



Università degli Studi di Genova
Genoa University



DISFOR Dipartimento di Scienze della Formazione

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA CLINICA E DI COMUNITA'

Disturbi alimentari: il passaggio dalla terapia di gruppo
tradizionale alla terapia di gruppo online

Relatrice: Nadia Rania

Correlatrice: Anna Zunino

Candidata: Annalisa Angona

ANNO ACCADEMICO 2021/22

INDICE

INTRODUZIONE

1. DISTURBI ALIMENTARI

- 1.1 Le tipologie riconosciute dal DSM-5
- 1.2 Le tipologie non riconosciute dal DSM-5
- 1.3 I trattamenti utilizzati in base alla gravità del disturbo

2. L'IMMAGINE CORPOREA INFLUENZATA DAL MONDO ESTERNO ED INTERNO DELL'ADOLESCENTE

- 2.1 L'ideale di bellezza del passato e di oggi: i mass media
- 2.2 Nascita e descrizione del concetto di immagine corporea
- 2.3 La percezione, l'insoddisfazione e la manipolazione del corpo

3. LE TERAPIE PER SUPPORTARE IL PERCORSO VERSO LA GUARIGIONE DAI DISTURBI ALIMENTARI

- 3.1 Le psicoterapie utilizzate per trattare i disturbi alimentari
- 3.2 La psicoterapia di gruppo: l'importanza della condivisione
- 3.3 Guarigione, sintomi residui, ricadute e prevenzione

4. RISORSE E CRITICITA' DEL MONDO ONLINE

- 4.1 L'uso della psicoterapia online
- 4.2 Il mondo online: approfondimento di siti web sui disturbi alimentari
- 4.3 Covid-19: dal cerchio allo schermo. Cosa è cambiato nella psicoterapia di gruppo

CONCLUSIONE

BIBLIOGRAFIA

SITOGRAFIA

RINGRAZIAMENTI

INTRODUZIONE

Nel corso dei vari capitoli verranno trattati diversi argomenti che si concentreranno sull'approfondimento dell'area dei disturbi alimentari, sia appartenenti al manuale diagnostico DSM-5 che non, dei trattamenti che esistono e le terapie maggiormente utilizzate in pazienti che ne soffrono, l'area dell'immagine corporea e di come questa sia influenzata dal disturbo alimentare e dal mondo contemporaneo in cui viviamo ed infine viene trattata sia la terapia di gruppo tradizionale, quindi in presenza, sia online mettendo in luce gli aspetti sia positivi che negativi.

Il primo capitolo sarà dedicato all'esposizione delle tipologie di disturbi alimentari all'interno dell'ultimo manuale diagnostico DSM-5, in particolare quelli facenti parte della categoria "Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione", sui disturbi alimentari non ufficialmente riconosciuti dal DSM-5, ma che si stanno diffondendo sempre di più e sui vari trattamenti esistenti. Vengono trattati quindi i disturbi ufficialmente riconosciuti, pica, mericismo, disturbo evitante/restrittivo di cibo, anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da alimentazione incontrollata (binge eating), disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione e disturbo della nutrizione e dell'alimentazione senza specificazione, sui loro criteri diagnostici e sulla loro spiegazione. Inoltre, vengono descritti i disturbi alimentari non riconosciuti dal manuale diagnostico, ortoressia nervosa, pregoressia, bigoressia, drunkoressia, diabulimia e obesità, e della loro spiegazione. Infine, si descrivono i trattamenti che vengono messi in atto, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale, e delle loro spiegazioni.

Il secondo capitolo espone argomenti basati sulla percezione dell'immagine corporea, sull'influenza dei mass media su di essa, e sull'insoddisfazione e manipolazione del corpo. In particolare, questa parte inizia con un excursus sui

cambiamenti avvenuti nel corso della storia del corpo umano e come questo rappresenti la bellezza, o perlomeno l'ideale di bellezza. Se prima infatti il corpo umano veniva ammirato attraverso quadri, storie raccontate su libri e sculture, oggi viene esposto nei mass media e social media, spazio molto frequentato soprattutto dagli adolescenti. Questo argomento è stato affrontato in quanto i social media sono talmente tanto influenti da far modificare il pensiero ed i comportamenti alimentari degli adolescenti stessi. Queste modifiche, però, non sono sempre positive: in una fase così delicata come l'adolescenza, nella quale si costruisce la propria identità ed il proprio sé, avere una percezione erronea del proprio corpo potrebbe portare ad una conseguente insoddisfazione e manipolazione dello stesso. Per quanto riguarda i social media, questa manipolazione è in funzione al raggiungimento dell'ideale di bellezza trasmesso sulle varie piattaforme.

Il terzo capitolo, invece, tratta delle varie psicoterapie utilizzate per trattare i disturbi alimentari ed in particolare della terapia di gruppo. Viene esposta l'importanza, indipendentemente dalla psicoterapia attuata, dell'alleanza che viene a crearsi tra il paziente ed il terapeuta, senza la quale non esisterebbe terapia. I principali orientamenti psicoterapeutici utilizzati per trattare i disturbi del comportamento alimentare sono psicoanalisi e psicodinamica, psicoterapia cognitivo comportamentale, psicoterapia sistemico relazionale, psicoterapia della gestalt e psicoterapia integrata. Viene trattato inoltre il gruppo e la terapia di gruppo per trattare disturbi del comportamento alimentare. Questa parte pone le sue fondamenta sul concetto che il gruppo si basa sulla Teoria del Campo, su come lo spazio intorno al gruppo, che definisce appunto il campo, le persone, le emozioni e le situazioni del momento influiscano sull'equilibrio che il gruppo cerca di mantenere, sia in positivo che in negativo. Inoltre, oltre a spiegare come viene preparata ed affrontata la terapia di gruppo sia da parte del terapeuta che dai

pazienti, viene specificato quali personalità non siano particolarmente idonee ad affrontare la terapia di gruppo in quanto i risultati che si possono ottenere potrebbero essere più negativi che positivi. Infine, terzo capitolo si basa sul concetto di guarigione e sulla differenza tra recovery (va oltre alla guarigione della malattia, si basa sul superamento dei traumi che l'hanno causata e sul superamento delle conseguenze del disturbo stesso) ed Evidence-Based (pratica che si basa su prove di efficacia). Le ricerche oggi stanno cercando di collocarsi dentro il paradigma bio-psico-sociale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per creare uno spazio di guarigione che si basi sia su variabili biologiche e neurologiche, che sociali e culturali.

Il quarto ed ultimo capitolo si concentra su tutto ciò che va oltre la psicoterapia tradizionale, in particolare sulla psicoterapia online, già esistente prima della diffusione del Covid-19 ma esponenzialmente aumentata dopo di essa, su come sia nata la psicoterapia di gruppo online dopo il Covid-19 e sulle ricerche che sono state fatte sul web, cercando blog e forum incentrati esclusivamente sui disturbi alimentari. Viene descritta la psicoterapia online, su come l'emergenza sanitaria del COVID-19 ha imposto questa modalità, sia a terapeuti che a pazienti, per poter continuare il loro percorso, su come sia inevitabilmente cambiato il setting, ma non l'alleanza terapeutica. Si sottolinea anche che, nonostante le difficoltà nell'affrontare questa tipologia di terapia, essa può raggiungere molti più pazienti e fornire più aiuto. Si parla inoltre di come un'iniziale carenza di trattamenti psicologici e psichiatrici e la costrizione nello stare a casa data dall'emergenza sanitaria, abbia aumentato il rischio di ricadute o peggioramento della gravità del disturbo alimentare. In questa parte viene affrontata anche un altro argomento molto importante: viene evidenziato il passaggio dalla psicoterapia di gruppo tradizionale alla psicoterapia di gruppo online, il punto di vista dei terapeuti e dei pazienti, e tutte le conseguenze che ne derivano. Questo scritto si

conclude con le ricerche effettuate sul web riguardanti siti, forum e blog concentrati esclusivamente sui disturbi alimentari. Questa ricerca evidenzia quanto siano diffusi siti (pro-anoressia e pro-bulimia) che incoraggiano la nascita ed il mantenimento dei disturbi alimentari in quanto formati da persone che ne soffrono e che non ritengono sia una malattia, ma una parte di sé stessi da coltivare. A contrastare questo fenomeno esistono siti (anti-ana) che usano le testimonianze dei pazienti che soffrono di disturbi alimentari o ne hanno sofferto in passato, non per incoraggiare al mantenimento della malattia, ma per fornire consigli utili su come affrontarla e su come guarirne.

CAPITOLO 1: I DISTURBI ALIMENTARI

1.1 Le tipologie riconosciute dal DSM-5

L'ultima edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, anche noto come DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), è stato pubblicato nel maggio del 2013 dall'APA (American Psychiatric Association). In questo primo capitolo mi soffermerò a trattare cosa è cambiato dal DSM-IV al DSM-5 per quanto riguarda nello specifico i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e come il manuale li suddivide e li descrive.

Riccardo dalla Grave, laureato in medicina e specializzato in scienza dell'alimentazione e psicoterapia cognitiva, ha scritto nel 2015 un articolo che parla proprio delle novità contenute nel nuovo DSM-5 e di come queste hanno migliorato la descrizione di quelli che sono i sintomi ed i comportamenti dei soggetti che soffrono di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

Quindi, quali sono le novità? Innanzitutto, è stata creata un'unica categoria diagnostica denominata "disturbi della nutrizione e dell'alimentazione", mentre prima li trovavamo in due categorie separate. Sono state poi incluse nuove categorie diagnostiche e modificati alcuni criteri diagnostici in quanto nel DSM-IV la maggior parte dei pazienti rientrava nella diagnosi "disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato", mentre con l'attuale DSM-5 possiamo notare che le diverse patologie trovano un più puntuale approfondimento arrivando così meglio a stabilire quelle che sono le caratteristiche peculiari di ogni patologia, fornendo quindi allo psicologo strumenti universali più mirati ed utili per meglio arrivare ad una diagnosi precisa.

A quest'unica categoria è associata anche una definizione che ne definisce i confini: *"I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti collegati con*

l'alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale".

(American Psychiatric Association, Ed. it. Massimo Biondi (a cura di). (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.).

Vengono dunque descritte sei categorie principali più due residue e ad ognuna di esse sono affiancati i criteri che devono essere soddisfatti per poter essere diagnosticate:

1. Pica
2. Mericismo (disturbo da ruminazione)
3. Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo
4. Anoressia nervosa
5. Bulimia nervosa
6. Disturbo da alimentazione incontrollata (binge-eating disorder)
7. Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione
8. Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione

Il DSM-5, ancor prima della descrizione dei disturbi, chiarisce che l'obesità non è incluso nel manuale perché non è un disturbo mentale, ma l'eccesso di grasso corporeo deriva da un esubero di apporto energetico a lungo termine rispetto al consumo stesso di energia richiesto dall'organismo.

Inizio quindi a descrivere la prima categoria denominata Pica. Questa è l'attitudine di ingerire, per almeno un mese, sostanze non nutrienti considerate non alimentari, quindi non commestibili nella propria cultura (esistono infatti alcune culture in cui, come rituale, è abitudine mangiare la terra). Bonavilla e Marchi (1822) hanno fatto riferimento a questo termine nel loro antico dizionario etimologico ricordandoci che deriva dal nome latino della gazza, uccello famoso perché si ritiene che metta il becco in qualsiasi cosa. Solitamente quando viene diagnosticata la Pica, non è presente

un'avversione contro il cibo in generale. La diagnosi può essere fatta dopo che si siano compiuti almeno i due anni di età, perché prima di allora è normale che si ingeriscano, o per lo meno che si mettano in bocca, oggetti non alimentari. L'esordio in età infantile potrebbe avvenire anche in soggetti con sviluppo normale ma, in età adulta è tipicamente associato ad una disabilità intellettiva.

I criteri diagnostici presenti nel DSM-5 sono:

1. “Ingestione persistente di sostanze non nutritive e non alimentari per un periodo di almeno un mese
2. Il consumo di sostanze non nutritive e non alimentari è inappropriato per lo sviluppo dell'individuo
3. Il comportamento alimentare non fa parte di una pratica culturalmente supportata o socialmente normativa
4. Se il comportamento alimentare si verifica nel contesto di un altro disturbo mentale (per es. disabilità, disturbo dello sviluppo intellettivo, disturbo dello spettro autistico, schizofrenia) o condizione medica (inclusa la gravidanza), è sufficientemente grave da giustificare ulteriore attenzione clinica”

Si fa riferimento, ad esempio, all'ingestione di carta (xilofagia), terra (geofagia), feci (coprofagia), ghiaccio (pagofagia), sapone, stoffa, capelli, gomma, vernice, lana, etc.

Chiaramente, ingerendo questa tipologia di oggetti, si può facilmente andare incontro a problematiche mediche quali infezioni gastro-intestinali, ostruzione intestinale o avvelenamento.

Laura Pirotta, presidente dell'associazione NINA (Associazione Nazionale Italiana Neuroscienze Applicate) nel 2021 scrive un articolo nel quale esplicita che i fattori di rischio della Pica sono per lo più ambientali che possono essere l'abbandono,

la mancanza di autocontrollo ed il ritardo dello sviluppo, che può generare una grave compromissione nel funzionamento sociale (anche se raramente ne è l'unica causa).

La Pica può anche essere in comorbilità con altri disturbi come l'autismo, la disabilità intellettiva, la schizofrenia, il disturbo ossessivo-compulsivo, la tricotillomania (comportamento compulsivo nello strapparsi peli e capelli) e dermatillomania (disturbo da escoriazione che causa un'incessante provocazione di lesioni cutanee).

Se si parla, invece, di mericismo (o disturbo da ruminazione) ci si riferisce all'abitudine volontaria, per almeno un mese ed almeno una volta al giorno, di rigurgitare il cibo, masticarlo e deglutirlo di nuovo o sputarlo. L'esordio di questo fenomeno nei neonati può essere transitoria e terminare nel dodicesimo mese di vita. Nell'adolescenza e nell'età adulta è comune nelle persone con disabilità intellettiva.

I criteri del DSM-5 per poterlo diagnosticare sono:

1. "Ripetuto rigurgito di cibo per un periodo di almeno un mese. Il cibo rigurgitato può essere rimasticato, ringerito o sputato.
2. Il rigurgito ripetuto non è attribuibile a una condizione gastrointestinale o a un'altra condizione medica (per es. reflusso gastroesofageo, stenosi pilorica)
3. Il disturbo dell'alimentazione non si manifesta esclusivamente durante il decorso di anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da binge-eating o disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo.
4. Se i sintomi si manifestano nel contesto di un altro disturbo mentale (per es. disabilità intellettiva, disturbo dello sviluppo intellettivo o altro disturbo del neuro sviluppo) sono sufficientemente gravi da giustificare ulteriore attenzione clinica".

I fattori di rischio riconducibili all'insorgenza del mericismo sono attribuibili all'ambiente. Possono manifestarsi a causa di mancanza di stimolazione, abbandono, situazioni di vita stressanti e problemi nella relazione genitori-bambino.

Le diagnosi differenziali possono essere fatte qualora si verificano condizioni gastrointestinali dove il rigurgito non è volontario e anoressia nervosa dove lo scopo del rigurgito è la ricerca di perdita di peso e non il piacere del rigurgito in sé. Nel mericismo può esserci comorbidità con disturbi mentali quale, ad esempio, il disturbo dell'ansia.

Si parla di disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo quando questo è presente nell'età evolutiva caratterizzandone la tipicità, ma questo non esclude il fatto che possa essere presente anche nell'età adulta, in ambo i sessi. Le conseguenze sullo stato di salute possono essere anche molto gravi in considerazione della mancanza di assunzione di nutrienti e del fabbisogno energetico giornaliero. Le ripercussioni di tale comportamento si riflettono in una importante perdita di peso, conseguenza di un deficit nutrizionale protratto nel tempo e una forte interferenza con il funzionamento psicosociale.

I criteri diagnostici nel DSM-5 sono:

1. "Disturbo dell'alimentazione o della nutrizione (per es. apparente mancanza di interesse per il mangiare o per il cibo, evitamento basato sulle caratteristiche sensoriali del cibo, preoccupazione per le conseguenze avverse del mangiare) è manifestato da un persistente fallimento nel soddisfare le appropriate esigenze nutrizionali e/o fabbisogni energetici associati a uno (o più) dei seguenti:
 - Significativa perdita di peso (o mancato raggiungimento dell'aumento di peso previsto o vacillamento della crescita nei bambini)
 - Carezza nutrizionale significativa

- Dipendenza dall'alimentazione enterale o da supplementi nutrizionali orali
 - Mancata interferenza con il funzionamento psicosociale
2. Il disturbo non è meglio spiegato dalla mancanza di cibo disponibile o da un'associata pratica culturalmente sancita
 3. Il disturbo non si verifica esclusivamente durante il decorso dell'anoressia nervosa o della bulimia nervosa e non vi è evidenza di un disturbo nel modo in cui si sperimenta il peso o la forma del proprio corpo
 4. Il disturbo non è attribuibile a una condizione medica concomitante o non è meglio spiegata da un altro disturbo mentale. Quando il disturbo si verifica nel contesto di un'altra condizione o disturbo, la gravità supera quella abitualmente associata alla condizione o al disturbo e richiede ulteriori esami clinici.”

In recenti studi (Lanzenberger, Kranz e Savic, 2020) è stata studiata la sua prevalenza, che risulta essere pari allo 0,3% della popolazione.

Evitare determinati cibi può essere associato anche ad individui con estrema sensibilità sensoriale, tipica in chi soffre di autismo (specialmente nei maschi), o a chi ha subito un trauma associato ad esso, come il soffocamento. Può esserci comorbidità anche con il disturbo d'ansia e il disturbo ossessivo-compulsivo.

Quando si parla di anoressia nervosa bisogna tener conto che dal 2013, con il DSM-5, i criteri per poterla diagnosticare sono meno rigidi, infatti con il DSM-IV si poteva diagnosticare esclusivamente con l'assenza del ciclo mestruale (amenorrea), adesso questa restrizione non esiste più, anche perché questo includeva il fatto che potesse essere diagnosticata solo al genere femminile non ancora in menopausa, escludendo di fatto i maschi.

I criteri diagnostici sono:

1. “Limitazione dell’assunzione di energia rispetto al fabbisogno, che porta a un corpo significativamente sottopeso nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica. Il peso significativamente basso è definito come un peso inferiore al minimo normale o, per bambini e adolescenti, inferiore a quello minimo previsto
2. Intensa paura di aumentare il peso o di ingrassare, o comportamento persistente che interferisce con l’aumento di peso, anche se significativamente basso
3. Alterazione del modo in cui si percepisce il peso o la forma del proprio corpo, indebita influenza del peso o della forma del corpo sull’autovalutazione, o persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell’attuale condizione di sottopeso”.

L’anoressia nervosa può essere distinta in anoressia nervosa con restrizioni, determinata dal fatto che negli ultimi tre mesi non ci siano stati frequenti episodi di abbuffate o condotte di eliminazione di cibo (la perdita di peso dipende solo dalla dieta), e in anoressia nervosa con abbuffate/condotte di eliminazione, determinata dal fatto che negli ultimi tre mesi sono stati presenti frequenti episodi di abbuffate o condotte di eliminazione.

È facile che nel corso della malattia il paziente passi da un sottotipo all’altro, ma è più frequente la presenza dell’anoressia nervosa con abbuffate e condotte di eliminazione (Dalle Grave).

Possono anche esistere casi in cui, tra i criteri sopra citati, vi siano degli elementi che non vengono soddisfatti pienamente. Per esempio, se il criterio 1 è stato soddisfatto per un periodo di tempo troppo breve, ma i criteri 2 e 3 vengono invece pienamente soddisfatti, si parla di remissione parziale. Se si parla di remissione completa è perché

sono presenti i sintomi ma nessun criterio è soddisfatto per il tempo minimo necessario a diagnosticarla.

Con la pubblicazione del DSM-5 sono stati introdotti anche i livelli di gravità basati sul BMI (Indice di Massa Corporea), stilati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS):

1. Lieve: $BMI \geq 17 \text{ kg/m}^2$
2. Moderato: $BMI 16-16,99 \text{ kg/m}^2$
3. Grave: $BMI 15-15,99 \text{ kg/m}^2$
4. Estremo: $BMI < 15 \text{ kg/m}^2$

Quindi, una volta appurati i criteri che devono essere soddisfatti per diagnosticare l'anoressia nervosa, la domanda da porsi è: quali sono le caratteristiche tipiche di un/una paziente che ne soffre? E la risposta non può essere che la tendenza a misurare il peso e le parti del proprio corpo sviluppando una ossessione per gli specchi per controllare ogni parte del corpo stesso; queste persone considerano la perdita di peso un successo ed una buona forma di autocontrollo, tendono ad evitare di mangiare in pubblico, si sentono inadeguati al contesto in cui si trovano, hanno una spontaneità sociale ed espressività emotiva repressa, vi è presenza di impulsività nelle abbuffate e nelle condotte di eliminazione del cibo, inoltre è possibile che sia anche presente un abuso di alcol o di altre sostanze ed infine possono sviluppare la tendenza a praticare eccessiva attività fisica.

Ovviamente queste attitudini e agiti hanno delle conseguenze sulla vita dell'individuo in campo familiare, scolastico, lavorativo, sociale anche molto diverse tra loro: ci sono persone che vivono isolate ed altre invece che rimangono molto attive. Ma hanno conseguenze, anche gravi, sulla salute quale anemia, osteopenia, intolleranza al freddo, erosione dello smalto dentale, bradicardia, stipsi.

Parlando di comorbidità, l'anoressia nervosa, si presenta con il disturbo bipolare, il disturbo depressivo e disturbi d'ansia. Nell'anoressia con restrizioni c'è comorbidità con il disturbo ossessivo compulsivo (ed ecco spiegato il perché dell'esistenza delle ossessioni per il peso, la forma del corpo, gli specchi, il conteggio delle calorie). Nell'anoressia senza restrizioni invece ritroviamo uso di alcol e sostanze.

Le principali diagnosi differenziali da tenere in considerazione sono due. La prima riguarda le malattie mediche gastroenteriche o alcuni tumori che possono provocare la perdita di peso; la seconda riguarda la bulimia nervosa, nella quale il peso corporeo rimane normale o in sovrappeso.

Negli studi di Lanzenberger, Kranz e Savic (2020), la prevalenza dell'anoressia nervosa nella popolazione femminile è dell'1,4%, dello 0,2% nei maschi. L'esordio avviene, per la maggior parte dei casi, durante l'adolescenza o nella prima età adulta. Sono più rari gli esordi precoci (prima dell'adolescenza) o tardivi (dopo i 40 anni). Di solito l'esordio nasce dopo uno stressor, che provoca un'alterazione del comportamento alimentare del soggetto, fino a soddisfare i criteri della malattia. Una volta manifestato il problema, il tempo medio di remissione è di cinque anni, ma in situazioni croniche si allunga, soprattutto se si deve ricorrere all'ospedalizzazione. È oltretutto presente un tasso di mortalità del 5% ogni dieci anni causato da complicazioni derivanti dalla malattia stessa o dal suicidio (12 su 100.000 all'anno).

A questo punto della descrizione dei diversi disturbi della nutrizione e dell'alimentazione tratto ora la bulimia nervosa. Questo disturbo ha subito poche variazioni dal DSM-IV al DSM-5, ovvero la durata e la frequenza delle abbuffate, l'introduzione dei criteri per stabilire il livello di gravità sulla base del numero di condotte compensatorie attuate a settimana, ed infine sono stati eliminati due sottotipi.

I criteri del DSM-5 per diagnosticare la bulimia nervosa sono:

1. “Ricorrenti episodi di abbuffate. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi i seguenti aspetti:
 - Mangiare, in un periodo di tempo discreto (per es. entro un periodo di due ore), una quantità di cibo che è decisamente maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe in un periodo simile in circostanze simili.
 - Sensazione di mancanza di controllo sul mangiare durante l’episodio (per es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa o quanto si stia mangiando)
2. Ricorrenti comportamenti compensatori inappropriati al fine di prevenire l’aumento di peso, come ad esempio vomito autoindotto; abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci; digiuno; o esercizio eccessivo.
3. Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriete si verificano entrambe, in media, almeno una volta alla settimana per tre mesi
4. L’autovalutazione è indebitamente influenzata dalla forma e dal peso del corpo
5. Il disturbo non si verifica esclusivamente durante gli episodi di anoressia nervosa.”

Nel DSM-5 sono rimasti invariati due sottotipi: in remissione parziale, dove alcuni criteri di quelli appena citati non vengono soddisfatti per un certo periodo di tempo ed in remissione completa, dove nessuno dei criteri viene soddisfatto per il tempo necessario a diagnosticarla.

I livelli, invece, di gravità che vengono considerati sono i seguenti:

1. Lieve: 1-3 episodi di condotte compensatorie alla settimana
2. Moderato: 4-7 episodi di condotte compensatorie alla settimana
3. Grave: 8-13 episodi di condotte compensatorie alla settimana

4. Estremo: 14 o più episodi di condotte compensatorie alla settimana

Quindi, per descrivere una persona che soffre di bulimia nervosa, direi che il soggetto si presenta in normopeso o sovrappeso. Spesso chi ne soffre se ne vergogna molto e quindi le abbuffate avvengono in segreto, lontano da chi potrebbe giudicare. Proprio perché se ne vergogna, dopo le abbuffate, il sentimento prevaricante è il senso di colpa, che porta ad agiti compensatori, come il vomito o il digiuno per i giorni successivi. È comunque, anche se in minima parte, presente la paura di prendere peso; quindi, insieme al vomito e al digiuno spesso si associa anche attività fisica o alimenti sani/dietetici.

La chiave di questo disturbo è l'abbuffata ed il DSM-5 dedica spazio alla descrizione di questa condotta, spiegando cos'è e da cosa è caratterizzata.

