2002; Thompson, 2004; Levine & Piran, 2004; Hrabosky, Masheb, White & Grilo, 2007; Stomer & Thompson, 1996; Stice, 2001) l'obiettivo dello studio è individuare e sottolineare le caratteristiche di personalità dei bambini che presentano insoddisfazione corporea con particolare attenzione al profilo di personalità, ai processi di regolazione emotiva e alla preoccupazione verso il peso.

Studio 2: sulla base dei riferimenti bibliografici presentati nel corso dell'elaborato, i quali evidenziano una relazione lineare tra insoddisfazione corporea e Body Mass Index (BMI) - secondo la quale all'aumentare del sovrappeso corrisponde un aumento del livello di insoddisfazione per la propria immagine corporea (Bearman, Presnell, Martinez & Stice, 2006; Van der Berg, Paxton, Keery, Wall, Guo & Neumark-Sztainer, 2007) - l'obiettivo dello studio è individuare e sottolineare le caratteristiche di personalità dei bambini, che sulla base del loro BMI sono classificati come a rischio

sovrappeso, con particolare attenzione al profilo di personalità, ai processi di regolazione emotiva e alla preoccupazione verso il peso.

4.2 Metodi e materiali

4.2.1 Soggetti

I partecipanti alla ricerca sono 235 bambini, appartenenti a quattordici sezioni della scuola primaria di undici istituti scolastici di Milano e provincia.

L'età media dei partecipanti è di 10.3 anni (124.36 \pm 8.79 mesi), il 60 % è di genere maschile (Tabella 4.1).

Tabella 4.1 - Caratteristiche generali dei partecipanti

		Età in i	mesi	Genere		
	N	Media	Ds	Maschile	Femminile	
Partecipanti	235	124.36	8.79	141 (60%)	94 (40%)	

Dei 135 partecipanti 18 bambini (7.7%) frequentano la classe 3^a, 67 (28.5%) la classe 4^a e 150 (63.8%) la classe 5^a (Tabella 4.2).

Tabella 4.2 - Caratteristiche generali dei partecipanti suddivisi per classe frequentata

		Età in	mesi	Genere		
	N	Media	Ds	Maschile	Femminile	
3 ^a elementare	18 (7.7%)	103.94	4.478	11 (61.1%)	7 (38.9%)	
4 ^a elementare	67 (67.7%)	118.75	4.371	42 (62.7%)	25 (37.8%)	
5 ^a elementare	150 (63.8%)	129.32	4.614	88 (58.7%)	62 (41.3%)	

L'età media dei bambini frequentanti la 3^a elementare è di 8.6 anni (103.94 ± 4.478 mesi), dei bambini frequentanti la 4^a elementare è di 9.8 anni (118.75 ± 4.371 mesi), infine per i bambini frequentanti la 5^a elementare è di 10.8 anni (129.32 ± 4.614 mesi). In ogni classe considerata, 3^a , 4^a e 5^a elementare, c'è una leggera prevalenza del genere maschile.

Riguardo alla nazionalità la maggior parte dei partecipanti è di nazionalità Italiana (88.1%) (Tabella 4.3).

Tabella 4.3 – Frequenze dei partecipanti suddivisi per nazionalità

	Italiani	Stranieri
Partecipanti	207 (88.1%)	28 (11.9%)

Data la bassa presenza di bambini stranieri (11.9%) e la loro bassa omogeneità, non sono state eseguite analisi, per disparità di campioni, sulle possibili differenze legate alla nazionalità di origine.

4.2.2 Strumenti

Body Mass Index - BMI

Il Body Mass Index (BMI) - italianizzato con la sigla IMC (Indice di Massa Corporea) è un dato biometrico, espresso come il rapporto tra peso e quadrato dell'altezza di un soggetto, ed è utilizzato come indicatore dello stato di peso forma. Dal calcolo si ottiene un valore, espresso in kg/m², che si correla con la massa grassa del soggetto, in generale tanto più è alto il BMI, tanto maggiori sono i depositi lipidici.

La raccolta dei parametri di peso e altezza, necessari per il calcolo del BMI è avvenuta attraverso la somministrazione della Carta d'identità (Allegato 1). La Carta d'identità è uno strumento creato ad hoc per la ricerca che permette di raccogliere i parametri reali necessari per il calcolo in questione sotto forma di gioco, richiedendo ai bambini la compilazione di una Carta d'Identità personale simile a quella degli adulti.

Curve di Crescita di Cole

Nell'infanzia e nell'adolescenza il BMI si caratterizza per una notevole variabilità, legata soprattutto al genere e all'età, per questo motivo è opportuno prendere come riferimento nella sua valutazione non valori assoluti come per gli adulti, ma le tabelle dei percentili. Nella creazione dei grafici dei percentili, i limiti di normalità sono ottenuti dividendo il range dei dati raccolti in 100 parti. La divisione è operata in modo tale che una data proporzione di popolazione infantile si trovi sotto o sopra date misure nelle differenti fasce di età.

In letteratura esistono diversi metodi per classificare il BMI in età infantile. Il criterio a oggi più accreditato e utilizzato a livello internazionale (Skidmore & Yarnell, 2004; Burniant, Cole, Lissau & Poskitt, 2002) è la classificazione di Cole, Bellizzi,

Flegal e Dietz (2000). Le tabelle di riferimento di Cole (Allegato 2) si basano su uno studio di vasta portata, svolto su centomila bambini circa, coinvolgendo bambini di tutto il mondo (4 continenti). La classificazione utilizza i percentili derivati dall'imposizione secondo cui all'età di 18 anni il BMI corrisponda a 25 Kg/m² per il sovrappeso ed a 30 kg/m² per l'obesità (Cole, 2002; Cacciari et al, 2006); oppure l'interpretazione dei punteggi si basa sui seguenti valori di riferimento:

Sottopeso Inferiore al 5° percentile Normopeso Dal 5° all'85° percentile A rischio sovrappeso Dall'85° al 95° percentile Sovrappeso Superiore al 95° percentile

Body Silhouette Chart

Il Body Silhouette Chart è un metodo indiretto per la valutazione dell'immagine corporea, utilizza come stimoli figurali figure pre-disegnate tra le quali scegliere. Nella versione per bambini di Collins (1991) (Allegato 3) si utilizzano sette immagini di bambini di ciascun genere che variano in modo progressivo da una figura marcatamente sottopeso (figura 1) e una gravemente obesa (figura 7). Ai rispondenti è chiesto di indicare quale disegno corrisponde alla propria dimensione corporea attuale e quale a quella ideale. La differenza tra le due risposte è interpretata come il grado di insoddisfazione corporea soggettiva (Fallon & Rozin, 1985); inoltre sulla base della positività o meno della differenza, è possibile individuare i soggetti insoddisfatti che vorrebbero essere più magri e quelli che invece vorrebbero essere più grassi. Assieme all'aspetto sopra descritto, nella presente ricerca, sono state poste ai bambini domande aggiuntive relative alla loro percezione in generale di essere un bambino/a magro/grasso e cosa desidererebbero cambiare del proprio aspetto.

Big-Five Questionnaire for Children - BFQ-C

Questionario self-report (Barbaranelli, Caprara, Rabasca, 1998; Allegato 4), basato sul modello dei Big Five (*Five Factor Model* - FFM), il quale individua cinque dimensioni fondamentali per la descrizione e la valutazione della personalità.

È costituito da 65 item, con risposta su scala Likert a 3 punti (1= quasi mai, 2= qualche volta, 3= tante volte); ogni item rappresenta un'affermazione descrittiva di un

comportamento o sentimento. I singoli punteggi di ciascun item sono sommati al fine di ottenere un punteggio totale per ognuno dei cinque fattori che compongono il questionario, più è alto il punteggio ottenuto in un fattore, più è forte la presenza di quel particolare tratto nel soggetto. I punteggi ottenuti, definiti grezzi, sono poi trasformati in punteggi T (punteggi percentili) attraverso delle tavole di conversione; dando così luogo al profilo di personalità del bambino considerato; sulla base dei punteggi T è infine possibile suddividere la presenza del fattore in bassa (T < 44) media (45 < T < 55) e alta (T > 56).

I cinque fattori analizzati, composti da 13 item ciascuno, sono: Energia, Amicalità, Coscienziosità, Instabilità emotiva e Apertura mentale.

Il fattore *Energia* si riferisce ad aspetti quali socievolezza, loquacità, assertività, livello di attività e dinamismo, è inerente a un orientamento fiducioso ed entusiasta nei confronti delle varie circostanze della vita, la maggior parte delle quali sono interpersonali. I bambini che ottengono punteggi alti in questo fattore tendono a essere sempre alla ricerca di nuove occasioni di incontro e di conoscenza di altre persone, con le quali stabiliscono rapporti positivi; provano piacere ed estremo entusiasmo nel competere con gli altri, sia nel gioco sia nelle attività scolastiche; sono particolarmente attratti da situazioni che comportano attività fisica; dimostrano di avere ottime capacità comunicative che gli permettono di esprimere i propri pensieri e bisogni, tali capacità li rendono particolarmente persuasivi rispetto agli altri, che frequentemente seguono le loro indicazioni; grazie alla loro vitalità e alla loro intraprendenza fungono da trascinatori per il gruppo di pari con i quali interagiscono e spesso assumono la posizione di leader; sono tendenzialmente allegri, spiritosi e vivaci. I bambini che ottengono punteggi medi tendono a non avere difficoltà a partecipare sia a discussioni sia ad attività che implicano esercizio fisico; tendono a frequentare altre persone e coinvolgersi nei giochi; non amano passare il tempo oziando e cercano di intraprendere giochi o attività che gli permettono di realizzare qualcosa e soprattutto di non annoiarsi; riescono a comunicare ciò che pensano e si mostrano abbastanza convincenti nell'imporre il proprio pensiero e i propri desideri; non si mostrano tuttavia particolarmente interessati a emergere come guida nel gruppo; sono scherzosi con i compagni e con gli adulti, piuttosto allegri, spiritosi e vivaci. Infine, coloro che ottengono punteggi bassi tendono a non attivarsi per incontrare persone nuove e sono restii ad aprirsi a nuove esperienze relazionali; sono timidi, hanno difficoltà di comunicazione sia con gli adulti sia con i pari; devono essere sollecitati a partecipare alle discussioni libere e guidate; mostrano difficoltà a esprimere il proprio pensiero e tendono a conformarsi agli altri piuttosto che far valere il proprio punto di vista; raramente partecipano a giochi e attività che prevedono esercizio fisico e quando lo fanno è solo per poco tempo; evitano le situazioni in cui devono confrontarsi con gli altri e quando sono chiamati a partecipare ad attività o giochi in cui devono competere mostrano notevole disagio, non amano gli scherzi e spesso si dimostrano annoiati.

Il fattore Amicalità include a un polo caratteristiche come l'altruismo, il prendersi cura e il dare supporto e, al polo opposto, caratteristiche come l'ostilità, l'indifferenza verso gli altri e l'egoismo. I bambini che ottengono punteggi alti al fattore tendono a essere molto socievoli, affettuosi e disponibili verso gli altri, soprattutto i più bisognosi di sostegno, che volentieri aiutano nei momenti di difficoltà; generalmente impostano le relazioni con gli altri con la massima fiducia e il massimo rispetto; sanno essere leali, corretti, e onesti nei rapporti interpersonali; sono generosi e spesso pronti a offrire le proprie cose, anche quando queste hanno per loro un valore particolare; riescono a perdonare e giustificare gli altri anche quando ha subito ingiustamente ingiustizie; sono capaci di accattare e trattare correttamente anche i compagni e le persone che non gli sono particolarmente simpatici. I bambini che ottengono punteggi medi riescono a capire abbastanza bene le difficoltà delle persone che li circondano; capita che aiutino e sostengano chi ha bisogno di aiuto, anche se tendono a condividere le cose con gli altri solo quando queste non hanno importanza per loro; sono generalmente affettuosi e indulgenti con i compagni; sono piuttosto educati e gentili sia con i pari sia con gli adulti; non hanno difficoltà a istaurare un rapporto sufficientemente cordiale anche con le persone che gli stanno antipatiche, riuscendo ad evitare lo scontro; hanno un atteggiamento sostanzialmente fiducioso verso le altre persone, che in genere ritengono oneste e ben intenzionate. Infine, coloro che ottengono punteggi bassi è probabile che entrino in contrasto con i compagni a causa dei loro atteggiamenti sgarbati; appaiono poco gentili e rispettosi degli altri; non condividono facilmente le proprie cose; possono assumere atteggiamenti di tipo vendicativo, soprattutto se hanno subito un torto o un'ingiustizia e non riescono a perdonare con facilità; reagiscono spesso in maniera brusca, dimostrandosi sgarbati e poco gentili con i pari e con gli adulti; sono scarsamente capaci di aiutare e sostenere i compagni che mostrano difficoltà e si possono mostrare diffidenti e sospettosi verso le persone che li circondano.

Il fattore Coscienziosità fa riferimento a caratteristiche come la capacità di autoregolazione, la precisone, l'accuratezza, l'affidabilità, la responsabilità, la tenacia e la perseveranza. I bambini che ottengono punteggi alti al fattore tendono a essere diligenti e costanti nell'impegno in tutte le attività che gli sono proposte; di solito lavorano molto e volentieri, prodigandosi al meglio senza dover essere sollecitati, spesso anche più di quanto gli sia richiesto; hanno sviluppato buone capacità di organizzazione sia dei tempi di lavoro sia di tutti gli strumenti che utilizzano per lavorare; in genere riescono a mantenere in ordine tutti i propri oggetti e gli spazi in cui vivono, sono scrupolosi e responsabili, si impegnano molto per portare a termine gli incarichi che gli sono affidati, anche se ciò comporta il superamento di numerosi ostacoli; hanno ben compreso e interiorizzato le regole dei vari contesti in cui si trovano a interagire (familiare, scolastico, ludico); generalmente riescono a mantenere un elevato grado di attenzione e concentrazione nelle varie situazioni e rispetto a ogni compito; percepiscono il lavoro scolastico come un impegno di primaria importanza, tanto che solitamente danno priorità a questo rispetto al gioco e al divertimento. I bambini che ottengono punteggi medi sono in grado di concentrarsi e di mantenere una discreta attenzione nelle cose che fanno, quando assumono un impegno sono abbastanza scrupolosi e precisi; rispettano le regole che vigono nei contesti scolastici e familiari e nel gruppo dei pari; sono moderatamente ordinati nell'esecuzione del lavoro, nella gestione degli strumenti di gioco e di studio e nell'organizzazione degli spazi e del tempo. Infine, coloro che ottengono punteggi bassi potrebbero mostrare difficoltà di concentrazione prolungata, soprattutto durante le spiegazioni dell'insegnante; sono spesso disordinati nell'esecuzione del lavoro, nella gestione degli strumenti di gioco e di studio e nell'organizzazione degli spazi e del tempo; è probabile che non riescano a rispettare gli impegni riguardanti i compiti che gli vengono dati; mostrano notevoli difficoltà nell'accettare le regole; spesso si impegnano poco, soprattutto nelle attività che richiedono attenzione e concentrazione, preferiscono il gioco e il divertimento alle attività di studio; risultano essere molto svogliati e imprecisi nello svolgimento di qualsiasi attività impegnativa; difficilmente portano a compimento i lavori che gli sono assegnati, arrendendosi spesso di fronte a ogni piccola difficoltà.

Il fattore *Instabilità emotiva* è una dimensione molto ampia e comprende una varietà di caratteristiche collegate all'incapacità di controllare le reazioni emotive, all'instabilità dell'umore, all'ansietà e alla presenza di difficoltà tipo emotivo, quali la

depressione, l'instabilità dell'umore e l'irritabilità. I bambini che ottengono punteggi alti in questo fattore tendono a innervosirsi facilmente e reagiscono spesso in modo impulsivo; durante le discussioni con gli adulti e con i compagni hanno difficoltà a mantenere la calma e spesso non riescono a intervenire in modo tranquillo e disteso; generalmente sono molto impazienti: quando hanno voglia di fare qualcosa la fanno, anche se ciò li pone in contrasto con quanto gli altri o le circostanze richiedono; sono spesso tristi, di cattivo umore, agitati, ansiosi e preoccupati per cose o situazioni di poca importanza; sono incline al pianto, soprattutto quando sono offesi o gli sembra di aver subito un torto. I bambini che ottengono punteggi medi possiedono discrete capacità di autocontrollo, anche se, in situazioni particolarmente difficili, possono mostrare impazienza e irrequietezza; sono piuttosto tranquilli e pazienti, anche se, in momenti di particolare irritazione, possono perdere la calma, innervosirsi e reagire in maniera inappropriata; si mostrano preoccupati solo in presenza di particolari difficoltà. Infine, coloro che ottengono punteggi bassi sono molto tranquilli, in genere riescono a mantenere la calma e a non reagire in modo inappropriato; difficilmente si adombrano o si mostrano preoccupati anche in presenza di problemi seri; quando si apprestano a eseguire un compito lo fanno con calma e tranquillità, anche nelle situazioni difficili; nel caso di discussioni molto animate sono capaci di intervenire con tranquillità e animo disteso, senza arrabbiarsi o innervosirsi; difficilmente litigano con i compagni; riescono a pazientare senza agitarsi, anche se le proprie richieste non sono soddisfatte prontamente o se hanno molta voglia di fare altre cose; quando sono richiamati per qualcosa che non dovevano fare, di solito accettano il rimprovero senza reagire in maniera sgarbata e senza scoraggiarsi eccessivamente; sono caratterizzati da umore stabile e non sono soggetti a tristezza o depressione.

Infine, il fattore *Apertura mentale* fa riferimento agli interessi culturali, all'originalità e alla creatività, all'apertura verso nuove idee, e all'apertura verso i valori degli altri e verso i propri sentimenti. I bambini che ottengono *punteggi alti* al fattore hanno ottime capacità di intuito e di ragionamento, sono particolarmente capaci di apprendere nozioni e assimilare idee che rielaborano e riutilizzano in modo molto originale sia a scuola, sia in altri contesti e situazioni; di solito sono molto attenti ai vari messaggi che l'ambiente esterno produce; amano molto la lettura; sono svegli, intelligenti e curiosi delle novità; è probabile che siano attratti dalle trasmissioni che parlano di scienze, che guardino con molto interesse i programmi di informazione e che

amino lo studio di quelle materie attraverso le quali possono conoscere i modi di vita di altri popoli; in genere seguono con grande attenzione le proposte dell'insegnante e sanno intervenire in maniera pertinente e costruttiva quando sono interpellati; sono fantasiosi, creativi nelle loro manifestazioni e sanno spesso trovare soluzioni alternative a originali nell'affrontare i problemi scolastici e quelli quotidiani. I bambini che ottengono punteggi medi mostrano di avere normali capacità di intuito e di ragionamento nella risoluzione sia dei problemi scolastici sia di quelli riguardanti l'esperienza quotidiana; generalmente apprezzano moderatamente le nuove esperienze; mostrano una discreta curiosità per le cose che li circondano; tendenzialmente apprendono senza particolari difficoltà tutto ciò che è studiato nel contesto scolastico; riescono abbastanza bene nelle attività che richiedono pensiero creativo e fantastico; sono moderatamente interessati alla lettura. Infine, i bambini che ottengono un punteggio basso sono piuttosto abitudinari e amano poco le novità; sono spesso rigidi e schematici nell'esecuzione dei compiti che gli sono assegnati; incontrano difficoltà in quelle situazioni che, per essere eseguite in modo ottimale, richiedono ragionamento e intuito; incontrano sovente difficoltà nel sostenere argomentazioni che vadano oltre la propria esperienza personale; mostrano difficoltà nell'apprendimento e nella comprensione delle spiegazioni scolastiche; è probabile che non abbiano interesse per la lettura e in generale per gli argomenti scientifici e culturali; non mostrano particolare interesse per le materie scolastiche, né per altre esperienze che si riferiscono alla vita extrascolastica.

La valutazione psicometrica del BFQ-CA usando un campione di 428 soggetti delle ultime due classi della scuola elementare (età media=10.09 ±.77) indica un'accettabile attendibilità per ognuno dei cinque fattori, con il coefficiente *Alfa di Cronbach* compreso tra .66 per il fattore Energia e .79 per il fattore Instabilità emotiva – (Alfa di Cronbach: .78 per il fattore Amicalità; .75 per il fattore Coscienziosità; .76 per il fattore Apertura mentale) (Barbaranelli, Caprara, & Rabasca, 1998). Anche in questa ricerca è stata riscontrata una buona attendibilità, con il coefficiente *Alfa di Cronbach* compreso tra .70 per il fattore Energia e .78 per il fattore Coscienziosità (Alfa di Cronbach: .76 per il fattore Amicalità; .77 per il fattore Instabilità emotiva; .72 per il fattore Apertura mentale).

The emotion regulation questionnaire for children and adolescents - ERQ-CA

Il questionario (Gullone & Taffe, 2012; Allegato 5) è una versione adattata ai bambini e semplificata dell'Emotion Regulation Questionnaire - ERQ (Gross e John, 2003). L'ERQ è un questionario self-report, composto da 10 item, che misura due principali modalità di regolazione emotiva; *Cognitive Reappraisal - CR* (6 item) ed *Expressive Suppression - ES* (4 item). Gli item sono valutati con risposte su scala Likert a 7 punti, punteggi elevati nelle due scale indicano un maggiore utilizzo della strategia di regolazione emotiva corrispondente.

Si definisce *Rivalutazione Cognitiva* (*CR*) l'insieme di processi in cui le situazioni sono nuovamente interpretate o rivalutate dal soggetto assumendo un significato diverso e producendo di conseguenza risposte emotive differenti; la *Modulazione della risposta emotiva* (*ES*) è definita come l'insieme di atti intenzionali che influenzano la risposta emotiva dal punto di vista fisiologico, espressivo e comportamentale, essi consistono nel tentativo di sopprimere un'espressione emotiva, accentuandolo o dissimulandola.

Sulla base della letteratura si considera la CR una modalità di regolazione emotiva più funzionale e l'ES, una modalità di regolazione emotiva più disfunzionale (Gross & John, 2003; John & Gross, 2004; Hofmann, Heering, Sawyer, & Asnaani, 2009; Moore, Zoellner, & Mollenholt, 2008; Srivastava, Tamir, McGonigal, John, & Gross, 2009). In particolare il questionario si focalizza su queste due strategie di regolazione delle emozioni poiché sono considerate buoni esempi di strategie centrate rispettivamente sugli antecedenti e sulla risposta, e perché sono due strategie comunemente usate nella vita di tutti i giorni (Gross & John, 2004).

La revisione dell'ERQ per l'adattamento ai bambini ha incluso una semplificazione delle parole componenti gli item e una riduzione della scala di risposta su 5 punti (1= Fortemente in disaccordo, 2= In disaccordo, 3= Mezzo e mezzo, 4= D'accordo, 5= Fortemente d'accordo), il numero degli item è rimasto invariato.

La valutazione psicometrica dell'ERQ-CA originale effettuata su un campione di 842 bambini e adolescenti con età compresa tra i 10 e i 18 anni, indica una buona attendibilità per le due scale, con il coefficiente *Alfa di Cronbach* .84 per la scala CR e .75 per la scala ES (Gullone & Taffe, 2012).

Nella nostra ricerca, in cui è stata utilizzata la versione italiana, non ancora validata, *l'Alfa di Cronbach* è risultata più bassa (.46 per CR e .57 per ES).

Weight Concern

La scala Weight Concern (preoccupazione per il peso) è tratta dal questionario self-report K-way (Strepparava & Zorzi, submitted). Lo strumento è usato per valutare, nel suo complesso, il profilo di personalità in caso di sospetto DCA ed è in parte ispirato, ma non sovrapponibile, all'Eating Disorder Inventory for Children - EDI (Garner, 1991a; 1991b). Il questionario completo è composto da 44 item con risposta su scala Likert a 6 punti (1= Mai, 2= Raramente, 3= A volte, 4= Spesso, 5= Molto spesso, 6= Sempre) in cui si indagano le seguenti scale: Weight Concern, Lack of Confidance, Peer Disengagement, Eating Attitude e Social Easyness.

La scala *Weight Concern* (Allegato 6) è composta da 11 item che indagano la preoccupazione verso il peso e la paura di ingrassare. Il range dei punteggi ottenibili varia da 1 a 6, più il punteggio ottenuto alla scala è alto più è elevata la preoccupazione verso il proprio peso e la paura di ingrassare. Si è scelto di utilizzare la scala in quanto, come già evidenziato, assieme all'insoddisfazione corporea, anche la preoccupazione verso il proprio peso è vista come elemento chiave alla base della genesi dei DCA.

Nel presente studio la valutazione psicometrica della scala rivela una consistenza interna molto buona con il coefficiente *Alfa di Cronbach* di .80.

4.2.3 Raccolta dati

Il protocollo di ricerca costituito da *Carta d'Identità*, *Test della Silhouette*, *The emotion regulation questionnaire for children and adolescents (ERQ-CA)*, *Big-Five Questionnaire for Children (BFQ-C) e la scala Weight Concern* del *K-Way* è stato somministrato a bambini frequentanti le classi terze, quarte o quinte di 11 scuole primarie della città di Milano e provincia, dopo un primo periodo di conoscenza. Il protocollo è stato somministrato a tutti i bambini presenti nelle differenti sezioni, fatto salvo bambini con patologie particolarmente invalidanti e per questo non in grado di leggere e/o comprendere le consegne. Le modalità di presentazione degli strumenti e di spiegazione delle consegne sono state le stesse per tutte le 14 sezioni considerate. La somministrazione è avvenuta per tutti in due differenti giornate in modo da non rendere eccessivo il carico di lavoro e attenzione richiesto ai bambini. La somministrazione è avvenuta in gruppo, in presenza di due persone esperte e formate affiancate da una tirocinante e l'insegnate di classe.

4.2.4 Analisi statistiche

4.2.4.1 Operazioni preliminari

Al termine dell'inserimento dei dati raccolti, prima di procedere con l'analisi dei dati, sono state eseguite delle operazioni preliminari (*data cleaning*) in modo da identificare eventuali errori che avrebbero potuto essere presenti a diversi livelli.

La prima operazione effettuata è stata l'eliminazione dai partecipanti dei soggetti con diagnosi certificata (4,3%). In seguito è stato compiuto il controllo dei valori minimi e massimi (*out-of-range*) di ogni fattore considerato per evidenziare la presenza di eventuali valori fuori scala. Successivamente si è eseguito un controllo dei valori mancanti (*missing*), a seguito del quale sono stati tolti dalla ricerca i soggetti che avevano valori mancanti, per altezza, peso o età, e per i quali non era possibile il calcolo del BMI (1,9%).

Il passo successivo è stato l'individuazione dei soggetti con valori anomali (outlier), cioè i soggetti che, per qualunque motivo, presentano valori estremamente alti o estremamente bassi in una o più variabili, oppure caratterizzati da una configurazione di punteggi particolarmente inconsueta rispetto al resto dei partecipanti. Nella presente ricerca sono stati eliminati 4 soggetti outlier in relazione al valore del BMI (4 soggetti obesi). Secondo lo stesso principio, in relazione al fattore Weight Concern i valori di 4 soggetti, che risultavano essere in scala ma molto alti, sono stati riportati all'estremo superiore per il fattore considerato.

Infine, è stato verificato che le variabili considerate seguissero una distribuzione normale e per ogni fattore è stato calcolato *l'Alpha di Cronbach* per valutarne l'attendibilità.

4.2.4.1 Procedure di analisi

Sulla base degli obiettivi specifici che ci si è posti, dopo la suddivisione dei partecipanti in base ai raggruppamenti in soggetti soddisfatti/insoddisfatti della propria immagine corporea (studio 1) e secondo il loro BMI (studio 2), i dati raccolti sono stati analizzati con il programma statistico SPSS.21.

I risultati, in entrambi gli studi, hanno seguito il presente flusso di analisi: vi è stata inizialmente un'analisi correlazionale che ha permesso di evidenziare se le

variabili in analisi presentassero un'associazione significativa. Nella presente ricerca, essendo le variabili quantitative analizzate distribuite normalmente, è stato utilizzato il coefficiente di correlazione di *Pearson*.

Sono state in seguito eseguite analisi descrittive per ogni variabile considerata che hanno permesso di sintetizzare alcune informazioni generali sui dati tramite il calcolo di statistiche univariate riassuntive delle variabili stesse (indici di tendenza centrale e di dispersione). Sono state poi calcolate le differenze tra medie per i diversi fattori, per verificare l'esistenza di differenze statisticamente significative tra i differenti raggruppamenti dei partecipanti utilizzati; per fare ciò ci si è avvalsi dell'utilizzo dell'ANOVA (*Analysis of Variance*) tecnica di analisi dati che consente di verificare ipotesi relative a differenze tra le medie di due o più popolazioni. Nelle analisi in cui l'ANOVA è risultata statisticamente significativa, sono state svolte nuove analisi, attraverso indici di associazione o di confronto tra medie.

4.3 Risultati studio 1 - Analisi in relazione alla soddisfazione della propria immagine corporea

4.3.1 Soggetti

Dei 235 partecipanti alla ricerca 130 soggetti (55.3%) risultano essere soddisfatti della propria immagine corporea mentre 105 (44.7%) risultano essere insoddisfatti (Tabella 4.4).

Tabella 4.4 - Caratteristiche generali dei partecipanti suddivisi in base all'essere soddisfatti/insoddisfatti della propria immagine corporea

	Soggetti	Gei	nere	Età in mesi		
	N	Maschile	Femminile	Media	Ds	
Soddisfatto	130 (55.3%)	80 (61.5%)	50 (38.5%)	124.39	8.549	
Insoddisfatto	105 (44.7%)	61 (58.1%)	44 (41.9%)	124.32	9.119	

I soggetti soddisfatti hanno un'età media di 10.4 anni (124.39 \pm 8.549 mesi) e i maschi sono in maggioranza rispetto alle femmine (61.5%). I soggetti insoddisfatti hanno un'età media di 10.3 anni (124.32 \pm 9.119 mesi) e anche in questo sottogruppo il numero dei maschi (58.1%) è maggiore di quello delle femmine.

Da una prima analisi dei dati si evidenzia che la distribuzione del genere (χ^2 =.287, p=.344) e dell'età (t=.004, p=.953) non risultano essere associati all'esito di

soddisfazione / insoddisfazione rispetto alla propria immagine corporea.

È interessante rilevare che dei 105 bambini che compongono il gruppo dei soggetti insoddisfatti, 77 bambini (73.3%) desidererebbero essere più magri, mentre 28 bambini (26.7%) desidererebbero essere più grassi (Tabella 4.5).

Tabella 4.5 - Caratteristiche generali dei partecipanti insoddisfatti della propria immagine corporea

	Soggetti	Gen	iere	Età in mesi		
	N	Maschile	Femminile	Media	DS	
Più magro	77 (73.3%)	45 (58.4%)	32 (41.6%)	123.96	8.723	
Più grasso	28 (26.7%)	16 (57.1%)	12 (42.9%)	125.32	10.234	

L'età media dei bambini insoddisfatti della propria immagine corporea che vorrebbero essere più magri è di 10.3 anni (123.96 \pm 8.723 mesi), quella dei bambini insoddisfatti della propria immagine corporea che vorrebbero essere più grassi è di 10.4 anni (125.32 \pm 10.234 mesi).

Analisi più approfondite di associazione e di confronto tra medie mostrano che il genere di appartenenza (χ^2 =.014, p=.539) e l'età (t=.455, p=.502) non risultano essere associati al volere essere più magri o più grassi.

4.3.2 Correlazione

Il primo passo delle procedure di analisi condotte si è concentrato sulla verifica preliminare dei gradi di correlazione tra le variabili utilizzate, i valori di correlazione sono riportati nella tabella seguente (Tabella 4.6).

T 1 11	16	A 1::	1	1 : 1	_
Tabella	4.0 -	- Anausi	corre	azionaie	2

	BMI	IC	CR	ES	$\boldsymbol{\mathit{E}}$	\boldsymbol{A}	\boldsymbol{C}	<i>IE</i>	AM	WC	Età	Genere
BMI	1											
IC	.304**	1										
CR	034	032	1									
ES	123	001	.085	1								
$\boldsymbol{\mathit{E}}$	082	060	.071	191**	1							
\boldsymbol{A}	093	.116	028	027	.221**	1						
\boldsymbol{C}	113	037	.126	.055	.180**	.494**	1					
<i>IE</i>	.036	061	.014	165	.139	192**	190**	1				
AM	133	017	.036	.035	.289**	.426**	575**	122	1			
WC	.395**	.257**	.043	123	.025	104	.136	.297**	178**	1		
Età	.122	004	.163	128	.129	.021	008	.045	001	027	1	
Genere	.039	.035	.078	031	023	045	020	.000	125	054	.022	1

BMI= Body Mass Index, Livello IC= Insoddisfazione corporea, CR= Cognitive Reappraisal, ES= Expressive Suppretion, E= Energia, A= Amicalità, C= Coscienziosità, IE= Instabilità emotiva, AM= Apertura mentale.

**P < .01

I risultati dell'analisi correlazionale evidenziano quattordici correlazioni significative caratterizzate da un coefficiente di correlazione che indica una significatività pari allo .001, ovvero con una probabilità di errore inferiore all'1%.

I risultati evidenziano alte correlazioni tra alcuni fattori del *Big Five Questionnaire Children*.

In particolare il fattore Apertura Mentale (AM) correla positivamente con il fattore Coscienziosità (C) (r=.575, p<.001), il fattore Amicalità (A) (r=.426, p<.001) e con il fattore Energia (E) (r=.289, p<.001).

Questo sottolinea che all'aumentare dei valori del fattore Apertura mentale, cioè a una maggiore apertura dei bambini verso nuove idee e verso la comprensione dei valori e dei sentimenti propri e altrui corrisponde un aumento della Coscienziosità, cioè una loro tendenza a essere maggiormente precisi, accurati, responsabili e affidabili, un aumento dell'Amicalità, cioè una maggiore propensione all'altruismo e al prendersi cura dell'altro offrendo il proprio supporto, e infine un aumento dell'Energia, cioè una

maggiore propensione ad avere un orientamento fiducioso ed entusiasta nei confronti delle situazioni che possono incontrare nell'arco di vita, facendo riferimento per lo più a situazioni interpersonali. Cioè è vero anche nel versante opposto, cioè che al diminuire dei valori dell'Apertura mentale corrisponde una diminuzione dei valori di Coscienziosità, Amicalità ed Energia.

L'analisi correlazionale evidenzia anche una correlazione positiva tra il fattore Coscienziosità (C) e il fattore Amicalità (A) (r=.494, p<.001) ed Energia (E) (r=.180, p<.001). Queste correlazioni indicano che a un aumento della tendenza dei bambini a essere maggiormente precisi, accurati, responsabili e affidabili corrisponde un aumento della loro propensione all'altruismo e al prendersi cura dell'altro offrendo il proprio supporto e una maggiore propensione ad avere un orientamento fiducioso ed entusiasta nei confronti delle situazioni interpersonali che possono incontrare nell'arco di vita.

Sempre riferendosi alle correlazioni interne tra i fattori del BFQ-C si evidenzia anche una correlazione positiva tra il fattore Amicalità (A) e il fattore Energia (E) (r=.221, p<.001), secondo la quale a un aumento della propensione della dimensione dell'aiuto offerto gli altri corrisponde un aumento della fiducia e dell'entusiasmo provato nelle situazioni interpersonali.

Le uniche due correlazioni negative che si evidenziano, sono tra il fattore Instabilità emotiva (IE) che correla negativamente con il fattore Amicalità (A) (r=-.192, p<.001) e con il fattore Coscienziosità (C) (r=-.190, p<.001). La correlazione evidenzia che a un aumento delle caratteristiche collegate all'ansia e alla presenza di difficoltà di tipo emotivo, corrispondono un aumento delle caratteristiche personologiche come l'ostilità, l'indifferenza verso gli altri e l'egoismo, e una diminuzione di accuratezza, affidabilità e responsabilità personale.

Spostando l'attenzione sui valori correlazioni ottenuti tra i valori rilevati non appartenenti al medesimo questionario, il fattore Weight Concern (WC), mostra forti correlazioni positive con il BMI (r=.395, p<.001), con l'insoddisfazione corporea (IC) (r=.257, p<.001) e con il fattore, del BFQ-C, Instabilità emotiva (IE) (r=.297, p<.001), e forti correlazioni negative con il fattore Apertura Mentale (AM) (r =-.178, p<.001). Le correlazioni sottolineano come a un aumento della preoccupazione verso il proprio peso si lega un aumento del BMI, dell'insoddisfazione corporea e delle caratteristiche legate all'ansia e a difficoltà emotive, e viceversa. Inoltre, a un aumento della preoccupazione

verso il proprio peso si lega una diminuzione dell'apertura mentale.

Una forte correlazione, in linea con le attese, si evidenzia tra il BMI e l'Insoddisfazione corporea (IC) (r=.304, p<.001); la correlazione evidenzia che al crescere del BMI si lega un aumento dell'insoddisfazione corporea.

Infine si evidenzia una correlazione negativa tra il fattore Energia (E) e il fattore Expressive Suppretion (ES) (r=-.191, p<.001), all'aumento cioè della fiducia e dell'entusiasmo verso le relazioni interpersonali corrisponde una diminuzione degli atti intenzionali effettuati dai bambini volti a modificare la risposta emotiva da un punto di vista fisiologico, espressivo e comportamentale; diminuiscono perciò i tentativi di sopprimere le emozioni provate.

4.3.3 Analisi Body Silhouette Chart

Come descritto nella presentazione degli strumenti, durante la somministrazione del *Body Silhouette Chart*, ai bambini assieme alla richiesta di indicare a quale figura corrispondesse la propria dimensione corporea attuale e a quale quella per loro ideale, è stato chiesto anche a quali figure, corrisponde il loro ideale di essere un bambino/a magro e un bambino/a grasso (Allegato 3) e cosa, in generale, avrebbero voluto cambiare del proprio aspetto.

Dall'analisi delle risposte date dai bambini alle domande: "Quale, secondo te, di questi che vedi, è un bambino magro?" e "Quale, secondo te, di questi che vedi, è una bambina magra?" si evidenzia che la maggior parte dei bambini partecipanti identifica come bambino magro (69.4%) e bambina magra (66.4%) l'aspetto corporeo corrispondente alla figura 1, la figura marcatamente sottopeso.

La figura 2 è stata scelta dal 14.5% riguardo al bambino grasso, e dal 16.9% riguardo alla bambina grassa, la figura 3 riferita al genere maschile dal 13.2% e riferita al genere femminile dal 12.8%. infine, la figura 4 dal 2,6% per le figure maschili e dal 3.8% per le figure femminili (Tabella 4.7).

Tabella 4.7 - Frequenze di risposta dei partecipanti alle domande: Quale, secondo te, di questi che vedi è un bambino magro? e Quale, secondo te, di questi che vedi è una bambina magra?

	Quale, secondo te, di questi che vedi è un bambino magro?	Quale, secondo te, di questi che vedi è una bambina magra?
Figura 1	163	156
	69.4%	66.4%
Figura 2	34	39
	14.5%	16.6%
Figura 3	31	30
	13.2%	12.8%
Figura 4	6	9
	2.6%	3.8%

A proposito delle domande "Quale, secondo te, di questi che vedi, è un bambino grasso?" e "Quale, secondo te, di questi che vedi, è una bambina grassa?" si evidenzia che la maggior parte dei partecipanti, identifica come bambino grasso (82,1%) e bambina grassa (83%) la figura 7, figura gravemente obesa.

La figura 6 è stata scelta dal 17% dei bambini in relazione al genere maschile, e dal 16,1% in relazione al femminile. Solo lo 0.9% definisce come figura grassa la figura 5 per le domande che si riferiscono sia al genere maschile sia al femminile (Tabella 4.8).

Tabella 4.8 - Frequenze di risposta dei partecipanti alle domande: Quale, secondo te, di questi che vedi è un bambino grasso? e Quale, secondo te, di questi che vedi è una bambina grassa?

	Quale, secondo te, di questi	Quale, secondo te, di questi
	che vedi è un bambino grasso?	che vedi è una bambina grassa?
Figura 5	2	2
	0.9%	0.9%
Figura 6	40	38
	17%	16.1%
Figura 7	193	195
	82.1%	83%

Riguardo alle domande poste si evidenzia che la distribuzione del genere (bambino magro: χ^2 =2.084, p=.555; bambina magra: χ^2 =4.547, p=.208; bambino grasso: χ^2 =3.221, p=.200; bambina grassa: χ^2 =4.202, p=.122) l'essere insoddisfatto/insoddisfatto della propria immagine corporea (bambino magro: χ^2 =4.399, p=.221; bambina magra: χ^2 =5.264, p=.153; bambino grasso: χ^2 =1.232, p=.540; bambina grassa: χ^2 =1.198, p=.549) e la categoria ponderale di appartenenza - sottopeso, normopeso, a rischio sovrappeso - (bambino magro: χ^2 =5.125, p=.528; bambina magra:

 χ^2 =4.707, p=.582; bambino grasso: χ^2 =7.497, p=.112; bambina grassa: χ^2 =5.906, p=.206) non risultano essere associati alla scelta di specifiche figure.

Per quanto riguarda la domanda aperta "Cosa vorresti cambiare?" 98 bambini (42%) hanno risposto che non vorrebbero cambiare niente, il restante 58% (137 bambini) ha espresso di volere cambiare uno o più aspetti di sé. In particolare, dei 137 bambini il 48% desidera cambiare solo un aspetto di sé, il 39% desidera cambiare due aspetti di sé e infine il 13% desidera cambiarne tre.

Analizzando gli aspetti che i 137 bambini vorrebbero cambiare si evidenzia che la varietà iniziale delle risposte date è stata molto ampia e varia; infatti, alcune caratteristiche riportate dai bambini non erano riferibili ad aspetti fisici. Sulla base di questa osservazione, le risposte ottenute sono state classificate in categorie generali; le categorie individuate si sono incentrate solo sugli aspetti fisici, gli aspetti di cambiamento concernenti carattere, intelligenza o aspetti non fisici sono stati inseriti in una categoria a parte (altro).

Le categorie individuate sono: aspetto fisico, braccia, capelli, gambe, muscoli, pancia, peso, statura, viso, altro (Tabella 4.9).

Tabella 4.9 - Frequenze di risposta dei partecipanti alla domanda: Cosa vorresti cambiare?. Il totale delle risposte date è maggiore di 137 poiché era possibile indicare fino a tre alternative di risposta

	Aspetto Fisico	Braccia	Capelli	Gambe	Muscoli	Pancia	Peso	Statura	Viso	Altro
Cosa	10	8	20	15	24	15	44	34	18	20
vorresti cambiare?	4.5%	3.8%	9.6%	7.2%	11.5%	7.2%	21.3%	16.3%	8.7%	9.6%

Dall'analisi delle risposte date si evidenzia che 44 volte (21.3%) è stato espresso dai bambini il desiderio di cambiare il proprio peso. Di queste 44 risposte, 22 (50%) sono date da bambini di genere maschile e 22 (50%) da bambini di genere femminile. È interessante notare che di essi, solo 1 (2.2%) è soddisfatto della propria immagine corporea, il restante 97,8 % risulta invece mostrate un'insoddisfazione verso la stessa.

Alte percentuali si evidenziano anche in relazione alla risposta statura (16,3% delle risposte). Dei 34 bambini che vorrebbero cambiare la propria statura, 19 (55.8%) sono di genere maschile e 15 (44.2%) di genere femminile, nella suddivisione in base al loro essere soddisfatto/insoddisfatto della propria immagine corporea, 13 (38.2%)

risultano essere soddisfatti, al contrario 21 (61.8%) non lo sono.

Da sottolineare è l'11.5% delle risposte che si riferiscono al desiderio di essere più muscolosi. Dei 24 bambini che hanno risposto che desidererebbero cambiare la propria muscolatura il 91.6% è di genere maschile. Sorprende che sono maggiormente i bambini soddisfatti della propria immagine corporea (66.7%) a volere essere più muscolosi, rispetto ai bambini insoddisfatti.

Emerge dai dati che anche la parte fisica riguardante i capelli e parti del viso è indicata nelle risposte date dai bambini come aspetto che vorrebbero cambiare. Il 9.6% delle risposte totali è riferibile a caratteristiche che riguardano i capelli (maschi= 35%, femmine= 65%; soddisfatto della propria immagine corporea= 45%, insoddisfatto della propria immagine corporea= 55%), mentre 1'8.7% al viso, con riferimento particolare agli occhi e alle orecchie (maschi= 50%, femmine 50%; soddisfatto della propria immagine corporea= 61.2%, insoddisfatto della propria immagine corporea= 38.8%).

Anche la pancia e le gambe sono aspetti che i bambini segnalano. Sul totale delle risposte date il 7.2% si riferisce al desiderio di cambiare le proprie gambe, e in percentuale uguale al desiderio di cambiare la propria pancia.

La maggior parte delle risposte riferite alla pancia sono riconducibili a bambini che sono insoddisfatti della propria immagine corporea (86.7%). In relazione alla risposta gambe, il 53,3% delle risposte è data da bambini di genere femminile e anche in questo caso si evidenzia che la maggior parte risulta essere insoddisfatto della propria immagine corporea (86.7%).

Il 4.8% delle risposte totali è riferibile al desiderio di cambiare il proprio aspetto fisico generale. Dei bambini che rispondono che desidererebbero cambiare il proprio aspetto fisico il 70% è insoddisfatto della propria immagine corporea. Infine il 3.8% delle risposte è riferibile al desiderio di cambiare le proprie braccia. Dei bambini che rispondono che desidererebbero cambiare le proprie braccia il 62.5% è di genere maschile e il 75% è insoddisfatto della propria immagine corporea.

4.3.4 Risultati BFQ-C

Analizzando, attraverso un confronto delle medie, i punteggi ottenuti nei diversi fattori del BFQ-C dai soggetti appartenerti alle categorie soddisfatto o insoddisfatto della propria immagine corporea non si evidenziano fattori di personalità individuali differenti tra i due gruppi (Tabella 4.10).

Tabella 4.10 - ANOVA - Analysis of variance dei fattori del BFQ-CA in base all'essere soddisfatti/insoddisfatti della propria immagine corporea

	Soddi	sfatto	Insoddisfatto				
	Media	Ds	Media	Ds	Asimmetria	t	p
Energia	47.395	9.713	45.427	11.212	199	.839	.361
Amicalità	52.070	8.829	54.087	8.315	191	3.137	.078
Coscienziosità	48.246	10.623	47.485	9.507	134	.319	.573
Instabilità emotiva	51.305	8.066	50.262	9.147	068	.846	.359
Apertura Mentale	45.744	9.687	45.408	9.586	259	.070	.792

I dati riportati in tabella mostrano che non emerge una differenza di medie statisticamente significativa per nessun dei fattori considerati - Estroversione, Amicalità, Coscienziosità, Instabilità emotiva e Apertura mentale -.

Come spiegato in precedenza nella descrizione del questionario, è possibile, sulla base del punteggio T ottenuto in ogni singolo fattore, creare una classificazione del fattore stesso suddividendo la sua presenza in alta, media e bassa (Tabella 4.11).

Tabella $4.11 - X^2$ - Analisi di associazione tra i fattori del BFQ-C in base all'essere soddisfatti/insoddisfatti della propria immagine corporea

		Soddisfatto	Insoddisfatto		
		\overline{N}	N	X^2	р
	Basso	51	44		
		39.2%	41.9%		
Energia	Medio	44	42	2.674	.263
		33.8%	40%	2.074	.203
	Alto	35	19		
		26.9%	18.1%		
	Basso	30	14		
		23.1%	13.3%		
Amicalità	Medio	48	38	4.380	.112
		36.9%	36.2%	4.360	.112
	Alto	52	53		
		40%	50.5%		
	Basso	50	45		
		38.5%	42.9%		
Coscienziosità	Medio	44	39	1.894	.392
		33.8%	37.1%	1.094	.392
	Alto	36	21		
		27.7%	20%		
	Basso	38	37		
		29.2%	35.2%		
Instabilità	Medio	42	33	1.093	.597
Emotiva		32.3%	31.4%	1.093	.391
	Alto	50	35		
		38.5%	33.3%		
	Basso	65	51		
		50%	48,6%		
Apertura	Medio	42	37	.570	.972
Mentale		32.3%	35,2%	.570	.714
	Alto	21	17		
		17.2%	16,2%		

Come atteso, anche l'analisi di associazione mostra che l'appartenenza alla categoria soddisfatto o insoddisfatto rispetto alla propria immagine corporea non è associata all'avere livelli bassi, medi o alti riguardo ai fattori di personalità presi in esame, e quindi non è associato a differenze personologiche statisticamente significative.

4.3.5 Risultati ERQ-CA

Analizzando attraverso un confronto delle medie, i punteggi ottenuti nei diversi fattori dell'ERQ-CA dai soggetti appartenerti alle categorie soddisfatto o insoddisfatto della propria immagine corporea non si evidenzia un differente uso di strategie di regolazione delle emozioni (Tabella 4.12).

Tabella 4.12 - ANOVA - Analysis of variance dei fattori dell'ERQ-CA in base all'essere soddisfatti/insoddisfatti della propria immagine corporea

	Soddisfatto Insod		Insodd	isfatto			
	Media	Ds	Media	Ds	Asimmetria	t	p
Cognitive Reappraisal	21.377	3.426	21.144	3.797	.009	.218	.641
Expressive Suppretion	11.917	2.765	11.912	2.866	.054	.000	.989

Per nessuno dei due fattori considerati - Cognitive Reappraisal ed Expressive Suppretion - emerge una differenza di medie statisticamente significativa.

4.3.6 Risultati Weight Concern

Riguardo al fattore Weight Concern, cioè la preoccupazione rispetto al proprio peso corporeo si evidenzia una differenza statisticamente significativa tra i soggetti soddisfatti e insoddisfatti della propria immagine corporea (Tabella 4.13).

Tabella 4.13 – ANOVA - Analysis of variance del fattore Weight Concern in base all'essere soddisfatti/insoddisfatti della propria immagine corporea

	Soddisfatto		Insoc	ldisfatto			
	Media	Ds	Media	Ds	Asimmetria	t	p
Weight Concern	1.929	.685	2.353	.919	.767	16.090	.000**

L'analisi evidenzia che sono i soggetti insoddisfatti della propria immagine corporea ad avere valori medi più alti in relazione al fattore Weight Concern, sono i soggetti insoddisfatti, dunque, a evidenziare una maggiore preoccupazione verso il peso.