L'abbuffata è l'azione in cui una persona mangia una quantità di cibo maggiore di quella che mangerebbe un'altra persona nelle stesse condizioni e nello stesso lasso di tempo, che è sempre circoscritto (non è il cibo che viene mangiato/spiluccato durante la giornata, ma quello che viene ingurgitato nell'arco di due ore, per esempio). Non è il tipo di cibo in sé a scatenare l'episodio, infatti l'anomalia è la quantità.

Durante l'episodio l'individuo ha la forte sensazione di perdere il controllo e di non riuscire, quindi, a smettere di ingurgitare cibo e può avvenire anche in luoghi differenti, pertanto iniziare l'abbuffata al ristorante e continuare a mangiare anche una volta tornato a casa.

Chiaramente questi agiti non trascurano il corpo, sul quale hanno delle conseguenze: amenorrea o irregolarità nel ciclo mestruale per le ragazze, lesioni gastriche, aritmie cardiache.

La bulimia nervosa, secondo Lanzenberger, Kranz e Savic (2020), colpisce l'1,9% la popolazione femminile e lo 0,6% la popolazione maschile.

L'esordio avviene in adolescenza o prima età adulta ma esistono casi di esordio precoce (durante l'infanzia) o di esordio tardivo (dopo i 40 anni). L'evento scatenante è spesso una dieta troppo severa o un evento stressante.

Ma quali sono i fattori di rischio che ne provocano l'esordio? Possono esservene diversi: quello temperamentale, dove ci si può imbattere in individui con bassa autostima, depressi o con disturbi d'ansia sociale; quello ambientale, dove di solito si ha a che fare con individui abusati fisicamente o sessualmente; quelli genetici/fisiologici, dove è presente una obesità infantile e precoce maturazione puberale.

Si parla, anche per la bulimia nervosa, di rischio di mortalità: il tasso grezzo di mortalità è di circa il 2%, sia per cause mediche (complicanze) sia per atti suicidari.

Per quanto riguarda le diagnosi differenziali, infine, parliamo di anoressia nervosa dove la persona non è in normopeso o sovrappeso, ma sottopeso e di disturbo di binge-eating dove sono presenti le abbuffate, ma sono assenti gli agiti compensatori.

Il disturbo da binge-eating (disturbo da alimentazione incontrollata) nel DSM-5 è stato introdotto come categoria ben distinta dalle altre, mentre nella versione precedente la troviamo appartenente alla categoria "disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato". La caratteristica principale di questo disturbo sono le abbuffate, che devono verificarsi almeno una volta alla settimana per almeno tre mesi, ma al contrario della bulimia nervosa non sono presenti agiti compensatori. In questa nuova versione, troviamo anche i criteri per valutarne la gravità.

I criteri per diagnosticarla sono:

1. "Episodi ricorrenti di abbuffate. È caratterizzato da un episodio di abbuffata da entrambi:

- Mangiare, in un periodo di tempo discreto, (es. entro due ore), una quantità di cibo che è decisamente più grande di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe in un periodo di tempo simile in circostanze simili.
 - Un senso di mancanza di controllo sul mangiare durante l'episodio
2. Gli episodi di abbuffate sono associati a tre (o più) dei seguenti:
- mangiare molto più rapidamente del normale
 - mangiare fino a sentirsi sgradevolmente sazi
 - mangiare grandi quantità di cibo quando non ci si sente fisicamente affamati
 - mangiare da soli a causa della sensazione di imbarazzo per quanto si sta mangiando
 - sensazione di disgusto verso sé stessi, depressione o molto senso di colpa in seguito
3. È presente un marcato disagio per quanto riguarda il binge-eating
4. Le abbuffate si verificano, in media, almeno una volta alla settimana per tre mesi
5. Le abbuffate non sono associate all'uso ricorrente di comportamenti compensatori inappropriati come nella bulimia nervosa e non si verificano esclusivamente durante il decorso di bulimia nervosa o anoressia nervosa.”

Si parla di remissione parziale quando, con la piena soddisfazione dei criteri, è presente meno di un episodio a settimana, per un periodo di tempo rilevante e di remissione completa quando nessuno dei criteri viene soddisfatto per un certo periodo di tempo.

I livelli di gravità precedentemente citati sono:

1. Lieve: da 1 a 3 abbuffate a settimana
2. Moderato: da 4 a 7 abbuffate a settimana
3. Grave: da 8 a 13 abbuffate a settimana

4. Estremo: 14 o più abbuffate a settimana

La prevalenza di tale disturbo ha la prevalenza più alta: 2,8% nelle donne e 1% negli uomini (Lanzenberger, Kranz, e Savic, 2020). L'esordio si verifica frequentemente dopo una dieta.

I fattori di rischio della bulimia possono essere sia genetici, sia fisiologici; infatti, nelle anamnesi spesso compaiono più casi di sofferenza specifica nello stesso ambito familiare. Le conseguenze funzionali che ne derivano possono essere diverse: troviamo problemi di adattamento sociale, ridotta qualità della salute e della soddisfazione di vita, maggiore uso dell'assistenza sanitaria, aumento del rischio di obesità e aumento della mortalità.

Si può fare diagnosi differenziale di bulimia nervosa rispetto al binge-eating in quanto nella prima sono presenti agiti compensatori che invece mancano nel binge-eating, lo stesso può essere fatto con l'obesità dato che in quest'ultima patologia non sono presenti episodi di abbuffate. Medesima possibilità di differenziazione può esservi rispetto ai disturbi depressivi poiché in essi aumenta il consumo del cibo; infine, anche tra bulimia e disturbo borderline di personalità dato che nel comportamento impulsivo tipico del borderline c'è anche l'alimentazione incontrollata.

Arrivo adesso a trattare le ultime due categorie diagnostiche. La prima è il disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione. Viene diagnosticata quando ci troviamo di fronte ad un paziente che manifesta sintomi tali da causare problemi significativi nella vita sociale, lavorativa o altre circostanze importanti, ma non soddisfano i criteri diagnostici degli altri disturbi dell'alimentazione. Viene infatti diagnosticata scrivendo sempre la ragione specifica, che secondo il DSM-5 può essere:

1. “Anoressia nervosa atipica: tutti i criteri sono soddisfatti, tranne che una significativa perdita di peso, il peso dell’individuo è all’interno o al di sopra del normale.
2. Bulimia nervosa (a bassa frequenza e/o di durata limitata): tutti i criteri sono soddisfatti, tranne che per le abbuffate e le inappropriate compensazioni di comportamenti che si verificano, in media, meno di una volta a settimana e/o per meno di tre mesi.
3. Disturbo da alimentazione incontrollata (a bassa frequenza e/o di durata limitata): tutti i criteri sono soddisfatti tranne le abbuffate, che si verificano, in media, meno di una volta a settimana e/o per meno di tre mesi.
4. Disturbo da condotta di eliminazione: presenti comportamenti di eliminazione per influenzare il peso o la forma fisica (per es. vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, diuretici o altri farmaci) in assenza di abbuffate.
5. Sindrome da alimentazione notturna: episodi ricorrenti di alimentazione notturna, come manifestato dal mangiare dopo il risveglio dal sonno o dopo il pasto serale. C’è consapevolezza e ricordo del mangiare. Il mangiare notturno non è meglio spiegato da influenze esterne come i cambiamenti nel ciclo sonno-veglia dell’individuo o le norme sociali. Il consumo notturno provoca disagio significativo e/o compromissione del funzionamento. Il modello disordinato del mangiare non è meglio spiegato dal disturbo di alimentazione incontrollata o altro disturbo mentale, incluso l’uso di sostanze, e non è attribuibile ad altri disturbi medici o effetti di farmaci.”

La seconda, ed ultima, è il disturbo della nutrizione o dell’alimentazione senza altra specificazione. Anche per questa diagnosi è necessario che ci sia una compromissione della vita sociale, lavorativa e di altre aree importanti della vita del paziente, ma senza

la piena soddisfazione dei criteri delle categorie elencate precedentemente. Questa diagnosi viene utilizzata quando non sono presenti sufficienti informazioni per specificare un disturbo della nutrizione o dell'alimentazione o quando il clinico sceglie di non dire i motivi per cui non sono soddisfatti i criteri.

1.2 Le tipologie non riconosciute dal DSM-5

Negli ultimi anni, oltre ai disturbi che vengono trattati nel DSM-5, ne sono emersi alcuni che non ne fanno parte, ma sono altrettanto importanti ed incisivi nella vita quotidiana degli individui. In questo capitolo tratterò la pregoressia, la bigoressia, l'ortoressia, la drunkoressia, la diabulimia ed infine anche l'obesità.

Come prima condotta alimentare, vorrei trattare l'ortoressia nervosa, termine che è stato usato per la prima volta da Steven Bratman nel 1997 sulla rivista "Yoga Journal" definendola "un'ossessione nel consumare cibo sano", nella quale i valori nutrizionali e la loro capacità di apportare benessere fisico sono più rilevanti del gusto e del piacere del cibo stesso. Per la prima volta si parla di qualità e non di quantità di cibo consumato. Il controllo sul cibo avviene attraverso regole dietetiche rigide e comportamenti compulsivi (Sanjay, Nitin e Jubbin, 2020). La dott.ssa Cappelluccio Rosetta (2020) chiarisce che il mangiare sano non è di per sé un'azione che provoca malessere, lo diventa quando impatta sulla qualità della vita psicosociale degli individui, per esempio l'eccessivo tempo che si dedica al pensare ai cibi considerati "sani" e la preparazione degli stessi (più di tre ore al giorno). Non esistono dei criteri diagnostici per diagnosticare l'ortoressia nervosa, ma sono stati sviluppati degli strumenti di screening per individuarla: ORTO-15, Bratman's Orthorexia Test (BOT) e l'Eating Habits Questionnaire (EHQ).

Tratto adesso la pregoressia, termine citato per la prima volta nel 2008, che descrive la paura nelle donne in gravidanza di aumentare il peso e che tramite eccessiva attività

fisica e riduzione di calorie assunte, tentano di controllarlo. Nel 2009 Mathieu J. (2009) scrisse un articolo dove spiegò che il problema predominante durante la gravidanza non era tanto la pregoressia, quanto l'obesità, perché con la motivazione di dover "mangiare per due" la mamma assume più nutrienti di quanto necessari.

Tuncer, Gumus, e Keser, però, nel loro articolo scritto nel 2020, spiegano che è molto più pericoloso assumere meno nutrienti di quelli necessari piuttosto che di più, in quanto ciò potrebbe causare danni, anche molto gravi, al feto. Ne soffre circa il 5% delle donne e si sono riscontrati spesso comorbidità con altri disturbi alimentari (presenti e passati), aumentando anche la propria insoddisfazione dell'immagine corporea.

Gli studi dimostrano che i disturbi alimentari sono in genere prevalenti nelle femmine, ma la bigoressia lo è nei maschi ed in particolare negli sportivi che perseguono un'immagine idealizzata e muscolosa. Mosley (2009) descrive che in generale è ritenuto salutare prendersi cura del proprio corpo, ma la bigoressia porta a desiderare un corpo irraggiungibile, una muscolatura inadeguata. Questo porta gli individui a passare la maggior parte del loro tempo in palestra, assumendo integratori ed adottando un'alimentazione anomala.

Sappiamo molto bene quanto un comportamento alimentare disordinato possa gravare sulla vita degli individui ed allo stesso modo anche il binge drinking (bere cinque o più bevande alcoliche consecutivamente per gli uomini e quattro o più per le donne in un'unica occasione), ma quando questi due agiti si coniugano insieme possiamo assistere a quello che si definisce drunkoressia (termine usato per la prima volta nel 2008 dal "New York Times"). Questo disturbo si presenta soprattutto nella popolazione universitaria, la quale per contrastare le calorie assunte bevendo quantità elevate di alcol, esercitano eccessiva attività fisica, agiti di eliminazione e limitano le

assunzioni di cibo. Un dato molto interessante è che circa il 20% degli universitari hanno ammesso di avere o aver avuto un disturbo alimentare (Forman-Hoffman, 2004). La drunkoressia, prima esclusiva degli Stati Uniti, ora è frequente anche in Italia: in uno studio su 3000 soggetti, ne soffre il 32,2% (Lupi et al., 2014).

La diabulimia invece è conosciuta come il “disturbo alimentare più pericoloso del mondo” perché è tipica in individui che hanno il diabete di tipo I e limitano l’assunzione dell’insulina per perdere peso. È più comune in donne dai 15 ai 30 anni e le conseguenze possono essere anche l’amputazione di arti. Visto che il paziente viene avvisato fin dalla diagnosi delle conseguenze dell’insulina, bisognerebbe agire preventivamente perché siano evitate le conseguenze più gravi tramite una collaborazione tra diabetologi e dietologi (Torjesen, 2019).

E per finire, l’obesità, che secondo l’Organizzazione mondiale della sanità rappresenta uno dei più grandi problemi di salute nel mondo a causa della sua elevata morbilità e mortalità (Masi, Tozzi, e Watanabe, 2022). L’eccessivo accumulo di grasso corporeo in relazione alla massa magra è causato da una vita sedentaria e da un’alimentazione scorretta. Chi ne soffre spesso viene isolato, facendo diventare quasi impossibile ogni forma di socializzazione. Da questo ne deriva l’ulteriore isolamento e un cattivo rapporto con il proprio corpo. Oltre ai fattori psicologici, però, sono presenti anche problemi sanitari: chi ne soffre spesso incontra anche malattie cardiovascolari o diabete. Per gli adulti, il criterio per stabilire l’obesità in base all’IMC è: (Istituto Superiore di Sanità, 2017).

- Sottopeso <18,5
- Normopeso 18,5 – 24,9
- Sovrappeso 25-29.9
- Obesità >30

1.3 I trattamenti utilizzati in base alla gravità del disturbo

Nella maggior parte dei casi chi mangia senza controllo, chi evita cibo, chi lo mangia e poi lo elimina non vede queste azioni come un problema, bensì come la soluzione ai suoi problemi; per questo è raro che sia il paziente in prima persona, soprattutto all'esordio della malattia, colui che chiede aiuto. Quindi rendersi conto che questi agiti non sono sani è un passo verso la cura e la voglia di riprendere in mano la propria vita, di riprenderne il controllo. Avere voglia di cambiare il proprio stile di vita presuppone esserne motivati, il che vuol dire avere la consapevolezza che la situazione attuale crea tanto disagio da prendere forza e coraggio e credere nella possibilità del cambiamento (senso di efficacia).

La Dott.ssa Polli (2022) evidenzia l'esistenza di tre livelli di trattamento attuabili in base al livello di gravità del disturbo:

- Trattamento ambulatoriale
- Trattamento semiresidenziale
- Trattamento residenziale

Il nucleo del trattamento ambulatoriale è la collaborazione interdisciplinare che tiene in considerazione le aree psicologiche e medico-nutrizionali. L'aiuto che il paziente riceve da queste aree permette una cura che abbia come base un approccio non contraddittorio, permettendo a psicologi e medici nutrizionisti di cooperare per il benessere del paziente. Nel particolare il ruolo dell'endocrinologo è quello di capire quali conseguenze possono esserci a livello ormonale, cardiaco e metabolico; il dietista o nutrizionista ha il compito di preparare una dieta nutrizionale fatta su misura per il paziente, in modo tale che abbia l'apporto nutrizionale ed energetico necessario; infine lo psicologo (che se necessario potrà chiedere aiuto/consulto ad uno psichiatra per

eventuali medicine da prescrivere) che ha il ruolo di seguire una psicoterapia con il paziente in parallelo a quella medica.

Il trattamento semiresidenziale si attua quando quello ambulatoriale non è sufficiente o come preparazione/fase finale di un trattamento residenziale. Anche in questo caso è necessaria e di fondamentale importanza la collaborazione in un'equipe multidisciplinare. Oltre ai ruoli citati precedentemente, nel trattamento semiresidenziale di aggiunge quello dell'infermiere e/o dell'educatore che lavora all'interno della residenza che ospita il paziente per tutta la giornata.

Infine, esiste il trattamento residenziale, che viene preso in considerazione quando il disturbo alimentare è tanto grave da non riuscire ad essere trattato solo con il trattamento ambulatoriale o semiresidenziale. Il paziente vive per un determinato periodo di tempo in un reparto specializzato che si occupa della riabilitazione completa del paziente, integrando psicoterapia, cure mediche e terapia con dietista o nutrizionista.

Milano, Cotugno, Dalle Grave, Gentile, Gravina, et al. (2017) iniziano il loro articolo con un dato di particolare importanza: la causa principale della mortalità nelle giovani donne (15-25 anni) è l'anoressia nervosa. La maggior parte dei pazienti non ritiene che il mancato raggiungimento del fabbisogno giornaliero sia un rischio per la loro vita ed addirittura ci sono pazienti che si rifiutano di accettare qualsiasi tipo di cura. A fronte di questo problema c'è un dibattito etico-giuridico molto acceso su come gestirlo; per esempio, nel Regno Unito e nel Nord Europa viene reclamato il TSO (trattamento sanitario obbligatorio), ritenuto un salvavita. Per far sì che il TSO sia effettivamente il piano B che salva la vita dei pazienti e che non sia controproducente, il National Institute for Clinical Excellence ed il Children Act (1989) hanno imposto delle linee guida da seguire che esigono il ricovero in cliniche specializzate e con una equipe altamente formata. In Italia è stata presentata una proposta di legge nel 2015 da Moretto

Sara, dove proponeva l'inserimento del TSO come trattamento salvavita, da attuare solo in casi di emergenza (in quanto limitante in termini di libertà personale).

Infatti, viene attivata la procedura per un TSO quando il rischio della vita del paziente prevale sul diritto alla libertà (art. 13 della Costituzione della Repubblica Italiana) e sono rispettate queste tre condizioni:

- “Una condizione di alterazioni psichiche della persona tali da necessitare urgenti interventi terapeutici
- Rifiuto da parte della persona degli interventi terapeutici proposti
- L'impossibilità di adottare tempestive misure extraospedaliere.”

La letteratura non fornisce dati precisi, ma l'Italia è l'ultima in Europa in termini di ricorso al TSO per anoressia nervosa. I motivi possono essere che le cliniche semiresidenziali e il trattamento ambulatorio funzionano meglio rispetto ad altri paesi o che non ci sia un'idea diversa sull'urgenza della cura oppure che non ci siano abbastanza reparti da ospitare tutti i pazienti che ne necessiterebbero. Infatti, in Italia, non è possibile ospitare i pazienti con un TSO se non negli SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura).

I dati internazionali sono pochi anche sui risultati a lungo termine, sicuramente ha una forte incidenza nel breve termine, in quanto attuato come salvavita. Ciò che risulta dagli esigui dati è che i TSO sono più lunghi rispetto agli altri trattamenti, le miglie in termini di IMC sono uguali o maggiori rispetto agli altri trattamenti e il follow-up a cinque anni risulta che il tasso di mortalità con il TSO è minore rispetto agli altri trattamenti.

A prescindere dal tipo di trattamento è fondamentale che questo sia scelto in base al tipo di disturbo, alla gravità del disturbo stesso ed alle caratteristiche del paziente e della sua famiglia. Infatti, bisogna tener conto che se si ha a che fare con pazienti minorenni

sarebbe opportuno integrare anche una terapia familiare per coinvolgere la famiglia nel percorso del paziente e per far sì che i comportamenti della famiglia non siano un ostacolo alla guarigione, ma un aiuto.

La domanda fondamentale, a questo punto, è: ma i trattamenti e le psicoterapie sottostanti funzionano? Esistono pazienti che riescono a guarire?

Delle psicoterapie ne parlerò più nel dettaglio nel capitolo quattro, adesso parliamo di numeri e di quello che la letteratura ci offre per capire la percentuale di guarigione.

Sempre la Dott.ssa Polli (2022), prima di darci la risposta a questa domanda, chiarisce cosa intende lei per “guarigione”, in modo tale che sia il meno possibile un’interpretazione soggettiva. La intende come una *“drastica riduzione e successiva eliminazione dei comportamenti alimentari disfunzionali, una normalizzazione del peso corporeo con recupero spontaneo delle normali funzioni biologiche, una accettazione della propria immagine corporea”*.

Se si dovesse condividere questa definizione come significato di “guarigione”, si potrebbe dire che solo il 50% dei pazienti che soffrono di anoressia nervosa ha una remissione completa, il 30% una remissione parziale e il 20% non guarisce (Keel, Brown, 2010).

Nello specifico per l’anoressia nervosa, vediamo una scomparsa o comunque una forte diminuzione dei sintomi (20/30%) dopo 2/4 anni; dopo 8 anni parliamo del 70/80% dei casi. I dati dimostrano che il tempo di recupero è lungo, soprattutto quando i casi sono particolarmente gravi e sono necessari trattamenti residenziali. Chiaramente il successo di guarigione lo si ha se il trattamento viene attuato in tempo e se è efficace.

Il Network Jama ha pubblicato nel febbraio 2023 una ricerca che ha interessato la diffusione dei disturbi alimentari a livello mondiale. Ha condotto 32 studi includendo 63.181 partecipanti di 16 paesi differenti e l’incidenza rilevata è del 22,36% di

adolescenti (1 adolescente su 5). Tra gli adolescenti che ne soffrono, la bilancia pende sulla popolazione femminile (30,03%), su adolescenti con un'età più grande e gli adolescenti con IMC più alto. In questo panorama l'Italia ha 1 caso di adolescente che soffre di disturbi di alimentazione su 3 (Lopez-Gil, Garcia-Hermoso, Smith, et al. (2023).

Secondo la SISDCA (Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare) in Italia ogni anno 8500 persone soffrono di DCA, in particolare 9 donne su 100.000 di anoressia nervosa e 12 donne su 100.000 di bulimia nervosa. Tenendo conto della stessa proporzione, i casi per gli uomini sono 0,02/1,4 di anoressia nervosa e 0,8 di bulimia nervosa. Si stima però che i dati dei pazienti di sesso maschile avranno un'incidenza sempre maggiore, soprattutto se si considera che negli ultimi anni sono stati individuati disturbi alimentari che colpiscono quasi esclusivamente gli uomini, come la bigoressia. (Camilli, 2019).

Facendo sempre riferimento ai dati statici disponibili, sappiamo che in Italia, nello specifico in Veneto, tra il 2000 ed il 2007 ci sono stati 2978 ricoveri per disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, di cui 2463 (82%) per anoressia nervosa. Tra questi i TSO negli SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) risultano essere il 5,2% (Santonastaso, 2009).

La prevalenza in termini di età è, come già citato nel sotto capitolo 2.1, nel periodo dell'adolescenza/prima età adulta (15/20 anni) ma sono in aumento i casi precoci (8 anni) e quelli tardivi (dopo i 40 anni). In particolare, 1 adolescente su 100 soffre di DCA e tra questi 1/2 in forma grave. (Camilli, 2019).

Questi dati sono molto preoccupanti, sia a livello mondiale che a livello nazionale. Dovrebbero metterci in guardia su quella che sarà la salute pubblica in prospettiva perché con il passare degli anni, anche se i dati a disposizione non sono molti, ci hanno

confermato che coloro che soffrono di disturbi alimentari sono sempre di più e colpiscono sempre più bambini. Sicuramente lavorare sui trattamenti ed avere una collaborazione multidisciplinare aiuta molto, ma bisogna lavorare molto di più sulla prevenzione già durante l'infanzia per evitare l'insorgenza di un eventuale disturbo in età adolescenziale.

CAPITOLO 2: L'IMMAGINE CORPOREA INFLUENZATA DAL MONDO ESTERNO ED INTERNO DELL'ADOLESCENTE

2.1 L'Ideale di bellezza del passato e di oggi: i mass media

Il corpo umano ha sempre rappresentato un esempio di bellezza, in particolar modo quello femminile. Il canone estetico di bellezza è sempre mutato nei secoli, adattandosi ai tempi e distinguendosi tra le diverse culture. Ce lo insegnano le testimonianze dei “mass media” del passato: disegni, sculture, quadri e scritture. Nelle raffigurazioni dell'Antico Egitto venivano rappresentate donne molto esili ed eleganti; nell'antica Roma le donne erano abbronzate perché viaggiavano molto, nell'epoca del Rinascimento invece l'incarnato perfetto era quello pallido e in epoca Vittoriana vincono le forme carnose delle donne. Nel '900 la figura femminile varia molto: viene abbandonata la femminilità per far spazio a caratteristiche più maschiline, per poi passare a corpi formosi ed infine a corpi fin troppo magri; fino ad arrivare ai nostri giorni dove la bellezza femminile è caratterizzata da un corpo magro ma sano, con pancia piatta e seno e fianchi formosi (Dimauro, 2016).

Il fattore che più di ogni altro, negli ultimi dieci anni ha inciso sulla vita quotidiana di ogni essere umano è stato l'accesso generalizzato a internet ed a tutte le sue opportunità. In questo specifico ultimo caso ciò che ci interessa in particolar modo sono i Social Network e come questi influenzano il modo di mangiare, di vedere il proprio corpo e la capacità di accettarlo in adolescenti e giovani adulti.

La crescente espansione dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione, soprattutto nei paesi industrializzati, è diventato ormai un problema di rilevanza sociale, che cattura soprattutto adolescenti e giovani adulti.

Ciò che accomuna questa fascia di età è l'uso e l'abuso della tecnologia quali internet e social media; infatti, gli adolescenti tra i 13 ed i 19 anni utilizzano e sfruttano i social media come mezzo di comunicazione ed espressione ormai quotidianamente.

Internet offre la possibilità di consultare o scrivere in prima persona su siti web per lo scambio di informazioni, suggerimenti ed esperienze di vita riguardanti anche i disturbi alimentari.

Il web ha un potere immenso, tale da cambiare il comportamento alimentare di chiunque, in meglio o in peggio. Più di un terzo degli adolescenti, infatti, sono stati influenzati dalle informazioni reperite su internet modificando la loro nutrizione. Diventa quasi scontata, quindi, l'importanza che bisogna apporre a questo tema, per cercare di capire meglio come il web impatti sulla salute degli adolescenti (Bastianelli, Spoto e Vidotto, 2011).