Al fine di indagare, all'interno dei soggetti insoddisfatti, quali sono le possibili caratteristiche che possono influire sugli elevati livelli di preoccupazione verso il proprio peso, sono state condotte ulteriori analisi.

Riguardo al genere di appartenenza dei soggetti insoddisfatti, l'analisi delle

differenze tra medie evidenzia che all'interno dei soggetti insoddisfatti l'appartenenza al genere maschile o femminile non influenza i livelli di preoccupazione verso il proprio peso corporeo (Tabella 4.14.)

Tabella 4.14 - ANOVA - Analysis of variance del fattore Weight Concern per i soggetti insoddisfatti in base al genere

	Masc	hile	Femm	inile		
	Media	Ds	Media	Ds	t	p
Weight Concern	2.457	.864	2.203	.985	1.917	.169

Analizzando i punteggi ottenuti dai soggetti insoddisfatti in base al loro BMI, confrontando cioè i risultati medi ottenuti, al fattore Weight Concern, dai soggetti insoddisfatti suddivisi in sottopeso, normopeso e a rischio sovrappeso, si evidenzia una differenza statisticamente significativa (Tabella 4.15.)

Tabella 4.15 - ANOVA - Analysis of variance del fattore Weight Concern per i soggetti insoddisfatti in base alla classificazione secondo il BMI in sottopeso, normopeso e a rischio sovrappeso

	Sottop	oeso	Norma	peso	Risc	hio		
					Sovraj	ppeso		
	Media	Ds	Media	Ds	Media	Ds	t	p
Weight Concern	2.101	.960	2.128	.770	2.840	1.009	7.681	.001**

I dati evidenziano che sono i soggetti insoddisfatti appartenenti alla categoria a rischio sovrappeso a essere più preoccupati del proprio peso corporeo rispetto ai soggetti sottopeso e normopeso.

Infine, anche in relazione alla suddivisione dei soggetti insoddisfatti in base al desiderio di essere più magri o più grassi si rilevano differenze staticamente significative nel confronto tra le medie ottenute dai sottogruppi riguardo al fattore Weight Concern (Tabella 4.16).

Tabella 4.16 – ANOVA - Analysis of variance del fattore Weight Concern per i soggetti insoddisfatti in base al desiderio di essere più magro o più grasso

	Più magro		Più g	rasso		
	Media	Ds	Media	Ds	t	p
Weight Concern	2.563	.916	1.792	.665	16.536	.000**

Sono i soggetti insoddisfatti che desidererebbero essere più magri a ottenere risultati medi più elevati, ciò evidenzia che i soggetti appartenenti a questo sottogruppo mostrano una maggiore preoccupazione verso il proprio peso corporeo rispetto ai soggetti insoddisfatti poiché desidererebbero essere più grassi.

4.3.7 Conclusioni studio 1

I dati ottenuti dal primo studio permettono di evidenziare che non si riscontrano tra i soggetti, del nostro campione, soddisfatti o insoddisfatti della propria immagine corporea differenze statisticamente significative in relazione ai tratti di personalità e le modalità di regolazione delle emozioni. Si evidenziano, invece, differenze statisticamente significative in relazione alla preoccupazione verso il proprio peso; in particolare sono i soggetti insoddisfatti a mostrare una maggiore preoccupazione verso il proprio peso. All'interno dei soggetti insoddisfatti sono quelli a rischio sovrappeso che desidererebbero essere più magri a evidenziare i valori maggiori.

4.4 Risultati studio 2 - Analisi in relazione al BMI

4.4.1 Soggetti

I 235 soggetti componenti il campione generale sulla base del loro BMI reale sono stati suddivisi in tre categorie di appartenenza – sottopeso, normopeso e rischio sovrappeso – in base alle curve di crescita di Cole. Da specificare che la classificazione secondo le curve di crescita di Cole permette di suddividere i partecipanti in quattro categorie - sottopeso, normopeso, rischio sovrappeso e sovrappeso; dei partecipanti alla ricerca solo 7 bambini (3%) sono risultati essere sovrappeso. I sette soggetti in esame, dopo analisi preliminari per verificarne la possibilità, sono stati inseriti nella categoria a rischio sovrappeso.

Dei 235 partecipanti alla ricerca, classificati in base al loro BMI, 29 bambini (12,3%) sono sottopeso, 159 bambini (67,7%) normopeso, e 47 bambini (20%) a rischio sovrappeso (Tabella 4.17).

Tabella 4.17 - Caratteristiche generali dei partecipanti suddivisi in base al BMI secondo la classificazione di Cole

	Soggetti	Ge	nere	Età in	mesi
	N	Maschile	Femminile	Media	Ds
Sottopeso	29	19	10	125.59	7.134
	12.3%	65.5%	34.5%	123.39	7.134
Normopeso	159	90	69	124.95	8.909
	67.7%	56.6%	43.4%	124.03	8.909
Rischio	47	32	15	121.96	9.062
Sovrappeso	20%	68.1%	31.9%	121.90	5.002

Nonostante l'interesse dello studio sia indagare le caratteristiche specifiche dei bambini, che sulla base del loro BMI sono classificati come a rischio sovrappeso, nella classificazione è stato scelto di mantenere come gruppo separato i bambini appartenenti alla categoria sottopeso per completezza di analisi, e per verificare nello specifico se le caratteristiche dei bambini sottopeso fossero maggiormente assimilabili a quelle dei bambini normopeso o a rischio sovrappeso.

I 29 soggetti sottopeso hanno un'età media di 10.5 anni (125.59 ± 7.134 mesi), i maschi risultano essere il 65,5% (in particolare i maschi sottopeso sono il 13,5% dei maschi totali componenti il campione e le femmine sottopeso l'11% delle femmine totali componenti il campione).

I 159 soggetti normopeso hanno un'età media di 10.4 anni (124.96 \pm 8.909 mesi), i maschi risultano essere il 56,6% mentre le femmine il 43.4% (in particolare i maschi normopeso sono il 64% dei maschi totali componenti il campione e le femmine normopeso il 73% delle femmine totali componenti il campione).

Infine, i 47 soggetti a rischio sovrappeso hanno un'età media di 10.2 anni (121.96 ± 9.062 mesi), il 68.1 % è di genere maschile e il 31.9 % di genere femminile (in particolare i maschi a rischio sovrappeso sono il 22,5% dei maschi totali componenti il campione e le femmine a rischio sovrappeso il 16% delle femmine totali componenti il campione).

Da una prima analisi dei dati si evidenzia che la distribuzione del genere (χ^2 =2.412, p=.299) e dell'età (t=.268, p=.605) non sono associati all'appartenenza ai gruppi sottopeso, normopeso o a rischio sovrappeso in relazione al proprio BMI.

Una successiva analisi è stata condotta con il fine di identificare la distribuzione di frequenze dei soggetti sottopeso, normopeso e a rischio sovrappeso riguardo al loro essere soddisfatti o insoddisfatti rispetto alla propria immagine corporea (Tabella 4.18.)

Tabella 4.18 - Frequenze dei partecipanti suddivisi in base al BMI secondo la classificazione di Cole i n relazione alla loro soddisfazione/insoddisfazione verso la propria immagine corporea

	Soddisfatto	Insoddisfatto	Totale
Sottopeso	20	9	29
	69%	31%	29
Normopeso	96	63	159
	60.4%	39.6%	139
Rischio	14	33	47
Sovrappeso	29.8%	70.4%	47
Totale	130	105	235

Come evidenziato in tabella, dei soggetti sottopeso la maggior parte, 69% (14 maschi e 6 femmine), risulta essere soddisfatto della propria immagine corporea, mentre il 31% (5 maschi e 4 femmine) risulta essere insoddisfatto.

Dei soggetti normopeso il 60.4% (56 maschi e 40 femmine) si ritiene soddisfatto della propria immagine corporea, e il 39.6% (34 maschi e 29 femmine) insoddisfatto.

Infine, dei soggetti a rischio sovrappeso il 29.8% (10 maschi e 4 femmine) è soddisfatto e il 70.4% (22 maschi e 1 femmina) è insoddisfatto.

L'analisi di associazione evidenzia che l'appartenenza al gruppo sottopeso, normopeso o a rischio sovrappeso è associata con la soddisfazione o insoddisfazione verso la propria immagine corporea (χ^2 =16.226, p=.000). In particolare sono principalmente i bambini a rischio sovrappeso a mostrare una maggiore insoddisfazione rispetto ai bambini sottopeso o normopeso.

Prendendo in considerazione solo i bambini insoddisfatti della propria immagine corporea, in relazione al loro desiderio di volere essere più magri o più grassi si evidenzia che dei nove bambini sottopeso insoddisfatti il 3% (1 maschio e 2 femmine) vorrebbe essere più magro mentre il 66.7% (4 maschi e 2 femmine) più grasso, dei 63 bambini normopeso insoddisfatti il 68,3% (24 maschi e 19 femmine) vorrebbe essere più magro e il 31,7% (10 maschi e 10 femmine) più grasso, infine dei 33 bambini a rischio sovrappeso insoddisfatti il 93,9% (20 maschi e 11 femmine) vorrebbe essere più magro e il 6.1% (2 maschi) più grasso (Tabella 4.19.)

Tabella 4.19 - Frequenze dei partecipanti suddivisi in base al BMI secondo la classificazione di Cole in relazione al desiderio di essere più magro o più grasso

	Più magro	Più grasso	Totale
Sottopeso	3	6	9
	33%	66.7%	7
Normopeso	43	20	63
	68.3%	31.7%	03
Rischio	31	2	33
Sovrappeso	93.9%	6.1%	33
Totale	77	28	105

Come atteso, l'analisi di associazione (χ^2 =15,360, p=0,000) evidenzia che l'appartenenza al gruppo sottopeso, normopeso o a rischio sovrappeso è associata al desiderio di volere essere più magro o più grasso. In particolare il desiderio di essere più magro è maggiormente presente nei bambini a rischio sovrappeso rispetto ai bambini sottopeso e normopeso, e il desiderio di essere più grasso è maggiormente presente nei bambini sottopeso rispetto ai bambini normopeso e a rischio sovrappeso.

4.4.2. Correlazione

Essendo i 235 partecipanti ai due studi gli stessi soggetti e cambiando nei due studi solo il metodo di suddivisione degli stessi, per gli aspetti riguardanti l'analisi correlazionale, si rimanda al paragrafo 4.3.3.

4.4.3 Risultati BFQ-C

Analizzando, attraverso un confronto delle medie, i punteggi ottenuti dai soggetti sottopeso, normopeso o a rischio sovrappeso nei cinque fattori dei BFQ-C non si evidenziano fattori di personalità statisticamente differenti tra i tre gruppi (Tabella 4.20).

Tabella 4.20 - ANOVA - Analysis of variance dei fattori del BFQ-CA in base al BMI secondo la classificazione di Cole

	Sottopeso Normopeso			chio ppeso					
	Media	Ds	Media	Ds	Media	Ds	Asimmetria	t	p
Energia	47.929	11.035	47.229	9.255	45.042	10.583	199	1.096	.336
Amicalità	52.429	8.067	53.404	8.212	51.851	10.298	191	.643	.527
Coscienziosità	49.107	9.765	48.357	9.739	45.702	11.396	134	1.470	.232
Instabilità emotiva	52.571	9.469	50.605	8.090	50.587	9.584	068	.650	.523
Apertura Mentale	46	11.304	46.051	9.265	43.829	9.743	259	.992	.373

I dati riportati in tabella mostrano che non emerge una differenza di medie statisticamente significativa per nessun fattore considerato - Energia, Amicalità, Coscienziosità, Instabilità emotiva e Apertura Mentale -.

Anche analizzando i dati secondo il raggruppamento dei punteggi ottenuti nei fattori in basso - medio - alto non si evidenziano valori di associazione statisticamente significativi (Tabella 4.21).

 $Tabella\ 4.21\ -\ X^2\ -\ Analisi\ di\ associazione\ tra\ i\ fattori\ del\ BFQ-C\ in\ base\ al\ BMI\ secondo\ la\ classificazione\ di\ Cole$

		Sottopeso	Normopeso	Rischio		
				Sovrappeso		
		N	N	N	X^2	p
	Basso	10	59	26		
		34.5%	37.1%	55.3%		
Energia	Medio	11	64	11	6.430	.169
		37,9%	40.3%	23.4%	0.430	.109
	Alto	8	36	10		
		27.6%	22.6%	21.3%		
	Basso	5	26	13		
		17.2%	16.4%	27.7%		
Amicalità	Medio	14	57	15	5 114	276
		48.3%	35.8%	31.9%	5.114	.276
	Alto	10	76	19		
		34.5%	47.8%	40.4%		
	Basso	12	59	24		
		41.4%	31.7%	51.1%		
Coscienziosità	Medio	8	61	14	4.131	.389
		27.6%	38.4%	29.8%	4.131	.389
	Alto	9	39	9		
		31%	24.5%	19.1%		
	Basso	8	51	16		
		27.6%	32.1%	34%		
Instabilità	Medio	10	51	14	.395	.983
Emotiva		34.5%	32.1%	29.8%	.393	.983
	Alto	11	57	17		
		37.9%	35.8%	36.2%		
	Basso	13	76	27		
		44.8%	47.8%	57.4%		
Apertura	Medio	9	58	14	2.001	571
Mentale		31%	36.5%	29.8%	2.901	.574
	Alto	7	25	6		
		24.1%	15.7%	12.8%		

Come atteso, anche l'analisi di associazione mostra che l'appartenenza alle categorie sottopeso, normopeso o a rischio sovrappeso non è associata all'avere livelli bassi, medi o alti riguardo ai fattori di personalità presi in esami.

Ulteriori analisi sono state condotte al fine di evidenziare la presenza di eventuali differenze statisticamente significative all'interno dei differenti gruppi creati in base al BMI confrontando i soggetti soddisfatti e insoddisfatti della propria immagine corporea.

Le analisi condotte non evidenziano differenze nei fattori di personalità tra i soggetti sottopeso soddisfatti e insoddisfatti (Energia: t=.151, p=.700; Amicalità:

t=3.288, p=.081; Coscienziosità: t=.030; p=.863; Instabilità emotiva: t=.254; p=.618; Apertura mentale: t=.851; p=.365) e tra i soggetti normopeso soddisfatti e insoddisfatti (Energia: t=.092, p=.762; Amicalità: t=1.898, p=.170; Coscienziosità: t=.631; p=.428; Instabilità emotiva: t=.353; p=.554; Apertura mentale: t=.002; p=.960).

Nel confronto dei valori medi ottenuti dai bambini a rischio sovrappeso soddisfatti della propria immagine corporea con i bambini a rischio sovrappeso insoddisfatti, si evidenzia una differenza statisticamente significativa in relazione al fattore Instabilità emotiva (t=6.072, p=0.18); in particolare sono i bambini a rischio sovrappeso soddisfatti della propria immagine corporea ottenere valori maggiori nel fattore instabilità emotiva rispetto ai bambini a rischio sovrappeso insoddisfatti (55.85 \pm 6.47 vs 48.51 \pm 9.9.)

4.4.4 Risultati ERQ-CA

Analizzando, attraverso un confronto delle medie, i punteggi ottenuti nei due fattori dell'ERQ-CA dai soggetti appartenenti alle categorie sottopeso, normopeso o a rischio sovrappeso non si evidenziano differenze significative nell'uso di strategie di regolazione delle emozioni (Tabella 4.22).

Tabella 4.22 - ANOVA - Analysis of variance dei fattori dell'ERQ-CA in base al BMI secondo la classificazione di

	Sotto	peso	Normopeso Rischio Sovrappeso						
•	Media	Ds	Media	Ds	Media	Ds	Asimmetria	t	p
Cognitive Reappraisal	20.852	2.878	21.362	3.423	21.273	4.432	.009	.228	.796
Expressive Suppretion	13.115	1.681	11.796	2.901	11.591	2.872	.054	2.858	.060

Per nessuno dei due fattori considerati - Cognitive Reappraisal ed Expressive Suppretion - emerge una differenza significativa.

Ulteriori analisi sono state condotte al fine di evidenziare la presenza di eventuali differenze statisticamente significative all'interno dei differenti gruppi creati in base al BMI confrontando i soggetti soddisfatti e insoddisfatti della propria immagine corporea.

Le analisi condotte non evidenziano differenze nell'utilizzo delle due modalità di regolazione emotiva tra i soggetti sottopeso soddisfatti e non soddisfatti (Cognitve Reappraisal: t=.029, p=.866; Expressive Suppretion: t=.229; p=.673), tra i soggetti

normopeso soddisfatti e non soddisfatti (Cognitve Reappraisal: t=.2.139, p=.146; Expressive Suppretion: t=.025; p=.876) e tra i soggetti a rischio sovrappeso soddisfatti e non soddisfatti (Cognitve Reappraisal: t=1.181, p=.283; Expressive Suppretion: t=.422; p=.520).

4.4.5 Risultati Weight Concern

Riguardo al fattore Weight Concern, cioè la preoccupazione verso il peso corporeo si evidenzia una differenza statisticamente significativa tra i soggetti sottopeso, normopeso e a rischio sovrappeso (t= 15.98, p= .000) (Tabella 4.23).

Tabella 4.23 - ANOVA - Analysis of variance del fattore Weight Concern in base al BMI secondo la classificazione di Cole

	Sotto	peso	Norma	peso	Risc. Sovrap				
	Media	Ds	Media	Ds	Media	Ds	Asimmetria	t	p
Weight Concern	1.873	.829	1.992	.690	2.685	.983	.797	15.980	.000**

Dall'analisi dei risultati medi ottenuti dai bambini appartenenti ai tre gruppi si evidenzia che sono i bambini a rischio sovrappeso ad avere valori medi più alti al fattore Weight Concern, sono i bambini a rischio sovrappeso, dunque, a evidenziare una maggiore preoccupazione verso il peso.

Al fine di indagare, all'interno dei soggetti a rischio sovrappeso, quali sono le possibili caratteristiche che possono influire sugli elevati livelli di preoccupazione verso il proprio peso, sono state condotte ulteriori analisi.

Riguardo al genere di appartenenza dei soggetti a rischio sovrappeso, l'analisi delle differenze tra medie, evidenzia che all'interno dei soggetti a rischio sovrappeso, l'appartenenza al genere maschile o femminile non influenza i livelli di preoccupazione verso il peso corporeo (Tabella 4.24).

Tabella 4.24 - ANOVA - Analysis of variance del fattore Weight Concern per i soggetti a rischio sovrappeso in base al genere

	Maschile		Femn	inile		
	Media	Ds	Media	Ds	t	p
Weight Concern	2.721	9.323	2.606	1.113	.139	.711

Suddividendo i soggetti a rischio sovrappeso secondo la loro soddisfazione o insoddisfazione verso la propria immagine corporea, confrontando in particolare i risultati medi ottenuti al fattore Weight Concern dai soggetti a rischio sovrappeso soddisfatti della propria immagine corporea con quelli ottenuti dai soggetti a rischio sovrappeso insoddisfatti della propria immagine corporea, non si evidenzia alcuna differenza statisticamente significativa (Tabella 4.25).

Tabella 4.25 - ANOVA - Analysis of variance del fattore Weight Concern per i soggetti a rischio sovrappeso in base alla soddisfazione/insoddisfazione della propria immagine corporea

	Soddisfatto		Insodd	isfatto		
	Media	Ds	Media	Ds	t	p
Weight Concern	2.318	.863	2.84	1.001	2.885	.960

I dati evidenziano che nei soggetti a rischio sovrappeso non c'è associazione tra l'essere soddisfatto o insoddisfatto della propria immagine corporea e gli alti livelli di preoccupazione verso il proprio peso.

Infine, suddividendo i soggetti a rischio sovrappeso insoddisfatti in base al loro desiderio di volere essere più magri o più grassi, non sono emerse differenze di medie statisticamente significative (Tabella 4.26).

Tabella 4.26 - ANOVA - Analysis of variance del fattore Weight Concern per i soggetti a rischio sovrappeso insoddisfatti in base al desiderio di essere più magro o più grasso

	Più Magro		Più G	rasso		
	Media	Ds	Media	Ds	t	p
Weight Concern	2.923	.975	1.545	.000	3.881	.058

Le analisi evidenziano che, all'interno dei bambini a rischio sovrappeso, non esiste un'associazione tra il volere essere più magro o più grasso e i livelli di preoccupazione verso il peso.

Ulteriori analisi sono state condotte al fine di evidenziare la presenza di eventuali differenze statisticamente significative all'interno dei differenti gruppi creati in base al BMI confrontando i soggetti soddisfatti e insoddisfatti della propria immagine corporea.

Le analisi condotte non evidenziano differenze nei livelli di Weight Concern tra i

soggetti sottopeso soddisfatti e non soddisfatti (t=.999; p=.327). Tra i soggetti normopeso soddisfatti e insoddisfatti, invece, si evidenzia una differenza statisticamente significativa (t=.3964, p=.048); in particolare sono i bambini normopeso insoddisfatti a ottenere un valore medio, statisticamente significativo, più alto rispetto ai bambini normopeso soddisfatti ($2.13 \pm .77$ vs $1.90 \pm .62$).

4.4.6 Conclusioni studio 2

I dati ottenuti nel secondo studio permettono di evidenziare che non si riscontrano tra i soggetti, del nostro campione, appartenenti a differenti categorie ponderali differenze statisticamente significative in relazione ai tratti di personalità e le modalità di regolazione delle emozioni. Si evidenziano, invece, differenze statisticamente significative in relazione al costrutto Weight Concern; in particolare sono i soggetti a rischio sovrappeso a mostrare una maggiore preoccupazione verso il proprio peso. Le analisi condotte sui soggetti a rischio sovrappeso evidenziano che è l'appartenenza alla specifica categoria a incidere sui livelli di preoccupazione verso il proprio peso, al di là del genere di appartenenza, dell'essere insoddisfatti o meno della propria immagine corporea e, nel caso dei soggetti insoddisfatti, del volere essere più magri o più grassi.

4.5 Regressione

Sulla base delle analisi condotte in precedenza si è deciso di analizzare in modo approfondito il costrutto Weight Concern - preoccupazione verso il proprio peso -, costrutto risultato come elemento, differente in modo statisticamente significativo, nel confronto dei soggetti in base al loro essere soddisfatti/insoddisfatti della propria immagine corporea e in base alla categoria ponderale di appartenenza in relazione al BMI (sottopeso, normopeso, rischio sovrappeso).

Accertato che le variabili BMI (p=.000) e Insoddisfazione Corporea (p=.000) sono dei buoni predittori della misura unidimensionale Weight Concern, spiegando una porzione di varianza (R²) pari a .198 (cioè poco meno del 20% dell'intera varianza riscontrata), è stato eseguito un controllo preliminare che ha permesso di eliminare le variabili genere (p=.423) ed età (p=.694) dall'equazione di regressione alla luce della nulla significatività statistica.

L'analisi di regressione effettuata ha avuto lo scopo di identificare, al di là degli

aspetti puramente legati al peso - come BMI e l'insoddisfazione corporea - quali fattori di personalità, analizzati attraverso il BFQ-C, avessero un peso statisticamente significativo in relazione alla variabile Weight Concern, cioè quanta varianza della preoccupazione verso il proprio peso è spiegata da specifici tratti di personalità (Tabella 4.27).

Tabella 4.27 - Modello di regressione, analisi dei predittori dei punteggi Weight Concern

VAR	В	β	Test-t	p
Costante	1.141		2.112	.036
Energia	.002	.025	.370	.711
Amicalità	001	011	137	.891
Coscienziosità	.005	.064	.763	.446
Instabilità Emotiva	.027	.279	4.154	.000 **
Apertura Mentale	015	176	-2.133	.034 **

Il risultato della regressione lineare multipla mostra un adattamento all'equazione statisticamente significativo F(5)=5.278, p=.000, mentre le variabili selezionate e inserite nell'equazione permettono di spiegare una porzione di varianza (R²) pari a .09 (cioè poco meno del 10% dell'intera varianza riscontrata).

L'analisi dei coefficienti beta suggerisce di non considerare le variabili Energia, Amicalità e Coscienziosità come predittori della misura unidimensionale Weight Concern. Al contrario nell'equazione di regressione si possono inserire sia la variabile Instabilità Emotiva (β =.279, p=.000) sia la variabile Apertura Mentale (β =-.176, p=.034).

4.5.1 Conclusioni analisi di regressione

Come era ragionevole attendersi, l'equazione di regressione permette di spiegare una quota marginale (circa il 10%) della variabilità dei punteggi del Weight Concern che però mostra una significatività statistica elevata. Dato che la preoccupazione verso il peso è un costrutto complesso, risultato dell'interazione di diversi aspetti fisici, personali e sociali, la limitata quota di varianza spiegata non è un risultato sorprendente, L'analisi dei coefficienti beta delle variabili in esame, permette di considerare il fattore

di personalità Instabilità Emotiva come il principale predittore della preoccupazione verso il proprio peso, seguito dall'Apertura Mentale. I dati evidenziano che a un aumento della preoccupazione per il peso corrisponde un aumento dell'Instabilità emotiva e/o una diminuzione dell'Apertura mentale.

CONCLUSIONI

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) vale a dire anoressia, bulimia, disturbo da alimentazione incontrollata e obesità, sono ormai riconosciuti come un problema sia di salute sia sociale importante, con una caratteristica di multifattorialità che li rende di complessa gestione. Considerando l'incremento negli ultimi anni delle problematiche connesse al cibo e all'insoddisfazione corporea, anche nella prima età scolare, ci si è chiesti quale sia la chiave di accesso per individuare i bambini che potrebbero evidenziare queste problematiche.

Da un punto di vista psicologico e educativo la presente ricerca intendeva porre le basi per la messa a punto programmi di prevenzione e di intervento, in una cornice teorica cognitivo-costruttivista, che non prevede la visione dei disturbi del comportamento alimentare e dell'obesità come diade differente, ma che, al contrario, ritiene che i soggetti che presentano difficoltà legate all'alimentazione sono inquadrabili in un unico continuum, in quanto condividono sia alcuni specifici meccanismi psicologici, sia i modi di percepire la propria esperienza e attribuirvi il proprio significato (Guidano, 1987, 1991; Arciero, 2002). I DCA e l'obesità rappresentano, in quest'ottica, le due estremità dei disturbi clinici collegati al peso, essi hanno in comune caratteristiche causali, simili problemi alla base dello sviluppo, e analoghe possono essere le potenziali strategie di prevenzione.

L'obiettivo della ricerca si è basato su una visione multicausale dei DCA aderendo a un modello biopsicosociale (Leung, Lau, Tse & Oppenheimer, 1996) che comprende gli aspetti psicologici e individuali, da noi analizzati, e le ormai note influenze socioculturali, date nella nostra ricerca come assodate. Sicuramente i fattori socio-culturali sono implicati nel favorire lo sviluppo di questi disturbi; in particolare il ruolo esercitato dalla nostra cultura che associa la magrezza alla bellezza e al valore personale (Dalla Ragione & Mencarelli, 2012).

L'obiettivo, in un'ottica di prevenzione della salute, è stato indagare gli aspetti psicologici e fisici dei bambini in età scolare correlati con la percezione di sé, del proprio soma e del proprio peso, collegando questi aspetti anche al mondo emotivo, considerando che le emozioni e la loro regolazione, secondo la letteratura, giocano un ruolo molto importante nella genesi e nel mantenimento dei DCA (Hilbert & Thuschen-

Caffier, 2007; Czaja, Rief & Hilbert, 2009; Svaldi, Brand & Tuschen-Caffier, 2010; Balmford et al., 2010). Si è scelto di non focalizzare l'attenzione solo sull'immagine corporea, in quanto la notevole diffusione della stessa nella popolazione non clinica suggerisce che la causa dei DCA non può essere ricercata solo all'azione di un'elevata insoddisfazione corporea. Pur riconoscendo all'alterazione dell'immagine corporea il ruolo di componente chiave dei DCA bisogna sempre tenere in considerazione anche altre componenti cognitive e affettive che sembrano giocare un ruolo cruciale. In molti casi alcune caratteristiche individuali, quali il perfezionismo, la bassa autostima, la regolazione delle emozioni e le paure legate alla maturità psicologica, precedono l'esordio dei DCA (Dalla Ragione & Mencarelli, 2012).

Un primo obiettivo della ricerca è stato evidenziare i *core affect* riguardanti i bambini insoddisfatti della propria immagine corporea, intendendo con immagine corporea il quadro mentale che ognuno ha del proprio corpo, vale a dire il modo in cui il corpo appare a ognuno di noi (Schilder, 1935). La definizione fa riferimento a qualcosa di più della semplice percezione, qualcosa che coinvolge la sfera emotiva e affettiva e che si riferisce all'importanza psicologica, cognitiva e comportamentale che gli individui assegnano al proprio corpo. Senza dubbio il concetto di immagine corporea si lega alla percezione dell'immagine di sé e al valore attribuito a sé. Si è scelto di concentrare l'attenzione sull'immagine corporea data la sua notevole rilevanza nel discriminare, in modo netto, le persone con un DCA rispetto ai gruppi di controllo. Inoltre, molti studi la accreditano come uno dei fattori predittivi più affidabili alla base degli atteggiamenti e dei comportamenti alimentari disturbati (Cash e Pruzinsky, 2002).

Come noto in letteratura, l'insoddisfazione riguardo la propria immagine corporea è un elemento chiave nelle genesi dei DCA (Bruch, 1962; Stunkard & Burt, 1967; Stunkard & Mendelson, 1967; Stice, 2002; Levine e Piran, 2004), al di là delle differenti manifestazioni cliniche, c'è un ampio consenso sul fatto che in tutte le patologie del comportamento alimentare, comprendendo in esse anche l'obesità, è presente una qualche percentuale di insoddisfazione corporea.

Considerando che il corpo riveste un ruolo fondamentale nel percorso di costruzione dell'identità personale è facile sottolineare come tale insoddisfazione si ripercuote anche sui livelli di autostima (Wade, Davidson & O'Dea, 2002; Obeid, Buchholz, Boerner, Henderson & Norris, 2013; Keating, Tasca & Hill, 2013) e, nella fascia di età scolare da noi considerata, la concomitanza tra insoddisfazione corporea e

bassa autostima può rivelarsi un fattore di rischio per un buono sviluppo stabile e funzionale.

In generale i risultati del primo studio mostrano che l'insoddisfazione corporea è un aspetto già presente nei bambini del nostro campione. Quasi la metà dei bambini (44,7%), infatti, rivela di essere insoddisfatta della propria immagine corporea, confermando i dati presenti in letteratura secondo cui la percentuale di bambini che, a nove anni, è insoddisfatta della propria immagine corporea, in particolare desiderando essere più magri, varia dal 40% al 55% (Hill, Draper, Stack, 1994; Maloney, McGuire, Daniels, 1988; Schur, Sanders, Steiner, 2000).

Tale risultato mostra che i bambini, già in età precoce, manifestano una discrepanza tra sé reale e sé ideale; tale discrepanza, nel nostro studio, si è rivelata essere indipendente dall'età e dal genere di appartenenza. Tendenzialmente la maggior parte dei bambini insoddisfatti della propria immagine corporea (73.3%) desidererebbe essere più magro di come in realtà si percepisce. In particolare si evidenzia un generale accordo con il peso oggettivo dei bambini; la maggior parte dei bambini sottopeso (67%) desidererebbe essere più grasso, e la maggior parte dei bambini a rischio sovrappeso (93.9%) desidererebbe essere più magro.

Particolare attenzione deve essere posta alla percezione dei bambini normopeso; di essi quasi il 40% è insoddisfatto della propria immagine corporea, tra gli insoddisfatti il 68.3% pur avendo un peso corporeo oggettivo che rientra nei canoni di normalità, mostra comunque il desiderio di essere più magro.

Questo desiderio potrebbe essere collegato all'ormai diffusa interiorizzazione dell'ideale di magrezza e alla rappresentazione negativa dell'obesità tipica della nostra società. A differenza della magrezza, infatti, il sovrappeso e l'obesità non sono favoriti dalla società moderna; siccome la magrezza è elogiata il suo opposto, l'eccesso adiposo, è molto denigrato (Rand & Kuldau, 1990; Silberstein, Striegel-Moore, Timko & Rodin, 1998).

Analizzando gli aspetti che i bambini desidererebbero cambiare del proprio fisico si nota che la maggior parte dei bambini, senza differenze riguardo al genere, desidererebbe cambiare il proprio peso, ponendo l'accento sull'importanza che essi, già in età precoce, danno al corpo come elemento di presentazione del sé. Il corpo deve aderire a canoni estetici socialmente accettati e condivisi, poiché inteso come oggetto sociale che entra sempre in gioco nelle relazioni interpersonali e negli scambi sociali. I

risultati derivati da un'ingente quantità di ricerche, dedicate alle percezioni e agli atteggiamenti dei bambini nei confronti del sovrappeso e dell'obesità, dimostrano che l'interiorizzazione di un'ideale di magrezza non riflette semplicemente il fascino attribuito alle forme corporee snelle, ma risente anche delle opinioni negative, molto diffuse, sul sovrappeso e l'obesità (Dalla Ragione & Mencarelli, 2012).

Altro dato che pone l'accento sull'influenza della cultura di appartenenza, è l'alta percentuale di bambini che desidererebbe essere più muscoloso; la maggior parte di genere maschile. L'aspetto innovativo mostrato dai dati è che, mentre per il peso la maggior parte dei bambini che desidererebbe cambiarlo è insoddisfatto della propria immagine corporea, a proposito dei muscoli la maggior parte dei bambini che vorrebbe essere più muscoloso è invece soddisfatto (66,7%).

Le problematiche legate all'immagine corporea sono sempre più diffuse nella popolazione maschile. La maggiore incidenza è stata attribuita alla crescente tendenza a ritrarre corpi muscolosi nelle più popolari riviste, alle sempre più numerose immagini di uomini muscolosi nei cartoni e nei film. Sembra ormai certo che il confronto sistematico con i modelli, muscolosi nei maschi e di magrezza nelle femmine, aumenti significativamente la tendenza a desiderare un corpo come gli stessi (Dalla Ragione & Mencarelli, 2012).

Si può supporre che, in questo caso, al di là dell'influenza sulla soddisfazione/insoddisfazione verso la propria immagine corporea, gli ideali di bellezza cui aderire sono parte di un copione più ampio che lega la magrezza o la muscolosità alla felicità, alla desiderabilità e allo status sociale. Inserirsi e accettare, fin dalla tenera età, lo schema culturale per cui l'aspetto fisico è assolutamente vitale per il successo e la felicità fa si che la percezione del proprio valore sia direttamente proporzionale a quanto ci si avvicini all'ideale proposto dalla società stessa in cui si vive. Si è portati a imputare al corpo tutto il rapporto con l'esterno, ad affidare a esso la responsabilità della propria esistenza; esso diviene il metro attraverso cui misurarsi.

In entrambi i nostri studi, ci si è soffermati sull'analisi dei tratti di personalità, sulle modalità di regolazione delle emozioni e sulla preoccupazione concernente il peso.

La scelta di indagare questi aspetti è stata compiuta a partire dalle evidenze di vari studi, i quali hanno sottolineato che:

- Alcuni tratti di personalità sono implicati nello sviluppo, nell'espressione sintomatica e nel mantenimento dei DCA (Celio, Winzelberg, Wilfley,

Eppstein-Herald, Springer & Parvati, 2000; Luo, Forbush, Williamson, Markon & Pollack, 2013);

- L'utilizzo di modalità non funzionali di regolazione emotiva sono correlate con la presenza di tali disturbi e con l'insoddisfazione corporea (Corstophine, Mountford, Tomlinson, Waller & Meyer, 2007; Whiteside, Chen, Neigbors, Hunter, Lo & Larimer, 2007; Harrison, Sullivan, Tchanturia & Treasure, 2009; Aldao, 2010);
- La preoccupazione concernente il peso può essere considerata come aspetto basilare per lo sviluppo dei disturbi dell'immagine corporea (Gordon, 1998).

I risultati del primo studio non hanno evidenziato differenze significative, tra i bambini insoddisfatti della propria immagine corporea e quelli soddisfatti, riguardo ai tratti di personalità e alle modalità di regolazione emotiva. La non concordanza tra i dati da noi ottenuti e i dati presentati in letteratura potrebbe essere dovuta a una differenza di campioni per età, essendo la letteratura specifica generalmente riferita a soggetti adulti. Inoltre c'è da considerare che le principali ricerche condotte in quest'ambito si riferiscono a campioni patologici; il nostro campione, invece, fa riferimento a soggetti in età scolare non diagnosticati, e dunque, tendenzialmente non patologici. La motivazione principale alla base della scelta del nostro campione è legata all'obiettivo generale, cioè creare programmi di prevenzione del rischio e di promozione della salute rivolti a soggetti in via di sviluppo e in possibile fase prepatologica. Infatti, sebbene all'osservazione specialistica giungano le forme più gravi di patologia, è altresì vero che ci sono segni e sintomi che possono insorgere già in tenera età che, pur non costituendo criteri diagnostici, sono quasi invariabilmente presenti in soggetti che hanno un DCA.

Riguardo alla preoccupazione per il peso, i risultati mostrano che i bambini insoddisfatti della propria immagine corporea hanno un livello di preoccupazione che differisce significativamente rispetto al livello riscontrato nei bambini soddisfatti. L'alto livello di preoccupazione per il peso riscontrato nei bambini insoddisfatti conferma i dati in letteratura i quali vedono la preoccupazione per il peso come un elemento rilevante alla base dell'insoddisfazione corporea (Gordon, 1998).

È importante sottolineare che l'alto livello di preoccupazione per il peso riscontrato nei bambini insoddisfatti è indipendente dal genere, ma è legato alla reale categoria ponderale di appartenenza. I bambini più preoccupati del proprio peso

corporeo sono i bambini che realmente sono a rischio sovrappeso. Quest'aspetto risulta essere coerente con la realtà. I bambini a rischio sovrappeso, infatti, hanno realmente un eccesso ponderale che potrebbe giustificare la loro maggiore preoccupazione. Si può anche supporre che essi siano maggiormente sottoposti a pressioni esterne che premono a una diminuzione del proprio peso, considerando che l'obesità nell'infanzia è spesso associata con problemi di salute a breve e lungo termine (Baird, Fischer, Lucas, Kleijnen, Roberts & Law, 2005; Freedman, Mei, Srinivanas, Berenson & Dietz, 2007; Nader et al., 2006; Thompson et al., 2007; Xanthakos & Inge, 2007) e a severe conseguenze psicosociali poiché spesso i soggetti che ne sono affetti sono stigmatizzati ed emarginati a causa del loro peso (Puhl & Latner, 2007). In accordo con quanto esposto, i dati confermano che sono i bambini insoddisfatti realmente in sovrappeso che desidererebbero essere più magri ad avere i più alti livelli di preoccupazione riguardante il peso, confermando una visione della magrezza come elemento necessario per essere felici e avere successo; per essere, dunque, soddisfatti di sé come persone (Dalla Ragione & Mencarelli, 2012).

Il secondo obiettivo della ricerca era basato sul presupposto, evidenziato in letteratura (Van der Berg, Paxton, Keery, Wall, Guo, & Neumark-Sztainer, 2007), dell'esistenza di una correlazione lineare positiva tra insoddisfazione corporea e Body Mass Index (BMI). La correlazione esistente tra insoddisfazione corporea e BMI ci ha portato a porre particolare attenzione ai bambini che potrebbero essere considerati come più a rischio, cioè i bambini che presentano un BMI classificabile come a rischio sovrappeso o obesità, nel tentativo di identificare le caratteristiche specifiche che possano caratterizzarli partendo da un dato reale e oggettivo.

Si sono indagati i *core affect* legati alla condizione corporea oggettiva dei bambini in riferimento ai tratti di personalità, alle modalità di regolazione emotiva e alla preoccupazione per il peso, aspetti che, come sottolineato in precedenza, sono implicati nello sviluppo, nell'espressione sintomatica e nel mantenimento dei disturbi alimentari.

I risultati evidenziano, nella suddivisione dei bambini in base alla categoria ponderale di appartenenza calcolata con il BMI (sottopeso - normopeso - rischio sovrappeso), che anche nei soggetti componenti il nostro campione è evidente una correlazione positiva tra insoddisfazione corporea e BMI. Sono i bambini a rischio sovrappeso a essere maggiormente insoddisfatti della propria immagine corporea, rispetto ai bambini sottopeso e normopeso.

Riguardo alla preoccupazione verso il proprio peso i risultati dello studio hanno evidenziato che sono i soggetti a rischio sovrappeso a mostrarsi maggiormente preoccupati, anche in questo caso, come evidenziato nei risultati del primo studio, è possibile attribuire questo elevato livello di preoccupazione alle pressioni culturali e relazionali esterne. Numerosi studi riportati in letteratura (Rand & Kuldau, 1990; Silberstein, Striegel-Moore, Timko & Rodin, 1998; Puhl & Latner, 2007) sottolineano come l'obesità sia oramai un aspetto stigmatizzato, poiché non è più visto solo come patologia, ma considerato anche come aspetto derivante dal non prendersi cura di sé; aspetto totalmente in contrapposizione con gli ideali estetici attualmente vigenti nella nostra società, dove spesso il messaggio trasmetto è riferibile all'uguaglianza tra corpo magro e/o muscoloso e corpo sano (Orbach, 2009) e dove il punto di vista prevalente "grasso è male" è introiettato fin dalla più tenera età. Il soggetto "grasso" è spesso qualificato come indolente, ottuso, trasandato, sporco, disobbediente. Molto spesso i bambini rifiutano qualsiasi deviazione rispetto alla forma corporea "normale" e la maggiore repulsione nei confronti dell'obesità è sempre evidente, prova ne è che le etichette abitualmente abbinate, dai bambini, alle rappresentazioni dei soggetti in sovrappeso sono scarsa intelligenza, pigrizia e isolamento sociale (DeJong & Kleck, 1986; Latner & Stunkard, 2003; Musher-Eizenman, Holub, Miller, Goldestein & Edwards-Leaper, 2004).

Anche all'interno del contesto scolastico, seppur in modo velato, è possibile intravedere quest'aspetto della stigmatizzazione dell'obesità, negli ultimi anni, infatti, i programmi di prevenzione in ambito scolastico si sono prevalentemente incentrati sulla prevenzione dell'obesità intesa in termini di eccesso ponderale, non considerando gli altri aspetti a essa connessi e le altre manifestazioni possibili dei DCA.

Un dato sorprendente che emerge dai risultati dello studio è che la maggiore preoccupazione verso il proprio peso, osservata nei soggetti a rischio sovrappeso, oltre a essere indipendente dal genere di appartenenza e dall'età, è indipendente anche dall'essere o meno soddisfatti della propria immagine corporea. È l'avere un eccesso ponderale in sé a determinare un'elevata preoccupazione; tale preoccupazione è indipendente dall'accettazione da parte del bambino della propria fisicità, come a evidenziare una dispercezione presente nei bambini, secondo cui la preoccupazione connessa all'essere sovrappeso è presente come influenza che proviene dall'esterno. Tutto ciò potrebbe avere collegato sia alle pressioni culturali esterne menzionate, sia

alle pressioni genitoriali.

I genitori moderni, essendo anch'essi influenzati dai canoni estetici e di salute attuali, in caso di eccesso ponderale sono enormemente attivati su questo versante, rimandando tali preoccupazioni ai propri figli, descrivendogli la loro condizione come problematica. L'attivazione genitoriale oltre che dall'adesione a canoni estetici culturalmente accettati (Thode, 1994; Burggraf, 2001; Wisotsky et al., 2006; Marcos, Sebastiàn, Aubalat, Ausina & Treasure, 2013; Godfey, Rhodes & Hunt, 2013) potrebbe essere da ricercare, anche, nell'evidenza delle complicanze cardiovascolari o dell'apparato muscolo-scheletrico che l'obesità comporta, e nel lungo periodo alla forte associazione tra obesità e malattie gravi come diabete, malattie del fegato o colecisti, cancro e ipertensioni; inoltre numerose sono le evidenze del nesso tra l'eccessiva assunzione di cibo, con conseguente sovrappeso e obesità, e l'aumento della morbilità e della mortalità (Pi-Sunrey, 1993; Pinhas-Hamiel, Dolan, Daniels, Standiford, Khoury & Zaitler, 1996).

Anche in questo studio, come nel precedente, non emergono tratti di personalità o modalità di regolazione delle emozioni che caratterizzano in modo specifico i bambini appartenenti a categorie ponderali differenti.

In entrambi gli studi, dunque, si evidenza che nessun tratto di personalità o modalità di regolazione emotiva può essere chiamata in causa, all'età cui ci riferiamo, nell'identificazione dei bambini insoddisfatti della propria immagine corporea o a rischio sovrappeso. Essendo assodato che, alcuni tratti di personalità e l'uso di modalità di regolazione emozionale disfunzionali, sono correlati alla presenza di DCA, si può pensare che sebbene essi si configurino come fattori di rischio in età adolescenziale e adulta non lo sono nella prima età scolare. I fattori di rischio non sono immutabili nel tempo, la loro rilevanza e la loro potenza può cambiare nel corso dello sviluppo (Reid & Eddy, 1997). Alcuni fattori di rischio possono essere particolarmente significativi solo in alcune fasi; è sempre importante per questo considerare la dimensione temporale; infatti, se non si tiene conto di essa, si corre il rischio di perdere importanti opportunità di pianificare interventi di prevenzione efficaci (Catalano, Hawkins, Berglund, Pollard & Arthur, 2002).

Da una visione d'insieme dei risultati emerge che la preoccupazione per il peso è un aspetto rilevante, su cui porre grande interesse. Analisi approfondite sul costrutto hanno permesso di evidenziare che, oltre agli aspetti legati alla percezione di sé e al

peso aspetti che, come già sottolineato, incidono sulla presenza o meno di preoccupazione, il livello di preoccupazione stesso è spiegato anche dalla presenza di alcuni specifici tratti di personalità. In particolare è l'Instabilità Emotiva il principale perditore della preoccupazione verso il proprio peso corporeo, seguito dall'Apertura Mentale. Come sottolineato in letteratura la disregolazione emotiva è uno dei fattori ritenuti centrali alla base dei DCA (Hilbert & Thuschen-Caffier, 2007; Czaja, Rief & Hilbert, 2009; Svaldi, Brand & Tuschen-Caffier, 2010; Balmford et al., 2010). Negli studi da noi condotti essa non risulta un aspetto e che differisce significativamente in base alla presenza o meno di insoddisfazione, e in base alla categoria ponderale di appartenenza.

Nonostante ciò, sulla base dei risultati ottenuti in relazione preoccupazione del peso, possiamo ipotizzare che l'Instabilità Emotiva, nella fascia di età da noi considerata, non agisce direttamente sull'insoddisfazione corporea e sui comportamenti alimentari disfunzionali, ma la sua azione d'influenza su questi aspetti è indiretta. In particolare essa agisce sulla preoccupazione verso il peso, la quale, a sua volta, è correlata all'insoddisfazione corporea.

Da non sottovalutare è anche il tratto di personalità Apertura mentale. I dati sottolineano che a una minore apertura mentale dei bambini, cioè a una scarsa apertura verso nuove idee, a una propensione a essere abitudinari e a non amare le novità, a uno scarso interesse verso gli stimoli esterni si lega una maggiore preoccupazione per il peso corporeo.

La minore Apertura mentale, in un ottica cognitivo-costruttivista, può essere vista come la messa in atto di una strategia per contrastare il senso di inadeguatezza e di incapacità personale tipica di questi soggetti. Essi tendono a ricercare criteri rigidi a cui aderire per favorire lo sviluppo di una percezione di sé netta e definita. L'adesione a criteri rigidi genera un'eccessiva e acritica difesa del proprio punto di vista e porta i soggetti ad assumere un atteggiamento di chiusura. L'atteggiamento di chiusura, a sua volta, porta ad evitare di esporre le proprie impressioni o convinzioni.

Inoltre, la minore Apertura Mentale, può essere anche intesa come paura di mettersi in gioco in contesti nuovi e sconosciuti. Essa potrebbe essere spiegata attraverso la paura di esporre il proprio corpo a contesti nuovi in cui si è esposti al rischio di giudizio e di non accettazione. Come sottolineato da Guidano (1987) è tipica dei soggetti che presentano un DCA, l'oscillazione tra un bisogno assoluto di

approvazione, ricercata in contesti conosciuti, e la paura assoluta di potere essere disconfermati. Con la chiusura verso nuove esperienze e verso nuovi contesti si riduce l'esposizione a critiche da cui potrebbero derivare sensi intollerabili di inadeguatezza e/o incompetenza e incapacità personale. Altro aspetto bloccante è la particolare vulnerabilità ai giudizi negativi, sentirsi esposti alle critiche, infatti, innesca una percezione di sé negativa e intollerabile che può arrivare a un senso di disorientamento e annullamento.

In conclusione, riferendoci alla prevenzione del rischio e della promozione della salute in relazione ai DCA e all'obesità, è possibile riflettere sugli aspetti rilevanti emersi in modo da prospettare la creazione di programmi di sensibilizzazione e di prevenzione primaria mirati ed efficaci in tale campo; i programmi, in tale caso, mirano a cogliere il disagio in fase nascente, in fase perciò presindromica, tendando di arginare i possibili sviluppi patologici.

Lavorare nell'ottica promozionale significa rendere forte l'individuo, fare in modo che possa sentirsi adeguato alle diverse situazioni che si trova ad affrontare, potendo fare ricorso a differenti risorse che gli consentano tanto di costruire un progetto per il futuro, quanto di gestire con efficacia le situazioni contingenti (Bertini, Braibanti & Gagliardi, 1999).

Sulla base dei dati è evidente che l'impostazione di programmi mirati alla specifica fascia di età analizzata, oltre a tenere presente la molteciplità delle variabili in gioco e la loro interazione lungo il tempo in termini di caratteristiche personali dei soggetti che ne saranno i possibili fruitori, deve tenere come fulcro centrale l'aspetto, non sempre considerato come rilevante, della preoccupazione che i bambini hanno nei confronti del proprio peso.