I siti di Social Network (SNS) sono considerati punti di incontro virtuale dove si può chattare e condividere foto e video con chiunque, in qualsiasi momento ed in ogni circostanza si desideri; questo giustifica il loro grandissimo successo, sempre crescente. I riferimenti vanno a Instagram, Twitter, Snapchat, Tik Tok e il sempre meno usato Facebook. Il successo di questi Social Network è attribuibile non solo alla possibilità data a chiunque di pubblicare foto e video, ma anche, in particolare, a quella degli "influencer". Persone, questi ultimi, presenti su uno o più social che godono di una elevata quantità di "followers", persone che li seguono, conquistati dal loro linguaggio e personalità.

Oltre al fatto che esiste la possibilità che gli adolescenti possano essere eccessivamente influenzati dal mondo social e da una bellezza esteticamente idealizzata, c'è anche la possibilità che sul web possano circolare informazioni sbagliate e che

quindi possano seguire influenze errate, soprattutto nel campo della salute e del benessere psico-fisico.

In questo senso è stato creato Health at every size (HAES), un approccio alternativo alla comune idea di bellezza, che offre la possibilità di incoraggiare sé stessi all'auto accettazione, ad un'alimentazione sana e studiata per il tipo di vita che si fa, e all'idea che fare sport possa essere un elemento fondamentale per una vita in salute (e non solo un mezzo per un dimagrimento eccessivo) (Marks, De Foe e Collett, 2020).

Ovviamente, come per tutte le cose, l'uso di Internet ed in particolare dei Social Network, non è solo tutto negativo: esiste la collaborazione, il supporto tra pari, la possibilità di poter rintracciare chiunque quando si desidera, il potere di mandare messaggi alla comunità; è l'abuso ciò che lo rende dannoso, le false informazioni, l'isolamento sociale, la capacità di provocare problemi nella vita produttiva (lavorativa e scolastica) o emotivi (depressione e ansia) (Elhai et al, 2017) e la loro capacità di modificare il modo di pensare ed agire delle persone. Quello che interessa a noi ora è capire come possano influenzare il modo di percepire l'immagine corporea.

Wang, Yang e Haigh (2017) hanno considerato la Teoria del Confronto Sociale (SCT) come una spiegazione della generale insoddisfazione degli individui che sono particolarmente coinvolti nell'uso dei Social Network, causata dal costante confronto con altri individui, anche estranei, che non sono considerati alla loro altezza, bensì irraggiungibili.

Questo perenne confronto verso qualcosa di irraggiungibile può portare la persona a idealizzarsi, cercando incessantemente di trasmettere attraverso i Social Network (foto) una rappresentazione di sé stessi esclusivamente desiderabile, arrivando ad utilizzare addirittura filtri o applicazioni per modificare le foto ed "essere" come la bellezza ideale rappresentata e pretesa sui Social Network. Questo modo di agire è

chiamato auto-oggettivazione (Tylka e Hill, 2004), che è la percezione di sé stessi come oggetto piuttosto che come persona. Ahadzadeh et al. (2007) ritengono che l'auto-oggettivazione sia aggravata dal fatto che gli adolescenti si sentono perennemente giudicati da osservatori conosciuti e sconosciuti.

Il confronto tra la vita reale e quello dei Social Network potrebbe creare discrepanze tra le proprie caratteristiche corporee, che sono reali, e le caratteristiche ideali, creando insoddisfazione, delusione e mancato appagamento.

Il Time Magazin, nel 2012, ha pubblicato un articolo nel quale ha comunicato che dalla piattaforma Instagram è stata abolita la definizione “thinspiration”, una parola che metteva insieme “thin” (magrezza) e “aspiration” (ispirazione) che definiva la magrezza come l'ideale di bellezza da raggiungere, l'unico accettato dalla società. Dal 2012 questo termine è stato sostituito con “fitspiration” (ideale atletico), decisamente un'alternativa più sana dell'ideale di magrezza, rivolto ad un pubblico sia maschile che femminile, al contrario di “thinspiration” che si rivolgeva soprattutto al mondo femminile. Ad oggi ci sono su Instagram 17,1 milioni di post con il tag “fitspiration” e 66,1 milioni di post con il tag “fitspo”.

Importante sottolineare che anche questo ultimo termine, se eccessivamente enfatizzato, potrebbe portare gli individui a focalizzarsi troppo sulla forma del fisico e ricadere nella trappola del malsano rapporto con il proprio corpo e dell'aspirazione a “dover” avere la forma fisica che la società accetta (Tiggemann e Zaccardo, 2015). Sempre parlando di numeri, Instagram nel 2019 ha rilevato più di 100 milioni di post con il tag “salute” e 57,8 milioni di post con il tag “mangiare pulito”. Questi numeri ci rendono l'idea di quanto questo argomento sia trattato sui social.

La ricerca condotta da Cohen, Newton-John, Slater, Holland e Tiggemann nel 2017 ha portato alla conclusione che coloro che cercano su Instagram contenuti

incentrati principalmente sull'attività fisica, ha un rischio maggiore di avere, aver avuto o incorrere in disturbi alimentari, anche non riconosciuti dal DSM-5 come l'ortoressia. Infatti, a proposito di ortoressia, Turner e Lefevre hanno condotto nel 2017 un sondaggio online su 680 account social che seguivano pagine di alimentazione sana. La conclusione della ricerca è stata che il 49% di coloro che hanno partecipato al sondaggio manifestavano i sintomi dell'ortoressia. Un dato che fa sicuramente riflettere.

Come ho precedentemente detto, i Social Network si basano su una comunicazione visiva molto forte, che ha un impatto notevole agli occhi di chi guarda. Proprio per questo le foto ed i video (soprattutto brevi) sono i mezzi di comunicazione più efficienti per trasmettere messaggi. Sotto un certo punto di vista si potrebbe rimanere indifferenti davanti a quest'ultima affermazione o darla addirittura per scontata, ma le fotografie hanno un lato oscuro che in tanti sottovalutano: le maggior parte delle persone che pubblicano foto, soprattutto se la loro pubblicazione implica un guadagno economico e quindi un contratto con aziende, modificano foto con l'obiettivo di "migliorarle", fino ad arrivare a modificare il proprio aspetto fisico e raggiungere i canoni di bellezza che tutti vorrebbero avere.

A tal proposito Fardouly, Willburger e Vartanian hanno condotto nel 2017 una ricerca che ha permesso di associare la frequente pubblicazione di foto sui Social Network ad una scarsa immagine corporea. Nello specifico pubblicare selfie (fotografia di sé stessi destinata alla pubblicazione sui social media) ha peggiorato la percezione che le persone hanno di sé stesse e del proprio corpo (livello di attrazione, forma del corpo, quantità di grasso corporea percepita, etc.).

Mabe, Forney e Chiglia già nel 2014 hanno notato come le ragazze adolescenti universitarie facevano molti confronti tra le loro foto e quelle pubblicate dalle loro coetanee e come i commenti sotto ad esse influenzassero, sia in negativo che in

positivo, il rapporto con il cibo. Questo ha condotto in molti casi a comportamenti alimentari disordinati. Quindi si può affermare che coloro che investono molto tempo nella scelta della foto “perfetta” da pubblicare e nella manipolazione della stessa (editing digitale) hanno una maggiore preoccupazione per la propria immagine corporea e per quello che gli altri potrebbero pensare riguardo al loro aspetto estetico (McLean et al., 2015).

Cosa influenza nella pratica il livello di soddisfazione personale e di auto accettazione? In questo mondo digitale contano solo due cose: il numero di like e di commenti positivi sotto le foto. Tutto ciò che non rientra nel positivo è una spinta verso la delusione e preoccupazione di non piacere, che potrebbe portare a comportamenti alimentari disordinati.

Il costante monitoraggio dei like e dei commenti nel mondo online è spesso un'estensione del disturbo alimentare nel mondo offline ed una ricerca di rassicurazione che probabilmente non ritroviamo nel mondo “reale” (Chua e Chang, 2016).

Recentemente è stato pubblicato un articolo (Lonergan, Bussey, Fardouly, Griffiths, Murray et al., 2020) dove è stata resa pubblica una ricerca che ha posato le sue fondamenta sulle informazioni sopra citate, ovvero sull'ipotesi che ci sia una correlazione tra i comportamenti apportati sui social (scelta ossessiva delle foto, manipolazione delle foto, ossessione nel sapere quanti “like” e commenti positivi o negativi postano sotto le foto, confronto perenne con i “like” delle foto degli altri, etc.) ed i comportamenti dei disturbi alimentari e sull'ipotesi che non ci siano differenze significative di genere tra la manipolazione delle foto e i disturbi alimentari. Sono stati la Macquarie University Human Research Ethics Committee e il NSW Department of Education ad approvare eticamente lo studio, che ha coinvolto 13 scuole includendo 5075 studenti delle scuole superiori a partecipare. La fascia di età era dai 12 ai 18 anni

per i ragazzi e dagli 11 ai 19 anni per le ragazze. Dal totale degli studenti ne sono stati esclusi 6 perché non hanno acconsentito a parteciparvi, 32 perché hanno identificato il loro genere come “altro”, 741 perché non avevano tutti i requisiti riguardo ai social media e 87 perché hanno soddisfatto i criteri per più di una diagnosi di disturbo alimentare. Il campione, quindi, comprendeva 4209 studenti, dei quali il 53% di genere femminile. Secondo le linee guida del Center for Disease Control (Whitlock, Williams, Gold, Smith e Shipman, 2010) 139 (7,1%) ragazzi e 165 (7,4%) ragazze rientravano nella categoria “sottopeso”; 1230 (62,4%) ragazzi e 1504 (67,3%) ragazze si trovavano nella categoria “normale/sano”; 263 (13,3%) ragazzi e 257 (11,5%) ragazze rientravano nella categoria “sovrappeso”; infine 174 (8,8%) ragazzi e 149 (6,7%) ragazze facevano parte della categoria “obesi”. La media è chiaramente appartenente alla categoria “normale/sano”. La maggior parte dei sintomi sono stati rilevati dall’EDE-Q versione 6 (questionario sui disturbi alimentari) (Fairburn, Cooper e O’Connor, 2008) che ha calcolato il BMI in base a età, genere, altezza e peso.

Come vedremo nella tabella che allegherò in seguito, i criteri che i partecipanti allo studio hanno soddisfatto, ci portano alla conclusione che 81 studenti (1,9%) soffrono di anoressia nervosa, 352 studenti (8,4%) soffrono di bulimia nervosa, 59 (1,4%) di disturbo da alimentazione incontrollata, 138 (3,3%) di sindrome del mangiare notturno, 111 (2,6%) da disturbo da eliminazione e 166 (3,9%) di disturbo alimentare senza specificazione.

TABLE 1 Descriptive statistics for eating disorder diagnostic groups

| Diagnostic group | Age in years M (SD) | Girls (%) | BMI percentile Median (IQR) | Avoidance of posting selfies M (SD) | Photo investment M (SD) | Photo manipulation M (SD) | Investment in others' selfies M (SD) |
|--|------------------------|--------------|--------------------------------|---|-------------------------------|---------------------------------|--|
| Clinical/subclinical anorexia nervosa | 15.05 (1.48) | 85.2 | 43.90 (79.95) | 3.00 (1.25) | 62.86 (19.85) | 19.85 (9.51) | 10.62 (5.00) |
| Clinical/subclinical bulimia nervosa | 15.28 (1.38) | 78.4 | 72.50 (44.10) | 3.10 (1.21) | 64.75 (17.87) | 22.35 (10.59) | 11.77 (5.13) |
| Clinical/subclinical binge-eating disorder | 15.61 (1.53) | 88.1 | 72.70 (38.10) | 3.03 (1.27) | 66.04 (17.71) | 18.66 (8.10) | 11.03 (4.53) |
| Night eating syndrome | 15.08 (1.38) | 39.7 | 63.70 (57.73) | 2.89 (1.41) | 49.76 (19.13) | 18.88 (10.75) | 9.25 (5.66) |
| Purging disorder | 15.14 (1.41) | 80.1 | 65.20 (44.00) | 2.70 (1.23) | 57.41 (17.92) | 19.85 (9.94) | 9.79 (4.80) |
| UFED | 15.04 (1.41) | 84.3 | 73.20 (38.68) | 3.21 (1.18) | 63.52 (18.41) | 18.84 (8.19) | 11.13 (4.88) |
| No diagnosis | 14.9 (1.56) | 69.6 | 52.70 (54.00) | 2.41 (1.37) | 42.37 (19.60) | 14.10 (6.431) | 7.14 (4.19) |

Abbreviation: UFED, unspecified feeding and eating disorder.

(Lonergan, Bussey, Fardouly, Griffiths, Murray et al., 2020. p. 6).

La ricerca ha trovato sistematicamente significativa l'ipotesi in cui evitare di pubblicare selfie, manipolare le foto e investire tempo sulla scelta delle foto è associato alla probabilità di soddisfare i criteri i disturbi alimentari. In particolare evitare di pubblicare selfie soddisfa i criteri per tutti i disturbi alimentari tranne il disturbo da alimentazione incontrollata ed il disturbo da eliminazione, l'investimento sulle foto soddisfa i criteri per tutti i disturbi, la manipolazione delle foto soddisfa tutti i criteri tranne disturbo da alimentazione incontrollata e disturbo di alimentazione senza specificazione, infine l'investimento sui selfie altrui soddisfa tutti i criteri tranne anoressia nervosa e disturbo da eliminazione. Inoltre, non ci sono state interazioni significative tra il genere ed i disturbi alimentari al netto dell'uso dei social media.

I risultati suggeriscono una coerenza con la ricerca: i comportamenti attuati nei social media che si basano sulla fotografia sono collegati ad un comportamento alimentare scorretto e disadattivo, indipendentemente dal genere.

L'evitamento della pubblicazione dei selfie può apparire erroneamente "sano" anche ai professionisti che lavorano in equipe, quando invece si tenta di nascondere una forte preoccupazione per la propria immagine corporea. Si può perciò affermare che i comportamenti sui social media dovrebbero essere valutati quando si esegue un trattamento per i disturbi alimentari, un elemento insomma che non bisognerebbe sottovalutare data l'importanza che i social media assumono ogni anno sempre di più. In futuro saranno necessari altri studi per capirne innanzitutto la replicabilità e successivamente se attraverso lo studio dei post pubblicati dagli adolescenti si può trarre qualche informazione importante per la terapia o in generale per fare prevenzione.

Per concludere, la ricerca afferma che più è forte l'evitamento della pubblicazione dei selfie, la manipolazione degli stessi e il tempo impiegato a scegliere la foto

“perfetta” e più è alta la probabilità di soddisfare i criteri per disturbi alimentari. Infine, un dato rilevante è che i ragazzi che hanno un maggiore evitamento nella pubblicazione dei selfie hanno più probabilità rispetto alle ragazze di soddisfare i criteri per l’anoressia nervosa.

Walker e Thornton (2015) sostengono che è vero che l’uso dei Social Network può essere utile se usato come fonte di supporto per la comunità e per promuovere interazioni sociali, ma Smith e Hames (2013) hanno confermato che i tassi di depressione, ansia, immagine corporea negativa e comportamenti alimentari disordinati aumentano quando i social sono usati per confrontarsi con gli altri utenti.

2.2 Nascita e descrizione del concetto di immagine corporea

Il primo autore a parlare di immagine corporea è stato Paul Schilder nel testo “The Image and the Appearance of the Human Body” (1935) definendola “*quel quadro del nostro corpo che formiamo nella nostra mente*”, ovvero il modo in cui il corpo appare nella nostra mente, soggetto ad esperienze sensoriali e psichiche della persona.

Nel 1986 Fisher la rappresenta come una serie di sensazioni ed atteggiamenti rivolti verso il corpo, sotto una prospettiva psicologico-fenomenologica. Prospettiva che viene poi superata dal modello cognitivo-comportamentale che basa la propria teoria su due concetti: body image evaluation (soddisfazione/insoddisfazione per il proprio aspetto) e body image investment (importanza a livello psicologico e comportamentale che le persone danno al proprio aspetto secondo un’auto-valutazione) (Cash, 2004). L’immagine corporea è influenzata quindi da cultura sociale, esperienze personali, caratteristiche fisiche e tratti di personalità:

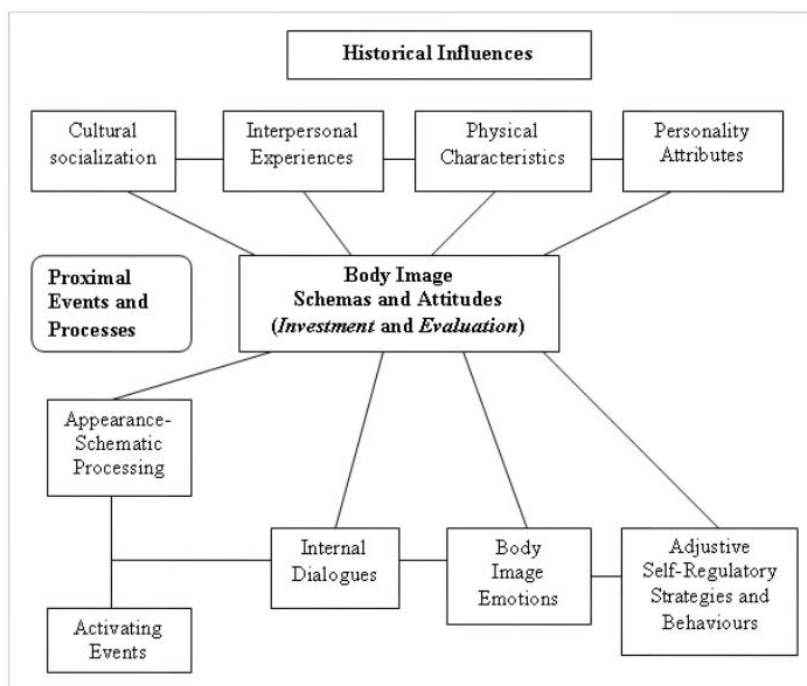


Fig. 1 Modello Cognitivo-Comportamentale dell'Immagine Corporea

(Ricca, Castellini, Faravelli, 2011. p. 2.)

Considerando, invece, la prospettiva psicoanalitica, l'immagine corporea è una rappresentazione psichica inconscia del proprio corpo rafforzata da fantasie del sé in interazione con l'altro. Essa dipende perciò da esperienze corporee interne che si formano grazie a relazioni con gli altri e dal conseguente investimento affettivo (Pellerone et al., 2017)

Slade, attraverso i suoi studi effettuati nel 1998, individuò quattro componenti del concetto di immagine corporea: percettiva, ovvero come il soggetto percepisce la forma del suo corpo; cognitiva, che rappresenta cosa pensa il soggetto del suo corpo; affettiva, che tiene in considerazione cosa prova il soggetto nei confronti del suo corpo; comportamentale, che implica il tipo di alimentazione e il tipo e la frequenza dell'attività fisica che svolge il soggetto.

Il concetto di sé corporeo è trattato da Lemma nel 2005, costruito dinamico che si basa su processi cinestetici-motori, propriocettivi, cognitivi, emotivi e sociali. Fonda

tale costruito sulla teoria che l'immagine corporea è una rappresentazione, appunto, dinamica che cambia continuamente a seconda della fase di vita del soggetto. Esiste quindi nella persona un grande sforzo nel mantenere un'immagine corporea coerente con il proprio sé e con i cambiamenti che il corpo subisce con il passare degli anni.

Secondo gli studi di Mian (2006), invece, esistono due aree che formano l'immagine corporea. Una è l'area neurologica, deputata a far sì che il soggetto si costruisca mentalmente una mappa del proprio corpo. L'altra area è psicologica, quest'area è importante in quanto si fonda sul concetto che il soggetto crei uno schema mentale del proprio corpo associandoci diverse emozioni.

Attraverso le varie teorie, nel corso degli anni, viene ipotizzato anche che possa esistere un'area specifica del cervello in cui viene localizzata l'immagine corporea e le informazioni rilevanti da parte del soggetto tratte dal mondo esterno, ma Kinsbourne (2004) smentisce questa ipotesi in quanto se veramente esistesse, si potrebbero curare le patologie che disturbano le esperienze del corpo, ma così non è. Ciò che sappiamo deriva dagli studi di Pietrini et al. (2010), i quali hanno rilevato, attraverso la risonanza magnetica funzionale (fMRI), che esiste una regione della corteccia occipito-temporale laterale specializzata nel riconoscimento del corpo umano.

Siciliani, Siani e Castellazzi dichiarano nel loro articolo (2007) che ci sono degli elementi specifici che caratterizzano l'immagine corporea: corpo ideale (concetto psicoanalitico che si basa sulle aspettative che il soggetto ha sul proprio corpo), corpo percepito (che non sempre corrisponde al corpo reale), forma oggettiva del corpo, immagine corporea socialmente accettata (che dipende dalla cultura di appartenenza). L'immagine corporea inizia a svilupparsi all'età di due anni, quindi molto presto. Essa diventa un mezzo di comunicazione e rispecchiamento fondamentale in questa delicata età, costruita anche in base a ciò che l'infante percepisce dall'esterno (apprezzato/non

apprezzato, bello/brutto, sano/malato). In età adolescenziale l'immagine corporea si sovrappone all'identità personale, influenzando molto l'autopercezione generale dell'individuo. Le ragazze, di fronte a questo cambiamento, sembrano essere più suscettibili rispetto ai ragazzi, i quali vivono l'aumento della massa corporea più serenamente. Se ne trae quindi che le ragazze siano più propense a sviluppare un'immagine corporea negativa con conseguenti comportamenti alimentari distorti, rispetto ai ragazzi (Davison e McCabe, 2006). Per cui i disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono quelli più frequenti quando si parla di immagine corporea.

È interessante sapere che il primo a correlare l'immagine corporea con i disturbi del comportamento alimentare è stato Hilde Brunch nel 1973 nel suo testo "Patologia del comportamento alimentare". La correlazione deriva dalla distorta percezione della propria immagine, considerata molto lontana dal corpo ideale (per es. coloro che soffrono di anoressia sostengono di essere "grassi" anche se nella realtà risultano sottopeso).

Prendo ora in considerazione un articolo scritto nel 2004 da Prunetti, Fontana, Donalizio, Bracchi e Bicchieri dove viene esaminato lo studio transnazionale "Health Behaviour in School Aged Children" (nato nel 1982 volto a identificare e comprendere i fattori che influenzano la salute degli adolescenti) svolto in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e gestita da un network di ricercatori e istituzioni coordinato da un comitato. Dal 1995 al 2000 è stato svolto in diverse province italiane con lo scopo di esaminare il rapporto tra l'immagine corporea ed i disturbi alimentari su un campione di 4243 adolescenti (2024 maschi e 2219 femmine) tra gli 12 ed i 18 anni. È sorta da questo studio una discrepanza, tra l'indice oggettivo (BMI - indice di massa corporea) e l'indice soggettivo (questionario), che esplicita un'immagine corporea distorta dove i ragazzi vorrebbero vedersi più robusti e quindi si

considerano troppo magri e le ragazze vorrebbero essere più magre perché si considerano grasse a prescindere dal loro indice di massa corporea. Sono queste le ragioni, insieme alle influenze socioculturali (famiglia, pari, media) a spingere gli adolescenti a comportamenti alimentari scorretti per modificare l'aspetto del loro corpo. Tra i questionari somministrati, i ragazzi hanno compilato anche il Pisa Survey for Eating Disorders (PSED), strumento psicodiagnostico somministrato in gruppo che indaga quattro aree: "i rapporti interpersonali (relazione affettiva, sessuale e contatti sociali), immagine corporea (rapporto con il proprio corpo, livello di gradimento dello stesso, percezione settoriale e globale dello stesso) la condotta alimentare (dieta, abbuffate, vomito ed uso di lassativi) e l'attività fisica (tipologia e frequenza delle attività svolte). I risultati di questo studio mostrano che la frequenza (almeno una volta al giorno) delle condotte alimentari disfunzionali del campione sono del 64%, un dato decisamente allarmante. Questo studio ha molti limiti e lacune, come per esempio il fatto che il campione non sia rappresentativo della popolazione adolescenziale italiana e che i dati siano stati raccolti in momenti molto distanti tra loro, ma rende comunque molto bene l'idea di come sia presente una percezione distorta dell'immagine corporea nella mente degli adolescenti.

2.3 La percezione, l'insoddisfazione e la manipolazione del corpo

L'immagine corporea è, come citato nel sotto capitolo precedente, il modo in cui il soggetto percepisce e valuta il proprio corpo. Pellerone et al. nel 2005 definiscono il corpo con una tela, perché grazie alla sua malleabilità è possibile disegnare la forma che più desideriamo o rimodellare completamente un corpo che viene considerato danneggiato dal soggetto stesso. La manipolazione del corpo fornisce molte informazioni sull'identità, sul sé e sulla cultura di appartenenza. Modificare la forma del corpo presuppone che esista una differenza tra il corpo reale e quello ideale. Questo

comporta in molti adolescenti e giovani adulti lo sviluppo di sentimenti negativi, alimentati dall'insoddisfazione del proprio corpo reale. Tale insoddisfazione potrebbe provocare comportamenti dannosi per la salute (Cash et al., 2002). Thompson (1999) considera l'insoddisfazione per il proprio corpo una scontentezza soggettiva per il corpo in generale o per alcune parti nello specifico. Tale insoddisfazione può essere associata ad una distorsione dell'immagine corporea, a sua volta associata a disturbi del comportamento alimentare (Cash, 2002).

Sono stati effettuati diversi studi (Hardit et al, 2012; Pellerone, Tomasello e Migliorisi, 2017) grazie ai quali è stato dimostrato che aver sviluppato un attaccamento ansioso (Teoria dell'Attaccamento di Bowlby, 1982) influenza una sorta di predisposizione all'insoddisfazione della propria immagine corporea. Ma non è solo un attaccamento ansioso ad influire sull'insorgenza di tale insoddisfazione, anche essere vittime di abusi fisici e sessuali contribuisce ad una visione distorta del proprio corpo. Per equilibrare tale distorsione, soprattutto le donne, cercano o di modificare il proprio corpo al punto di renderlo il meno attraente possibile o, al contrario, di renderlo tanto attraente da essere desiderabile.