Una volta che quest'aspetto è stato posto al centro dei programmi, è utile riuscire a individuare le modalità migliori per far si che nei soggetti, in cui è particolarmente presente, sia sollecitato lo sviluppo di risorse e competenze psicologiche e sociali al fine di promuovere un maggiore benessere (Bertini, Braibanti & Gagliardi, 1999). L'obiettivo non è quello di valutare il grado di normalità o di gravità del costrutto cui ci stiamo riferendo, ma di lavorare con i bambini in modo diretto e consapevole su di esso e sugli altri fattori, evidenziati dai risultati, a esso connessi, come l'aspetto di insoddisfazione corporea, BMI elevato e aspetti legati all'instabilità emotiva e all'apertura verso nuove esperienze, aiutandoli a percepirsi e valutarsi sulla base di

caratteristiche personali e non solo in relazione alla propria fisicità.

Per attuare un lavoro basato sui fini sopra esposti, è importante predisporre, in ambito scolastico, strategie di prevenzione primaria per poi, progressivamente, definire diverse modalità di intervento, cercando di renderle quanto più accessibili e fruibili. Come riportato in letteratura, una semplice spiegazione delle conseguenze, dannose a livello fisico e mentale, che gli aspetti evidenziati possono avere, non è funzionale. È importante lavorare in modo diretto sui temi, portate i bambini a riconoscerli e a elaborarli personalmente favorendo l'instaurarsi di un clima interattivo, cooperativo e non giudicante all'interno dei quali possono esporsi e confrontarsi (Giori, 1998).

Limiti e sviluppi futuri

I soggetti che hanno preso parte alla ricerca sono rappresentativi solo degli alunni degli ultimi tre anni della scuola primaria di primo grado, e al loro interno non vi è una distribuzione uniforme per età. Sarebbe auspicabile coinvolgere una fascia più ampia di età, comprendendo anche l'adolescenza, al fine di evidenziare l'eventuale presenza di differenze statisticamente significative tra le differenti fasce di età.

Oltre al genere e all'età, variabili considerate nella ricerca, la letteratura indaga anche la relazione tra le dimensioni analizzate e l'etnia di appartenenza (Hill E Bhatti, 1995). A tal fine sarebbe interessante analizzare le modalità con cui, i bambini italiani e i bambini di etnia diversa, si pongono nei confronti delle dimensioni stesse.

Inoltre, i risultati emersi sono relativi solo all'ambito della provincia Milanese e non sono perciò rappresentativi della realtà italiana globalmente considerata, sarebbe utile avviare una collaborazione per analizzare lo stato della realtà in altri contesti geografici italiani.

Infine i questionari utilizzati nella ricerca sono tutti questionari *self report* con restituzione immediata. Essi riescono a dare un valore alle dimensioni da noi analizzate, ma non necessariamente le risposte fornite corrispondono al reale atteggiamento dei bambini verso le dimensioni prese in considerazione. Bisogna sempre sottolineare che le risposte date possono essere ridimensionate o enfatizzate dai soggetti, che alcune tendenze personali possono non essere rivelate, aderendo alla desiderabilità sociale, poiché fonte di imbarazzo o di possibile pregiudizio. Le risposte, soprattutto nel caso di bambini, tendenzialmente sono sempre date anche quando la domanda non è totalmente

chiara. Nella nostra ricerca spesso sono stati chiesti chiarimenti soprattutto riguardo alle domande dell'ERQ-CA, a ogni richiesta è corrisposto un tentativo di spiegazione dell'item, ma non è stato possibile poi valutare la reale comprensione o meno dello stesso. Inoltre gli studi *self report* sono intrinsecamente influenzati dai sentimenti della persona nel momento in cui compila il questionario.

A tal fine per valutare la reale propensione dei bambini verso le dimensioni analizzate, potrebbe essere opportuno associare alla parte di questionari *self report* anche un'intervista per analizzare in modo più approfondito i temi indagati.

In conclusione si ritiene utile, come sottolineato, allargare l'indagine e le sue modalità a campioni di età e cultura più ampi, considerando anche le diverse aree geografiche italiane. Impostato un programma di raccolta dati, che tiene in considerazione i limiti evidenziati in precedenza, si può procedere con la progettazione di interventi mirati e specifici per affrontare il tema dei DCA in modo consono ed efficace.

BIBLIOGRAFIA

- Abbott, D.W., de Zwaan, M., Mussell, M.P., Raymond, N.C., Seims, H.C., Crow, S.J., Crosby, R.D., & Mitchell, J.E. (1998). Onset of binge eating and dieting in overweight women: Implications for etiology, associated features and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 367-374.
- Abraczinskas, M., Fisak Jr., B. & Barnes, R.D. (2012). The relation between parental influence, body image, and eating behaviors in a nonclinical female sample. *Body Image*, 9, 93-100.
- Adami, G.F., Gandolfo, P., Campostano, A., Meneghelli, A., Ravera, G., & Scopinaro, N. (1998). Body image and body weight in obese patients. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 299-306.
- Agras, W.S., Brandt, H.A., Bulik, C.M., Dolan-Sewell, R., Fairburn, C.G., Halmi, K.A. et al. (2004). Report on the National Institute of Health Workshop on overcoming barriers to treatment research in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorder*, 35, 509-521.
- Alario, P., Gamallo, A., Beato, M.J., & Trancho, G. (1987). Body weight gain, food intake and adrenal development in chronic noise stressed rats. *Physiology & Behavior*, 40, 29-32.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweiser, S. (2010). Emotion regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- Allen, K.L., Byrne, S.M, McLean, N.J., & Davis, E.A. (2008). Over concern whit weight and shape is not the same body dissatisfaction: evidence from a prospective study of pre-adolescent boys and girls. *Body image*, 5, 261-270.
- American Academy of Pediatrics (2010). Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*, 1240-1253.
- Anolli, L. (2002). *Le emozioni*. Milano: Unicopli.
- Anolli, L., & Legrenzi, P. (2009). Psicologia generale (4th Ed.). Bologna: Il Mulino.
- Anschutz, D.J., & Engels R.C. (2010). The effects of playing with dolls on body image and food intake in young girls. *Sex Roles*, 63, 9-10, 621-630.
- APA American Psychiatric Association, (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edition. Washington: American Psychiatric Association.
- APA American Psychiatric Association, (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edition, Text Revision. Washington: American Psychiatric Association.

- APA American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition. Washington: American Psychiatric Association.
- APA American Psychiatric Association, (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition, Text Revision. Washington: American Psychiatric Association.
- APA American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition. Washington: American Psychiatric Association.
- Arbour, K.P., & Martin-Ginis, K. (2006). Effects of exposure of muscular and hypermuscolar images on young man's muscularity dissatisfaction and body dissatisfaction. *Body Image: An International Journal of Research*, 3, 153-162.
- Archinbald A.B., Graber, J.A., & Brooks-Gunn, J. (1999). Association among parent-adolescent relationship, pubertal growth, dieting, and body image in young adolescent girls: a short-term longitudinal study. *Journal of Research on Adolescence*, 9, 395-415.
- Arciero, G. (2002). Studi e dialoghi sull'identità personale: riflessioni sull'esperienza umana. Torino: Bollati Boringhieri.
- Arciero, G., & Reda, M.A. (1994). *Processi simbolici e sviluppo dell'identità personale. L'immagine riflessa. Testi, società, culture.* Anno IV, 2. Atti del convegno: Il simbolo oggi. Teorie e pratiche. Siena, 24-26 novembre 1994.
- Ardone, R. (1998). Abilità pro-sociali e rappresentazione del benessere-malessere in adolescenza. *Età Evolutiva*, 65, 100-108.
- Argyle, M. (1988). Bodily communication. London: Methuend.
- Austin, S.B. (2000). Prevention research in eating disorders: theory and new directions. *Psychological Medicine*, 30, 1249-1262.
- Austin, S.B. (2001). Population-based prevention of eating disorder an application of the rose prevention model. *Preventive Medicine*, 32, 268-283.
- Bair, C.E., Kelly, N.R., Serdar, K.L., & Mazzeo, S.E. (2012). Does the Internet function like magazines? An exploration of image-focused media, eating pathology, and body dissatisfaction. *Eating Behaviors*, 13, 4, 398-401.
- Baird, J., Fischer, D., Lucas, P., Kleijnen, J., Roberts, H., & Law C. (2005). Being big or growing fast: systematic review of size and growth in infancy and later obesity. *British Medical Journal*, 331, 929-935.
- Balmford, A., Bennun, L., ten Brink, B., Cooper, D., Côté, I.M., Crane, P. et al. (2010). The Convention on Biological Diversity's 2010 target. *Himalayan Journal of Science*, 3, 5, 43-45.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of through and action. A social cognitive theory*. New York: Prentice-Hall.

- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: the exercise of control. New York: Freeman.
- Bara, B.G. (1996). Manuale di psicoterapia cognitiva. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bara, B.G. (1999). *Pragmatica cognitiva. I processi mentali della comunicazione*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bara, B.G. (2005). *Nuovo Manuale di psicoterapia cognitiva. Vol. I-II-III*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Barbaranelli, C., Caprara, G.V., & Rabasca, A. (1998). *BFQ-C Big Five Questionnaire Children: Manuale*. Firenze: Organizzazioni speciali.
- Barbuti, S., Fara, G.M. & Giammanco, G. (2011). *Igiene*. Milano: Monduzzi Editore.
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., & Uppala, S. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27, 3, 384-405.
- Barilaro, A., & Celata, A. (2000). (F)Attori di prevenzione. Da un'esperienza territoriale un metodo di lavoro possibile contro le dipendenze. Milano: Franco Angeli.
- Barlow, D.H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55, 11, 1247-1263.
- Barlow, S.E., & Expert Committee (2007). Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: Summary report. *Pediatrics*, 120, S164-S192.
- Baronciani, D., & Vicoli, L. (2004). La prevenzione dell'abuso all'infanzia. Il ruolo del pediatra. In D. Bianchi (Ed.), *La prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza*. Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, Istituto degli Innocenti di Firenze, 133-153.
- Bearman, S.K., Presnell K., Martinez, E., & Stice, E. (2006). The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 35,2, 229-241.
- Bell, R.M. (1985). Holy Anorexia. Chicago: University of Chicago Press.
- Bemporad, J.R. (1996). Self-starvation thought the ages: Reflection on the prehistory of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 3, 217-238.
- Benedikt, R., Wertheim, E.H., Love, A. (1998). Eating attitudes and weight-loss attempts in female adolescents and their mothers. *Journal of Youth and Adolescence*, 27, 43-57.

- Bertini, M., Braibanti, P., & Gagliardi, M.P. (1999). I programmi di life skills education (LES) nel quadro della moderna psicologia della salute. *Psicologia della salute*, 3, 13-29.
- Bhanh, S., & Newton, V.B. (1985). Richard Morton's account of "Nervous Consumption". *International Journal of Eating Disorders*, 4, 589-595.
- Bischof, D. (1992). Consideration about the problem of interpsychic and intrapsychic splitting in anorectic patient. *Praxis del Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 41, 95-97.
- Blanco, S., & Reda M.A. (2004). Qualità dell'informazione e prevenzione. Indagine sulle conoscenze relative all'anoressia in una popolazione scolastica. *Rivista italiana di psicosomatica*, 16.
- Bloom, B.L. (1968). The evaluation of primary prevention programs. In L.M. Roberts, N.J. Greenfield & M.H. Miller (Eds.), *Comprehensive mental health: the challenge of evaluation*. Madison: University of Wisconsis Press.
- Bloom, M., & Gullotta, T.P. (2003). Evolving definition of primary prevention. In T.P. Gullotta & M. Bloom (Eds.), *Encyclopedia of primary prevention and health promotion*. New York: Kluwer Academic Plenum.
- Bonichini, S. (2002). Prima infanzia: emozioni e vita sociale. Roma: Carocci.
- Bonino, S. (2006). Contagio, empatia e comportamento prosociale. In G.V. Caprara & S. Bonino (Eds.), *Il comportamento prosociale*. Trento: Erickson Editore.
- Bonino, S. (2006). Mille fili mi legano qui. Roma: Laterza.
- Bonino, S., & Cattelino, E. A cura di) (2008). *La prevenzione in adolescenza. Percorsi psicoeducativi di intervento e rischio e la salute.* Trento: Erickson Editore.
- Bonino, S., & Fraczek, A. (1996). Adolescenti e salute: incursioni nel rischio. *Psicologia Contemporanea*, 137, 50-57.
- Bonino, S., Cattelino, E., & Ciairano, S. (2003). Adolescenti e rischio. Firenze: Giunti.
- Bonnier, P. (1905). L'aschèmatie. Revue Nurologique, 54, 605-621.
- Borca, G. (2008). La prevenzione in adolescenza. Trento: Erickson Editore.
- Bornstein, R.F. (2001). A meta-analysis of the dependency-eating-disorders relationship: Strength, specificity, and temporal stability. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 3, 151-162.
- Boroughs, M.S., Krawczyk, R., & Thompson, J.K. (2010). Body dysmorphic disorders among diverse racial7ethnic and sexual orientation groups: prevalence estimates and associated factors. *Sex Roles*, 63, 725-737.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss. Vol. I, Attachment. New York: Basic.
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss. Vol. II, Separation: anxiety and anger. New York: Basic.

- Bowlby, J. (1980). Attachment and loss. Vol. III, Loss. New York: Basic.
- Bowlby, J. (1988). A sicure base. London: Routlege.
- Braibanti, P. (Ed.) (2003). *Orizzonti e nodi critici della psicologia della salute*. Milano: Franco Angeli.
- Brandtstaedter, J., & Lerner, R.M. (Eds.) (1999). *Action and self-development. Theory and research through the life span*. Thousand Oaks: Sage.
- Brody, M.L., Walsh, B.T., & Devlin, M.J. (1994). Binge eating disorder: Reliability and validity of a new diagnostic category. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 381-386.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecologia dello sviluppo umano. Bologna: Il Mulino.
- Brown, A.J., Parman, K.M., Rudat, D.A. & Craighead, L.W. (2013). Disordered eating, perfectionism, and food rules. *Eating Behaviors*, 13, 347-353.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbance in Anorexia Nervosa. *Canadian Journal of Psychiatry* , 26, 187-94.
- Brumberg, J.J. (1988). Fasting girls: The history of anorexia nervosa. New York: Penguins Books.
- Bryant-Waugh, R. (2006). Eating disorders in children and adolescents. In S. Wonderlich, J. Mitchell, M. de Zwaan, & H. Steiger (Eds.), *Annual review of eating disorders*, *Part 2* (pp. 131-144). Oxford, England: Radcliffe.
- Bryant-Waugh, R., & Lask, B.(2000). *Disturbi alimentari: guida per genitori e insegnanti*. Traduzione italiana a cura di R. Ostuzzi. Trento: Erickson Editore.
- Bryant-Waugh, R.J., & Lask, B. (2007). Overwiew. In B. Lask & R. Bryant-Waugh (Eds.), *Anorexia Nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence* (pp. 30-45). London: Routledge.
- Bryant-Waught, R. (2000). Overview of eating disorders. In B. Lask & R. Bryant-Waught (Eds.), *Anorexia Nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. Hove, England: Psychology Press.
- Bulik, C. M., Tozzi, F., Anderson, C., Mazzeo, S. E., Aggen, S., & Sullivan, P. F. (2003). The relation between eating disorders and components of perfectionism. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 2, 366-368.
- Bulik, C., Sullivan, P.F., Wade, T.D., & Kendler, K.S. (2000). Twin studies of eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 1-20.
- Burggraf, K.K. (2001). Eating Disorder symptomatology and media, family, psychological, and maturational variables: A longitudinal study of young females. Dissertation Abstracts International: Section B. *The Sciences and Engineering*, 61, 12-B.

- Burniant, W., Cole, T., Lissau, I., & Poskitt, E. (2002). *Child and adolescent obesity. Causes, consequences, prevention and management.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Buzzi, C. (1994). La salute del futuro. Bologna: Il Mulino.
- Cacciari, E., Milani, S., Balsamo, A., Spada, E., Bona, G., Cavallo, L., Cerutti, F., Gargantini, L., Greggio, M., Tomini, G., & Cicognani, A. (2006). Italian cross-sectional growth charts for heght, weight and BMI. *Journal of Endocrinological Investigation*, 29, 581-593.
- Cachelin, F.M., Striegel-Moore, R.H., Elder, K.A., Pike, K.M., Wilfley, D.E., & Fairburn, C.G. (1999). Natural course outcome of a community sample of women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 45-54.
- Calandri, E. (2008). La prevenzione efficace in adolescenza: suggerimenti dalla letteratura scientifica. In S. Bonino & E. Cattelino (A cura di), *La prevenzione in adolescenza. Precorsi psicoeducativi di intervento sul rischio e la salute.* Trento: Erickson Editore.
- Campos, J.J, Frankel, C.B., & Camras, L. (2004). On the nature of emotion regulation. *Child Development*, 75, 2, 377-394.
- Caplan, G. (1964). Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books.
- Carey, R.N., Donaghue, N., & Broderick ,P. (2014). Body image concern among Australian adolescent girl: the role of body comparisons with models and peers. *Body Image*, 11, 81-84.
- Carlat, D.J., & Carmango, C.A.Jr. (1991). Review of bulimia nervosa in males. *American Journal of Psychiatry*, 148, 831-843.
- Carlini, M.G., & Farneti, P. (1980). *Il ruolo del corpo nello sviluppo psichico*. Torino: Loescher.
- Carter, J., Stewart, D.A., Dunn, V.J., & Fairburn, C. (1997). Primary prevention of eating disorders: might it do more harm than Good?. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 167-172.
- Cash, T.F. (2001). The body image workbook: An 8-step program for learning to like your looks. Oakland: New Harbinger.
- Cash, T.F. (2005). The influence of sociocultural factors on body image: searching for constructs. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 4, 438-442.
- Cash, T.F., Winstead, B.A., & Janda, L.H. (1986). Boby image survey report: The great American shape-up. *Psychology Today*, 20, 30-44.
- Cash, T.F., & Pruzinsky, T. (2002). *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Cash, T.F., Winstead, B.A., & Janda, L.J. (1986). Body image survey report: the great American Shape-up. *Psychology Today*, 24, 30-37.

- Caso, D. (2008). La gestione della sessualità. In G. Petrillo & D. Caso (A cura di). Promuovere la salute nei contesti educativi. Comportamenti salutari e benessere tra gli adolescenti. Milano: Franco Angeli.
- Catalano, R.F., Berglund, M.L., Ryan, J.A.M., Lonczak, H., & Hawlins, J.D. (1999). *Positive youth development in United State. Research findings on evaluation of positive youth development programs.* Washington: Department of Health and Human Science.
- Catalano, R.F., Hawkins, J.D., Berglund, L., Pollard, J.A., & Arthur, M.W. (2002). Prevention science and positive youth development: competitive or cooperative framework. *Journal of Adolescent Health*, 31, 230-239.
- Catanzaro, S.J. (1997). Mood regulation expectancies, affect intensity, dispositional coping and depressive symptom: a conceptual analysis and empirical reanalysis. *Personality and Individual Differences*, 23, 1065-1069.
- Catterin, J., Thompson, J.K., Thomas, C.M., & Williams, R. (2000). Body image, mood and televised image of attractiveness: the role of social comparison. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 220-239.
- Celio, A.A., Winzelberg, A.J., Wilfley, D.E., Eppstein-Herald, D., Springer, E.A., & Parvati, T.C. (2000). Reducing risk factors for eating disorders: Comparison of an Internet- and a classroom-delivered psychoeducational program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 4, 650-657.
- Chamay-Weber, C., & Narring, F. (2006). Eating disorders prevention: does school have a role to play? *Revue Mèdical Suisse*, 2, 69, 1531-1534.
- Chang, F.C, Lee, C.M., Chen, P.H., Chiu, C.H., Pan, Y.C., & Huag, T.F. (2013). Association of thin-ideal media exposure, body dissatisfaction and disordered eating behaviors among adolescents in Taiwan. *Eating Behaviors*, 14, 382-385.
- Chua, J.L., Touyz, S., & Hill, A.J. (2004). Negative mood-induced overeating in obese binge eater: an experimental study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 28, 606-610.
- Cohen, L., & Maine, M. (1998). More harm than good. *Eating Disorders: Journal of Treatment and Prevention*, 6, 93-95.
- Coie, J.D., Watt, N.F., West, S.G., Hawkins, J.D., Asarnow, J.R., Markman, H.J., et al. (1993). The science of prevention; a conceptual framework and some direction for a national research program. *American Psychologist*, 48,10, 1013-1022.
- Cole, T.J. (2002). Growt references and the LMS method. In G. Gilli, L. Schell & L. Benso (Eds.), *Human growth from conception to maturity*. London: Smith-Gordon.
- Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., & Dietz, W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320, 1240-1243.

- Collins, M.E. (1991). Body figure perceptions and preferences among preadolescent children. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 199-208.
- Collins, W.J. (1984). Anorexia Nervosa. The Lancet, 1, 202-203.
- Conner, M., Johnson, C., & Grogan, S. (2004). Gender, sexuality, body image and eating behaviors. *Journal of Health Psychology*, 146, 15-30.
- Contessa, G. (1994). La prevenzione. Teoria e modelli di psicosociologia e psicologia di comunità. Torino: Città Studi.
- Cooper, P.J., Watkins, B., Bryant-Waugh, R., & Lask, B. (2002). The nosology of eating disorder of early onset. *Psychological Medicine*, 32, 873-880.
- Corstophine, E., Mountford, V., Tomlinson, S., Waller, G., & Meyer, C. (2007). Distress tolerance in the eating disorders. *Eating Behavior*, 8, 91-97.
- Cowen, E.L. (2000). Psychological wellness: some hope for the future. In D. Chicchetti, J. Rapaport, J., I. Sandler & R.P. Weissberg. *The promotion of wellness in children and adolescents*. Washington: Child Welfare League of America.
- Crisp, A.H. (1983). Anorexia nervosa. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 287, 855-858.
- Crosby, R.D., Wonderlich, S.A., Engel, S.G., Simonich, H., Smyth, J., & Mitchell, J.E. (2009). Daily mood patterns and bulimic behaviors in the natural environment. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 181-188.
- Czaja, J., Rief, W., & Hilbert, A. (2009). Emotion regulation and binge eating in children. *International Journal of eating disorders*, 42, 4, 356-362.
- Dalla Ragione, L., & Mencarelli, S. (2012). *L'inganno dello specchio*. Milano: Franco Angeli.
- Dalle Grave, R. (2003). Prevenzione dei disturbi alimentari nella scuola: progressi e prospettive. Atti del convegno Obesità e Dca: prevenzione e cura, pubblico e privato. Supplemento al *Giornale Italiano di Diabetologia e Metabolismo*, 3, 17-25.
- Dalle Grave, R. (2011). Eating disorders: progress and challenges. *European Journal of Internal Medicine*, 22, 153-160.
- Damasio, A.R. (1999). The feeling of what happens. Body and emotion in the making of consciousness. New York: Harcourt Brace & Company.
- Davis, M. M., Gance-Cleveland, B., Hassink, S., Johnson, R., Paradis, G., & Resnicow, D. (2007). Recommendations for prevention of childhood obesity. *Pediatrics*, 120, S229-S253.
- Davison, K.K., Markey, C.N., & Birch, L.L. (2003). A longitudinal examination of patterns in girls' weight concerns and body dissatisfaction from ages 5 to 9 years. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 320-332.

- Davison, T.E., & McCabe M.P. (2006). Adolescent body image and psychosocial functioning. *The Journal of Social Psychology*, 146, 1, 15-30.
- Dehghan, M., Akhtar-Danesh, N., & Merchant, A.T. (2005). Childhood obesity, prevalence and prevention. *Nutritional Journal*, 4, 24, 1-8.
- DeJong, W., & Kleck, R.E. (1986). The social psychological effects of overweight, in C.P. Herman, M.P. Zanna, & E.T. Higgins (Eds.), *Psysical apparence, stigma, and social behaviour: the Ontario Symposium.* Hillsdale: Lawrence Herlbaum.
- Del Giudice, M., & Colle, L. (2007). La regolazione emotiva in età scolare. Differenze individuali nelle strategie di fronteggiamento. *Età evolutiva*, 87, 5-18.
- Denham, S. (1998). *Emotional development in young children*. New York: Guilford Press.
- Devereux, G. (1972). Essais d'etnopsychiatie générale. Paris: Gallimard.
- Devlin, M.J., Goldfein, J.A., & Dobrow, I. (2003). What is this thing called BED? Current status of binge eating disorder nosology. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 2-18.
- Di Blasio, P. (2005). *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali*. Milano: Edizioni Unicopli.
- Durklak, J.A. (1997). Successful prevention programs for children and adolescents. New York: Plenum.
- Einsenberg, N., & Spinrad, T. (2004). Emotion-related regulation: Sharpening the definition. *Child Development*, 75, 334-339.
- Elder, K.A., Grilo, M., Mashed, R.M., et al. (2006). Comparison of two self-report instruments for assessing binge eating in bariatric surgery candidates. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 545-460.
- Engels, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Engels, G.L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: a transdiagnostic theory and treatment. *Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fairburn, C.G., & Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. The Lancet, 361, 407-416.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 8-10.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: a transdiagnostic theory and treatment. *Behavior Research and Therapy*, 41, 509-528.

- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., Norman, P., & O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry*, 57, 659-665.
- Fairburn, C.G., Doll, H.A., Welch, S.L., Hay, P.J., Davies, B.A., & O'Connor, M.E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 425-432.
- Fallon, A.E., & Rozin, P. (1985). Sex differences in perception of desirable body shape. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 102-105.
- Favaro, A., Caregaro, L., Tenconi, E., Bosello, R., & Santonastaso, P. (2009). Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 1715-1721.
- Favaro, A., Zanetti, T., Huon, G., & Santonastaso, P. (2005). Engaging teachers in an eating disorders preventive intervention. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 73-77.
- Ferrer-Wreder, L., Stattin, H., Cass Lorente, C., Tubman J.G., & Adamson, L. (2004). Successful prevention and youth development programs. Across borders. New York: Kluwer Academic/Plenum Publischer.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relation*, 7, 117-140.
- Fichter, M.M., & Quadflieg, N. (2004). Twelve-year course and outcome of bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 34, 1395-1406.
- Fichter, M.M., & Quadflieg, N. (2005). Long-term course and outcome of BED and BN. Does it differ? Paper presented at the *Meeting of the Eating Disorders Research Society*, Toronto, ON, Canada.
- Field, A.E. (2004). Risk factors for eating disorders: an evaluation of the evidence. In J.K. Thompson (Ed.), *Handbook of Eating Disorders and Obesity*. Hoboken, New Yersey: John Wiley & Sons.
- Fisher, G., Fisher, J., Stark, R. (1980). The body image. In R. B. Stark, *Aesthetic Plastic Surgery*. Little Boston: Brown.
- Fitzgibbon, M.L., & Kirschenbaum, D.S. (1990). Heterogeneity of clinical presentation among obese black females: A review of the literature. *Addictive Behaviors*, 15, 291-295.
- 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 effect of body esteem. *Body Image*, 9, 68-75.
- Ford, D.H., & Lerner, R.M. (1995). *Teoria dei sistemi evolutivi*. Milano: Raffaello Cortina.

- Forney, K.J., & Ward, R.M. (2013). Examining the moderating role of social norms between body dissatisfaction and disordered eating in college students. *Eating Behaviors*, 14, 73-78.
- Forney, K.J., Holland, L.A., & Keel, P.K. (2012). Influence of peer context on the relationship between body dissatisfaction and eating pathology in women and men. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 8, 982-989.
- Fosson, A., Knibbs, J., Bryant-Waugh, R., & Lask, B. (1987). Early onset anorexia nervosa. *Archives of Disease in Childhood*, 621, 114-118.
- Franko, D.L. (2001). Rethinking prevention effort in eating disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 265-270.
- Franko, D.L., & Striegel-Moore, R.H. (2007). Psychosocial risk for eating disorders: What's new? *Annual Review of Eating Disorders*, Part 1, 51-62.
- Freedman, D. S., Mei, Z., Srinivanas, S., Berenson, G., & Dietz, W. (2007). Cardiovascular risk factors and excess adiposity among overweight children and adolescents: The Bogalusa Heart Study. *Journal of pediatrics*, 150, 12-17.
- Fridja, N., Ortony, A., Sonnemans, J., & Core, G.L. (1992). The complexity or intensity-Issues concerning the structure of emotion intensity. In M.S. Clark (Eds.), *Emotion*. Newbury Park: Sage Publications.
- Fridja, N.H. (1988). The laws of emotions. *The American Psychologist*, 43, 5, 349-358.
- Galanti, K., Gluck, M.E., & Geliebter, A. (2007). Test meal intake in obese binge eaters in relation to impulsivity and compulsivity. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 727-732.
- Galimberti U. (1987). *Il corpo*. Milano: Feltrinelli.
- Galioto, R., & Crowter, J.H. (2013). The effects of exposure to slender and muscular image on male body dissatisfaction. *Body Image*, 10, 566-573.
- Garfinkel, P.E., & Garner, D.M. (1982). *Anorexia Nervosa: A multidimensional perspective*. New York: Brunner & Mazel.
- Garner, D.M. (1991a). *Eating Disorders Inventory C.* Lutz: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D.M. (1991b). *Manual for the Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2)*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D.M., & Dalle Grave, R. (1999). *Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. Verona: Positive Press.
- Geliebter, A., Hassid, G., & Hashim, S.A. (2001). Test meal intake in obese binge eaters in relation to mood and gender. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 4, 488-494.

- Giori, F. (1998). Adolescenza e rischio. il gruppo classe come risorsa per la prevenzione. Milano: Franco Angeli.
- Godart, N. T., Flament, M. F., Perdereau, F., & Jeammet, P. (2002). Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: A review. *The International Journal of Eating Disorders*, 32, 3, 253-270.
- Godfey, K., Rhodes, P., & Hunt, C. (2013). The relationship between family mealtime interactions and eating disorder in childhood and adolescence: A systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 34, 1, 54-74.
- Goldfein, J.A., Walsh, B.T., LaChaussee, J.L., Kissileft, H.R., & Devlin, M.J. (1993). Eating behavior in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 427-431.
- Gonçalves, J., Moreira, E.A., Trinidade, E.B., & Fiates, G.M.R. (2013). Eating disorders in childhood and adolescence. *Revista Paulista de Pediatria*, 31, 1, 96-103.
- Gordon R.A. (1990). *Anorexia and Bulimia: Anatomy of a social epidemic*. Blackwell, Cambridge: Mass.
- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. In J.A. Steinberg & M.M. Silverman. Preventing mental disorders. A research prospective. Rockville: Department of Health and Human Services.
- Gordon, R.A. (1998) Concepts of eating disorders: A Historical reflection. In: H.W. Hoeck, J.L. Treasure & M.A. Katzman (Eds.), *Neurobiology in the treatment of eating disorders*. Chichester: Wiley.
- Gordon, S.L. (1989). The socialization of children's emotions: Emotional, culture, competence and exposure. In C. Saarni, & P.L.Harris (Eds.), *Children's understanding of emotion*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gowers, S., Crips, A.H., Joughin, N., & Bhat, N. (1991). Premenarcheal anorexia nervosa. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 515-524.
- Granner, M.L., Black, D.R., & Adooh, D.A. (2002). Levels of cigarette and alcohol use related to eating-disorders attitude. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 1, 43-55.
- Greeno, C.G., Wing, R.R., & Shiffman, S. (2000). Binge antecedents in obese women with and without binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 95-102.
- Greenwald, M.K., Cook, E.W., & Lang, P.J. (1989). Affective judgment and psychophysiological response: dimensional covaration in the evaluation pictorial stimuli. *Journal of Psychophysiology*, 3, 51-64.
- Grilo, C.M. (2002). Recent Research of Relationship among Eating Disorders and Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 4, 18-24.
- Grilo, C.M. (2006). Eating and weight disorders. New York: Psychology Press.

- Grilo, C.M., Masheb, C.M., & Wilson, G.T. (2001). Subtyping binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 169, 1066-1072.
- Grilo, C.M., Sanislow, C.A., Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Shea, M.T., Zanarini et al. (2003). Do eating desorders co-occur whit personalità disorders?: Comparision Group matter. *International Journal of Eating Desorders*, 22, 2, 155-164.
- Grogan, S., & Richards, H. (2002). Body Image: focus group with boys and men. *Men and Masculinities*, 4, 219-232.
- Gross, J.J. (2007). Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press.
- Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Gross, J.J., & Thompson, R.A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.
- Grossi, D., & Trojano, L. (2009). Le basi neurofunzionali della regolazione delle emozioni. In: O. Matarazzo & V.L. Zammuner (A cura di.), *La regolazione delle emozioni*. Bologna: Il Mulino.
- Guidano, V. (1987). Complexity of self: A developmental approach to psychopathology and therapy. New York: Giulford Press.
- Guidano, V. (1987). The complexity of the self: a developmental approach to psychopathology and therapy. New York: Guilford.
- Guidano, V. (1991). The self in process: toward a post-rationalist cognitive therapy. New York: Guilford.
- Guidano, V. (1996). Lo sviluppo del sé. In: B.G. Bara (A cura di), *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Guidano, V. (2007). Psicoterapia cognitiva post-razionalista. Una ricognizione della teoria alla clinica. Milano: Franco Angeli.
- Guidano, V. (2008). (A cura di) G. Cutolo. Vittorio Guidano insegna "come si fa" la psicoterapia cognitiva post-razionalista. Milano: Franco Angeli.
- Guidano, V., & Liotti, G. (1983). Cognitive process and emotional disorders: a structural approach to psychotherapy. New York: Guilford Press.
- Gull, W.W. (1873). Anorexia Hysterica (Hapepsya Hysterica). *British Medical Journal*, 2, 527-529.
- Gullone, E., & Taffe, J. (2012). The emotion regulation questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA): A psychometric evaluation. *Psychological Assessment*, 24, 2, 409-417.

- Habermas, T. (1992). Historical continuities and discontinuities between religious and medical interpretations of extreme eating. The background to Giovanni Brugnoli's description of two case of anorexia nervosa in 1875. *Journal of History of Psychiatry*, 3, 341-355.
- Habermas, T. (1994). Zur Geschichte der Magersucht. Eine Rekonstruktion. Frankfurt: Piecher Taschenbuch Verlag.
- Haiman, C., & Devlin, M.J. (1999). Binge eating before the onset of dieting: a distinct subgroup of bulimia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 25, 151-157.
- Halmi, K.A., Tozzi, F., Thornton, L.M., Crow, S., Fichter, M.M. et al. (2005). The relationship among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in an individuals with eating disorders. *The International Journal of Eating disorders*, 32, 3, 253-270.
- Harriger, J.A., Calogero, R.M., Whiterington, D.C., & Smith, J.E. (2010). Body size stereotyping and internalization of the thin ideal in preschool girls. *Sex Roles*, 63, 609-620.
- Harris, P.L. (1989). *Children and emotion: The development of psychological understanding*. Oxford: Basic Blackwell.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16, 348-356.
- Haslam, D. (1986). Eat up! A parents guide to eating problems. London: MacDonald.
- Hay, P., & Fairburn, C.G. (1998). The validity of the DSM-IV scheme for classifying bulimic eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 7-15.
- Hay, P.J., Fairburn, C.G., & Doll, H. (1996). The classification of bulimic eating disorders: A community based study. *Psychological Medicine*, 26, 801-881.
- Head, H. (1920). Studies in neurology. London: Oxford University Press.
- Heatherton, T.F., & Baumeister, R.F. (1991). Binge eating as escape from self-aearness. *Psychological Bulletin*, 11, 86-108.
- Heller, K., Price, R.H., Reinharz, S., Riger, S., & Wandersman, A. (1984). *Psychology and community change: challenger for the future*. Homewood: Dorsey Press.
- Hendy, H.M., Gustitus, C., & Leitzel-Schwalm, J. (2001). Social cognitive predictors of boys image in preschool children. *Sex Roles*, 44, 557-569.
- Hesketh, K., Wake, M., & Waters, E. (2004). Body mass index and parent-reported self-esteem in elementary school children: evidence for a causal relationship. *International Journal of Obesity*, 28, 1233-1237.
- Higgs, J., Goodyer, I., & Birch, J. (1989). Anorexia nervosa and food avoidance emotional disorder. *Archives of Disease in Childhood*, 64, 346-351.

- Hilbert, A., & Tuschen-Caffier, B. (2007). Maintenance of binge eating disorders thought negative mood: a naturalistic comparison of binge eating disorders and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 521-530.
- Hill, A.J., & Bhatti, R. (1995). Body shape and dieting in pre-adolescent British Asian girl: links to with eating disorders, *International Journal of Eating Disorders*, 17, 175-183.
- Hofman, S.G., Heering, S., Sawyer, A.T., & Asnaani, A. (2009). How to handle anxiety: The effects of reappraisal, acceptance and suppression strategies on anxious arousal. Behaviour Research and Therapy, 47, 389-394.
- Holt, K.E., & Ricciardelli, L.A. (2008). Weight concerns among elementary school children: a review of prevention programs. *Boby Image*, 5, 233-243.
- Hrabosky, J.I., Masheb, R.M., White M.A., & Grilo. C.M. (2007). Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 75, 175-180.
- Hudson, J.I., Hiripi E., Pope H.G. Jr., & Kessler R.C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348-358.
- Hutchinson, D.M., & Rapee, R.M. (2007). Do friends share similar body image and eating problems? The role of social networks and peer influences in early adolescence. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 7, 1557-1577.
- Jacobs, B., & Isaacs, S (1986). Prepubertal anorexia nervosa: A retrospective controlled study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 2, 237-250.
- Jessor, R. (Eds.) (1998). *New prospectives on adolescent risk behaviour*. New York: Cambridge University Press.
- John, O.P., & Gross, J.J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality process, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72, 1301-1334.
- Johnson, C. & Wonderlich,S. (1992). Personality characteristics as a risk factor in the development of eating disorders. In J.H. Crowther, D.L. Tennenbaum, S.E. Hobfell, & M.A.P., *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context*. Washington, D.C.: Hemisphere Publishing.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J.S. (2002). Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59, 545-552.
- Johnson, W.H., Rohan, K.J., & Kirk, A.A. (2002). Prevalence and correlates of binge eating in White and African American adolescents. *Eating Behaviors*, 24, 404-409.
- Joyce, F., Watson, H.J., Egan, S.J., & Kane, R.T. (2012). Mediators between perfectionism and eating disorders psychopathology in a community sample. *Eating Behaviors*, 13, 361-365.

- Kanakan, N., Krug, I., Raoult, C., Collier, D. & Treasure, J. (2013). Social and emotion processing as a behavioral endophenotype in eating disorders: a pilot investigation in twins. *European Eating Disorders Review*, 21, 294-307.
- Keating, L., Tasca, G.A., & Hill, R. (2013). Structural relationships among attachment insecurity, alexithymia, and body esteem in women with eating disorders. *Eating Behaviors*, 14, 366–373.
- Keel, P.K. & Forney, K.J. (2013). Psychosocial risk factor of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 5, 433-439.
- Keel, P.K., Forney, K.J., Brown, T.A., & Healtherton, T.F. (2013). Influence of college peers on disordered eating in women and men at 10-year follow-up. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 1, 105-110.
- Keel, P.K., Mitchell, J.E., Miller, K.B., Davis, T.L., & Crows, S.J. (1999). Long-term outcome of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 56, 63-69.
- Kendler, K.S., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C., & Eaves, L.J. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1627-1637.
- Krebs, H., Macht, M., Weyers, P., Weijers, H.-G., & Janke, W. (2006). Effects of stressful noise on eating and non-aeting behavior in rats. *Appetite*, 26, 193-202.
- Kring, A. M. & Werner, K. H. (2004). Emotion regulation in psychopathology. In P. Philippot & R.S. Feldman (Eds.). *The Regulation of Emotion*. New York: LEA.
- Kupferman, I. (1964). Eating behavior induced by sounds. *Nature*, 201, 324.
- Kutchman, E., Lawhun, S., Laheta, J., & Heinseberg, L.J. (2009). Proximal causes and behaviors associated with pediatric obesity. In L. Smolak & J.K. Thompson (Eds.), *Body Image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, Prevention, and Treatment.* (2nd ed.). Washington: American Psychological Association.
- Ladogana, S. (2006). Lo specchio delle mie brame. Milano: Franco Angeli.
- Lamez, A., Nybelen, J., Bruning, N., Wehle, C., Brenner, H., & Hebebrand, J. (2005). Prevalence of obesity, binge eating, and night in a cross-sectional field survey of 6 years old children and they parents in a German urban population. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 4, 385-393.
- Laségue, E.C. (1873). De l'anorexie hysterique. *Harchivès Generales de Medicine*, XXI, 1, 325-403.
- Lask, B., Bryant-Waugh R., Wright, F., Campbell, M., Willoughby, K., & Waller, G. (2005). Family physician consultation patterns indicate high risk for early onset anorexia nervosa. International *Journal of Eating Disorders*, 38, 269-272.
- Latner, J.D., & Clyne, C. (2008). The diagnostic validity of the criteria for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 1-14.

- Latner, J.D., & Stunkard, A.J. (2003). Getting worse: the stigmatisation of obese children. *Obesity Research*, 11, 452-456.
- Lavelli, M. (2007). *Intersoggettività*. *Origini e primi sviluppi*. Milano: Cortina.
- Leon, G.R., Fulkerson, J.A., Perry, C.L., & Dube, A. (1994). Personality and behavioural vulnerabilities associated whit risk a status for eating disorders in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 28, 9-42.
- Lerner, R.M., & Busch-Rossnagel, N.A. (1981). Individuals as producers of the development: conceptual and emipirical bases. In R.M. Lerner & M.A. Busch-Rossnagel (Eds.), *Developmental Psychology*, 6, 535-558.
- Lerner, R.M., Anderson, P.M., Balsano, A.B., Dowling, E.M., & Bobek, D.L. (2003). Applied developmental science of positive human development. In I.B. Weiner, R.M., Lerner, M.A., Easterbrooks, & J. Mistry (Eds.). *Comprehensive handbook of psychology*. New York: Wiley.
- Leung, S.S.F., Lau, J.T.F., Tse, L.Y., & Oppenheimer, S.J. (1996). Weight-for-age and weight-for-height reference for Hong Kong children from birth to 18 years. *Journal of Pediatrics and Child Healt*, 32, 103-109.
- Levine, M. P., & Smolak, L. (2006). The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice. Mahwah, New York: Erlbaum.
- Levine, M.P., & Murner, S.K., (2009). Everybody knows that mass are/are not a cause of eating disorders: a critical review of evidence for a causal link between media, negative body image, and disordered eating in female. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 102, 438-444.
- Levine, M.P., & Piran, N. (2001). The prevention of eating disorders: towards a participatory ecology af knowledge, action and advocacy. In R. Striegel-Moore & L. Smolak. *Eating disorders: new directions for research and practice*. Washington: American Psychological Association.
- Levine, M.P., & Piran, N. (2004). The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body Image*, 1, 57-70.
- Levine, M.P., & Very Important Kids, (2006). A school-based program designed to reduce teasing and unhealthy weight-control behaviors. *Health Education Research*, 21, 884-895.
- Lewin, K. (1972). *I conflitti sociali. Saggi di dinamica di gruppo*. Milano: Franco Angeli.
- Lewis, M., Haviland-Jones, J.M., & Barret, L.F. (2008). *Handbook of emotions*, (3rd ed.). New York: Giulford Press.
- Lineham, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Liotti, G. (1988). L'anoressia mentale e la dimensione cognitivo-interpersonale dei disturbi psicogeni dell'alimentazione. *Psicobiettivo*, 8, 2.

- Liotti, G. (2001). Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, G. (2004). La dimensione interpersonale della coscienza. Roma: Carocci.
- Liotti, G. (2005). Il ruolo dell'attaccamento nella conoscenza e regolazione delle emozioni. In B.G. Bara (Ed.), *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva. Teoria.* Torino: Bollati Boringhieri.
- Lopez-Guimerà, G., Levine, M.P., Sànchez-Carracedo, D., & Fauquet, J. (2010). Influence of mass media on body image and eating disordered attitudes and behaviors in females: A review of effects and processes. *Media Psychology*, 13, 4, 387-416.
- Lowes, J., & Tiggemann, M. (2003). Body dissatisfaction, dieting awareness and the impact of parental influence in young children. *British Journal of Clinical Psychology*, 346-357.
- Luo, J., Forbush, K.T., Williamson, J.A., Markon, K.E., & Pollack, L.O. (2013). How specific are the relationships between eating disorder behaviors and perfectionism?. *Eating Behaviors*, 14, 291-294.
- Luthar, M., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: implications for interventions and social policies. *Developmental of Psychopathology*, 12, 857-885.
- Luthar, S.S. (1993). Annotation: methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatric*, 34, 441-454.
- Luthar, S.S. (2003). *Resilience and vulnerability*. New York: Cambridge University Press.
- Lyke, J., & Matsen, J. (2013). Family functioning and risk for disordered eating. *Eating Behaviors*, 14, 497-499.
- Lyman, B. (1982). The nutritional values and food group characteristics of foods preferred during various emotions. *Journal of Psychology*, 112, 121-127.
- Lynne, S.D., Graber, J.A., Nichols, T.R., Brooks-Gunn, J., & e Botvin, G.J. (2007). Links between pubertal timing, peer influences, and externalizing behaviors among urban students followed through middle school. *Journal of Adolescent Health*, 40, 181-190.
- Macht, M. (1999). Characteristics of eating in anger, fear, sadness, and joy. *Appetite*, 33, 129-139.
- Macht, M., Roth, S., & Ellgring, H. (2002). Chocolate eating in healthy men during experimentally induced sadness and joy. *Appetite*, 39, 147-158.
- Macklem, G.L. (2008). Practioner's guide to emotion regulation in school-age children. New York: Springer.

- Magnusson, D., & Sattin, H. (1998). Person-context interaction theory. In W. Damon & R.M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology*, (Vol. 1). New York: Wiley.
- Malaguti, E. (2005). Educarsi alla resilienza. Trento: Erickson Editore.
- Mannucci, E., Ognibene, A., Cremasco, F., Bardini, G., Mencucci, A., Pierazzuoli, E. et al. (2001). Effect of metformin onglucagon-like peptide 1 and leptin levels in obese nondiabetic subject. *Diabets Care*, 24, 1253-1294.
- Marcè, L.V. (1860). On a form of hypochondriacal delirium occurring consecutive to dyspepsia and characterized by refusal of food. *Journal of psychological medicine* and mental pathology, 13, 264-266
- Marcos, Y.Q., Sebastiàn, M.J.Q., Aubalat, L.P., Ausina, J.B., & Treasure, J. (2013). Peer and family influence in eating disorders: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 28, 4, 199-206.
- Marcus, M.D. (1995). Binge eating and obesity. In K.D. Brownell & C.G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. New York: Guilford Press.
- Marcus, M.D., Wing, R.R., & Hopkins, J. (1988). Obese binge eaters: Affect, cognition, and response to behavioral weight control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 433-439.
- Marcus, M.D., Wing, R.R., Ewing, L., Kern, E., Gooding, W., & McDermott, M. (1990). Psychiatric disorders among obese binge eaters. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 69-77.
- Margules, D.L., (1981). Opioid and antiopioid actions in the survival and reproduction of individuals. In S.J. Cooper (Ed.), *Theory in psychopharmacology*. New York: Academic Press.
- Marshall, C. (1985). Fatal case in a girl aged 11 years. *The Lancet*, 1, 817.
- Masheb, R.M., & Grilo, C.M. (2006). Emotional overeating and its association with eating disorder psychopathology among overweight patient with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 141-146.
- Matarrazzo, O., & Zammuner, V.L. (A cura di) (2009). *La regolazione delle emozioni*. Bologna: Il Mulino.
- Macth, M. (2008). How emotions effect eating: a five-way model. Appetite, 50, 1-11.
- McCabe, M., & Riccirdelli, L. (2005). A prospective study of pressures from parents, peers, and the media on extreme weight change behaviors among adolescent boys and girls. *Behavior research and Therapy*, 43, 5, 653-668.
- McVey, G. (2003). What we have learned about primary prevention of food and weight preoccupation. *National Eating Disorder Information Centre*, disponibile in: www.nedic.ca

- Mehrabian, A. (1980). *Basic dimensions for a general psychological theory*. Cambridge: Oelgeshlager, Gunn & Hain.
- Merleau-Ponty, M. (1965). Fenomenologia della percezione. Milano: Il saggiatore.
- Ministero della Salute (2012). *Piano nazionale della prevenzione 2010-2012*. www.sanità.it
- Moore, S.A., Zoellner, L.A., & Mollenholt, N. (2008). Are expressive suppression and cognitive reappraisal associated whit stress-related symptoms? *Behaviour Research and Therapy*, 46, 993-1000.
- Morton, R. (1689). *Phtisiologia, seu Exercitationes de Phthisi*. London: S. Smith.
- Mrazek, P.J., & Haggerty, R.J. (Eds.) (1994). Reducing risk for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington: National Academy Press.
- Murray, K., Rieger, E. & Byrne, D. (2013). A longitudinal investigation of mediating role of self-esteem and body importance in the relationship between stress and body dissatisfaction in adolescent females and males. *Boby image*, 10, 544-551.
- Murray, S.H., Touyz, S.W., & Beumont, P.J.V. (1996). Awareness and perceived influence of body ideals in the media: A comparison of eating disorder patients and the general community. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 4, 1, 33-46.
- Musaiger, A.O. & Al-Mannai, M. (20013). Role of obesity and media in body weight concern among female university students in Kuwait. *Eating Behaviors*, 14, 229-232.
- Musher-Eizenaman, D.R., Holub, S.C., Edwards-Leaper, L., Persson, A.V., & Goldstein, S.E. (2003). The narrow range of acceptable body types of preschoolers and their mothers. *Applied Developmental Psychology*, 24, 259-272.
- Musher-Eizenman, D.R., Holub, S.C., Miller, A.B., Goldestein, S.E., & Edwards-Leaper, L. (2004). Body size stigmatization in preschool children: the role of control attributions. *Journal of Pediatric Psychology*, 29, 613-620.
- Mussell, M.P., Mitchell, J.E., de Zwaan, M., Crosby, R.D., Seim, H.C., & Crow, S.J. (1996). Clinical characteristics associated with binge eating in obese females: A descriptive study. *International Journal of Obesity*, 20, 324-331.
- Myers, P.N., & Biocca, F.A. (1993). The elastic body image: the effect of television advertising and programming on body image distortion in young women. *Journal of Communication*, 3, 108-133.
- Nader, P. R., O'Brien, M., Houts, R., Bradley, R., Belsky, J., Crosnoe, R., Friedman, S., Mei, Z., & Susman, E.J. (2006). Identifying risk of obesity in early childhood. *Pediatrics*, 118, 594-601.
- Nagel, K.L., & Jones, K.H. (1992). Sociological factors in the developmental of eating disorders. *Adolescence*, 27, 105, 107-113.