Altrettanti studi (Gori et al., 2013; Granner et al., 2002; Pellerone et al., 2017; Stie et al., 2002) hanno dimostrato che esiste un'associazione molto forte tra insoddisfazione corporea ed abuso di sostanze, abuso di alcool, uso di tabacco, ansia, depressione e bassa autostima. Tutto questo incide significativamente sulla salute sia mentale che fisica di chi ne soffre, tanto che può portare a idee suicidarie. Brausch (2007) sostiene che gli adolescenti che percepiscono negativamente il loro corpo non sanno come proteggerlo, ritenendosi incapaci di farlo, sostenendo che l'unico modo per farlo e per proteggerlo è il suicidio (in egual modo per il sesso femminile e maschile). In età adulta

invece sembrano essere le donne quelle propense ad atti autolesionistici rispetto agli uomini (Duggan et al., 2013).

La distorsione della propria immagine corporea è un elemento fondamentale per lo sviluppo o mantenimento del disturbo del comportamento alimentare, inevitabilmente legata al mondo sociale in cui viviamo ed in particolare ai suoi canoni estetici. Infatti, gli usi e costumi della società, la famiglia nella quale cresciamo, i pari con i quali condividiamo le esperienze hanno un fortissimo impatto sulla percezione dell'immagine corporea di ognuno di noi; tuttavia, solo su alcuni di noi ha effetto tale da tradurre quella che è una sana percezione corporea in una distorsione corporea. Di conseguenza Garner (2004) ha ipotizzato che i disturbi alimentari abbiano origine in determinati tratti temperamentali e di personalità; per esempio, l'anoressia nervosa avrebbe origine dall'ossessione, dal perfezionismo e dalla rigidità. Anche Field (1999) associa l'influenza della famiglia, il confronto con i pari e l'influenza dei media all'insorgenza della distorsione dell'immagine corporea e Yamamiyaa et al. (2005) associano, in particolar modo la visione di donne su riviste che esteticamente rappresentano il corpo socialmente accettato, effetti negativi sull'umore. Però non tutti coloro che vedono queste immagini hanno gli stessi effetti negativi; Yamamiyaa lo spiega ipotizzando che dipende dalla maggiore o minore internalizzazione degli ideali che la società propone.

Per quanto riguarda l'influenza dei pari, i comportamenti e gli atteggiamenti del gruppo che riguardano la forma ed il peso del corpo possono influenzare le preoccupazioni per il proprio aspetto e compromette una sana alimentazione a favore di alimenti ipocalorici e strategie per perdere peso (Eisenberg, Neumark-Sztainer, Story e Perry, 2005). Nel particolare, i meccanismi di influenza dei pari sono: i commenti negativi sul peso e sulla forma del corpo, le conversazioni sull'apparenza e sull'estetica ai fini dell'accettazione sociale, il confronto corporeo con i pari (Paxton et al. 1999).

Riprendendo il discorso sull'anoressia nervosa citato poco fa, Sweets et al. (1999) hanno supposto due spiegazioni alla sovrastima delle dimensioni corporee negli adolescenti che soffrono di anoressia: per prima cosa ipotizzano sia dovuta ad una errata percezione esclusivamente visiva richiamando nella loro memoria visiva una immagine di sé più grassa della realtà, la seconda ipotesi attribuisce l'errata percezione delle dimensioni del corpo alle emozioni ed ai pensieri sul corpo stesso. La distorsione dell'immagine corporea non è importante solo nel mondo dei disturbi del comportamento alimentare, ma si caratterizza anche in tutti i soggetti considerati "sani"; infatti, McElhone et al. hanno condotto uno studio nel 1999 su un campione di 15.239 soggetti in diversi paesi dell'Unione Europea dal quale è emerso che solamente il 39% del campione risultava pienamente soddisfatto del proprio corpo ed il 20% delle donne e il 5% degli uomini hanno dichiarato di desiderare un peso inferiore a quello attuale.

Tiggerman e Lynch (2001) hanno constatato come, nonostante l'insoddisfazione per il proprio corpo permanga per molti anni, l'ansia per il proprio aspetto fisico e i sintomi dei disturbi del comportamento alimentare decrescono in maniera significativa con l'aumentare dell'età.

Quando la preoccupazione per il proprio aspetto fisico in generale o per una parte di esso diventa tanto eccessiva da influenzare e compromettere l'attività sociale, lavorativa e scolastica delle persone, si parla di dismorfismo corporeo (Philips e Stein, 2021). Il termine dismorfofobia è stato utilizzato per la prima volta nel 1886 dallo psichiatra Morselli, inserito poi nel DSM-III tra i disturbi atipici. Nella versione successiva (DSM-III-R, 1987) lo hanno rinominato Disturbo di Dismorfismo Corporeo (DDC) perché non si tratta propriamente di fobia, bensì da un'eccessiva preoccupazione per la deformità corporea che il soggetto percepisce di sé stesso. Nel 2013, con la pubblicazione

dell'ultima versione del DSM-5, non è stato cambiato il nome del disturbo, ma è stato inserito nella categoria dei disturbi ossessivi-compulsivi.

I criteri per diagnosticare il Disturbo di Dismorfismo Corporeo sono:

1. "Preoccupazione per uno o più difetti e imperfezioni percepiti nell'aspetto fisico che non sono osservabili o appaiono agli altri in modo lieve
2. A un certo punto, durante il corso del disturbo, l'individuo ha messo in atto comportamenti ripetitivi (ad es. guardarsi allo specchio, curarsi eccessivamente del proprio aspetto, ricercare rassicurazione) o azioni mentali (ad es. confrontare il proprio aspetto fisico con quello degli altri) in risposta a preoccupazioni legate all'aspetto
3. La preoccupazione causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo, o in altre aree importanti
4. La preoccupazione legata all'aspetto non è meglio giustificata da preoccupazioni legate al grasso corporea o dal peso in un individuo i cui sintomi soddisfano i criteri diagnostici di un disturbo alimentare" (Apa, 2013;514).

È perennemente presente il tentativo, da parte della persona, di modificare il proprio corpo e modellarlo secondo le sue aspettative, il suo ideale di bellezza e di perfezione. L'adattamento del corpo al proprio ideale di bellezza appare come l'unico modo per avere un'esistenza migliore di quella attuale, con un corpo che percepisce distorto. Ci sono determinati comportamenti ossessivi che il soggetto attua ripetutamente durante la giornata: potrebbe essere ossessionato dallo specchio cercandolo e guardandosi continuamente o evitandolo per non vedere i propri difetti, confrontano ossessivamente il loro corpo con quello delle altre persone, pulirsi e lavarsi più volte al giorno e cambiare spesso i propri abiti. Spesso queste ossessioni sfociano poi nel ricorrere a

trattamenti estetici e chirurgici per correggere le imperfezioni percepite, ma spesso si rivelano inefficaci, amplificando la loro preoccupazione.

Questo disturbo esordisce in particolar modo durante l'adolescenza e colpisce circa l'1,7 - 2-9% di ragazzi e ragazze, ma ci sono studi contrastanti sulla frequenza nel genere: Philips et al (1997) sottolinea un'egual distribuzione del disturbo in entrambi i sessi, Rosen et al. (1995) invece una prevalenza maggiore nelle femmine e Hollander et al. (1993) nei maschi. Ciò che sappiamo per certo è che il dismorfismo colpisce entrambi i sessi, ma ci sono delle differenze significative. I maschi si preoccupano soprattutto per capigliatura, costituzione corporea e muscoli. Le femmine invece sono più inclini a preoccuparsi per fianchi, seno, naso, capelli, pelle e addome.

Attraverso gli studi condotti da Saxena et al. (2006) possiamo comprendere questo disturbo attraverso un'eziologia multifattoriale: fattori biologici, psicologici e socioculturali. Infatti, con la presenza del dismorfismo, la tecnica di neuroimaging ha rilevato un'asimmetria sinistra nel volume del nucleo caudato, un'iperattivazione dell'amigdala, e che le lesioni al lobo temporale destro possono riprodurre molti dei sintomi del disturbo da dismorfismo, come percezioni visive anomale, distorsione dell'immagine corporea e umore depresso. Considerando invece i fattori psicosociali, il dismorfismo potrebbe essere provocato da: esperienze infantili precoci negative, esperienze interpersonali negative che hanno causato bassa autostima, immagine negativa del sé e discrepanza tra il sé reale e quello ideale, distorsione dei processi di elaborazione cognitiva provocando l'alterazione dell'immagine corporea, standard sociali di bellezza e bisogno di approvazione sociale e del gruppo dei pari.

Una caratteristica frequente di chi soffre di questo disturbo è il ritiro sociale, dato dalla vergogna e dal desiderio di non farsi vedere dagli altri con un corpo che percepisce distorto perché non riuscirebbe a nascondere i difetti, provocando ansia, fobia sociale e

rabbia (Buhlmann et al., 2006). Insieme al ritiro sociale, il disturbo da dismorfismo è caratterizzato dal comportamento suicidario e conseguente ospedalizzazione. Infatti, circa l'80% di chi ne soffre sperimenta l'ideazione suicidaria (pensieri connessi al suicidio, sensazione interna che il soggetto non meriti di vivere e quindi pianificazione del suicidio stesso) e circa il 25-30% di chi lo pianifica tenta effettivamente il suicidio (Angelakis, Gooding e Panagioti, 2016).

I trattamenti che possono essere applicati per tale disturbo sono due. Da una parte troviamo il trattamento farmacologico, con la prescrizione di antidepressivi triciclici con effetti serotoninergici (inibitori selettivi della serotonina e clomipramina), dall'altra la terapia cognitivo-comportamentale, strutturata sui sintomi specifici del disturbo da dismorfismo (la riorganizzazione cognitiva, l'educazione alla consapevolezza, il controllo degli stimoli e la prevenzione sono essenziali nella terapia). Spesso i due trattamenti vengono applicati insieme, soprattutto quando ci sono casi molto gravi.

Un attore fondamentale nel dismorfismo corporeo, ma ancora più in generale di tutti i disturbi del comportamento alimentare, è lo specchio, oggetto utilizzato o evitato ossessivamente. Si inizia a parlare di rispecchiamento affettivo con Winnicott (1967) che si basa sulla relazione diadica tra caregiver e bambino. Quando il bambino comunica con il caregiver si aspetta una risposta coerente con quello che sta comunicando. Se la risposta del caregiver è coerente con i bisogni del bambino si assiste ad un riconoscimento del bambino stesso all'interno del caregiver perché lo riconosce come unità diversa dalla sua, in caso contrario invece si verifica un fallimento del rispecchiamento emotivo ed il bambino non trova sé stesso nella risposta, bensì la madre, generando un fallimento ed una discrepanza tra i bisogni del bambino e la risposta del caregiver. Le dinamiche che si creano durante il rispecchiamento affettivo vengono interiorizzate dal bambino e diventano la base per il suo sviluppo interno

(Wright, 1991). Secondo Lacan (1936), la prima interazione tra un individuo e uno specchio avviene tra i sei e i diciotto mesi, inizialmente riconosce l'immagine riflessa come un individuo reale, ma altro-da-sé, fino a riconoscerla come propria. Il riconoscimento del proprio Sé nello specchio la definisce come unità intera e definita. Se però, durante il rispecchiamento affettivo avviene un fallimento, potrebbe accadere che l'immagine riflessa nello specchio non venga percepita interamente come Sé, contribuendo allo sviluppo di diverse problematiche psichiche, tra cui il Disturbo da Dismorfismo Corporeo.

Quando la persona si specchia vede il proprio Sé in due versioni. Una appartenente alla sua interiorità, l'altra alla sua exteriorità. In questo momento comincia il giudizio e l'autopercezione, che è sempre influenzato dal mondo esterno che ci circonda. È impossibile pensare che il nostro corpo non sia influenzato dall'esterno ed è per questo che Faccio (2007) ci dice: “noi tutti tendiamo a vederci con gli occhi degli altri e contemporaneamente ad attribuire all'altro il nostro modo di vederci”. Per cui ancora una volta si torna a sostenere come ci sia una inarrestabile e continua interazione e influenza tra mondo interno ed esterno, tra i vari sistemi che compongono la società. Ma quali sono i sistemi che influenzano lo sviluppo dei problemi dell'immagine corporea e dei disturbi del comportamento alimentare? Secondo il Modello Tripartito d'Influenza di Kerry et al. (2004) sono tre: il gruppo dei pari, i genitori ed i mass media. Queste tre fonti sono le principali cause del consolidamento degli standard irrealistici di bellezza dei nostri tempi che alimentano l'insoddisfazione corporea (attraverso il confronto sociale e l'interiorizzazione dell'ideale di magrezza proposto) e specchio e bilancia ne sono i padroni. La Teoria del Confronto Sociale (Festinger, 1954) sostiene l'esistenza di una motivazione umana universale che incalza le persone a giudicarsi confrontandosi con gli altri. Esistono due tipi di confronto sociale: Downward con il

quale ci paragoniamo con persone che riteniamo meno fortunate di noi, migliorando il nostro umore e la nostra stima e Upward con il quale paragoniamo noi stessi con persone socialmente più fortunate, peggiorando l'umore e la stima nei nostri confronti. I mass media utilizzano il tipo Upward di confronto sociale spingendo le persone a giudicare sé stessi con soggetti "inarrivabili" provocando una valutazione negativa del sé e un aumento dell'insoddisfazione corporea.

Il forte desiderio di correggere un corpo che non piace conduce alla forte tentazione di ricorrere ad accorgimenti chirurgici. Nel 2010 l'American Society of Plastic Surgeons (ASPS) ha dichiarato che nel 2009, negli Stati Uniti, sono stati effettuati più di duecentomila interventi chirurgici estetici in adolescenti tra i 13 ed i 19 anni. Pollice et al. (2009) ha stimato che in Italia gli interventi estetici sono circa seicentomila all'anno. Diversi studi (Malick et al., 2008; Sarwer et al., 2008; Zuckerman et al., 2008) hanno dichiarato che tra tutti coloro che si sottopongono a questa tipologia di intervento, il 7-15% soffrono di Disturbo da Dismorfismo Corporeo. Non avendo trovato aggiornamenti più recenti riguardo questi dati, quindi posso solo supporre che con l'avanzamento delle tecnologie, delle tecniche e la sempre più alta accettazione sociale riguardo la chirurgia estetica, questa percentuale, oggi, sia molto più alta. Questa mia deduzione è alimentata dal fatto che non esistono criteri di esclusione dagli interventi estetici per chi soffre di dismorfismo, anche se c'è molta cura ed attenzione nella scelta dei pazienti da parte dei medici su chi sottoporre a tale pratica (de Britio et al., 2013). Nonostante i pazienti si sottopongano a questo intervento con l'intenzione di migliorare o addirittura stravolgere il proprio, raramente chi soffre di dismorfismo smette di soffrirne dopo la chirurgia estetica, anzi il risultato più frequente è l'assenza di cambiamento per il 72% dei casi, seguito da un peggioramento (16,3%) e da un miglioramento (11,7%) (Philips et al., 2001).

A fronte dei dati raccolti negli studi precedentemente citati è possibile affermare che dalla nascita della chirurgia estetica ad oggi le persone che si sottopongono ad interventi correttivi sono sempre di più, complici soprattutto i mass media ed i Social Network che propongono canoni ideali di perfezione estetica molto lontani da ciò che siamo. I soggetti più a rischio sono proprio coloro che soffrono di Disturbo da Dismorfismo Corporeo che, dopo gli interventi, non trovano sollievo, ma addirittura un peggioramento. Si dovrebbero quindi forse inserire dei criteri più rigidi nella scelta di chi e chi non sottoporre a tali interventi e nel caso ci fosse qualcuno che soffre di questo disturbo, avere prima l'approvazione da parte di uno psicologo.

CAPITOLO 3: LE TERAPIE PER SUPPORTARE IL PERCORSO VERSO LA GUARIGIONE DAI DISTURBI ALIMENTARI

3.1 Le psicoterapie utilizzate per trattare i disturbi alimentari

Ad oggi gli studi sulla psicologia e sulle sue svariate declinazioni sono molteplici, ed è da questi studi che nasce la Psicologia Clinica, che analizza i disturbi psichici privilegiando il singolo attraverso l'osservazione diretta, con lo scopo di isolare gli elementi atipici da quelli tipici. Le diagnosi e le terapie tipiche della psicologia clinica hanno dato vita alla psicoterapia. Quest'ultima ha come obiettivo il cambiamento dei processi psicologici, dai quali dipende il malessere e lo stile di vita atipico della persona. In tutte le psicoterapie, comunque, i risultati migliori si ottengono attraverso una buona alleanza terapeutica tra psicoterapeuta e paziente, non solo dalle varie terapie.

È difatti importante che durante la terapia si crei una relazione di fiducia tra paziente e terapeuta, indipendentemente dal tipo di terapia scelto. Freud (1938) descrive l'alleanza terapeutica come strumento e condizione necessaria per superare insieme (paziente ed analista) la resistenza all'analisi, alla terapia ed alla guarigione. Il paziente vede nella figura del professionista una persona di cui fidarsi, il terapeuta raccoglie informazioni dal paziente ed insieme ad esso lo aiuterà a trovare nuovi modi di pensiero e la consapevolezza tale da agire in modo diverso rispetto a prima di cominciare la terapia. La psicoterapia è dunque un percorso che si compie insieme, condividendo un realistico obiettivo di miglioramento o guarigione.

Ad oggi le tipologie di terapia sono molte: si basano su diversi approcci teorici e metodologici e differiscono nelle modalità e rispetto ai destinatari. Rispetto ai destinatari esiste, infatti, la psicoterapia individuale, di coppia, familiare e di gruppo.

Per quanto riguarda in particolare la terapia di gruppo sarà approfondita meglio nel prossimo sotto capitolo.

Come già detto precedentemente, i tipi di psicoterapia sono molti, ma ce ne sono alcuni che, in funzione della cura dei disturbi del comportamento alimentare, sono più efficaci di altri, in base al tipo di disturbo. I principali orientamenti psicoterapeutici sono: psicoanalisi e psicodinamica, psicoterapia cognitivo-comportamentale (CBT), psicoterapia sistemico-relazionale, psicoterapia della Gestalt, analisi bioenergetica, psicoterapia analitico-transazionale e psicoterapia integrata.

La psicoanalisi e la psicodinamica fondano la terapia sul concetto che il comportamento dell'individuo è sempre motivato da una causa o una dinamica profonde o inconscie. La psicoanalisi classica ha origini da Freud e si basa sulla libertà di parola del paziente, che si lascia trasportare dalla corrente dei suoi pensieri. Il terapeuta lo ascolta ed interpreta con distacco ciò che riporta il paziente, analizzando il transfert (processo inconsapevole basato sul trasferimento delle emozioni, soprattutto quelli che hanno avuto importanza nella vita infantile, dal paziente nei confronti dell'analista). L'approccio della psicoanalisi nei confronti dei disturbi alimentari parte dalla prospettiva dello psicoanalista francese Jacques Lacan (2002), il quale cerca di capire qual è la funzione del sintomo nella storia di quel determinato paziente intendendolo come possibile soluzione per fronteggiare in malessere ancora più profondo. Il sintomo del disturbo diventa quindi la chiave per una possibile guarigione (Carretta, 2018). Burkeman, nel suo articolo (2016), specifica che gli effetti della psicoanalisi rimangono nel tempo, il che fa pensare che questo tipo di terapia ristrutturati la personalità in modo duraturo. La terapia psicodinamica ha origini dalla psicoterapia, ma si concentra soprattutto sulle relazioni oggettuali dell'individuo e sulle pulsioni. Comprende infatti diverse teorie, tra le quali: teoria delle relazioni oggettuali (nasce con Klein e si evolve

con Fairbairn, Winnicott e Balint), la psicologia del sé (nata da Kohut) e la psicologia dell'Io (fondata da Mahler e Hartmann) (Maccarone, 2022). In relazione ai disturbi del comportamento alimentare, Zangrilli (2009), sostiene che il primo comportamento istintivo positivo nei confronti di un oggetto desiderato consiste nel cercare di diminuire la distanza tra il soggetto e l'oggetto desiderato, il cibo. Al contrario, il primo atteggiamento negativo nei confronti di un oggetto (cibo) è l'allontanamento da esso, perché considerato minaccioso. Il cibo può assumere qualsiasi funzione simbolica. Questo tipo di terapia consiste dunque nell'analisi di esperienze dolorose infantili attraverso le emozioni del paziente (Sassaroli, Ruggiero, Fiore, 2016).

La psicoterapia cognitivo-comportamentale (CBT) è stata fondata da Beck e Ellis tra il 1970 ed il 1980. Pone le proprie radici sul concetto che i pensieri del soggetto influiscono le azioni e le emozioni dello stesso ed è per questo che lavora principalmente sul presente e sulla restituzione al paziente di strumenti per fronteggiare le difficoltà. Le problematiche maggiormente trattate sono: fobie, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi d'ansia, depressione e disturbo da stress post traumatico. Viene spesso usata, però, anche per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare, in particolar modo la cura della bulimia nervosa. Si inizia a considerarla grazie agli studi effettuati dal professore di Oxford, Christopher Fairburn (1980), che hanno portato il National Institute for Clinical Excellence (NICE, istituto responsabile della promozione di linee guida nazionali per la promozione della salute, prevenzione e trattamento delle patologie) a raccomandare la psicoterapia cognitivo-comportamentale la prima scelta per il trattamento della bulimia nervosa. Qualche decennio dopo, nei primi anni duemila, il Centre for Research on Dissemination at Oxford (CREDO) ha modificato il trattamento chiamandolo terapia cognitivo-comportamentale migliorata (enhanced cognitive behaviour therapy, CBT-E). Questo cambiamento ha fatto sì che si

potesse basare su una teoria transdiagnostica, permettendo, con qualche piccola modifica, la sua applicazione a tutte le categorie dei disturbi alimentari. In questo tipo di psicoterapia vengono usate strategie cognitive e comportamentali con lo scopo di attuare dei cambiamenti comportamentali per avere dei cambiamenti cognitivi. In questo senso, dunque, il paziente è incoraggiato ad essere un partecipante attivo nel processo che porta alla cura. Il trattamento prevede quattro fasi: la prima fase dura quattro settimane (due sedute a settimana) e si basa sulla comprensione del disturbo dell'alimentazione del paziente e dei processi che lo mantengono; la seconda fase dura una o due settimane (una seduta a settimana) si focalizza sui progressi della prima fase e sulla preparazione della terza fase; la terza fase si concentra sui processi che mantengono la psicopatologia del disturbo alimentare, il che comporta affrontare le preoccupazioni che il paziente riversa sul proprio peso e corpo e sulle emozioni ed eventi che influenzano la sua alimentazione; la quarta ed ultima fase è basata sull'evitamento di ricaduta a lungo termine. È poi generalmente fissata, venti settimane dopo la fine della terapia, un incontro per controllare i progressi e i problemi emersi. Per i pazienti che soffrono di anoressia nervosa, però, la durata di tale terapia passa da venti a quaranta settimane; in particolare la fase due dura fino a che non c'è la normalizzazione del peso. Quando questa terapia è nata, è stata utilizzata come trattamento ambulatoriale per pazienti adulti, ma grazie a Dalle Grave è stata creata una versione per adolescenti chiamata CBT-E Multistep adatta a setting multipli di cura (ambulatoriale, ambulatoriale intensiva, ricovero ed ambulatoriale post ricovero). Diversi studi (Dalle Grave, Calugi, El Ghoch, Conti e Fairburn, 2014; Fairburn, Cooper, Doll, Palmer e Dalle Grave, 2013; Poulsen, Lunn, Daniel, Folke, Mathiesen et al., 2014) hanno portato a risultati molto interessanti. Possiamo infatti affermare che la terapia cognitivo comportamentale è adatta a curare tutte le categorie diagnostiche dei disturbi

alimentare degli adulti, i risultati che hanno avuto maggiore successo sono stati per la cura della bulimia nervosa, è risultato un trattamento promettente per l'anoressia nervosa anche per gli adolescenti e può anche essere usata in trattamenti ospedalieri.