- Nardi, B. (2003). Processi psichici e psicopatologia nell'approccio cognitivo. Nuove prospettive in psicologia e psichiatria clinica. Milano: Franco Angeli.
- Nardi, B. (2007). Costruirsi. Sviluppo e adattamento del sé nella normalità e nella patologia. Milano: Franco Angeli.
- Neumark-Sztainer, D. (1996). School-based programs for preventing eating disorders. *Journal of School Health*, 66, 64-71.
- Neumark-Sztainer, D., Butler, R., & Palti, H. (1995). Eating disturbance among adolescent girls: evaluation of a school-based primary prevention program. *Journal of Nutritional Education*, 27, 24-31.
- Neumark-Sztainer, D., Sherwood, N.E., Coller, T., & Hannan, P.J. (2000). Primary prevention of disorder eating among preadolescent girls: feasibility and short-term effect of a community based intervention. *Journal of the American Dieting Association*, 100, 1466-1473.
- Nicholls, D., Hudson, D., & Mahomed, F. (2011). Managig of anorexia nervosa. *Archives of Disease in Childhood*, 96, 977-982.
- Nicolle, G. (1939). Prepsychotic Anorexia. *Proceeding of Medical Research Society*, 32, 153.
- O'Dea, J.A. (2000). School-based interventions to prevent eating problems: first do no harm. *Eating Disorders: Journal of Treatment and Prevention*, 8, 123-130.
- O'Dea, J.A., & Abraham, S. (2000). Improving the body image, eating attitudes, and behaviors of young male and female adolescent: a new educational approach that focuses on self-esteem. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 43-57.
- O'Herlihy, A., Worrall, A., Lelliot, P., Jaffa., T., Mears, A., Banerjee, S., & Hill, P. (2004). Characteristic of the residents of in-patient child and adolescent mental health services in England and Wales. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 579-588.
- Obeid, N., Buchholz, A., Boerne, K.E., Henderson, A., & Norris, M. (2013). Self-Esteem and Social Anxiety in an Adolescent Female Eating Disorder Population: Age and Diagnostic Effects. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 21, 2, 140-153.
- Olivardia, R., & Pope, H.G. (2002). Body image and body disturbance in childhood and adolescence, in D.J. Castel & K.A. Philips (Eds.), *Disorders of body image*. Hampshire: Wrightson Biomedical Pub Lth.
- Oliver, K.K., & Thelen, M.H. (1996). Children's perceptions of peer influence on eating concerns. *Behavior Therapy*, 27, 1, 25-39.
- Oliverio Ferraris A. (2003). La forza dell'animo. Milano: Rizzoli.
- Orbach, S. (2009). Corpi. Torino: Codice.

- Oster, H. (2005). The repertoire of infant facial expressions: An ontogenic perspective. In J. Nandel, & D. Muir (Eds.), *Emotional development*. New York: Oxford University Press.
- Owen, R. & Spencer, R.M.C. (2013). Body ideals in women after viewing images of typical and healthy weight models. *Body Image*, 10, 489-494.
- Palmer R.L., & Jones M.S. (1938). Anorexia nervosa as a manifestation of compulsion neurosis. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 41, 856-61.
- Palmonari, A. (2001). Gli adolescenti: né adulti, né bambini alla ricerca della propria identità. Bologna: Il Mulino.
- Pancheri, P., & Cassano, G.B. (1999). Trattato italiano di psichiatria. Milano: Masson.
- Parè, W.P. (1964). The effect of chronic environmental stress on stomach ulceration, adrenal function, and consummatory behavior in the rat. *Journal of Psychology*, 57, 143-151.
- Parkinson, B., & Totterdell, P. (1999). Classifying affect regulation strategies. *Cognition and Emotion*, 13, 277-303.
- Patternson, R.E., Wang, K.T. & Slaney, R.B. (2012). Multidimensional perfectionism, depression and related health in women whit eating disturbances. *Eating Behaviors*, 13, 226-232.
- Patton, G.C., Selzer, R., Coffey, C., Carlin, J.B., & Wolfe, R. (1999). Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal*, 318, 765-768.
- Paulson, L.R., & Rutledge, P.C. (2014). Effects of perfectionism and exercise on disorders eating in college students. *Eating Behaviors*, 15, 116-119.
- Pellai, A., & Boncinelli, S. (2002). Just do it! I comportamenti a rischio in adolescenza. Manuale di prevenzione per scuola e famiglia. Milano: Franco Angeli.
- Penas-Lledo, E., Vaz Leal, F.J., & Waller, G. (2002). Excessive exercise in anorexia nervosa and bulimia nervosa: relation to eating characteristic and general psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 370-375.
- Perkins, P.S., Slane, J.D., & Klump, K.L. (2013). Personality clusters and family relationship in women with disorders eating symptoms. *Eating Behaviors*, 14, 299-308.
- Peroutsi, A., & Gonidakis, F. (2011). Eating disorders and mass media. *Psychiatry*, 22, 3, 231-239.
- Petrie, T.A., Grrenleaf, L., & Martin, S. (2010). Biopsychosocial and physical correlates of middle school boys, and girls' body satisfaction. *Sex Roles*, 63, 631-644.
- Petrillo, G. (2008). L'approccio olistico e integrato alla promozione della salute: aspetti teorici e prospettive di intervento. In G. Petrillo & D. Caso (A cura di),

- Promuovere la salute nei contesti educativi. Comportamenti salutari e benessere tra gli adolescenti. Milano: Franco Angeli.
- Petrillo, G., & Caso, D. (A cura di) (2008). Promuovere la salute nei contesti educativi. Comportamenti salutari e benessere tra gli adolescenti. Milano: Franco Angeli.
- Pine, K.J. (2001). Children's perception of body shape: a thinness bias in pre-adolescent girl and associations with femininity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 6, 519-536.
- Pinhas, L., Morris, A., Crosby, R.D., & Katzamn, D.K. (2011). Incidence and agespecific presentation of restrictive eating disorders in children – A Canadian pediatric surveillance program study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165, 10, 895-899.
- Pinhas, L., Steinegger, C., & Katzman, D.K. (2007). Clinical assessment and physical complication. In B. Lask & R. Bryant-Waugh (Eds.), *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. London: Routledge.
- Pinhas-Hamiel, L., Dolan, L.M., Daniels, S.R., Standiford, D., Khoury, P.R., & Zaitler, P., (1996). Increase incidence of non-insulin dependent diabetes mellitus among children and adolescents. *Pediatric Journal*, 128, 608-615.
- Pinheiro, A.P., Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Macahdo. P.P.P. (2008). An empirical study of the typology of bulimic symptoms in young Portuguese women. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 3, 251-258.
- Piran, N., Levine, M.P., & Irving, L.M. (2000). GO GIRLS! Media literacy, activism, and advocacy project. *Healthy Weight Journal*, 14, 89-90.
- Pi-Sunyer, F.X., (1993). Medical Hazard of obesity. *Annuary International Medicine*, 119, 655-60.
- Plutchik, R. (1994). *The psychology and biology of emotion*. New York: Harper Collina College Publishers.
- Pons, F., Doudin, P.A., & Harris, P.L. (2004). La compréhension des émotions: développement, différences individuelles, causes et interventions. In L. Lafortune, P.-A. Doudin, F. Pons & D. R. Hancock (Eds.), *Les émotions à l'école*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Pope, H.G., Lalonde, J.K., Pindyck, L.J., Walsh, T., Bulik, C.M., & Crow, S. (2006). Binge eating disorder: a stable syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 163, 2181-2183.
- Quadflieg, N., & Fichter, M.M. (2003). The course and outcome of bulimia nervosa. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 318, 99-109.
- Rand, C.S.W., & Kuldau, J.M. (1990). The epidemiology of obesity and self-define weight problem in the general population: gender, race, age, and social class. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 3, 329-343.

- Rasbury, W., & Shemberg, K. (1971). The effects of aversive levels of white noise on consummatory behavior. *Psychonomic Science*, 22, 166-167.
- Raymond, N.C., Bartholome, L.T., Lee, S.S., Peterson, R.E., & Raatz, S.K. (2007). A comparison of energy intake and food selection during laboratory binge eating episodes in obese women with and without a binge eating disorder diagnosis. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 67-71.
- Reda, M. (1986). Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia. Roma: Carocci.
- Reda, M.A. (1996a). L'organizzazione della conoscenza. In: B.G. Bara (A cura di), *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Reda, M.A. (1996b). Le basi emotive dello sviluppo cognitivo: considerazioni per la psicoterapia. In: L. D'Errico, E. Menoni & G. Sacco (Eds.), *Conoscenza ed etologia*. Roma: Melusina.
- Regogliosi, L. (1994). *La prevenzione del disagio giovanile*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Reid, J.B., & Eddy, J.M. (1997). The prevention of antisocial behavior: some considerations in the search for effective intervention. In D.M. Stoff, J. Breiling, & J.D. Maser (Eds.). *The handbook of antisocial behavior*. New York: John Wiley and Sons.
- Rezzonico, G., & Strepparava, M.G. (1997). La misura dell'immagine corporea e la sua utilità in campo medico. *Ricerche di Psicologia*, 1, 339-351.
- Ricci Bitti, P., & Zani, B. (2002). *La comunicazione come processo sociale*. Bologna: Il Mulino.
- Ricciardelli L.A., & McCabe M.P. (2001). Children's eating concerns and eating disturbance: a review of letterature. *Clinical Psychology Review*, 21, 325-344.
- Richard, A.G. (2004). *Anoressia e bulimia, anatomia di un'epidemia sociale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Rieves, L., & Cash, T.F. (1996). Social developmental factors and women's body image attitudes, *Journal of social Behavior and Personality*, 11, 63-78.
- Robbins, T.W., & Fray, P.J. (1980). Stess-induced eating: fact, fiction or misunderstanding?. *Appetite*, 1, 103-133.
- Rockert, W., Kaplan, A.S., & Olmsted, M.P. (2007). Eating disorder not otherwise specified: The view from a tertiary care treatment center. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 99-103.
- Rodin, J., Silberstein, L.R., & Striegel-Moore, R.H. (1985). Women and weight: a normative discontent. In T.B. Sonderegger (Ed.), *Psychology and gender*. Lincoln: University of Nebraska Press.

- Rosen, J.C., Jones, A., Ramirez, E., & Waxman, S. (1996). Body Shape Questionnaire: studies of validity and reliability. *International Journal of Eating Disorder*, 20, 3, 315-319.
- Rothemberg, A. (1986). Eating disorder as a modern obsessive-compulsive syndrome. *Psychiatry*, 49, 45-53.
- Rothemberg, A. (1993). Adolescenza e disturbi alimentari: la sindrome ossessivo-compulsiva. *Adolescenza*, 4, 2, 182-206.
- Russel, J.A., & Feldman Barret, L. (1999). Core affect, prototypical emotional episodes, and other thing called emotion: dissecting the elephant. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 805-819.
- Russell, G.F.M. (1979). Bulimia nervosa: an animus variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 14, 119-131.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Rutter, M. (1989). Pathways from childhood to adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 23-51.
- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: conceptual considerations, empirical findings and political implications. In J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*. New York: Cambridge University Press
- Saarni, C. (1999). *The developmental of emotional competence*. New York: Guilford Press.
- Saarni, C. (2008). The interface of emotional development with social context. In M.D. Lewis, J. M. Haviland-Jones & L.F. Barret (Eds.), *Handbook of Emotion*, (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Saarni, C., & Harris, P. (1989). *Children's understanding or emotion*. New York: Cambridge University Press.
- Sallet, P.C., Sallet, J.A., Dixon, J.B., et al. (2007). Eating behavior as a prognostic factor for weight loss after gastric bypass. *Obesity Surgery*, 17, 445-451.
- Sampson, D., Muscat, R., Philips, G., & Willner, P. (1992). Decreased reactivity to sweetness following chronic exposure to mild unpredictable stress or acute administration of pimozide. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 16, 4, 519-524.
- Santonastaso, P. (Ed.), (1993). Manuale di Psicoterapia. Milano: Masson.
- Schilder, P. (1935). *The image and appearance of the human body*. London: Kegan Paul.
- Schneider, M. (2003). Bulimia nervosa and binge eating disorder in adolescents. *Adolescent Medicine*, 14, 119-131.

- Schwartz, G.E. (1982). Testing the biopsychosocial: the ultimate challenge facing behavioural medicine?. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 50, 1040-1053.
- Semerari, A. (a cura di) (1999). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*. Milano: Cortina.
- Shroff, H. M. (2005). An examination of peer related risk and protective factors for body image disturbance and disordered eating in adolescent girls. Dissertation Abstracts International: Section B. *The Sciences and Engineering*, 65, 12-B.
- Shroff, H., & Thompson, J.K. (2006). The tripartite influence model of body image and eating disturb: a replication with adolescent girl. *Body Image: An International Journal of Research*, 3, 17-25.
- Sigel, E. (2008). Eating disorders. Adolescent Medicine, 19, 547-572.
- Silbereisen, R.K., Eyferth, K., & Rudinger, G. (Eds.) (1986). *Developmental as action in context*. Berlin: Springer-Varlag.
- Silberstein, L.R., Striegel-Moore, R.H., Timko, C., & Rodin, J. (1998). Behavioral and psychological implications of body dissatisfaction: do men and women differ? *Sex Roles*, 19, 219-232.
- Silverman J.A. (1989). Louis Victor Marcè, 1829-64: Anorexia nervosa's forgotten man. *Psychological Medicine*, 19, 833-835.
- Silverman, M.M. (2003). Theories of primary prevention and health promotion. In T.P. Gullotta & M. Bloom (Eds.). *Encyclopedia of primary prevention and health promotion. Foundation Volume*. Washington: American Psychiatric Association.
- Sim, L., & Zeman, J. (2006). The contribution of emotion regulation to body dissatisfaction and disorder eating in early adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 219-228.
- Skidmore, P.M.L., & Yarnell, J.W.G. (2004). The obesity epidemic: prospect for prevention. *Quarterly Journal of Medicine*, 97, 12, 817-825.
- Slade, P.D. & Russell G.F.M. (1973). Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: cross-sectional and longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 3, 2, 188-199.
- Slade, P.D. (1988). Body image in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 152, 2, 20-22.
- Slane, J.D., Klump, K.L., Donnellan, M.B., McGue, M., & Iacono, W.G. (2013). The dysregulated cluster in personality profiling research: Longitudinal stability and association with bulimic behaviors and correlates. *Journal of Personality Disorders*, 27, 1-22.
- Smolak, L. (2004). Body image in children and adolescents: where do we go from here?. *Body Image*, 1, 15-28.

- Smolak, L., & Levine, M. (2001). A two-years follow-up of a primary prevention program for negative body image and unhealthy weight regulation. *Eating Disorders: Journal of Treatment and Prevention*, 9, 313-325.
- Smolak, L., Levine, M., & Schermer, F. (1998). A controller evaluation of an elementary school primary prevention program for eating problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 339-353.
- Smyth, J.M, Wonferlich, S.A., Heron, K.E., Sliwinsky, M.J., Crosby, R.D., Mitchell, J.E., & Engel, S.G. (2007). Daily and momentary mood and stress are associated with binge eating and vomiting in bulimia nervosa patients in the natural environment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 629-638.
- Smyth, J.M, Wonferlich, S.A., Sliwinsky, M.J., Crosby, R.D., Engel, S.G., Mitchell, J.E., & Calogero, R.M. (2009). Ecological momentary assessment of affect, stress, and binge-purge behaviors: day of week and time of day effects in the natural environment. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 429-436.
- Snyder, C.R., & Lopez, S.J. (2002). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Spear, B. A., Barlow, S.E., Ervin, C., Ludwing, D.S., Saelens, B.E., Schetzina, K. E., & Taveras, E. M. (2007). Recommendations for treatment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics*, 120, S254-S288.
- Spence, S. & Courbasson, C. (2012). The role of emotional dysregulation in current eating disorders and substance use disorders. *Eating Behaviors*, 13, 382-385.
- Spitzer, R.L., Devlin, M., Walsh, B.T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M.D., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, W.S., Mitchell, J., & Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: a multiside field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191-203.
- Spurrell, E.B., Wilfley, D.E., Tanofsky, M.B., & Brownell, K.D. (1997). Age of onset for binge eating: Are there different pathways to binge eating? *International Journal of Eating Disorders*, 21, 55-65.
- Srivastava, S., Tamir, M., McGonigal, K.M., John, O.P., & Gross, J.J. (2009). The social cost of emotional suppression: A prospective study of the transition to college. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96, 883-897.
- Stein, D.J., Lilenfeld, L.R., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R., Stober, M., & Kaye, W.H. (1999). Familial aggregation for eating disorders: results from a controlled family study of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 2, 211-215.
- Stein, R.I., Kenardy, J., Wiseman, C.V., Dounchis, J.Z., Arnow, B.A., & Wilfley, D.E. (2007). What's driving the binge in binge eating disorder? A prospective examination of precursors and consequences. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 195-203.

- Steinberg, A.R., & Morris, A.S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110.
- Steinhausen, H.C. (1999). Eating Disorders. In: H.C. Steinhausen & F.C. Verhulst (Eds.), *Risk and outcomes in developmental psychopathology*. Oxford: Oxford University Press.
- Stenier-Adair, C., & Purcell, A. (1996). Approaches to mainstreaming eating disorders prevention. *Eating Disorders: Journal of Treatment and Prevention*, 4, 294-309.
- Sterritt, G.M., & Shemberg, K. (1963). Inhibition and facilitation of eating by electric shock-II. Shock level, shock schedule and strain of rats. *Journal of Psychosomatic Research*, 7, 215-223.
- Stice E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848.
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 124-135.
- Stice, E., & Hoffman, E. (2004). Eating disorder prevention program. In J.K. Thompson (Ed.), *Handbook of eating disorders and obesity*. New York: Wiley.
- Stice, E., & Shaw, H. (2004). Eating disorders prevention program: a meta analytic review. *Psychological Bulletin*, 130, 2, 206-227.
- Stice, E., & Shaw, H.E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology. A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 5, 895-993.
- Stice, E., Agras, W.S., Telch, C.F., Halmi, K.A., Mitchell, J.E., & Wilson, G.T. (2001). Subtyping binge eating-disorder women along dieting and negative affect dimension. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 11-27.
- Stice, E., Presnell, K., Shaw, H., & Rohde, P. (2005). Psychological and behavioral risk factors for obesity onset in adolescent girl: A prospective study. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 73, 195-202.
- Stormer, S., & Thompson, J.K. (1996). Explanation of body image disturbance: a test of maturational status, negative verbal commentary, social comparison, and sociocultural hypotheses. *International Journal of Eating Disorder*, 19, 193-202.
- Strepparava, M.G. (1998). La valutazione dei disturbi del comportamento alimentare: una rassegna. *Ricerche di Psicologia*, 1, 7-54.
- Strepparava, M.G., & Rezzonico, G. (2005). Problematiche dell'immagine corporea e precursori dei disturbi alimentari in adolescenza. *Child Development & Disabilities*, 3, 21-44.
- Striegel-Moore R. (1997). Risk factor for eating disorders. *Annual Report of the New York Science Academy*, 817, 98-109.

- Striegel-Moore R.H., & Franko D.L. (2003). Epidemiology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 19-29.
- Striegel-Moore, R.H., Fairburn, C.G., Wilfley, D.E., Pike, K.M., Dohm, F.A., & Kraemer, H.C. (2005). Toward an understanding of risk factors for binge-eating disorder in black and white women: a community-based case-control study. *Psychological Medicine*, 35, 907-917.
- Striegel-Moore, R.H., Franko, D.L. (2007). Should binge eating disorder be included in the DSM-V? A critical review of the state of the evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 305-324.
- Strongman, K.T. (1965). The effect of anxiety on food intake in rats. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 17, 255-260.
- Strongman, K.T., Coles, M.G.H., Remington, R.E., & Wookey, P.E. (1970). The effect of shock duration and intensity on the ingestion of food of varying palatability. *Quartely Journal of Experimental Psychology*, 22, 521-525.
- Stunkard A.J., & Burt, V. (1967). Obesity and the body image: II. Age at onset of disturbance in the body image. *American Journal of Psychiatry*, 123, 1443-1447.
- Stunkard, A.J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatry Quarterly*, 33, 284-292.
- Stunkard, A.J., & Mendelson, M. (1967). Obesity and the body image: Characteristics of disturbances in the body image of some obese person. *American Journal of Psychiatry*, 123, 1296-1300.
- Sullivan, P.F., Bulik, C.M., & Kendler, K.S. (1998). The genetic epidemiology of binging and vomiting. *British Journal of Psychiatry*, 173, 75-79.
- Svaldi, J., Brand, M., & Tuschen-Caffier, B. (2010). Decision-making impairment in women with binge eating disorders. *Appetite*, 54, 84-92.
- Svaldi, J., Caffier, D., & Tuschen-Caffier, B. (2012). Emotion suppression but not reappraisal increase desire to binge in women with binge eating disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79, 188-190.
- Swarr, A.E., & Richards, M.H. (1996). Longitudinal effects of adolescent girl's pubertal development, perceptions of pubertal timing, and parental relation on eating problems. *Developmental Psychology*, 32, 636-646.
- Swinbourne, J.M., & Touys, S.W. (2007). The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: A review. *European Eating Disorders Review*, 15, 4, 253-274.
- Sysko, R., Walsh, B.T., & Wilson, G.T. (2007). Expectancies, dietary restraint, and test meal intake among undergraduate women. *Appetite*, 49, 30-37.
- Tan J., Hope, T., & Stewart, A. (2003). Competence to refuse treatment in AN. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 697-707.
- Tartarotti, L. (1986). Droga e prevenzione primaria. Prospettive e strategie dell'intervento preventivo scolastico. Milano: Giuffrè.

- Tartarotti, L., & Vezzani, B. (1985). Scuola e prevenzione delle tossicodipendenze. Una ricerca sugli atteggiamenti degli insegnanti. Milano: Giuffrè.
- Tatangelo, G.L. & Ricciardelli, L.A. (2013). A qualitative study of preadolescent boys' and girls' body image: gendered ideals and sociocultural influences. *Body Image*, 10, 591-598.
- Telch, C.F., & Agras, W.S. (1996). Do emotional state influence binge eating in the obese? *International Journal of Eating Disorders*, 20, 271-279.
- The Ottawa Charter for Health Promotion (1986). Ottawa: First International Conference on Health Promotion.
- Thode, N. (1994). A family systems perspective on recovery from an eating disorder. *Eating Disorder: New directions in treatment and recovery*, 61-226.
- Thomas, J.J., Vartanian, L.R, & Brownell, K.D. (2009). The relationship between eating disorder not otherwise specified (EDNOS) and officially recognized eating disorders: meta-analysis and implications for DSM. *Psychological Bulletin*, 135, 3, 407-433.
- Thompson J.K., Heinberg, L.J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington: American Psychological Association.
- Thompson, D.R., Obarzanek, E., Franko, D.L., Barton, B.A., Morrison, J., Biro, F.M., Daniels, S.R., & Striegel-Moore, R.H. (2007). Childhood overweight and cardiovascular disease risk factors. *The National Heart, Lung, and Blood Institute Growth and Health Study Journal of Pediatrics*, 150, 18-25.
- Thompson, J.K. (1996). Body image, eating disorders and obesity. An integrative guide for assessment and treatment. Washington: APA.
- Thompson, J.K. (2004). Handbook of eating disorders and obesity. New York: Wiley.
- Thompson, R.A. (1987). Development on children's inferences of the emotions of others. *Developmental Psychology*, 23, 1, 124-131.
- Thompson, R.A. (1994). Emotion regulation: a theme in search definition. The development of emotion regulation: behavioral and biological consideration. *Monograph of the Society for Research in Child Developmental*, 59, 240, 25-52.
- Threvarten, C. (1993). Le emozioni nell'infanzia: regolatrici del controllo e delle relazioni interpersonali. In C. Riva Crugnola (Ed.), *Lo sviluppo affettivo del bambino*. Milano: Cortina.
- Tronick, E. (1989). Emotion and emotional communication in infancy. *American Psychologist*, 2, 112-119.
- Truby, H., & Paxton, S.J. (2002). Development of the Children's Body Image Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 185-203.