Passando da una prospettiva individualista ad una sistemica la protagonista ora è la psicoterapia sistemico-relazionale. Questa psicoterapia nasce dal concetto che fin dalla nascita l'individuo è inserito in una rete di relazioni ed è per questo che tutto ciò che riguarda il suo essere, compreso il malessere, non può non appartenere anche al contesto in cui vive. Il sintomo del malessere non è solo appartenente all'individuo, ma anche alle relazioni e al sistema in cui vive l'individuo stesso. Il terapeuta dovrà, perciò, lavorare insieme al paziente per trasformare questo malessere in benessere non solo per il paziente stesso, ma a tutto il suo contesto relazionale. Nasce negli anni '50 con Bertalanffy, grazie alle sue teorie della prima e seconda cibernetica e della teoria dei sistemi (il sistema è un'unità intera composta da parti in relazione tra loro che tendono all'equilibrio. Ogni parte del sistema ha uno specifico ruolo e funzione e qualsiasi cambiamento di una parte del sistema influenza l'intero sistema), ma è soprattutto al contributo della scuola di Palo Alto ed in particolare di Haley e Erikson che la terapia relazionale si adatta molto bene anche a quelli che sono i sistemi di interazione umana. In Italia questa terapia si diffuse solo negli anni '80 grazie alla scuola di Milano. I maggiori esponenti di questa scuola, Palazzoli, Boscolo, Cecchin e Prata, hanno iniziato ad utilizzarla cercando di modificare tutte le regole disfunzionali all'interno della famiglia cercando di sostituirle con regole funzionali. Lo scopo è quindi quello di trovare modi e strategie nuovi per rapportarsi con il proprio sistema di appartenenza. La psicoterapia sistemico relazionale ha particolarmente successo nel trattamento delle dipendenze, nella patologia psichiatrica, nelle separazioni o divorzi, nella terapia familiare o di coppia e nei disturbi alimentari (Zecchini, 2019). Quando veniva

diagnosticata l'anoressia nervosa, in passato, la ragazza o il ragazzo veniva allontanata/o dalla famiglia per un trattamento più efficace, ma i risultati erano momentanei in quanto una volta tornata/o in famiglia la ricaduta era molto frequente. Si inizia, allora, a lavorare sull'intero sistema familiare con lo scopo che i miglioramenti durante il trattamento rimangano stabili nel tempo, con una minore probabilità di ricaduta (Palazzoli, 2006). Minuchin parlava di "famiglia anoressica" già nel 1984, termine che descrive come sia la famiglia, luogo di definizione del sé di ogni suo componente, il paziente malato e l'adolescente è semplicemente la/il portatrice/portatore che manifesta l'esistenza della malattia nel sistema, ed è quindi proprio sulla famiglia che deve basarsi il lavoro della psicoterapia sistemico relazionale, studiandone tutte le sue relazioni. L'anoressia è perciò un disturbo che riflette il funzionamento della famiglia, in particolare la tendenza a evitare i conflitti, a non avere regole chiare che stabiliscono confini netti tra i membri della famiglia e ad avere un atteggiamento eccessivamente protettivo da parte dei genitori nei confronti dei figli. Infatti, le madri di ragazze alle quali viene diagnosticata l'anoressia nervosa, risultano essere iperprotettive e dominanti, incoraggiando la disciplina più che l'autonomia e l'indipendenza (Palazzoli, 2006). Una madre iperprotettiva e distaccata dai propri figli sembra avere un ruolo anche per lo sviluppo dell'obesità e della bulimia nervosa. Un sistema così chiuso e protetto, dove all'interno dello stesso esiste un forte invischiamento (mancanza di confini e iper-coinvolgimento nella vita di ogni altro membro della famiglia, quasi a non avere un'identità separata dalle altre), tende a portare il soggetto all'interno del sistema ad attribuire un valore fondamentale alla relazione con l'altro, tale da far sì che sia l'altro a definire il proprio sé. Molti giovani che vivono in questo tipo di sistema si preoccupano molto dell'impressione che loro e la loro famiglia trasmettono alla società

e cercano di apparire quasi perfetti, senza pecche. Ovviamente se si studiano a fondo le dinamiche familiari, tali pecche, vengono a galla (Sassaroli, Ruggiero, Fiore, 2016).

Vorrei introdurre ora la psicoterapia integrata, che si basa sul modello Evidence-Based Practice (EBP). Questo tipo di psicoterapia è il risultato di un processo che si basa su tre aspetti: le tecniche Evidence-Based aggiornate, provenienti da orientamenti diversi (sistemico-relazionale, cognitivo-comportamentale, psicodinamico, psico-corporeo) applicate in una logica stepped-care (Bowerm e Gilbody, 2005) (“cura per livelli”; a fronte dell’aumento di problemi di salute mentale causati dalla pandemia del 2020, l’Organizzazione Mondiale della Sanità ha sviluppato una serie di interventi psicologici. Lo stepped-care è quindi un approccio graduale per fornire servizi per la salute mentale; viene offerto subito un approccio più efficace, ma meno intenso. Se è clinicamente necessario si passa alla somministrazione di interventi più intensi); l’alleanza terapeutica che promuove un’alleanza costruttiva tra paziente e terapeuta; la personalizzazione del trattamento, che si basa sui feedback del paziente alla fine di ogni seduta (Fonagy e Campbell, 2017). Il modello integrato EBP nasce in psicoterapia per risolvere il problema psicologico/psichiatrico del paziente in modo efficace ed efficiente. Questo bisogno non è solo sostenuto dal paziente, che vuole essere partecipante attivo del proprio processo di cura, ma anche dallo Stato italiano che, da quando lo psicologo è diventata una professione sanitaria nel 2017, la cura di tale bisogno è diventata una richiesta anche da parte dello Stato. Storicamente l’Evidence-Based esaminava se un trattamento terapeutico era efficace per la cura del paziente. L’Evidence-Based Research, basata sulla pratica, valuta invece se una relazione terapeutica, che si basa sulle caratteristiche sia del paziente che del terapeuta, possa aiutare a superare i problemi del paziente (Lo Coco, 2021). Più recentemente, l’Evidence-Based practice si sta orientando verso una maggiore personalizzazione del

trattamento perché nessun trattamento è efficace per tutti i pazienti (Norcross e Wampold, 2018), quindi il terapeuta modifica il proprio approccio in base ai bisogni del paziente. L'integrazione della psicoterapia è dunque dettata dall'insoddisfazione per gli approcci basati su un singolo modello e dalla concomitanza di andare oltre i confini dettati dalla propria scuola (Norcross e Goldfried, 2005). La forza dell'integrazione è dunque la flessibilità e l'adattamento degli strumenti ai bisogni del paziente. Se applichiamo quanto detto fino ad ora alla cura dei disturbi alimentari, la psicoterapia integrata si compone di terapia nutrizionale, psicoterapia e farmacoterapia, che possono essere applicate in ambiente ambulatoriale, in day hospital e ricovero ospedaliero. Quest'ultimo viene preso in considerazione esclusivamente quando gli altri due tipi di trattamenti non sono più sufficienti e non ci sono altre soluzioni. Per quanto riguarda la terapia nutrizionale, ogni centro che cura i disturbi del comportamento alimentare ne ha una, sia per un trattamento ambulatoriale che ospedaliero, per riequilibrare la nutrizione del paziente e fargli assumere gli elementi nutritivi necessari. Le psicoterapie che vengono prese in considerazione sono la terapia cognitivo-comportamentale (efficace per il 50-60% dei casi, se abbinata ad una adeguata terapia nutrizionale), la psicoterapia interpersonale (focalizzata sui meccanismi di relazione interpersonali, efficace nel 44% dei casi), la terapia familiare (efficace per i pazienti anoressici, non per la bulimia nervosa e mai applicata per il binge eating disorder), la psicoterapia psicodinamica (vede la causa dei disturbi alimentari in un conflitto inconscio e riportare alla luce tali conflitti potrebbero portare alla guarigione il paziente. Sembra funzionare in un numero ristretto di pazienti, ma ancora non ci sono dati sufficienti), l'auto-aiuto e l'auto-aiuto guidato (efficace solo per i casi non gravi e recenti, per il 24% dei casi nei pazienti anoressici e per il 56% per i bulimici) (Brambilla, 2009). Infine, c'è la farmacoterapia: negli Stati Uniti sono tre le molecole ufficialmente riconosciute per la cura della bulimia

nervosa e per l'obesità. Nel 1997 il Food and Drug Administration (FDA) ha approvato la fluoxetina per la bulimia nervosa, nel 1998 la sibutramina per l'obesità e nel 1999, sempre per l'obesità, l'orlistat. In Italia fluoxetina e orlistat sono approvate con la stessa funzione, la sibutramina, approvata nel 2001, è stata sospesa dal commercio nel 2002. Nessun farmaco, comunque, è dedicato alla cura dell'anoressia nervosa, anche se gli psicofarmaci sono largamente usati per la cura della stessa. I dati sperimentali non possono ancora sostenere che i farmaci possano avere un ruolo abituale nei trattamenti dei disturbi alimentari, ma risulta comunque chiaro la necessità di abbinare ai farmaci un adeguato percorso psicoterapeutico in funzione del tipo di patologia e delle caratteristiche individuali del paziente (Cuzzolaro, 2003).

3.2 La psicoterapia di gruppo: l'importanza della condivisione

La prima esperienza con un gruppo di pazienti non si associa alla psicoterapia, bensì alla medicina generale. Nel 1905, infatti, il medico Joseph Pratt ha riunito un gruppo di pazienti che apparteneva alla fascia più povera della popolazione affetti da tubercolosi con la convinzione che la condivisione di aspetti emozionali causati dalla malattia potesse sollevare gli animi ed avere un impatto positivo sulla terapia. Notò che le guarigioni dei pazienti che partecipavano al gruppo erano da attribuirsi anche alla loro partecipazione stessa, in quanto ha reso le indicazioni mediche più tollerabili proprio perché condivise. Da questa sperimentazione in poi, la messa in atto di gruppi clinici in ambito medico fu sempre maggiore e fu preso atto che il confronto e la condivisione con altri pazienti potesse realmente contribuire positivamente. Nel 1925 lo psicoanalista Burrow ha introdotto per primo il termine "analisi di gruppo" tentando di portare all'interno dei gruppi i metodi classici della psicoanalisi individuale. Egli riteneva in particolare che il gruppo avesse la tendenza primaria alla solidarietà ed all'integrazione e considerò la possibilità di modificare i rapporti sociali all'interno del

gruppo (Burrow, 1926). Il lavoro fatto da Burrow mise in risalto l'attività relazionale del gruppo inteso come unità organica (Cupelloni e Neri, 1983). Questi studi, come tanti altri, contribuirono molto allo sviluppo del gruppo terapeutico sul piano clinico psicoterapeutico, dando vita a numerose ricerche (Vasta e Caputo, 2004).

La ricerca nel campo della psicoterapia di gruppo è molto attiva ancora oggi nel tentativo di comprendere quali siano le condizioni che influenzano positivamente la buona riuscita della terapia e quali siano gli stili di conduzione favorevoli per la creazione di un gruppo coeso, stabile e duraturo come base per un cambiamento positivo per ogni membro facente parte del gruppo. Dal punto di vista del metodo si può confermare che la terapia di gruppo risulta più complicata rispetto alla terapia individuale, in quanto il terapeuta si trova di fronte a maggiori variabili, soprattutto relazionali, che devono essere gestite al meglio. Ci sono inoltre dei limiti maggiori nella terapia di gruppo, rispetto alla terapia individuale: c'è minore generalizzabilità dei risultati e le terapie di gruppo sono per la maggior parte terapie brevi, molto strutturate e incentrate soprattutto sulla terapia cognitivo-comportamentale. Saranno necessarie ulteriori approfondimenti e ricerche per le terapie di gruppo a lungo termine e con orientamento analitico e psicodinamico data la sempre maggiore diffusione della stessa, soprattutto in Europa e negli Stati Uniti (Lo Coco, Giannone e Lo Verso, 2009). I criteri della ricerca si sono aperti, svincolandosi dal riduzionismo sperimentalista del passato, attribuendo all'osservazione ed all'accordo intersoggettivo un valore importante e da non sottovalutare. Questa proposta è stata resa nota dall'*Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, il testo "ufficiale" nel mondo della ricerca in psicoterapia (Burlingame, MacKanzie e Strauss, 2004).

Giusti e Salvi (2015) sostengono che la terapia di gruppo si basa sulla Teoria del Campo e sul cambiamento consapevole, basando gli interventi su diversi approcci

clinici che usano tecniche differenti. La Teoria del Campo nasce da Lewin, il quale estende i processi percettivi del singolo ai gruppi. Tale teoria si basa sul concetto che la percezione del campo, che definisce lo spazio attorno a noi, cambia in base alla persona, alle emozioni e alla situazione del momento. L'esistenza del campo conferma l'esistenza di forze contrastanti all'interno del gruppo che cercano sempre l'equilibrio. La tendenza all'equilibrio però va contro ogni minimo cambiamento all'interno del campo in quanto il cambiamento tende a romperlo, ma è proprio per questo che è fondamentale che il gruppo terapeutico sia un sistema aperto in grado di accogliere le novità e di affrontare gli inevitabili mutamenti che portano.

Le terapie di gruppo, però, non sono adatte a tutti i tipi di personalità; per alcune ci sono controindicazioni da non sottovalutare. Secondo Walton (1971) infatti le personalità paranoiche potrebbero sviluppare un forte sentimento di ostilità nei confronti del gruppo a causa della loro costante sospettosità, rinforzando perciò la paranoia invece che diminuirla. Anche chi ha una struttura dell'Io troppo rigida o al contrario troppo fragile non è adatto a questo tipo di terapia. Nel primo caso perché un Io troppo rigido e strutturato usa una modalità relazionale autoritaria e senza possibilità di negoziazione, nel secondo caso, con un Io troppo fragile, è necessario soprattutto un lavoro individuale per rafforzarlo e solo dopo averlo fatto, se necessario, passare ad una terapia di gruppo. Inoltre, secondo Balestri (1985) chi soffre di narcisismo ha un alto rischio di una perdita della coesione del sé, se dovesse affrontare una terapia di gruppo. Per i pazienti borderline, invece, il gruppo potrebbe consentire loro di interagire con gli altri pazienti in un contesto protetto, in cui sono impediti gli agiti (caratteristica tipica di tale personalità) e incentivata la reintegrazione delle parti scisse di sé attraverso il lavoro interpretativo e di comprensione con il gruppo (Roberts, 1994). Molti autori si sono occupati del problema dell'identità nei pazienti con Disturbo Borderline di

Personalità, dove il senso di sé viene percepito come caotico e discontinuo. Uno di questi è Kernberg (1984), che la definisce identità diffusa. Attraverso, dunque, i loro studi oggi si può affermare che la terapia di gruppo per questo tipo di personalità è particolarmente indicata perché attiva la funzione di rispecchiamento (in maniera più forte ed efficace rispetto alla terapia individuale) che fonda il senso di sé e la propria identità (Bonifaci, Rizzo, Silvestro, 2018).

Il gruppo nasce già dal primo incontro individuale tra il terapeuta ed ogni singolo membro che ne farà parte. Dopo uno o due mesi di terapia individuale in cui il terapeuta lavora con il paziente verso un'apertura e proiezione verso il gruppo e crea un'alleanza terapeutica che faciliterà l'inserimento dello stesso nel gruppo, inizia l'integrazione vera e propria del paziente. Come citato poc'anzi è fondamentale che il gruppo sia un sistema aperto, in modo da favorire l'inserimento e lavorare sul nuovo, sui cambiamenti che un nuovo membro porta all'interno del gruppo (lavoro quindi sulla perdita e sul riacquisto dell'omeostasi) e sul distacco di un membro quando ne esce (senso di abbandono). Il lavoro iniziale sarà quello di soddisfare i bisogni di sicurezza, appartenenza, fiducia, coesione e coerenza interna; è più facile lavorare sulle dinamiche di appartenenza e fiducia se il gruppo è piccolo (6-8 persone). Il criterio principale d'inclusione del singolo è l'eterogeneità, in modo che il malessere dell'uno possa incontrare il benessere dell'altro e "sfruttarlo". Anche il gruppo può avvalersi della caratteristica dell'eterogeneità, quindi avere tra i suoi membri pazienti con diagnosi differenti e diversi aspetti patologici, indicata quando i problemi si riversano sull'area interpersonale; oppure dell'omogeneità, quindi essere un gruppo di pazienti con le stesse caratteristiche patologiche, indicata quando il problema principale è il sintomo ed il paziente se ne vergogna isolandosi. La condivisione diventa, perciò, l'elemento

terapeutico (Saottini, Del Corno e Lang, 2004). Friedman (in Vasta, 2004) individua tre funzioni specifiche che riguardano i gruppi omogenei:

1. Fornisce ai partecipanti un senso di sicurezza rispetto all'ansia di iniziare, appartenere e partecipare ad un gruppo
2. Fornisce protezione rispetto alle ansie emerse da temi come perdita di controllo e intimità
3. Fornisce la speranza di apprendere da coloro che condividono gli stessi problemi e sopportano lo stesso dolore

Il gruppo diventa così un contenitore che ha la funzione di scambio trasformativo ed il mediatore facilita l'emergere di elementi importanti e li trasforma in oggetto di lavoro per il gruppo (Corbella et al., 2004). Il limite dell'omogeneità è che non tiene in considerazione all'interno del gruppo tutto ciò che è diverso, esterno e non omogeneo con il gruppo stesso (Marinelli, 2004), ma allo stesso tempo è particolarmente indicata per condizioni psicopatologiche come fragilità del Sé, scarsa autostima, difficoltà nelle relazioni sociali e ritiro sociale e conseguentemente lo spazio gruppale diventa l'occasione per rielaborare lo spazio personale (Vasta e Caputo, 2004).

Vasta e Caputo (2004) descrivono gli utilizzi della terapia di gruppo omogeneo nel trattamento dei disturbi alimentari. Infatti, per cura di tale psicopatologia, vengono utilizzati il gruppo psico educativo, il gruppo di auto-aiuto ed il gruppo omogeneo monosintomatico a conduzione analitica. Il primo tipo si basa su tecniche di decondizionamento comportamentale e sulla spiegazione delle ragioni bio-fisiologiche del perché determinati agiti risultano disfunzionali, perché chi soffre di disturbi alimentari ha convinzioni sbagliate sui fattori che li causano e di conseguenza anche i comportamenti messi in atto lo sono. In questo caso la dimensione gruppale aiuta verso la consapevolezza della malattia (Dalle Grave, 1997). Il gruppo di auto-aiuto è molto

diffuso negli Stati Uniti e nel nord Europa e negli ultimi anni ha iniziato a diffondersi anche in Italia. Nel campo dei disturbi alimentare viene frequentemente utilizzato negli ospedali per pazienti che soffrono di bulimia nervosa o obesità oppure per i familiari che sentono il bisogno di sostegno e consigli. Il sostegno emotivo e la condivisione aiutano le capacità sia psicologiche che comportamentale di chi partecipa (Francescato, 1995). La formazione di un gruppo omogeneo monosintomatico è data proprio dalla comune identificazione con il sintomo da parte di tutti i partecipanti. Sapere, da parte del paziente, di non essere l'unico a soffrire di quella determinata patologia alimentare e di avere quei determinati sintomi lo aiuta molto ad abbandonare la solitudine e cominciare a condividere le proprie esperienze con gli altri partecipanti. Il gruppo diventa lo spazio in cui il corpo si trasforma in oggetto relazionale (Manzoni, 1997) e dove si afferma il diritto di esistere del singolo (Neri, 1996). Il diritto di esistere, infatti, nei soggetti che soffrono di anoressia nervosa è continuamente minacciato e la partecipazione ad un gruppo omogeneo offre la possibilità di un'auto riconoscersi trovando sé stesso in e attraverso gli altri; Pines (1983) ce lo spiega così: "qualcosa di altri evoca delle cose dentro di me e ciò mi consente di guardarle".

In questa prospettiva di condivisione di esperienze, storie, passioni, emozioni, speranze e prospettive future il setting assume un ruolo di fondamentale importanza. Infatti, quando si parla di terapia di gruppo, i soggetti sono invitati a sedersi in cerchio lasciando uno spazio centrale vuoto. Simbolicamente, tale spazio, viene riempito dalle condivisioni di ogni singolo paziente ed ognuno può farle proprie rispecchiandosi nelle sofferenze dell'altro fino a creare un'identità gruppale. È proprio dall'identità gruppale che, attraverso il processo terapeutico, si svilupperà l'identità del singolo (Dionisi, 1997).

Downey (2014) fa presente come sia aumentato molto l'uso delle terapie di gruppo per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare a causa e grazie all'aumento delle richieste di aiuto al sistema sanitario pubblico, all'economicità di tale terapia e dalla sua riscontrata efficacia. In particolare, la terapia di gruppo, unita alla terapia cognitivo-comportamentale, su pazienti con diagnosi di anoressia nervosa e bulimia nervosa hanno riportato miglioramenti sia sulla percezione della forma del corpo e del peso, sia del livello di benessere e di abilità relazionali (Lazaro et al., 2011).

Gaita, Ramponi, Coppola e Genovese (2017) hanno condotto uno studio pilota sull'applicazione della terapia di gruppo, dell'acceptance and commitment therapy (ACT – verso la fine degli anni '90 Hayes fonda questa terapia, che si basa sul riconoscere il problema e prenderne il controllo, promuovere l'accettazione e stabilire delle risposte comportamentali adeguate ad esso) e della terapia cognitivo-comportamentale per il disturbo dell'immagine corporea in pazienti con diagnosi di anoressia nervosa. Questo studio è stato condotto nel Centro Disturbi del Comportamento Alimentare dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento in tre fasi: la prima consiste nel tentativo di far acquisire maggiore consapevolezza del proprio funzionamento cognitivo-comportamentale; la seconda si basa su esercizi esperienziali ed esposizione allo specchio con lo scopo di ridurre i controlli sul corpo e che questi mantengano alto il livello di malessere; la terza ed ultima fase consiste nella sensibilizzazione del paziente sul significato della loro vita al di là del loro disturbo alimentare. Dato che affrontare determinate tematiche e l'esposizione allo specchio avrebbero potuto provocare al campione dinamiche traumatiche, aumento di abbuffate o agiti autolesivi è stato ritenuto necessario far sì che le ragazze intraprendessero una terapia individuale in parallelo a quella di gruppo. Il campione che hanno scelto era composto da 13 ragazze con età media 20 anni, seguite con trattamento ambulatoriale

dal Centro Disturbi del Comportamento Alimentare. Gaita, Ramponi, Coppola e Genovese, con lo scopo di valutare l'efficacia del trattamento, hanno deciso di somministrare due questionari all'inizio ed alla fine dello stesso: il Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ) (Rosen et al, 1991), un self-report di 19 item usato per cercare comportamenti evitanti ed atteggiamenti negativi in pazienti con disturbo dell'immagine corporea ed il Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-M) (Evans et al., 2002), un self-report di 34 item che valuta il cambiamento durante il trattamento psicologico. La terapia di gruppo ha compreso 8 incontri una volta a settimana per un'ora e mezza ed aveva l'obiettivo generale di promuovere il cambiamento del proprio stato mentale attraverso una maggiore autoconsapevolezza metacognitiva. Alla fine dell'intervento hanno constatato, attraverso il Body Image Avoidance Questionnaire, che c'è stata una riduzione significativa dei comportamenti di evitamento nella gestione dell'abbigliamento, delle situazioni sociali, nei comportamenti di controllo e restrizione alimentare e di controllo e cura del corpo. Grazie al Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure, invece, non hanno rilevato differenze statisticamente significative tra il pre e il post-intervento, ma hanno evidenziato una diminuzione dell'incidenza di problemi, sintomi e comportamenti disfunzionali. Complessivamente, quindi, molti aspetti problematici diminuiscono dopo l'intervento integrato di gruppo, ma oltre ai risultati quantitativi anche quelli qualitativi sono positivi. Infatti, i feedback dei pazienti riguardo all'efficacia della terapia di gruppo sono positivi, confermando ciò che sosteneva la letteratura, in particolare ciò che sostiene Dalle Grave (2017) sulla condivisione della sofferenza e quello che sostiene Juarascio et al (2013) sul supporto reciproco durante la terapia, sullo sviluppo di maggiore abilità nella socializzazione e su

una maggiore motivazione nell'esposizione. Questo studio pilota, dato il suo successo, apre la possibilità di ulteriori studi su campioni più ampi.

All'inizio di questo capitolo è stato citato il fenomeno dell'uscita dal gruppo e cosa questo atto comporta al singolo ed al gruppo stesso. Nel particolare, quando il gruppo vive perché ha scopi terapeutici ed il miglioramento del benessere dell'individuo, l'uscita del gruppo può essere motivata dalla risoluzione dei sintomi, da miglioramenti nelle condotte legate al cibo, da miglioramenti nelle relazioni interpersonali o dall'esigenza di intraprendere una terapia individuale.

3.3 Guarigione, sintomi residui, ricadute e prevenzione

Quando si parla di recovery non si fa riferimento alla guarigione della malattia mentale in sé, bensì all'esistenza della possibilità di superare il trauma della malattia e tutto quello che essa comporta, come la perdita di opportunità lavorative, l'isolamento sociale, le conseguenze dei trattamenti intrapresi. La recovery critica i tradizionali programmi di ricerca Evidence-Based (pratica interdisciplinare basata sulle evidenze o su prove di efficacia) perché escludono, nei loro programmi, le affermazioni e le esperienze dirette dei pazienti stessi. La ricerca sta perciò creando un nuovo spazio per la comprensione dei problemi dei soggetti con gravi disturbi mentali basati sia su variabili biologiche e neurologiche, che su variabili sociali e culturali, collocandosi dentro il paradigma bio-psico-sociale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (Bruschetta, Frasca e Barone, 2016).

Le ricerche (Katzman, Golden, Neumark-Sztainer, Yager e Strober, 2000; Zipfil, Lowe, Reas, Deter e Herzog, 2000) illustrano come i tassi di guarigione da un disturbo alimentare oscillino tra il 24% ed il 76%. Il range è molto ampio perché esistono varie definizioni di guarigioni, che variano in base all'obiettivo da raggiungere: peso corporeo, scomparsa dei sintomi, comparsa ciclo mestruali, scomparsa agiti da

eliminazione, livello di socializzazione, comportamenti riguardo l'assunzione del cibo, percezione immagine corporea. Dalle ricerche di Flenning e Roe (2002), però è emerso che recuperare il peso corporeo precedente all'inizio del disturbo non è sinonimo di guarigione. Infatti, nella loro ricerca, alcuni pazienti ai quali era stata diagnosticata l'anoressia nervosa, dopo aver recuperato il loro peso corporeo hanno comunque mantenuto dei comportamenti contrastanti verso il cibo e in alcuni casi forti limitazioni nel funzionamento della vita sociale e lavorativa. Nella valutazione della recovery è fondamentale tenere in considerazione i dati quantitativi (come avviene per la maggior parte delle ricerche) e i dati qualitativi, anche se una valutazione globale che tenga conto sia di aspetti fisici che psicologici non sempre è fattibile nella pratica clinica (Couturier e Lock, 2006). La raccolta dei dati qualitativi si concentra soprattutto sull'esperienza del trattamento perseguito e sull'eventuale e speranzosa remissione del disturbo direttamente dal paziente stesso, considerato come fonte di informazioni e di futuri trattamenti sempre più efficaci. In diverse ricerche qualitative (Nilson e Hagglof, 2006; Mitchison, Dawson, Hand, Mond e Hay, 2016; Dawson, Rhodes e Touyz, 2014) si parla di turning points o punti di svolta. Questi vengono descritti direttamente dai pazienti come momenti improvvisi o gradualmente che hanno innescato la presa di decisione, la svolta per la loro malattia e per il loro modo di vivere. Il tema più comune che innescava questa presa di decisione è la morte: molti pazienti infatti hanno deciso di affrontare la malattia dopo la morte di una persona cara, dopo pensieri suicidari o dopo la presa di coscienza che gli agiti messi in atto (vomito autoindotto, rifiuto del cibo ed eliminazione del cibo assunto) li avrebbero portato alla morte. In tanti, la paura della morte, ha innescato la forza e la volontà del cambiamento. Un altro punto di svolta che spinge al cambiamento è la maternità: quando la mamma scopre di essere incinta si innescava la paura di perdere il proprio figlio a causa del disturbo alimentare (Lindgren,

Enmark, Bohman e Lundstrom, 2015) o addirittura apprende di aver perso il feto a causa delle compromissioni che la malattia porta al fisico (Weaver, Wuest e Ciliska, 2005).

Nel percorso di guarigione ci sono molti aspetti che vanno affrontati, compresa l'accettazione delle conseguenze negative che la malattia ha portato sia al fisico che alla vita sociale e lavorativa. I danni al fisico riguardano soprattutto i denti e l'esofago a causa del vomito autoindotto e di svenimenti a causa della mancata nutrizione (Lindgren et al., 2015). Tanto importanti anche i sentimenti di imbarazzo causati dal comportamento alimentare come le abbuffate, difficoltà di concentrazione e perenne stanchezza. Diversi pazienti hanno confessato come questi sintomi abbiano impedito loro di concludere o perseguire la carriera scolastica o lavorativa desiderata (Jenkins e Odgen, 2012).

Un ulteriore fattore che forse troppo spesso è stato sottovalutato è il trattamento che i medici e gli psicologi hanno riservato nei confronti dei pazienti. Troppi, tra loro, hanno comunicato di essere stati "giudicati" esclusivamente da "una scala" e laddove si notavano notevoli miglioramenti fisici, mancavano i miglioramenti mentali (Arthur-Cameselle e Quatromoni, 2014). Il punto di svolta è quanto i terapeuti si sono concentrati non solo nel prendersi cura della malattia in sé, ma anche di ciò che provocava sofferenza, nel generale, nei pazienti. Infatti, dopo la recovery una parte dei soggetti sembra aver effettivamente recuperato il controllo sull'assunzione del cibo (Uliana et al., 2013). Anche il supporto sociale è fondamentale nel processo di recovery, in quanto amore, amicizia, fiducia e supporto forniscono un aiuto sostanziale per mettere in pratica le nuove strategie di coping (Matoff, 2001). Per alcune pazienti il supporto psicologico di una persona importante diventa addirittura il fattore decisivo per la guarigione (Moulding, 2015). Anche mantenere impegni costanti come andare a

scuola o a lavoro o sviluppare nuovi interessi, intraprendere nuovi hobby e modi per passare il proprio tempo libero ed avere cura di un animale domestico hanno rilevato dei benefici e miglioramenti nella guarigione (Hay e Cho, 2013).

Uno dei maggiori ostacoli alla guarigione, invece, risulta essere la mancanza di speranza sia dagli stessi pazienti che dalle persone e dal contesto che li circondano, soprattutto quando ci sono momenti di dubbi e paure nel raggiungimento dell'obiettivo di accettazione del sé (Las Hayas et al., 2015). L'accettazione del sé e del proprio corpo hanno contribuito allo sviluppo di sentimenti positivi durante le relazioni sociali, favorendole (Pettersen et al., 2016).

È stato condotto uno studio molto interessante da parte di Fogelkvist, Parling, Kjellin e Gustafsson (2021) con lo scopo di esaminare il punto di vista dei pazienti sugli aspetti di una terapia dell'accettazione e dell'impegno (ACT) in un intervento di gruppo mirato all'immagine corporea in pazienti con sintomi residui di disturbo alimentare. L'ACT fa parte della terza ondata della terapia cognitivo-comportamentale, sviluppata nel 2012 da Hayes, Strosahl e Wilson. Essa implica l'utilizzo della mindfulness e si concentra sull'accettazione delle difficoltà che si verificano durante la vita e soprattutto saper agire in base a pensieri ed emozioni che il momento presente offre. In passato sono stati effettuati diversi studi basati sui disturbi alimentari che hanno utilizzato la terapia dell'accettazione e dell'impegno (Juarascio et al., 2013; Parling, Cernvall, Ramklint, Holmgren e Ghaderi, 2016; Fogelkvist, Gustafsson, Kjellin e Parling, 2020) arrivando tutti alla conclusione che questo tipo di trattamento su questo specifico disturbo porti miglioramenti e benefici.

Questo studio in particolare è stato basato su dodici sessioni, ognuna della durata di due ore. Le sessioni sono state divise in tre temi principali: il primo, "fare il grande passo", ha incluso l'importanza dello sforzo di ognuna di loro nel partecipare allo

studio; il secondo, “una spinta verso fini di valore” è stato basato sul contenuto dello studio; il terzo, “il contesto conta”, ha tenuto conto dell’importanza che ha il contesto durante l’intervento.

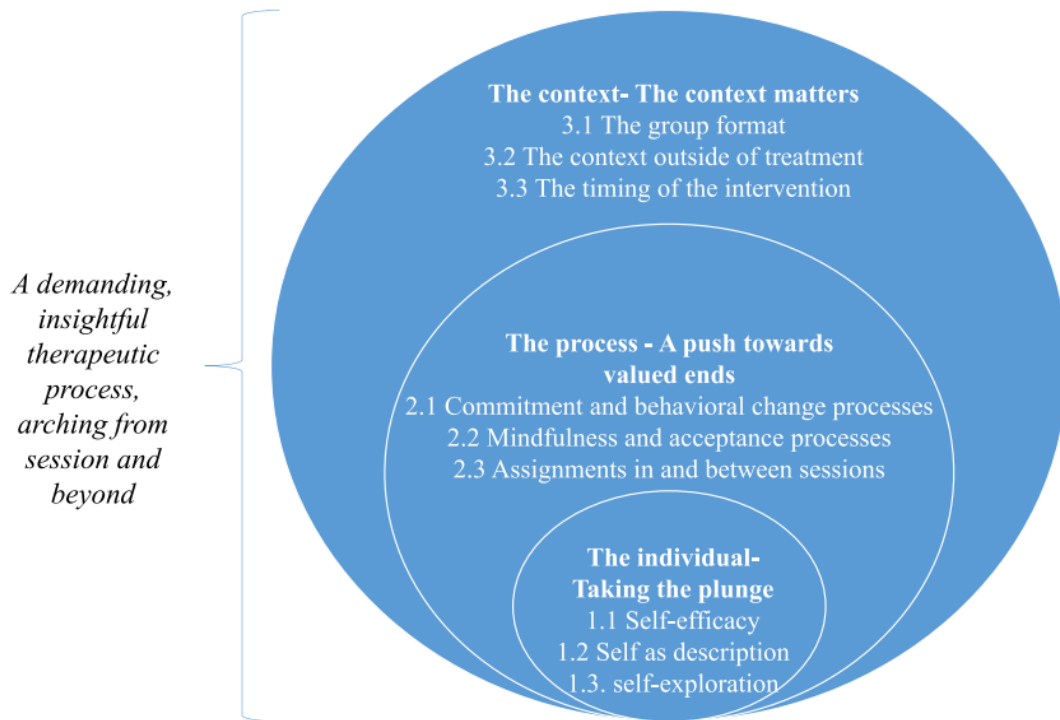


Fig. 1. Superordinate theme, main themes and subthemes at different levels.

(Fogelkvist, Parling, Kjellin e Gustafsson, 2021. P. 4)

La terapia non terminava alla conclusione della sessione, ma veniva assegnato un compito tra una sessione e l’altra, come esercizi per l’auto consapevolezza. Il trattamento includeva la divisione delle pazienti in gruppi da quattro a otto partecipanti. I capo gruppi, oltre ad avere esperienza nei disturbi alimentari, hanno ricevuto un’introduzione alla terapia applicata.

Sono state tredici le donne, tra i 24 ed i 41 anni, che hanno partecipato a questo intervento, selezionate attraverso un’intervista strutturata da una clinica specializzata in disturbi alimentari in Svezia. La partecipazione a questo studio è stata offerta a coloro che hanno subito trattamenti per disturbi alimentari, ma mostrano sintomi residui o forti preoccupazioni per la propria immagine corporea. Due di loro avevano una diagnosi di

anoressia nervosa, due di anoressia nervosa in remissione parziale, due di bulimia nervosa, una di bulimia nervosa di bassa frequenza/durata limitata, due di disturbo da eliminazione e quattro di disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato.

Ricordando che lo scopo di questo studio era analizzare le opinioni dei partecipanti sugli aspetti utili ed ostacolanti di un intervento di gruppo basato sulla terapia di accettazione e dell'impegno per pazienti con sintomi residui di disturbi alimentari, alla fine del trattamento le pazienti lo hanno descritto usando il termine impegnativo per il carico di lavoro, per le acquisizioni di informazioni e per i comportamenti da attuare. Questo pensiero è stato condiviso da tutto il gruppo, insieme al fatto che hanno continuato ad applicare ciò che hanno imparato anche per mesi dopo la fine dell'intervento. Quindi nel complesso hanno affermato l'utilità di questo intervento, maggiore consapevolezza, maggiore accettazione di pensieri e sentimenti e una maggiore flessibilità psicologica che spiega tutti questi ultimi risultati positivi. Inoltre, non sembra essere stato nello specifico l'intervento in gruppo o la terapia dell'accettazione, bensì la loro combinazione ad essere efficace.

In questo ultimo studio preso in esame l'età delle partecipanti era tra i 24 ed i 41 anni, per cui in tarda adolescenza ed età adulta, ma sempre più spesso ci troviamo di fronte ad insorgenze di disturbo del comportamento alimentare sempre più precoci. Infatti, solitamente l'esordio sarebbe da collocarsi tra i 13 ed i 25 anni, ma in questi ultimi anni si stanno registrando casi anche in età compresa tra gli 11 ed i 13 anni, raramente anche a 7 anni. Data la nuova età d'insorgenza di questo disturbo bisogna dunque ripensare alla modalità d'intervento in relazione a questo cambiamento (Ravaldi, 2006).

Il manuale diagnostico non presenta classificazioni specifiche per l'infanzia, se non la categoria dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione nell'Infanzia o nella prima Fanciullezza; difatti non risulta più sufficiente in quanto comprende solamente:

1. Pica: assunzione di sostanze non alimentari per almeno un mese
2. Disturbo da Ruminazione: ripetuto rigurgito e rimasticazione del cibo per almeno un mese
3. Disturbo della Nutrizione: mancanza di un'alimentazione adeguata, incapacità di aumentare di peso o perdita eccessiva di peso per almeno un mese con età inferiore ai 6 anni

Franzoni, Gualandi, Iero e Sacrato (2009), data la sempre maggiore richiesta di assistenza e di intervento, hanno strutturato un'equipe multidisciplinare per far fronte ai bisogni dei piccoli pazienti e delle loro famiglie nel Centro Regionale per i Disturbi del Comportamento Alimentare per l'Età Evolutiva. L'equipe è composta da neuropsichiatri, pediatri, psicologi, infermieri, tirocinanti psicologia, specializzandi in medicina, dietisti, pedagogisti e volontari. La collaborazione di tutte queste figure permette il raggiungimento di un obiettivo comune, considerando sia gli aspetti clinici e biologici, sia psicologici. Non sottovalutano, però, gli aspetti culturali e relazionali (soprattutto familiari). Il paziente viene sottoposto alle terapie sia mediche che psicologiche dal momento in cui entra nel Centro. In particolare, la psicoterapia ha la funzione di comprendere il significato funzionale del sintomo rispetto alla personalità del paziente ed alle dinamiche familiari e di individuare quali sono i fattori che hanno scatenato e continuano a mantenere il disturbo alimentare. Iniziare una terapia sia medica che psicologica in età infantile permette di intervenire tempestivamente per poter quantomeno diminuire i sintomi. L'approccio integrato e multidisciplinare del Centro permette di gestire in maniera più completa le difficili manifestazioni

disfunzionali e/o patologiche. Sempre secondo Franzoni, Gualandi, Iero e Sacrato (2009) un lavoro basato sull'integrazione di pediatria e scuola potrebbe tendere progressivamente a diminuire la patologia di disturbo del comportamento alimentare in età adolescenziale e adulta.

CAPITOLO 4: RISORSE E CRITICITA' DEL MONDO ONLINE

4.1 L'uso della psicoterapia online

Gli articoli che trattano della psicoterapia online sono molti, ma quasi tutti sono incentrati sulla psicoterapia individuale. La letteratura che tratta la psicoterapia di gruppo si concentra soprattutto sulla terapia offline perché le ricerche sulla psicoterapia di gruppo online sono iniziate dopo lo scoppio della pandemia causata dal Coronavirus all'inizio del 2020.

Nel 2013 Olasupo e Atiri forniscono una definizione di terapia online, descrivendola come una nuova modalità terapeutica destinata all'assistenza e alla cura della sofferenza psichica attraverso vie virtuali, sia sincroniche che asincroniche. Si tratta di un processo di interazione tra terapeuta e paziente con la concezione che i due attori sono in luoghi separati o remoti ed utilizzano la via digitale per comunicare tra di loro. Mancuso (2019) descrive nel suo articolo che la trasmissione di un messaggio attraverso la comunicazione asincrona non necessita che mittente e destinatario siano contemporaneamente collegati (e-mail). La comunicazione sincrona invece avviene tra due partecipanti che interagiscono simultaneamente (chiamate, videochiamate). Suler, già nel 2000, ha classificato la terapia online in varie modalità: testo-chat, chat multimediale, telefonate via internet, conferenze audio-video, messaggi istantanei, e-mail, diari di bordo. Tutte queste modalità non sono escludentesi, ma possono essere anche utilizzate contemporaneamente alla terapia tradizionale.

La questione legislativa è tutt'oggi ancora ambigua rispetto alla terapia online, ma nel corso degli anni organizzazioni professionali come la National Board for Certified Counselors (NBCC), l'American Psychological Association (APA) e l'International Society for Mental Health Online (ISMHO) si sono incaricate di stabilire un codice etico che la moduli.

Migone (2003) paragona, nel suo articolo, il fenomeno della nascita di internet e dei suoi risvolti a quello della nascita della stampa. Questo perché il World Wide Web (WWW – “rete grande come il mondo”), il mondo online, sta sempre di più penetrando nelle nostre vite, rispondendo a tutte le nostre esigenze. Una delle tante potenzialità che ci offre internet è quella di poter fare psicoterapia online, chiamata anche E-psychotherapy; questo fenomeno sta avendo talmente tanto successo che stanno aprendo sempre più siti Internet di counseling e psicoterapia online. Nonostante la psicoterapia online abbia avuto un grande successo soprattutto negli ultimi anni, non la si può definire una vera e propria novità. Infatti, fin dal 1950 si pratica la “Telephone Analysis”, utile soprattutto per coloro che non potevano recarsi di persona a fare psicoterapia e che non volevano cancellare l’appuntamento con il terapeuta, per coloro che non potevano recarsi fisicamente in studio a causa di un handicap fisico e nel caso in cui il paziente o il terapeuta si fosse trasferito in un’altra città e non si voleva interrompere l’analisi già iniziata. Dal 1950 ad oggi i passi in avanti, in campo tecnologico, sono stati molti permettendo di passare dalle telefonate all’uso di internet. Questo ultimo permette non solo di sentire la voce in tempo reale, ma anche di vedere il paziente tramite video così da riprodurre una vera e propria seduta, come se fossero fisicamente uno di fronte all’altro, rispettando il setting. Però, si chiede Migone (2003), come mai la psicoterapia effettuata tramite l’uso di internet è così interessante? Ciò che ha reso la psicoterapia online così interessante, secondo la sua esperienza, è il modo in cui essa costringe a riflettere cosa sia veramente nel mondo offline, il legame che essa ha tra teoria e tecnica ed il setting. Le sue riflessioni, confessa Migone nel suo articolo (2003), hanno origini dal 1998, quando sono nate tramite e-mail animate discussioni sull’argomento con i membri di una rivista telematica (di cui lui stesso faceva parte) in preparazione al libro “Psicoterapia on line” (Bollorino, 1999). Il problema, dunque, non

è quello di uguagliare con la realtà on line, la realtà off line dell'incontro tra terapeuta e paziente, quanto piuttosto il fatto che da una parte ci sia l'idea che solo il setting "classico" possa evocare il transfert, dall'altra invece il transfert è possibile che si possa evocare anche tramite terapia online e che questa tipologia di terapia possa garantire la neutralità da parte dell'analista, cosa invece impossibile tramite la terapia off line. Con questo pensiero, l'autore, non vuole dire che un tipo di terapia sia migliore di un'altra perché evoca tipologie differenti di transfert, ma vuole sottolinearne la diversità. Detto questo evidenzia come secondo lui sia assolutamente fattibile condurre un trattamento online che risponda soprattutto ad uno dei requisiti della psicoanalisi: attenta analisi del transfert in base al tipo di contesto in cui avviene l'incontro paziente-terapeuta. L'autore aggiunge inoltre che la psicoterapia online può essere molto utile nei casi in cui ci sia una notevole distanza geografica tra il paziente e il terapeuta o nei casi in cui il paziente non riesce ad affrontare il contatto diretto con il terapeuta e quindi preferisce mantenere una distanza emotiva e fisica simbolizzata da internet. Nel secondo caso c'è sempre la speranza da parte del terapeuta che il paziente riesca a superare questi limiti e continuare la terapia di persona. Di conseguenza, Migone (2003) la ritiene una tecnica valida esattamente come le altre, quindi non superiore o inferiore a quella tradizionale, bisogna solo scegliere in quale contesto applicarla. L'autore conclude il suo articolo ricordandoci che c'è un'altra caratteristica da non sottovalutare: l'assenza del corpo fisico del paziente. Questa assenza deve essere punto di riflessione nel momento in cui il paziente utilizza il corpo in quanto tale, all'interno della terapia.

Prendendo in esame l'articolo scritto da Fornari e Terranova (2020) si sottolinea come la terapia online possa essere una risorsa molto preziosa, soprattutto, per esempio, per chi si trasferisce all'estero o viaggia molto per lavoro. Vari studi (Cipolletta & Mocellin, 2016; Amicai-Hamburger, Klomek, Friedman, Zuckerman & Shani-Sherman,

2014; Mancuso, 2019) dimostrano che è possibile creare una buona alleanza terapeutica e che i risultati del trattamento online sono efficaci tanto quanto quelli tradizionali. Fino a pochi anni fa l'Italia era molto lontana da quello che stava succedendo nel resto del mondo. Infatti, se nel resto del mondo la terapia online veniva presa in considerazione frequentemente, in Italia queste considerazioni erano ancora piuttosto rare. Sembra invece che negli ultimi anni la situazione italiana sia cambiata fortemente e che la psicoterapia online venga presa sempre più in considerazione (Cipolletta e Mocellin, 2016). Questa evoluzione degli ultimi anni è attribuibile alle persone che, più frequentemente si spostano sia per lavoro che per studio. Ma c'è un evento in particolare negli ultimi anni, che ha condizionato le vite di tutti noi e che quindi, per forza di cose, ci ha costretto ad utilizzare le risorse tecnologiche a nostra disposizione per continuare i nostri percorsi di lavoro e studio. Sto parlando in particolare della pandemia mondiale avvenuta nel 2020. Quindi la pandemia avvenuta poco tempo fa ha contribuito molto allo sviluppo delle psicoterapie online in Italia.

Fornari e Terranova (2020) precisano che quando si parla di terapia online ci si riferisce a tutti i dispositivi informatici, quindi non solo le videochiamate, ma anche messaggi, e-mail, telefonate o chat. Le loro esperienze si basano in particolare alla terapia individuale in videochiamata con sedute della durata di 50-60 minuti in totale riservatezza. La conoscenza tra il terapeuta e il paziente non avviene come nelle terapie tradizionali. Infatti, in queste ultime la terapia inizia con una chiamata da parte del paziente stesso o da parte di chi chiede assistenza, e prosegue con la conoscenza tra il terapeuta e il paziente all'interno dello studio, dove avviene una stretta di mano, una presentazione degli stessi e il gesto da parte del terapeuta di far accomodare il paziente all'interno della stanza. Per quanto riguarda la psicoterapia online, invece, la prima conoscenza avviene o tramite chiamata o tramite messaggistica (e-mail) e prosegue nel

momento in cui il terapeuta avvia la videochiamata (gesto sostitutivo del far accomodare il paziente all'interno del proprio studio) ed il paziente risponde. In questa specifica situazione è importante il modo in cui il paziente si comporta durante l'attesa dello psicoterapeuta. Infatti, azioni come inviare un messaggio al terapeuta per dire che è pronto a ricevere la videochiamata, chiamare il terapeuta per primo perché questo è in ritardo oppure aspettare silenziosamente la chiamata del terapeuta, sono segnali molto utili nel percorso terapeutico. Un aspetto molto importante che assicura un setting stabile è la preparazione tecnologica del terapeuta. Infatti, quest'ultimo deve essere nelle condizioni di possedere una connessione molto stabile ed un attrezzo tecnologico che permetta una videochiamata in alta definizione. In passato i problemi tecnologici per la psicoterapia online, come la connessione Internet poco costabile e la poca nitidezza della videochiamata, erano problemi molto frequenti e motivi anche di impedimento della stessa. Oggi questi problemi sono sempre meno frequenti e forse anche questo il motivo per la quale la psicoterapia online è sempre più utilizzata. In ogni caso, dovessero esserci, il terapeuta deve essere pronto e preparato per poterli affrontare. La stessa American Psychological Association, nel 2002, si è espressa raccomandando al terapeuta di concordare insieme al paziente dei metodi alternativi in caso di problematiche tecnologiche (Mancuso, 2019). Ci sono alcuni elementi del setting che devono essere assolutamente rispettati, come:

1. La scelta di una piattaforma che permetta di rispettare sicurezza e privacy sia del paziente che del terapeuta
2. La scelta di una piattaforma che garantisca un'adeguata qualità di video e audio
3. Garanzia sulla riservatezza (firma del consenso informato e informativa sulla privacy)

Una delle critiche più sostenute nel corso degli ultimi anni sulla psicoterapia online è la mancanza della condivisione di uno spazio fisico che si riversa sulla mancanza del linguaggio del corpo (non verbale). Questi sono da sempre aspetti ritenuti fondamentali per la realizzazione di una buona alleanza terapeutica e di conseguenza per il successo della terapia stessa (Amichai-Hamburger, Klomek, Friedman, Zuckerman e Shani-Sherman, 2014). Chi invece è a favore della psicoterapia online risponde a queste critiche sostenendo l'esistenza della "telepresenza", ossia la sensazione di trovarsi insieme a qualcuno pur non condividendo lo stesso spazio fisico (Cataldo, Mendoza, Chang e Buchanan, 2019). Lo spazio diventa quindi un *essere* con l'altro che permette una relazione con la possibilità di costruire un cambiamento insieme al paziente (Chiari, 2016). In questo spazio, quindi, il terapeuta deve porre maggiore attenzione alle espressioni facciali ed al linguaggio verbale, perché il linguaggio non verbale e la presenza fisica sono ridotti o non presenti. È importante quindi che sia presente una più minuziosa e attenta comunicazione verbale per spiegare, durante la psicoterapia online, quello che in psicoterapia offline viene spiegato dalla comunicazione non verbale (per esempio il gesto di prendere una penna, durante la psicoterapia online, deve essere spiegato perché attraverso uno schermo potrebbe non essere percepito; invece, durante la psicoterapia tradizionale questo gesto non deve essere spiegato perché facilmente comprensibile). La cosa importante quindi, da non sottovalutare o dimenticare, è la costruzione della relazione tra il terapeuta e il paziente. Tutti i cambiamenti che avvengono durante la terapia sono dati dal tipo di relazione che essi costruiscono. Fornari e Terranova (2020) continuano il loro articolo dicendo che costruire una relazione in un contesto familiare potrebbe avere dei limiti, ma anche delle risorse. Infatti, se nel caso della psicoterapia tradizionale è il terapeuta ad organizzare completamente il setting e quindi il suo studio, per quanto riguarda la psicoterapia

online, il terapeuta ha il potere esclusivo di poter gestire unicamente la propria stanza, la posizione della sua seduta e del suo computer all'interno della stessa. La costruzione del setting ed il contrasto dei pazienti, invece è tutto nelle loro mani, quindi possono scegliere di fare la propria seduta in un ambiente familiare e quindi stare in una comfort zone, oppure cambiare completamente contesto e fare la seduta in un ambiente più neutro. Ogni scelta del tipo di setting da parte del paziente è spunto di riflessione per il terapeuta. Un aspetto positivo, della scelta del paziente di fare terapia in un ambiente familiare (per esempio nella propria stanza) è che il terapeuta ha libero accesso ad uno spazio molto privato e intimo del paziente, circondato da oggetti pieni di significato dai quali il terapeuta può trarre informazioni molto utili per la terapia (aspetto non possibile per la psicoterapia tradizionale). È altresì vero però che il vantaggio della psicoterapia tradizionale, che quella online non ha, è la possibilità di far uscire il paziente dal suo spazio e farlo entrare in un altro a lui sconosciuto, dandogli la possibilità di cambiare completamente le sue prospettive.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2016 ha messo in luce un altro aspetto molto importante: ha stimato che circa il 75% di coloro che avrebbero bisogno di un trattamento nell'ambito della salute mentale, ne beneficiano. La psicoterapia online potrebbe essere quindi un mezzo alternativo e valido per raggiungere il resto della popolazione che, per svariati motivi (per esempio accesso al supporto psicologico limitato o non disponibile; impossibilità ad uscire di casa; trasferimenti all'estero; viaggi frequenti per lavoro), non può accedere a questi trattamenti (Wong, Bonn, Tam e Wong, 2018).