- Van der Berg, P., Paxton, S.J., Keery, H., Wall, M., Guo, J., & Neumark-Sztainer, D. (2007). Body dissatisfaction and body comparison with media images males and females. *Body Image*, 4, 257-268.
- Vandereycken, W., & van Deth, R. (1994). From fasting saints to anorexic girl: The history of self-starvation. London: Athlone.
- Vermuri, M., & Steiner, H. (2007). In T. Jaffa & B. McDermott, *Eating Disorders in Children and Adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Vincent, M.A, & McCabe, M.P. (2000). Gender difference in the relationship of puberty with adolescent's depressive symptoms: do body perception matter?. *Sex Roles*, 57, 69-80.
- Vincent, M.A., & McCabe, M.P (2000) Gender differences among adolescents in family, and peer influences on body dissatisfaction, weight loss, and binge eating behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 2, 205-221.
- Von Lojewsky, A. & Abraham, S. (2014). Personality factors and eating disorders: self-uncertainty. *Eating Behaviors*, 15, 106-109.
- Wade, T.D. & Tiggemann, M. (2013). The role of perfectionism in body dissatisfaction. *Journal of Eating Disorders*, 1, 2.
- Wade, T.D., Davidson, S., & O'Dea, J.A. (2002). A preliminary controlled evaluation of a school-based media literacy program and self-esteem program for reducing eating disorder risk factor. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 4, 371-383.
- Waller J.V., Kaufman, R.M., & Deutsch, F. (1940). Anorexia Nervosa: A psychosomatic entity. *Psychosomatic Medicine*, 2, 3-16.
- Waller, G., Ormonde, L., & Kuteyi, Y. (2013). Clusters of personality disorders cognitions in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 21, 28-31.
- Walsh, B.T., & Devlin, M.J. (1998). Eating disorders: Progress and problems. *Science*, 250, 5368, 1387-1390.
- Waters, A., Hill, A., & Waller, G. (2001). Bulimic's responses to food cravings: is binge eating a product of hunger or emotional state? *Behaviour Research and Therapy*, 39, 877-886.
- Waters, E.B., Salmon, L.A., Wake, M., Wright, M., & Hesketh, K.D. (2001). The health and well-being if adolescents: a school-based population study of the self-report child health questionnaire. *Journal of Adolescent Health*, 29, 140-149.
- Wegner, K.E., Smyth, J.M., Crosby, R.D., Wittrock, D., Wonderlich, S.A., & Mitchell, J.E. (2002). An evaluation relationship between mood and binge eating in the natural environment using ecological momentary assessment. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 352-361.
- Weiss, J.M. (1968). Effects of coping response in stress. *Journal of comparative and Physiological Psychology*, 65, 251-260.

- Werner, E.E. (2000). Protective factors and individual resilience. In J.P. Meisles (Ed.), *Handbook of early childhood intervention*. New York: Cambridge University Press.
- Whiteside, U., Chen, E., Neigbors, C., Hunter, D., Lo, T., & Larimer, M. (2007). Difficulties regulation emotions: do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eating Behavior*, 8, 162-169.
- Whitt, R. (1764). Observations on the nature, causes, and cure of those disorders which have been commonly called nervous, hypochondriac, or hysteric, to which are prefixed some remarks on the sympathy of the nerves. Edinburgh: Balfour.
- Widen, S.C., & Russell, J.A. (2008). Young children's understanding of others' emotions. In M.D. Lewis, J. M. Haviland-Jones & L.F. Barret (Eds.), *Handbook of Emotion*, (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Wilfley D.E., Schwartz, M.B., Spurrell E.B., & Fairburn, C.G. (2000). Using the eating disorder examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 259-269.
- Wilfley, D.E., Bishop, M.E., Wilson, G.T., & Agras, W.S. (2007). Classification on Eating Disorders: Toward DSM-V. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 123-129.
- Willan, R. (1790). A remarkable case of abstinence. *Medical Communication*, 2, 113-122.
- Wilson, G.T., & Sysko, R. (2009). Frequency of binge eating episodes in bulimia nervosa and binge eating disorder: diagnostic considerations. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 603-610.
- Wilson, G.T., Nonas, C.A., & Rosenblum, G.D. (1993). Assessment of binge eating in obese patients. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 1, 25-33.
- Wiser, S., & Telch, C., (1999). Dialectical behavior therapy for binge-eating disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 755-768.
- Wisotsky, W., Dancyder, I., Fornari, V., Swencions, C., Fischer, M., Schneider, M., & Wisotsky, W. (2006). Is perceived family dysfunction related to comorbid psychopathology? A study at an eating disorder day treatment program. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 18, 2, 235-244.
- Wong, M.S., McElwain, N.L., & Halberstadt, A.G. (2009). Parent, family, and child characteristics: Associations with mother- and father-reported emotion socialization practices. *Journal of Family Psychology*, 23, 452-463.
- World Health Organization (2001). The world health report 2001 Mental Health: New Understanding, New Hope.
- World Health Organization, (1998). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Geneva.

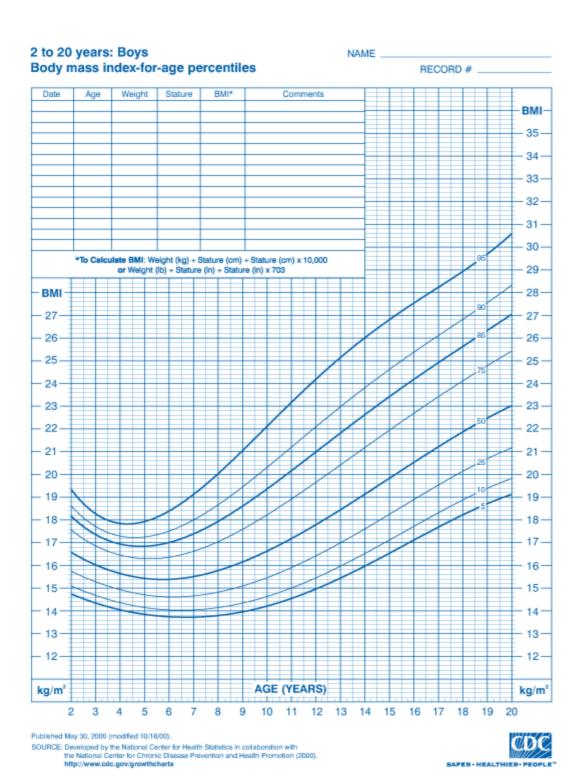
- Xanthakos, S. A., & Inge, T. H. (2007). Extreme pediatric obesity: Weighing the health dangers. *Journal of Pediatrics*, 150, 3-5.
- Yanovski, S. (1993). Binge eating disorder: Current knowledge and future directions. *Obesity Research*, 1, 306-324.
- Yanovski, S. Z., Nelson, J. E., Dubbert, B. K., & Spitzer, R.L. (1993). Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 10, 1472-1479.
- Zani, B., Selleri, P., & David, D. (1994). *La comunicazione. Modelli teorici e contesti sociali*. Roma: Carocci.
- Zanini, L. (2001). Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione degli operatori sociosanitari. Milano: Franco Angeli.
- Zero to Three (2005). Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. (DC: 0-3R). Washington: Zero-to-Three.
- Zucconi, A., & Howell, P. (2003). La promozione della salute. Un approccio globale per il benessere della persona e della società. Molfetta: La Meridiana.

ALLEGATI - PROTOCOLLO DI RICERCA

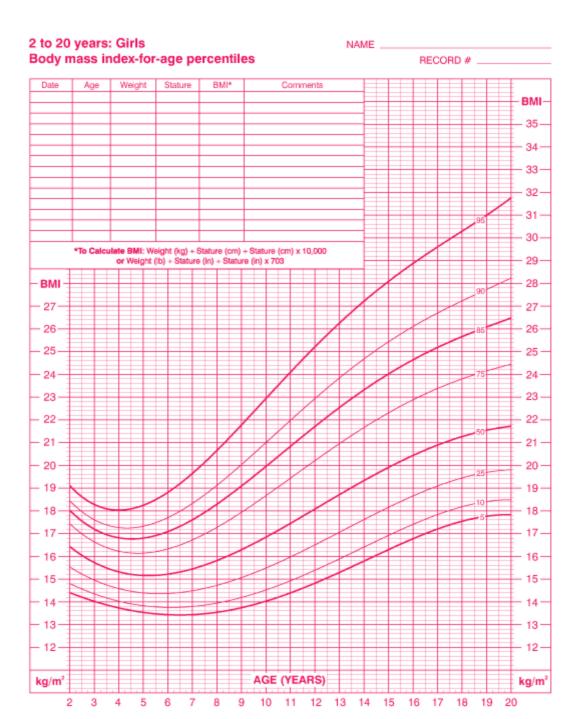
Allegato 1 - Carta d'Identità

and the second second	
NOME	
COGNOME	SONO TANTE VOLTE
STATURA	
PESO	
CAPELLI	
OCCHI	
QUALITA' E DIFETTI	
	FIRMA
Id	
N	
CARTA D'IDENTITA	

Genere maschile



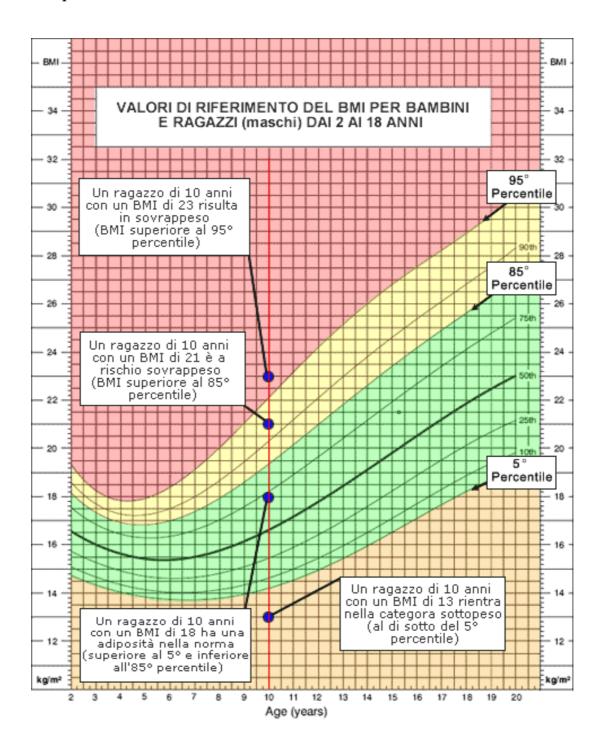
Genere femminile



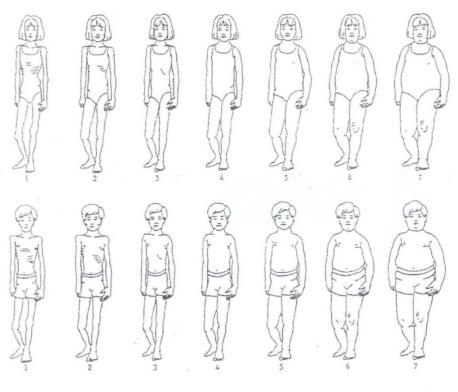
Published May 30, 2000 (modified 10/16/00).
SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with
the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).
https://www.cdc.gov/growthcharts



Interpretazione curve



Allegato 3 - Body Silhouette Chart



Nome:		Cognome:
Classe:		Sesso:
Come sei (chi sei fra que	sti bambini)?	
Come vorresti essere (chi	vorresti essere di questi)?	
Cosa vorresti cambiare?		
Quale secondo te di ques	i che vedi è un bambino grasso?	
Quale secondo te di ques	ti che vedi è una bambina grassa?	
Quale secondo te di ques	ti che vedi è un bambino magro?	
Quale secondo te di ques	ri che vedi è una bambina magra?	



CLAUDIO BARBARANELLI GIAN VITTORIO CAPRARA ANNARITA RABASCA

BFQ-C Big Five Questionnaire Children

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE ETÀ 8-10 ANNI

Comana a Noma		
Cognome e Nome		
Età Sesse	o Classe freq	uentata
Scuola	Dat	a
	ISTRUZIONI	
ni comuni. Non esistono mediata, spontanea. Leg	estionario descrivono un g o risposte giuste o sbagliate, gi attentamente ciascuna hia la tua prima reazione.	la migliore è quella im-
	ESEMPIO	
Mi è capitato di sogni	are.	
1 — Quasi mai	2 — Qualche volta	3 — Tante volte
	ORGANIZZAZIONI SPECIALI	

1) Ho voglia di vedere altra gente. 1 — Quasi mai 2 — Qualche volta	3 Tante volte
2) Divido le mie cose con gli altri.	
1 — Quasi mai 2 — Qualche volta	3 — Tante volte
3) Faccio le cose senza essere sbadato e senza distr	rarmi.
1 — Quasi mai 2 — Qualche volta	3 — Tante volte
4) Mi innervosisco per delle stupidaggini.	
1 — Quasi mai 2 — Qualche volta	3 — Tante volte
5) So molte cose.	
1 — Quasi mai 2 — Qualche volta	3 — Tante volte
6) Mi capita di essere di cattivo umore.	
1 — Quasi mai 2 — Qualche volta	3 Tante volte
7) Lavoro molto e volentieri.	
1 — Quasi mai 2 — Qualche volta	3 — Tante volte
8) Mi capita di discutere in maniera agitata con g	li altri.
1 — Quasi mai 2 — Qualche volta	3 Tante volte
9) Mi piace fare a gara con i compagni.	*
1 — Quasi mai 2 — Qualche volta	3 — Tante volte
10) II a como grando fantacia	
10) Ho una grande fantasia. (1)— Quasi mai (2)— Qualche volta	(3)— Tante volte

11)	Mi comporto in maniera	corretta e onesta con gli	altri.
	1 — Quasi mai	2—Qualche volta	3 — Tante volte
12)	Imparo facilmente le cos	se che studio a scuola.	
	1 — Quasi mai	2 — Qualche volta	3 — Tante volte
13)	Capisco quando gli altri	hanno bisogno di aiuto.	
	1 — Quasi mai	2—Qualche volta	3 — Tante volte
			*
14)	Mi piace muovermi mol	to e fare molta attività.	~
	1 — Quasi mai	2 — Qualche volta	3 Tante volte
15)	Mi arrabbio con facilità.		
	1)— Quasi mai	2 — Qualche volta	3 — Tante volte
1			
16)	Mi piace fare regali.		
	(1)— Quasi mai	(2)—Qualche volta	(3)— Tante volte
17)	Mi comito di litigano con	مان مانسن	
17)	Mi capita di litigare con	-	(3)— Tante volte
	(1)— Quasi mai	2 — Qualche volta	3 — Tante voite
18)	Quando l'insegnante fa	le domande so rispondere	hene
10)	1)— Quasi mai	(2)—Qualche volta	(3)— Tante volte
	1) Quasi iiai	Qualeffe volta	J Tante voice
19)	Mi piace stare in compa	gnia degli altri.	- Gr
20)	1)— Quasi mai	(2)—Qualche volta	(3)— Tante volte
	C Cambi		
20)	Mi impegno molto nelle	cose che faccio.	
-	1)— Quasi mai	2)—Qualche volta	(3)— Tante volte
		3	

21) Se qualcuno mi fa un'	ingiustizia lo perdono.	
1 — Quasi mai	2—Qualche volta	3 — Tante volte
22) Durante le lezioni in o	classe mi concentro sulle c	ose che faccio.
1 — Quasi mai	2—Qualche volta	3 — Tante volte
23) Mi risulta facile dire a	gli altri quello che penso.	
1 — Quasi mai	2—Qualche volta	3 — Tante volte
24) Mi piace leggere i libri		
1 — Quasi mai	2 — Qualche volta	3 — Tante volte
25) Quando ho finito i con	mpiti, li ricontrollo molte	volte per vedere se ho fatto
tutto bene.		(2) To a to small to
(1)— Quasi mai	2)—Qualche volta	(3)— Tante volte
26) Dies le core che nons		
26) Dico le cose che penso		(3)— Tante volte
1)— Quasi mai	2 — Qualche volta	3 Tailte voite
27) Tratto i miei compagr	ni con affetto	
,	Qualche volta	(3)— Tante volte
1 — Quasi mai	2 — Qualche volta	3 Tante voite
28) Rispetto le regole e l'o	ardine	
	Qualche volta	(3)— Tante volte
(1)— Quasi mai	2 Qualche volta	3 Tante voite
29) Mi offendo facilmente	2	•
(1)— Quasi mai	Qualche volta	(3)— Tante volte
Quasi Illai	Qualeffe volta	Jane voite
30) Quando l'insegnante	spiega qualcosa, capisco si	ıbito.
(1)— Quasi mai	2)—Qualche volta	(3)— Tante volte
Quasi mai	Qualence voita	Junite voice

31)	Mi capita di essere triste.		
	1 — Quasi mai	2—Qualche volta	3 — Tante volte
32)	Mi comporto con gli altr	ri con molta gentilezza.	
	1 — Quasi mai	2—Qualche volta	3 — Tante volte
33)	Mi piacciono i programr		
	1 — Quasi mai	2 — Qualche volta	3 — Tante volte
34)	Se prendo un impegno l		
	1)— Quasi mai	2 — Qualche volta	3 — Tante volte
0.5			
35)	Faccio qualcosa per non		
	1)— Quasi mai	2 — Qualche volta	3 — Tante volte
26)	Mi piace vedere il telegio	ornale e capere quello che	succede nel mondo
30)	1)—Quasi mai	Qualche volta	(3)— Tante volte
	1 — Quasi iliai	2)—Qualche volta	3 Tante voite
37)	La mia stanza è in ordin	e.	
01)	1)— Quasi mai	2)—Qualche volta	(3)— Tante volte
	1) Quantima	2) Quarone , onta	<u> </u>
38)	Sono educato/a nel rispo	ondere alle altre persone.	
	1)— Quasi mai	2)—Qualche volta	(3)— Tante volte
39)	Quando voglio fare qual	cosa, non riesco a tratter	nermi e devo farla subito.
	1 — Quasi mai	2 — Qualche volta	3 Tante volte
		0	
40)	Mi piace parlare con gli	altri.	
	1 — Quasi mai	2—Qualche volta	3 — Tante volte

41)	Ho poca pazienza. (1)— Quasi mai	Qualche volta	(3)— Tante volte
	1) Quasi mai	2 Quarente voicu	
42)	Riesco a convincere gli a	ltri di quello che penso.	
	1 — Quasi mai	2 — Qualche volta	3 — Tante volte
43)	Mi riesce bene inventare	e nuovi giochi e divertime	enti.
	1 — Quasi mai	2 — Qualche volta	3 — Tante volte
44)	Quando comincio a fare	qualcosa devo finirla a t	utti i costi.
	1 — Quasi mai	Qualche volta	3 Tante volte
15)	Se un compagno di class	se à in difficoltà lo aiuto	
43)	Quasi mai	Qualche volta	(3)— Tante volte
	1) Quitor man		
46)	Sono bravo/a nel risolve	ere i problemi di matemat	ica.
	1 — Quasi mai	2 — Qualche volta	3 — Tante volte
47)	Mi fido degli altri.		
	1 — Quasi mai	2—Qualche volta	3 — Tante volte
48)	Mi piace tenere tutte le	cose di scuola in grande d	ordine.
,	1 — Quasi mai	2 — Qualche volta	3 — Tante volte
49)	Perdo la calma con facil		~
	1 — Quasi mai	2—Qualche volta	3 Tante volte
50)	Quando parlo, gli altri r	ni stanno a sentire e fanr	o quello che dico io.
	1 — Quasi mai	2—Qualche volta	3 — Tante volte

51) Tratto bene anche le pe	ersone che mi stanno anti	patiche.
1 — Quasi mai	2 — Qualche volta	3 — Tante volte
52) Mi piace conoscere e in	nparare cose nuove.	
1 — Quasi mai	2 — Qualche volta	3 — Tante volte
53) Vado a giocare solo dor		
1)— Quasi mai	2 — Qualche volta	3 — Tante volte
50 5		
54) Faccio le cose con agita		
1 — Quasi mai	2—Qualche volta	3 Tante volte
55) 6 1		
55) Scherzo volentieri.		(2) Tours and to
(1)— Quasi mai	2 — Qualche volta	3 — Tante volte
56) Difficilmente mi distra	ggo	
Quasi mai	Qualche volta	(3)— Tante volte
1) Quasi mai	a Quitere voita	O Tunte voite
57) Faccio amicizia facilme	nte.	
(1)— Quasi mai	2)—Qualche volta	(3)— Tante volte
58) Mi capita di piangere.		
1 — Quasi mai	2—Qualche volta	3 — Tante volte
	8	
59) Mi piacerebbe molto vi	aggiare e conoscere il mo	do di vita di altri popoli.
1 — Quasi mai	2 — Qualche volta	3 — Tante volte
60) Penso che le altre perso	one siano buone e oneste.	
1 — Quasi mai	2 — Qualche volta	3 — Tante volte

61) Mi capita di essere pre	occupato/a per cose di po	ca importanza.
1)— Quasi mai	2—Qualche volta	3 — Tante volte
62) Capisco le cose immed	liatamente.	
1)— Quasi mai	2)—Qualche volta	(3)— Tante volte
63) Sono molto allegro/a e	e vivace.	
1)— Quasi mai	2)—Qualche volta	(3)— Tante volte
64) Lascio che gli altri usir	no le mie cose.	
1)— Quasi mai	2)—Qualche volta	(3)— Tante volte
	<u> </u>	
65) Faccio il mio dovere.		
1)— Quasi mai	2)—Qualche volta	(3)— Tante volte
Quasi mai		

C.M. 90527-R

Allegato 5 - The Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA)

ERQ-CA

Di seguito ci sono una serie di affermazioni. Per favore leggi ogni affermazione, e cerchia la scelta che ti sembra più vera per te. Alcune affermazioni potrebbero sembrarti uguali, ma sono differenti per aspetti importanti, perciò assicurati di leggere con attenzione.

Quando mi voglio sentire più felice, penso a qualcosa di diverso	Fortemente in disaccordo	In disaccordo	Mezzo e mezzo	D'accordo	Fortemente d'accordo
2) lo tengo i miei sentimenti per me	Fortemente in disaccordo	In disaccordo	Mezzo e mezzo	D'accordo	Fortemente d'accordo
Quando mi voglio sentire meno male (ex: triste, arrabbiato, preoccupato), penso a qualcosa di diverso	Fortemente in disaccordo	In disaccordo	Mezzo e mezzo	D'accordo	Fortemente d'accordo
Quando mi sento felice, faccio attenzione a non mostrarlo agli altri	Fortemente in disaccordo	In disaccordo	Mezzo e mezzo	D'accordo	Fortemente d'accordo
5) Quando sono preoccupato per qualcosa, penso a quella cosa in un modo che mi aiuta a stare meglio	Fortemente in disaccordo	In disaccordo	Mezzo e mezzo	D'accordo	Fortemente d'accordo
6) lo controllo i miei sentimenti non mostrandoli agli altri	Fortemente in disaccordo	In disaccordo	Mezzo e mezzo	D'accordo	Fortemente d'accordo
7) Quando voglio sentirmi più felice per qualcosa, cambio il mio modo di pensare a quella cosa	Fortemente in disaccordo	In disaccordo	Mezzo e mezzo	D'accordo	Fortemente d'accordo
8) Controllo i miei sentimenti verso le cose cambiando il mio modo di pensare a queste cose	Fortemente in disaccordo	In disaccordo	Mezzo e mezzo	D'accordo	Fortemente d'accordo
9) Quando mi sento male (ex: triste, arrabbiato, preoccupato) sto attento a non mostrarlo agli altri	Fortemente in disaccordo	In disaccordo	Mezzo e mezzo	D'accordo	Fortemente d'accordo
10) Quando mi voglio sentire meno male (ex: meno triste, meno arrabbiato, meno preoccupato) per qualcosa, cambio il mio modo di pensare a quella cosa	Fortemente in disaccordo	In disaccordo	Mezzo e mezzo	D'accordo	Fortemente d'accordo



MULTIMEDIA HEALTH COMMUNICATION LABORATORY
DIPARTIMENTO DI MEDICINA SPERIMENTALE AMBIENTALE
FACOLTA' MEDICA UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO-BICOCCA

NOME	
COGNOME	

SEZIONE DI PSICOLOGIA CLINICA

Rispondi alle affermazioni del questionario. Non esistono risposte giuste o sbagliate, la migliore risposta è quella immediata, spontanea. Leggi attentamente ciascuna frase e fai una crocetta nel riquadro che corrisponde alla tua prima reazione.

		Mai	Raramente	A volte	Spesso	Molto spesso	Sempre
01	Penso di essere troppo grasso.		2	3	4	5	6
02	Rinuncio a mangiare certe cose, perché penso che mi facciano ingrassare.	1	2	3	4	5	6
03	Dopo aver mangiato normalmente, mi sento la pancia gonfia.		2	3	4	5	6
14	Quando mi guardo allo specchio controllo se sono ingrassato/a.		2	3	4	5	6
05	Il mio papà guarda se sono grasso o magro.		2	3	4	5	6
06	Ho paura di ingrassare.		2	3	4	5	6
07	Quando vedo che ingrasso mi preoccupo, perché penso che continuerò ad ingrassare ancora.	1	2	3	4	5	6
08	La mamma dice che mangio troppo.		2	3	4	5	6
09	Penso che la mia pancia o il mio sedere o le mie gambe siano troppo grasse.	1	2	3	4	5	6
10	La mia mamma guarda se sono grasso o magro.	1	2	3	4	5	6
11	I miei genitori mi costringono a fare dello sport.	1	2	3	4	5	6

Documento riservato: non diffondere o usare senza autorizzazione