Il progetto "Con te all'estero" di Fornari e Terranova (2020) nasce proprio dal ragionamento che, per esempio, chi si trasferisce all'estero deve fare i conti con una lingua ed una cultura (usi e costumi) molto diversa da quella d'origine. Queste difficoltà,

di conseguenza, si riscontrerebbero anche nel caso in cui il soggetto dovesse aver bisogno di una psicoterapia. Avere perciò la possibilità di avviare una psicoterapia online e quindi seguire un percorso nella propria lingua e con un terapeuta che condivide la tua stessa cultura potrebbe essere molto vantaggioso per la riuscita della stessa. Il loro progetto crede molto nell'idea che questa modalità di lavoro non sia poi così “non convenzionale” come la definiscono tanti terapeuti, ma che invece si allinei molto con ciò che sta accadendo al giorno d'oggi nel mondo. Sarebbe perciò assurdo non tenere in considerazione la grande percentuale di persone che si spostano per lavoro o chi non può/vuole andare fisicamente in studio, e non sfruttare la sempre più evoluta tecnologia per andare incontro anche alle loro necessità. Fornari e Terranova (2020) concludono dicendo che secondo la loro esperienza clinica non ci sono differenze rilevanti con la psicoterapia in presenza, sempre che sia garantita la possibilità di instaurare una relazione significativa tra paziente e terapeuta.

Mancuso, nel suo articolo (2019), riporta quali sono i vantaggi e gli svantaggi per il paziente della terapia online secondo Rochlen et al. (2004). I vantaggi sono: l'accesso facilitato, che permette di entrare in contatto con il terapeuta anche se geograficamente lontani; possibilità di espressione in più canali, utilizzando canali sincronici ed asincronici; effetto della disinibizione online, che descrive il fenomeno secondo il quale le persone sul web siano più disinibite. Gli svantaggi, invece, sono: digital divide, termine con il quale si intende il gap che si crea tra chi ha la possibilità di accedere ad internet e chi non ce l'ha; riservatezza, che non sempre viene rispettata; limiti nella presa in carico di pazienti gravi, che include problemi legati all'esame di realtà, ideazione suicidaria, vittime attuali di violenza o abusi sessuali e chi presenta disturbi di personalità gravi.

Fasano e Mandolillo (2020) aggiungono alle motivazioni dette fino adesso del perché sia sempre più utilizzata la terapia online (avanzamenti tecnologici, ricerca di terapie alternative alle tradizionali per andare incontro ai sempre più nuovi e diversi bisogni delle persone) anche l'avvento della pandemia da Covid-19. Lo stato di quarantena imposto dalle autorità ha obbligato le persone a stare a casa, è quindi indubbio che quest'ultima abbia impattato fortemente nella vita di ogni singolo individuo da ogni parte del mondo e le ripercussioni nelle nostre vite sono state tante, soprattutto in ambito scolastico/universitario e lavorativo, nell'ambito della sanità pubblica e privata, ma anche in ambito delle psicoterapie. Molti psicoterapeuti, abituati a vedere i loro pazienti di persona, sono passati a dover fornire terapie online, indipendentemente dalla loro precedente esperienza nei confronti della psicoterapia online. Bekes e Aafjes-van Doorn (2020) hanno raccolto dati in tempo reale da 145 psicoterapeuti del Nord America e dell'Europa dopo la dichiarazione della pandemia dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. La maggior parte di loro ha dichiarato, in base alle loro esperienze passate e presenti, di avere un atteggiamento positivo nei confronti della psicoterapia online aggiungendo che probabilmente avrebbero continuato ad utilizzarla anche in futuro. La psicoterapia online come detto fino ad adesso, esisteva già molto prima della pandemia del 2020, ma si può dire che la pandemia l'abbia sdoganata aprendo perciò la possibilità di poter fare oggi psicoterapia online (inizialmente costretti dalla situazione) con meno resistenze e perplessità.

È proprio nell'articolo di Rodriguez-Ceberio et al. (2021) che si parla di assistenza online dopo la dichiarazione della pandemia di Covid-19. Infatti, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, dopo il 2020, ha imposto l'isolamento sociale. L'uso della tecnologia ha facilitato non solo la possibilità di mantenere relazioni affettive con parenti ed amici, ma anche di condurre il proprio lavoro, ove possibile, da casa. Hanno

effettuato uno studio trasversale in Argentina con 491 operatori sanitari specializzati (92,9% psicologi e 7,1% psichiatri tra i 24 e gli 85 anni, di cui l'80,8% donne e il 19,2% maschi) in salute mentale ai quali è stato sottoposto un questionario online in forma anonima e volontaria sul grado di adattamento alla psicoterapia online. I risultati di questo sondaggio mostrano che il 50% dei partecipanti hanno dichiarato un adattamento molto alto; il 52,75% ha svolto psicoterapia solo online; il 40,12% ha svolto psicoterapia sia online che di persona (quindi quasi il 93% dei terapeuti ha implementato alla psicoterapia tradizionale quella online) il 5,7% ha svolto solo psicoterapia tradizionale e l'1,43% non lavorava. Le principali difficoltà sorte dalla psicoterapia online sono le interruzioni casalinghe e tecnologiche, mentre i principali vantaggi sono il risparmio sia in termini economici che di tempo nel raggiungere il posto di lavoro. Dato che la maggior parte dei terapeuti hanno trovato questa tecnica di psicoterapia efficiente, non escludono la possibilità di utilizzarla anche in futuro, terminato lo stato di emergenza dato dalla pandemia, evidenziando l'importanza di inserire questa tipologia di formazione per gli psicoterapeuti.

4.2 Il mondo online: approfondimento di siti web sui disturbi alimentari

Bastianelli, Spoto e Vidotto hanno condotto, nel 2011, uno studio con l'obiettivo di analizzare la struttura delle relazioni tra i blog presenti su Internet relativi ai Disturbi del Comportamento Alimentare. Per farlo hanno utilizzato l'Analisi delle Reti Sociali (ARS), esplorando i gruppi e le loro strutture per studiare i processi sociali in rete aventi per oggetto i Disturbi Alimentari. La diffusione di questi disturbi nei paesi occidentali industrializzati sta rappresentando un fenomeno di rilevanza sociale. Internet rappresenta ormai la forma di comunicazione più usata tra i giovani, soprattutto tra i 13 ed i 19 anni, ed è frequente trovarvi siti web dove sono fornite o scambiate informazioni riguardo i DCA. Infatti, più di un terzo degli adolescenti cerca informazioni sulla

propria salute su internet e molti di loro modificano il loro comportamento in base alle informazioni trovate (Brodie, Flournoy, Altman, Blendon e Bens Rosenbaum, 2000; Rideout, 2001). Una rete sociale rappresenta un'aggregazione di unità costituite da attori sociali e dalle relazioni tra di essi.

Nello studio di Bastianelli, Spoto e Vidotto (2011) la rete sociale è rappresentata dai blog, dove i blog sono gli attori ed i link (collegamenti) rappresentano la relazione tra essi. I blog presi in considerazione in questo studio erano tutti basati sui Disturbi Alimentari ed ogni blog era collegato ad altri, creando la rete sociale studiata dagli autori. Il campione, creato attraverso un campionamento snowball, è costituito da 27 blog, selezionati attraverso il motore di ricerca www.technorati.com. la ricerca dei siti si è concentrata nella sottocategoria "Eating Disorders" (hanno provato ad effettuare la ricerca in italiano, ma nel 2009, momento in cui hanno ricercato i siti, è stato prodotto un solo risultato). Una volta creato il campione, è stata analizzata la rete sociale. I risultati ottenuti da tale analisi esplicitano che i blog analizzati sono scritti da donne, tranne uno che è stato scritto da diversi autori, coerente con la diffusione epidemiologica dei Disturbi Alimentari con prevalenza nella popolazione femminile. In particolare, 15 blog sono scritti da ragazze che soffrono o hanno sofferto di Disturbi Alimentari e vogliono condividere la loro esperienza, 6 blog sono scritti da psicoterapeute che si rivolgono a chi ne soffre ed alle loro famiglie e gli altri sei sono scritti da giornaliste o autrici di libri. La densità della rete risulta bassa (pochi legami tra i blog) costringendo colui che fa ricerca a dover interromperla e ricominciare sempre da capo perché non c'è fluidità tra un blog e l'altro. L'indice di reciprocità, inoltre, indica che ci sono poche relazioni simmetriche tra le coppie di blog. La ricerca, quindi, di ulteriori blog è facilitata dai cut-point, blog facilitatori che permettono una più semplice raccolta di informazioni anche da aree diverse della rete. Un altro dato rilevante è che i

blog più facilmente rintracciabili sono quelli scritti da persona autorevoli (anche al di fuori del mondo dei blog), ricevendo anche molti collegamenti da altri blog. Bastianelli, Spoto e Vidotto (2011) concludono il loro articolo dicendo che la natura variabile della rete sociale dei blog si riflette sulla funzionalità del motore di ricerca, ma che tale variabilità è stata colta e considerata dal motore di ricerca Technorati. Di conseguenza risulta che rilevazioni in tempi successivi potrebbero portare a risultati differenti da quelli ottenuti da questo studio. A livello clinico chi esegue questo tipo di ricerca può trarre informazioni sia da chi ha vissuto in prima persona questo disturbo, sia da esperti del settore, ma c'è una grande varietà di informazioni disponibili che non consentono la sicurezza che tali informazioni siano effettivamente utili o meno. Gli autori, inoltre, sottolineano che è importante ricordarsi che ciò che viene scritto sui blog non deve essere sostituito da una consulenza, bensì deve essere colto come un primo segnale di richiesta di aiuto e di interessamento a questo tema ed alla propria guarigione.

De Matteis e Toscano scrivono nel 2009 un articolo basato sulla filosofia ANA. Anche in questo articolo, come nell'articolo precedente, viene sottolineata la facilità con la quale è possibile trovare siti che forniscono indicazioni e consigli non solo su aspetti sintomatologici diagnostici, ma anche nella scelta della cura più adeguata. Tali siti sono riconosciuti come “pro-ana” (favorevoli all’anoressia) e “pro-mia” (favorevoli alla bulimia), nati negli Stati Uniti alla fine degli anni 90 ed estesi poi in tutto il continente europeo, fino ad arrivare in Italia nel 2003. Sempre nello stesso articolo, gli autori scrivono che nel 2009 erano quasi 11 milioni gli americani a frequentare questi siti ed il 99% di loro era rappresentato da donne tra i 12 e i 40 anni. La situazione stava già diventando allora molto preoccupante, tanto che la CNN (Cable News Network, la più importante emittente televisiva statunitense totalmente dedicata all’informazione) ha descritto questi siti come “scary sites that glamorize eating disorders” (“siti spaventosi

che esaltano i disturbi alimentari”) (CNN, 2007). In Italia i siti web pro-anoressia e pro-bulimia sono i blog e i forum. I blog sono più facilmente reperibili perché di carattere pubblico ed assomigliano ad un diario online aggiornato quotidianamente. In questo caso specifico sui disturbi alimentari le discussioni si concentrano sull'obiettivo del dimagrimento. I forum invece sono più riservati rispetto ai blog perché sono in forma privata; per cui solo chi ha invitato a entrare può farne parte e condividere la “filosofia di ANA”, cioè la filosofia di magrezza assoluta. Proprio perché i forum sono privati e quindi l'entrata è a discrezione della creatrice dello stesso, il forum assume quasi le sembianze di una setta religiosa, dove la discussione principale si concentra sul rapporto cibo bilancia, ma ci sono anche altri argomenti che trattano di diete o meccanismi di compenso. A testimoniare il fatto che si fa parte di questi forum chi è pro-anoressia deve indossare un braccialetto con una farfallina rossa, chi è pro-bulimia deve indossare un braccialetto con una farfallina blu. Questo deve essere indossato sul braccio sinistro e deve essere esibito nel caso si dovesse incontrare un'altra persona che lo indossa.

De Matteis e Toscano (2009) citano uno studio condotto dal dipartimento di neuroscienze dell'Università di Torino nel quale viene esplicitato che esistono circa 300 mila siti Internet e blog che incitano in modo più o meno esplicito al disturbo alimentare dell'anoressia nervosa. Chi frequenta questi siti non ritengono l'anoressia come una malattia, ma uno stile di vita ed Internet rappresenta un mondo in cui potersi scambiare opinioni e consigli per non farsi scoprire dai genitori e poter raggiungere l'obiettivo della magrezza. La filosofia ANA, essendo ritenuta tale, ha un suo credo e questi sono i comandamenti presenti nei vari siti:

1. “Non essere magri vuol dire non essere attraenti
2. Essere magri è molto più importante che essere sani

3. Devi comprare vestiti, tagliarti i capelli, assumere lassativi, morire di fame, fare qualsiasi cosa per farti sembrare più magro
4. Non devi mangiare senza sentirti in colpa
5. Non devi mangiare cibo ingrassante senza auto punirti dopo
6. Devi contare le calorie e quindi restringere l'assunzione
7. Quello che dice la bilancia è la cosa più importante
8. Perdere peso è bene / prendere peso è male
9. Non puoi mai essere troppo magro
10. Essere magro e non mangiare sono simbolo di vera forza di volontà e successo”

I contenuti presenti sui siti sono comuni: oltre a consigli e sostegno su come dimagrire, contare le calorie ed utilizzare i farmaci, vengono condivise foto di ragazze magre dalle quali poter prendere spunto (thinspiration). Sono stati condotti diversi studi nel cercare di capire perché i siti pro-anoressia e pro-bulimia si sono diffusi così tanto (Lapinki, 2006; Tierney, 2006; Csipke e Horene, 2007), ma tra le molteplici spiegazioni proposte, sono soprattutto tre che giustificano questa diffusione: Possibilità di ottenere consigli su come perdere peso, senso di comunità che si crea tra coloro che vi partecipano e la formazione di un vero senso di identità. Queste spiegazioni sono date dal fatto che Internet rappresenta uno spazio protetto soprattutto per quanto riguarda i forum nel quale chi vi partecipa può esprimersi liberamente e discutere di propri pensieri, senza la paura di essere giudicati (Dias, 2003; Mulveen e Hepworth, 2006; Wilson et al., 2006). Queste tipologie di gruppo funzionano molto bene, anche perché i dati di ricerca dimostrano che circa il 75% di adolescenti fra i 15 e i 17 anni li frequentano con regolarità. L'adolescenza è un processo di costruzione della propria identità, e questo gruppo rappresenta un luogo di apprendimento, sperimentazione, rapporti sociali e

confronto con i pari. In particolare, l'anoressia nervosa racchiude tra i suoi sintomi anche le ridotte relazioni sociali. Questo perché per la maggior parte dei casi avere relazioni sociali implica mangiare insieme ai pari, attività inaccettabile per chi ne soffre. La partecipazione da parte dei ragazzi ai siti pro-anoressia permette l'assimilazione (se non sovrapposizione) della propria identità al disturbo alimentare. Tutto questo avvalorava l'importanza da parte degli adolescenti di far parte di un gruppo online che non costituisca la necessità di avere delle relazioni fisiche al di fuori di Internet spiegandone ancora di più il loro successo.

Tanto più il gruppo si fa coeso, tanto più è forte la paura della minaccia della chiusura del sito (giustificata dai contenuti e dalla pericolosità della salute degli adolescenti stessi). Per proteggere il sito, chi ne fa parte, si coalizza contro tutti coloro che non sono favorevoli aumentando il senso di identità e di coesione del gruppo. Giles (2006) ipotizza che il senso di comunità, data dalla condivisione profonda di tali comandamenti e stile di vita, sembra essere addirittura più importante della filosofia del gruppo stesso; per quanto questo possa sembrare innocuo, risulta tuttavia essere un rinforzo positivo per il disturbo alimentare.

Sempre nell'articolo di De Matteis e Toscano (2009) vengono citate le iniziative anti-ANA proprio per contrastare la sempre maggiore diffusione in Europa di questi siti. In Francia, per esempio, è già stata approvata dall'Assemblea Nazionale una legge, la quale dice che chiunque pubblici siti pro-anoressia e pro-bulimia va incontro ad un reato penale che prevede una sanzione fino a 30.000 € ed una pena fino a due anni di carcere. Sono banditi anche in Spagna, ma in Italia nel 2009 non esisteva ancora una vera e propria legislazione che ne impedisce la pubblicazione. Esiste solo una proposta di legge per oscurare i siti che promuovono la filosofia pro-ana e pro-mia. Visto che in Italia esiste soltanto questa proposta di legge, l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di

Roma ha utilizzato la rete creando dei blog anti-ANA con l'intento di restituire responsabilità ed autonomia di scelta agli adolescenti. Gli adolescenti potranno sfruttare tali forum per discutere e presentare le proprie storie di successi terapeutici proferendo speranza per tutti gli adolescenti che ne soffrono. Un altro esempio di fenomeno in Italia creato per combattere i siti pro-ana è l'Associazione Nazionale per l'Anoressia Nervosa e i Disturbi Associati (ANAD) che ha scovato più di 400 siti sull'argomento, segnalandoli e facendone chiudere molti.

4.3 Covid-19: dal cerchio allo schermo. Cosa è cambiato nella psicoterapia di gruppo

Nell'articolo di Brooks et al. (2020) viene dichiarato che le persone che soffrono di disturbi alimentari hanno un maggiore rischio di ricadute o peggioramento della gravità del disturbo a causa di carenza di inadeguati trattamenti psicologici e/o psichiatrici data dalla pandemia. Il timore di essere contagiati e risultare positivi al Covid-19 aumentano la sensazione di perdita di controllo. In coloro che soffrono di disturbi alimentari, la sensazione di perdita di controllo viene gestita con una forte restrizione dietetica, con l'attuazione di comportamenti estremi nel controllo del peso o con episodi di abbuffate. A questo si aggiunge l'impossibilità di praticare attività sportive (o per lo meno non frequentemente e non nello stesso modo rispetto a prima della pandemia). Infatti:

1. La ristretta possibilità di fare esercizio fisico potrebbe aumentare la paura di un aumento di peso, affrontato con una restrizione dietetica
2. Stare in casa tutto il giorno da libero accesso alle scorte di cibo, fattore scatenante delle abbuffate
3. Stare in casa così tanto tempo potrebbe aumentare l'isolamento sociale, già presente nei soggetti che soffrono di disturbi alimentari

4. Vivere insieme ad altre persone nella stessa casa può portare all'aumento delle tensioni e di conseguenza a determinate espressioni dei disturbi alimentari

Vengono tratti, sempre dallo studio di Brooks et al. (2020), altre conclusioni interessanti. Durante la pandemia, nelle persone con disturbi alimentari, il rischio di aumentare la gravità di comorbidità come ansia, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo da uso di sostanze era più elevato. In aumento c'era anche il rischio che chi soffriva di anoressia nervosa poteva andare incontro all'insorgenza di complicazioni mediche associate alla malnutrizione, aumentando il rischio di infezione da Covid-19 perché più deboli. È stato difficile trovare delle soluzioni a tali problemi in un momento storico così complesso, ma a tal proposito l'erogazione di trattamenti psicologici online ha aiutato molto. Tuttavia, alcuni disturbi non hanno risposto bene al trattamento psicologico online. Infatti, chi soffriva di anoressia nervosa, aveva comunque la necessità di un trattamento molto più intensivo ed attento ai bisogni della persona. In questi casi gli psicologi preferivano un incontro faccia a faccia con il paziente, ovviamente con le dovute precauzioni ed attenzioni per evitare un eventuale contagio di Covid-19.

Bisagni, Martini e Silvestri (2022) ribadiscono, nel loro articolo, che durante lo stato di emergenza dato dalla pandemia del 2020 è stato necessario ripensare il proprio lavoro per garantire una continuità nel percorso psicoterapeutico. Proprio per questo è stato necessario ridefinire le modalità di conduzione della psicoterapia gruppale da una modalità offline ad una telematica. In particolar modo, il loro lavoro ci presenta come un gruppo che fino alla pandemia si era incontrato in presenza, è passato alla modalità chat-based. Questo passaggio ha richiesto un nuovo modo di pensare il gruppo ed un necessario arricchimento della propria professionalità. Nei gruppi online non si ha la

possibilità di trovarsi tutti nello stesso spazio fisico come accade negli incontri di terapia di gruppo offline, ma si può comunque condividere uno stesso spazio, in questo caso virtuale, per poter permettere la condivisione dei propri pensieri. Citando Corrao (2013) si può dire che lo spazio telematico è uno spazio “in cui si percepiscono al contempo la lontananza e la vicinanza, la rarefazione del vuoto e la pienezza del totale”.

Prima della pandemia, nel 2019, Marogna et al. hanno svolto una inchiesta a 202 psicoterapeuti dell'associazione COIRAG (Confederazione di Organizzazioni Italiane per la Ricerca Analitica sui Gruppi – Ente del Terzo Settore); tra questi solo l'1,9% ha dichiarato di svolgere terapie di gruppo online, il 31,22% utilizzava la modalità online solo per interventi individuali e nessuno tra loro utilizzava la chat-based therapy. Infine, il 67,205 non utilizzava affatto nessun tipo di terapia online. Soltanto un anno dopo, nel 2020, Weinberg sottolinea invece l'importanza della chat-based Psychotherapy, ovvero una psicoterapia sincrona eseguita attraverso una messaggistica scritta grazie all'uso di una chat. Un'altra cosa che i Weinberg mette in risalto è che la maggior parte delle ricerche su questo tipo di terapia sia rivolta a singoli individui e solo poche ricerche si concentrano sulla terapia di gruppo svolta attraverso la chat. Nonostante le poche ricerche, ciò che viene emesso in risalto alla fine della chat based therapy è la sostanziosa diminuzione di ricaduta del disturbo. In particolare, dai risultati di Golkarammay e colleghi (2007) è emerso che la maggior parte dei partecipanti alla psicoterapia di gruppo online si sentiva maggiormente libero di esprimere le proprie emozioni agli altri membri del gruppo e che i miglioramenti ottenuti attraverso la chat therapy avevano una maggiore probabilità di mantenersi più a lungo nel tempo. Anche Bauer e colleghi nel 2011 hanno ottenuto risultati molto simili nelle loro ricerche; infatti, nei 12 mesi successivi alla conclusione della chat therapy non ci sono state ricadute nei partecipanti.

Tornando all'esperienza di Bisagni, Martini e Silvestri (2022), ci raccontano nel loro articolo che la chiusura del Centro Diurno di Salute Mentale (Polis Nova – Società Cooperativa Sociale di Padova) nel quale lavoravano li ha messi di fronte ad una scelta: aspettare la riapertura del Centro una volta terminato lo stato di emergenza dato dalla pandemia, oppure trovare una modalità completamente diversa per affrontare la psicoterapia di gruppo. Lo scopo principale era quello di non perdere i contatti con i partecipanti che stavano partecipando agli incontri in presenza e non disgregare il gruppo perdendo i miglioramenti ottenuti fino ad allora. Hanno deciso, così, di sperimentare la soluzione telematica avviata pochi giorni dopo l'annuncio del lockdown. È stato fondamentale, nel passaggio alla modalità online, il mantenimento del giorno e dell'orario degli incontri svoltosi precedentemente, per mantenere la continuità nel percorso intrapreso. Hanno scelto di usare un'applicazione di messaggistica istantanea utilizzabile dal telefono cellulare a causa della poca familiarità con i mezzi informatici più evoluti, sia da parte degli psicoterapeuti che da parte dei partecipanti. Nonostante questa scelta potesse sembrare di facile risoluzione, non lo è stata perché alcuni partecipanti non erano in possesso di cellulari in grado di supportare l'applicazione, mentre altri non erano affatto disponibili a scaricarla. Per risolvere questi problemi gli operatori si sono messi nelle condizioni di svolgere il ruolo di Io ausiliario permettendo così il superamento delle resistenze a queste nuove modalità, fondamentale per la costituzione e lo sviluppo del gruppo telematico. Le autrici dell'articolo hanno voluto sottolineare che nel momento dell'avvio del gruppo hanno condiviso un messaggio scritto che spiegava il nuovo assetto, gli obiettivi del gruppo e le regole principali inerenti alla riservatezza e al setting. Durante il primo incontro tutti gli utenti erano connessi, le interazioni erano fluide ed alla fine c'è stata una sensazione complessiva positiva. Dopo il primo incontro gli utenti si sono sentiti in diritto di

continuare a scrivere in chat, come se in realtà non ci fosse una vera e propria conclusione, creando così due problemi da risolvere: la definizione di confini temporali e dello spazio gruppale. Questo forse era dovuto alla scelta di una messaggistica che nell'uso comune è usata in modo informale. È apparsa perciò l'indispensabile necessità di trasformare il gruppo informale in gruppo formale, mantenendo i ruoli ben stabiliti e non perdendo di vista lo scopo della creazione di tale gruppo. Per definire i confini temporali hanno deciso di mandare un messaggio sul gruppo il giorno prima di ogni incontro, in modo tale da ricordare l'appuntamento a tutti i partecipanti e l'orario di inizio e di fine dell'incontro stesso. Per definire lo spazio gruppale invece si è rivelato indispensabile fare un appello all'inizio di ogni incontro in modo tale che tutti i partecipanti fossero a conoscenza di chi era online. Inoltre, con lo svolgersi di vari incontri, si è rivelato molto importante un aspetto che all'inizio era decisamente frustrante per i terapeuti: dedicare svariati minuti all'accoglienza e ai saluti di tutti coloro che entravano a far parte della chat, anche dei ritardatati interrompendo così il flusso di pensieri. Questo ha permesso una maggiore coesione e libertà di espressione dei partecipanti. Un altro problema che si è riscontrato è la tempistica inevitabile del leggere un messaggio altrui ed avere il tempo di rispondere scrivendo il proprio pensiero. Durante queste attese è avvenuto che altri membri scrivessero altri messaggi in chat e a volte hanno fatto emergere altri temi in quel momento non attinenti: in questo senso è stato fondamentale avere un terapeuta a dirigere i messaggi ed i temi in corso, ritenendo ciò che era opportuno indagare meglio e cosa invece tralasciare. Bisagni, Martini e Silvestri (2022) concludono il loro articolo condividendo i risultati del Group Questionnaire 30 (GQ30), un questionario auto-somministrativo proposto da Krogel et al. nel 2013 che studia la relazione terapeutica nel gruppo (nel 2020 è stata validata la versione italiana di Giannone et al.). I risultati di questo questionario hanno

verificato la tenuta del gruppo durante il passaggio dalla psicoterapia di gruppo in presenza alla chat-based therapy. I dati raccolti supportano il mantenimento di un legame positivo (Positive Bonding) e di una salda alleanza di lavoro (Positive Working). Durante i primi mesi del lockdown è stato registrato un peggioramento della qualità percepita della relazione (Negative Relationship) fra i membri del gruppo, compensata però da una buona tenuta di quella verso il gruppo ed in particolare verso i terapeuti. Bisagni, Martini e Silvestri (2022) concludono esprimendo che, nonostante le iniziali incertezze, il passaggio alla modalità online si è dimostrato possibile consentendo una continuità alla terapia, ma ritengono altrettanto necessari ulteriori studi di approfondimenti e chiarimenti per quanto riguarda la conduzione e le regole del setting.

Mentre la psicoterapia online individuale è messa in pratica da diversi anni, la psicoterapia di gruppo online è stata principalmente applicata nel 2020 a causa dell'emergenza sanitaria causata da Covid-19 e di conseguenza anche gli studi e le ricerche a tal riguardo non sono ancora sufficienti e necessitano di ulteriori approfondimenti (Weinberg, 2020; Vasta, Gullo e Girelli, 2019). Uno di questi studi è stato scritto nell'articolo scritto di Ambrosiano, Druetta, Pisterzi e Gullo nel 2021, dove viene messo in risalto come i terapeuti di gruppo hanno affrontato il passaggio dalla psicoterapia offline a quella online, con particolare riferimento all'amministrazione del setting, alle dinamiche del gruppo ed allo stile di conduzione. Per sapere in che modo è stato affrontato questo processo hanno chiesto a 125 psicoterapeuti di sottoporsi ad un questionario dopo tre mesi di pratica online. Il fine di questo studio ha lo scopo di analizzare i limiti, le risorse, le criticità e le opportunità dettate dalla psicoterapia di gruppo online. Ambrosiano, Druetta, Pisterzi e Gullo (2021) hanno strutturato un questionario diviso in due sezioni. La prima sezione era riferita alla psicoterapia

individuale online: i cambiamenti nell'uso dell'intervento online a causa del Covid-19; il setting virtuale; la percezione della relazione terapeutica attraverso lo schermo; la corporeità nella relazione terapeutica online. La seconda sezione era invece rivolta alla psicoterapia di gruppo online: confronto tra gruppo in presenza e gruppo online; cambiamenti nel setting e nelle dinamiche di gruppo; modifiche nello stile di conduzione. Di questi 125 psicoterapeuti, 26 (21%) hanno avuto esperienza di terapia di gruppo online ed hanno compilato anche la seconda sezione. I risultati dello studio quindi si basano esclusivamente su questo sotto campione. Di questo 21% il 67% era composto da donne con età media di 55 anni ed una esperienza tra i 20 ed i 40 anni (con almeno 5 anni di esperienza nella conduzione di gruppi clinici). La prima domanda indagava la loro percezione rispetto ai cambiamenti del setting effettuati per la terapia di gruppo online: il 37% ha risposto di aver modificato molto il setting (perdita della circolarità come elemento saliente), il restante 63% di averlo modificato poco o niente. Nel complesso c'è stato un rapido adattamento al nuovo ambiente di lavoro, anche se le risorse messe in atto per il nuovo setting sono maggiori (in termine di attenzione, concentrazione, fatica, far fronte a fonti di distrazioni ambientali, essere più attivi e direttivi). La seconda domanda si riferiva alle modifiche dei processi, degli scambi e delle relazioni nelle dinamiche gruppali: il 31% riferisce di non aver eseguito nessuna o lievi modifiche, il 54% moderate modifiche ed il 15% indicano forti modifiche. La terza ed ultima domanda, infine, si concentrava sulle modifiche attuate sullo stile di conduzione del terapeuta: il 67% ha riferito di non aver effettuato modifiche, il 26% ha segnalato una moderata variazione e il 7% ha dichiarato di aver modificato in maniera elevata il proprio stile. Ambrosiano, Druetta, Pisterzi e Gullo (2021) concludono il loro articolo dicendo che chiaramente questo studio non potrà essere rappresentativo perché il campione è troppo piccolo, limitandone la generalizzazione dei risultati, ma è un buon

inizio per intraprendere ulteriori ricerche di approfondimento. Sollevano inoltre molte questioni ancora da risolvere: essere in uno spazio concreto con la percezione del proprio corpo con gli altri, può corrispondere all'essere "telecorporeo"? Ovvero all'essere telematicamente connessi? Lo scenario sullo schermo, alle spalle del paziente, è parte del discorso o è una parte tanto privata da non doverla considerare durante gli incontri? Gli psicoterapeuti di gruppo devono essere sempre aggiornati anche per quanto riguarda il settore informatico per poter far fronte a nuove esigenze? Queste sono alcune delle domande che gli autori si pongono e si augurano di trovare presto una risposta universale.

Se in quest'ultimo articolo gli autori hanno condotto uno studio su psicoterapeuti di gruppo e su come questi hanno affrontato l'online, nello studio di Ambrosiano, Gullo, Di Caro, Graffeo e Giordano (2023) la concentrazione si è spostata su 39 pazienti che hanno proseguito la terapia di gruppo anche online e hanno quindi fatto da testimoni al passaggio dall'offline all'online. Anche in questo studio sono stati indagati diversi aspetti: setting (reazioni iniziali, sensazioni nel mostrare il proprio spazio privato sia agli altri partecipanti che ai terapeuti, difficoltà relative al mantenimento della privacy), efficacia clinica della nuova modalità e la relazione terapeutica. Dal 2020 ad oggi (2023) l'interesse sulla psicoterapia di gruppo online è cresciuto molto tanto da incrementarne ulteriormente il suo utilizzo. Infatti, nel panorama complessivo dei trattamenti psicologici online, l'incremento più alto in termini di percentuale è stato registrato proprio nella psicoterapia di gruppo online (Pierce et al., 2021).

L'obiettivo di tale ricerca è dunque comprendere la prospettiva dei pazienti riguardo il passaggio dalla psicoterapia di gruppo offline alla psicoterapia di gruppo online durante la prima fase della pandemia. Ambrosiano, Gullo, Di Caro, Graffeo e Giordano (2023) hanno deciso di utilizzare il Consensual Qualitative Research (CQR),

un approccio qualitativo piuttosto che quantitativo per ottenere una descrizione più ricca riguardo le esperienze soggettive dei partecipanti. I 39 partecipanti erano composti da 16 maschi e 23 femmine con età media di 44,77. Tra loro solamente 8 soggetti hanno trascorso il lockdown in solitudine, gli altri condividevano la casa con la famiglia o coinquilini. Per quanto riguarda il setting online, i partecipanti hanno riferito che hanno provato sia sensazioni positive (curiosità e fiducia) che negative (scetticismo e rassegnazione). In relazione all'efficacia clinica della terapia online, invece, più della metà dei partecipanti ha segnalato l'emersione di temi nuovi, sia connessi alla pandemia che no. Considerando la relazione terapeutica, la metà dei partecipanti non ha segnalato variazioni dall'offline all'online, l'altra metà invece ha percepito un cambiamento, avvertendo soprattutto un maggior distacco emotivo connesso anche all'assenza della corporeità. Alcuni partecipanti hanno segnalato un cambiamento positivo: sensazione di esporsi con maggiore libertà. Infine, per quanto riguarda la conduzione e le dinamiche di gruppo, quasi la metà dei partecipanti ha notato dei cambiamenti nella conduzione del terapeuta di gruppo, in particolare hanno percepito maggiore distrazione e difficoltà nel cogliere i segnali non verbali, maggiore preoccupazione nel mantenere il gruppo coeso. La maggior parte dei partecipanti non ha colto cambiamenti, mentre una piccola parte li ha colto ma non ne ha specificato la direzione. Ambrosiano, Gullo, Di Caro, Graffeo e Giordano (2023) concludono il loro articolo scrivendo che all'inizio è stato colto molto scetticismo per questa nuova modalità, ma anche percezioni positive per la possibilità di poter comunque continuare la terapia di gruppo. La riuscita della psicoterapia di gruppo online è stata resa possibile grazie al precedente sviluppo di alleanza e coesione, generando la sensazione che tutti insieme si generasse quella forza necessaria per potercela fare e per poter far funzionare il gruppo anche nella modalità online.

CONCLUSIONE

Gli aspetti sui quali si può riflettere che hanno composto questo scritto sono vari. Partendo dall'inizio, è stato affrontato l'argomento sulla classificazione dei disturbi alimentari. In particolar modo, è stato specificato come nel manuale diagnostico DSM-5, rispetto al DSM-IV, siano stati modificati i criteri diagnostici di ogni disturbo così da riuscire a classificare molte più persone in un disturbo specifico piuttosto che in un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione senza specificazione come avveniva nella precedente edizione, dimostrando passi avanti negli studi di tale argomento.

Ma proprio perché gli studi proseguono, nel corso della storia, ma più specificatamente nel corso degli ultimi anni, gli studi hanno palesato la nascita di nuovi disturbi alimentari che non possiedono ancora dei criteri diagnostici specifici (ma solo caratteristiche per riconoscerli) e che di conseguenza non sono ancora stati inseriti all'interno del DSM-5. La conclusione di tali studi risulta essere la necessità di continuare a studiarli e di stilare dei criteri diagnostici, perché sono fenomeno in continua espansione ed evoluzione che includono nella famiglia dei disturbi alimentari molte più persone, che però non possono essere diagnosticate, ancora. Altri due aspetti che riguardano sempre questo argomento sono: il sempre più precoce esordio di un disturbo alimentare (il più precoce è stato diagnosticato all'età di 7 anni) e l'aumento di pazienti di sesso maschile che non solo si nota per i disturbi dell'alimentazione e della nutrizione nel DSM-5, ma anche e soprattutto per quelli non classificati nel manuale diagnostico (bigoressia).

Per quanto riguarda invece il mondo dei social media, la conclusione che si può trarre è che risulta essere uno spazio diviso in due. Da una parte assistiamo a numerosi fenomeni positivi, come la condivisione di ideologie, il supporto, la possibilità di poter comunicare velocemente superando i limiti geografici, Insomma, il potere più forte che

ha Internet è la condivisione. Però, la velocità con la quale Internet condivide e comunica aspetti positivi è la stessa anche per gli aspetti negativi, ed è questa l'altra faccia della medaglia. In questo senso ci concentriamo soprattutto su social media, forum e blog particolarmente interessanti per la fascia adolescenziale e su come attraverso essi vengono trasmessi messaggi sulla nutrizione, sull'alimentazione, e sui disturbi alimentari. Come per tante cose, il Covid-19 è stato uno spartiacque anche per quanto riguarda tale tipo di comunicazione. Infatti, prima del Covid-19 si assisteva ad una esaltazione e una ricerca disarmante della perfezione connotata dalla magrezza. Durante il Covid-19, momento di estrema reclusione casalinga e di paura nel trarre il virus, si è cominciato a passare molto più tempo davanti agli schermi ed in particolar modo sui social network. Un argomento che ha avuto molto successo è stato il cibo e l'esercizio fisico non più fatto per dimagrire, ma per salute fisica e mentale. Adesso, finita ufficialmente l'emergenza sanitaria, si parla ancora tanto di cibo, vengono condivise svariate ricette, dalle più light alle più golose, ed è stata sdoganata la ricerca del corpo perfetto incentivando chi frequenta i social non solo ad accettarsi, ma a migliorarsi in funzione della salute e del benessere psico-fisico. Anche se, questi aspetti non riguardano proprio tutto l'internet. Infatti, esistono blog e forum che concentrano la loro esistenza sul cercare di conquistare quanti più adolescenti possibili per farli entrare nel mondo dei disturbi alimentari. Perché, secondo il loro credo, chi soffre in particolare di anoressia, ha la forza ed il potere di resistere alle tentazioni del cibo, mentre tutti gli altri questa forza non ce l'hanno.

Ma quindi come fanno gli adolescenti a saper distinguere cosa è salute e cosa è malattia? Come possiamo fare noi adulti a precedere l'esordio della malattia?

Una risposta è sicuramente investire sulla prevenzione e l'educazione alimentare, sia all'interno delle scuole che delle famiglie stesse, dove gli adolescenti

passano la maggior parte del loro tempo. Successivamente, come già esposto nel quarto capitolo, cercare di bloccare e chiudere tutti i siti che incitano alla malattia.

Per quanto riguarda, infine, l'argomento sulla terapia di gruppo, in tutti gli studi consultati viene esaltata la possibilità di ascoltare e cogliere importanti suggerimenti ed aiuti dalle esperienze altrui. Inoltre, risulta abbastanza chiaramente che non è soltanto il tipo di disturbo alimentare ad incidere sulla scelta di intraprendere tale psicoterapia, ma anche il tipo di personalità dell'individuo, clinicamente parlando. Uscendo dal mondo clinico, esiste, nella sanità nazionale pubblica, un terzo fattore che spinge alla scelta della psicoterapia di gruppo da parte dei terapeuti: si riesce a massimizzare i risultati concentrando una decina di pazienti nella stessa ora, minimizzando i costi e le tempistiche.

Anche per quanto riguarda la psicoterapia di gruppo, il Covid-19 ha imposto a terapeuti e pazienti di adattarsi alla situazione ed alle nuove modalità di fare terapia. Infatti, per chiunque avesse voluto, ha avuto la possibilità di unirsi al gruppo e continuare a fare terapia in maniera telematica. Chiaramente le difficoltà sono state tante perché se da una parte l'online permette di sentirsi più liberi di esprimersi e di coinvolgere pazienti che per disagi fisici non hanno mai potuto partecipare fisicamente agli incontri, dall'altra ci sono stati pazienti presenti-assenti che erano online durante la terapia, sempre in ascolto, ma mai attivo nella conversazione. Sotto questo punto di vista i terapeuti hanno dichiarato di aver avuto molte difficoltà nel mantenere coeso il gruppo, oltre che a cogliere i segnali non verbali, completamente o parzialmente assenti nella modalità online. Uno degli aspetti positivi è che attraverso l'esordio del Covid-19 gli psicoterapeuti di gruppo si sono affacciati ad un mondo nuovo, un mondo che prima del Covid-19 era usato solamente da alcuni psicoterapeuti individuali.

Dalle letture degli studi effettuati dai vari autori, si può constatare che le ricerche nella psicoterapia di gruppo online continuano, con lo scopo di migliorare sempre di più la tecnica, aumentare ancora di più l'alleanza terapeutica per la riuscita della partecipazione dei pazienti agli incontri ed il setting.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Bibliografia

- Ambrosiano, I., Druetta, V., Pisterzi, A. & Gullo, S. (2021). La relazione clinica mediata dallo schermo nella psicoterapia di gruppo online. *Gruppi*, 2. DOI: 10.3280/gruoa2-2020oa12583
- Ambrosiano, I., Gullo, S., Di Caro, A., Graffeo, M.T. & Giordano, C. (2023). L'esperienza del paziente della terapia di gruppo online: una ricerca esplorativa durante il lockdown. *Gruppi*, 2. DOI: <https://doi.org/10.3280/gruoa2-2021oa15809>
- American Psychiatric Association, Ed. it. Massimo Biondi (a cura di). (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Amichai-Hamburger, Y., Klomek, A. B., Friedman, D., Zuckerman, O., & Shani-Sherman, T. (2014). The future of online therapy. *Computers in Human Behavior*, 41, 288–294. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.09.016>
- Anderson, D. A., Simmons, A. M., Martens, M. P., Ferrier, A. G., & Sheehy, M. J. (2006). The relationship between disordered eating behavior and drinking motives in college-age women. *Eating Behaviors*, 7, 419-422. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2005.12.001>
- Angelakis, I., Gooding, P. A., & Panagioti, M. (2016). Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. *Clinical psychology review*, 49, 55–66. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.08.002>
- Anzieu, D. (1979). *Il gruppo e l'inconscio*. Roma: Borla.
- Arthur-Cameselle, J. N., & Quatromoni, P. A. (2014). Eating disorders in collegiate female athletes: factors that assist recovery. *Eating disorders*, 22(1), 50–61. DOI: <https://doi.org/10.1080/10640266.2014.857518>

- Bastianelli, A., Spoto, A. & Vidotto, G. (2011). Social network analysis e disturbi del comportamento alimentare: una ricerca condotta sui blog. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 3(33), B5-B13.
- Baxter, L. R. (1992). *Neuroimaging Studies of Obsessive Compulsive Disorder. Psychiatric Clinics of North America*, 15(4), 871–884. DOI: 10.1016/s0193-953x(18)30215-6
- Békés, V., & Aafjes-van Doorn, K. (2020). Psychotherapists' attitudes toward online therapy during the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 238–247. DOI: <https://doi.org/10.1037/int0000214>
- Bion W. R. (1971). *Esperienze nei gruppi*. Roma: Armando.
- Bisagni, S., Martini, A. & Silvestri, A. (2021). Chat-based Group Psychotherapy: l'inizio della nostra avventura nel cyberspazio. *Gruppi*, 1, 154-168. DOI: 10.3280/gruoa1-2021oa14030
- Bollorino, F. (1999). *Psichiatria online*. Milano: Apogeo.
- Bonavilla, A. (1822). *Dizionario etimologico di tutti i vocaboli usati nella medicina*. Napoli: Società Filomatica.
- Bonifaci, G., Rizzo, F. & Silvestro A. (2018). La terapia di gruppo per pazienti con Disturbo di Personalità: una palestra per l'identità sociale. *Gli Argonauti*, 158(3), 269-277. DOI: 10.14658/PUPJ-ARGO-2018-3-5
- Bower, P., & Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness, and efficiency. Narrative literature review. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 186, 11–17. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.186.1.11>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the

evidence. *Lancet*, 395, 912–920. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Bruch, H. & Treves, L.D. (1997). *Patologia del comportamento alimentare. Obesità, anoressia mentale e personalità*. Milano: Feltrinelli.

Bruch, H. (1978). Obesity and anorexia nervosa. *Psychosomatics*, 19(4), 208-212. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(78\)70990-4](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(78)70990-4)

Brusadelli E., Ferrari L., Benetti M., Bruzzese S., Tonelli G.M. et al. (2020). Online Supportive Group as Social Intervention to Face Covid Lockdown. A Qualitative Study on Psychotherapist, Trainees, Students and Community People. *Research in Psychotherapy, Psychopathology, Process and Outcome*, 23: 209-212. DOI: 10.4081/ripppo.2020.501

Bruschetta, S., Frasca, A. & Barone, R. (2016). Verso servizi comunitari di salute mentale recovery-oriented. *Rassegna di studi psichiatrici*, 13(4).

Burkeman, O. (2016). La rivincita di Freud. The guardian. *Internazionale*, 1138, 36-43.

Burlingame, A., MacKenzie, K.R. & Strauss, B.M. (2004). *Small group treatment: evidence for effectiveness and mechanisms of change*. John Wiley & Sons.

Calderon-Montano, J., Moron-Burgos, E., Guerrero-Perez, C. & Lopez- Lazaro, M. (2011). A review on the dietary flavonoid kaempferol. *Medicinal Chemistry*, 11(4), 298-344. DOI: <https://doi.org/10.2174/138955711795305335>

Cash, T. (2004). Body image: past, present, and future. *Body image*, 1(1), 1-5. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00011-1](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00011-1)

Cash, T.F., Fleming, E.C., Alindogan, J., Steadman, L & Whitehead, A. (2002). Beyond body image as a trait: the development and validation of the body image state scale. *Eating disorders*, 10:103-113. DOI: 10.1080/1064026029008167 8

- Cataldo, F., Mendoza, A., Chang, S. & Buchanan, G. (2019). Videoconference in Psychotherapy: understanding research and practical implication. *Australians conference on information system*.
- Cataldo, F., Chang, S., Mendoza, A. & Buchanan, G. (2021). A perspective on Client-Psychologist Relationships in Videoconferencing Psychotherapy: Literature Review. *JMIR Mental Health*, 8(2). DOI: 10.2196/19004
- Chambers, R. (2008) Drunkorexia. *Journal Of Dual Diagnosis*, 4(4), 414-416. DOI: 10.1080/15504260802086677
- Cheesman, R., Eilertsen, E.M., Ahmadzadeh, Y., Gjerde, L.C., Hannigan, L. et al. (2020). How important are parents in the development of child anxiety and depression? A genomic analysis of parent-offspring trios in the Norwegian Mother Father and Child Cohort Study (MoBa). *BMC Medicine*. DOI: [10.1101/2020.04.14.20064782](https://doi.org/10.1101/2020.04.14.20064782)
- Chua, T. H. H., & Chang, L. (2016). Follow me and like my beautiful selfies: Singapore teenage girls' engagement in self-presentation and peer comparison on social media. *Computers in Human Behavior*, 55(Part A), 190–197. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.09.011>
- Cipolletta, S., & Mocellin, D. (2018). Online counseling: An exploratory survey of Italian psychologists' attitudes towards new ways of interaction. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 28(6), 909–924. DOI: <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1259533>

- Cohen, R., Newton-John, T., & Slater, A. (2017). The relationship between Facebook and Instagram appearance-focused activities and body image concerns in young women. *Body image*, 23, 183–187. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.10.002>
- Corrao, S. (2013). *Il focus group*. Milano: Franco Angeli.
- Cunningham, J., Strassberg, D. & Roback, H. (1978). Group psychotherapy for medical patients. *Comprehensive Psychiatry*, 19(2), 135-140. DOI: [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(78\)90058-5](https://doi.org/10.1016/0010-440X(78)90058-5)
- Cuzzolaro, M. (2003). La terapia farmacologica dei disturbi del comportamento alimentare. *Noos*, 9(1), 49-66. DOI: 10.1722/2542.26452
- Cuzzolaro, M. (2014). *Anoressie e bulimie*. Bologna: Il Mulino.
- Dalla Grave, R. (1997). *Modelli psico-educativi e auto-aiuto per il trattamento della anoressia e bulimia*. Verona: Positive Press.
- Dalle Grave, R. & Calugi, S. (2015). Trattamento sanitario obbligatorio: esiti e problemi da affrontare. *Emozioni e cibo*, 41, 12-15.
- Dalle Grave, R. (2012). *Come Vincere i Disturbi dell’Alimentazione. Un Programma Basato sulla Terapia Cognitivo Comportamentale*. Verona: Positive Press.
- Dalle Grave, R. (2020). Coronavirus Disease 2019 and Eating Disorders. *Psychology Today*.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., El Ghoch, M., Conti, M., & Fairburn, C. G. (2014). Inpatient cognitive behavior therapy for adolescents with anorexia nervosa: immediate and longer-term effects. *Frontiers in psychiatry*, 5, 14. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00014>
- Dalle Grave, R., Dalle Grave, A., Bani, E., Oliosi, A., Conti, M., et al. (2022). The impact of the Covid-19 pandemic on intensive cognitive behavioral therapy

outcomes in patients with anorexia nervosa – a cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 56(1), 216-224. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.23765>

Dalton, K. M., Lochmann, T. L., Floros, K. V., Calbert, M. L., Kurupi, R., et al. (2021). Catastrophic ATP loss underlies a metabolic combination therapy tailored for MYCN-amplified neuroblastoma. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 118(13). DOI: <https://doi.org/10.1073/pnas.2009620118>

Davison, T.E. & McCabe, M.P. (2006). Adolescent body image and psychosocial functioning. *The Journal of Social Psychology*, 146, 15-30. DOI: <https://doi.org/10.3200/SOCP.146.1.15-30>

Dawson, L., Rhodes, P., & Touyz, S. (2014). "Doing the impossible": the process of recovery from chronic anorexia nervosa. *Qualitative health research*, 24(4), 494–505. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049732314524029>

De Matteis, E. & Toscano, M. (2009). La filosofia ANA: il culto dei disturbi del comportamento alimentare su internet. *Psicoterapeuti in-formazione*, 4.

Del Corno, F. & Lang, M. (2004). *Trattamenti in setting di gruppo. Psicoterapie di gruppo, terapie familiari, artiterapie, terapie sociali*. Milano: Franco Angeli.

Derenne, J. & Beresin, E. (2018). Body image, media, and eating disorders – a 10 years update. *Academic psychiatry: the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 42(1), 129–134. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40596-017-0832-z>

Dinauro, E. (2016). *Donna nella storia*. Milano: La Feltrinelli.

Dionisi, A. (1997). Gruppo e contesto, alcune riflessioni psicodinamiche sulle relazioni gruppalì. *Quaderni Kinos*, 3.

- Duggan, C., Parry, G., McMurrin, M., Davidson, K. & Dennis, J. (2014). The recording of adverse events from psychological treatments in clinical trials: evidence from a review of NIHR-funded trials. *National library of medicine*, 15-335. DOI: [10.1186/1745-6215-15-335](https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-335)
- Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Perry, C. (2005). The role of social norms and friends' influences on unhealthy weight-control behaviors among adolescent girls. *Social Science & Medicine*, 60(6), 1165–1173. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.06.055>
- Faccio, E. (2007). *Le identità corporee. Quando l'immagine di sé fa star male*. Firenze: Giunti.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509–528. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00088-8)
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Palmer, R. L., et al. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: a UK-Italy study. *Behaviour research and therapy*, 51(1), R2–R8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.09.010>
- Fairburn, C.G. (2010). *La terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*. Firenze: Eclipsi.
- Fardouly, J., Willburger, B.K. & Vartanian, L. (2017). Instagram use and young women's body image concerns and self-objectification: testing mediational pathways. *Sage Journals*, 20(4). DOI: <https://doi.org/10.1177/146144481769>
- Favaro, A., Caregaro, L., Tenconi, E., Bosello, R. & Santonastaso, P. (2009). Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *The journal of*

clinical psychiatry, 70(12), 1715-1721. DOI:

<https://doi.org/10.4088/JCP.09m05176blu>

Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117–140. DOI: <https://doi.org/10.1177/001872675400700202>

Fichter, M. & Quadfieg, N. (2003). Diagnostica e valutazione psicologica dei disturbi della condotta alimentare mediante l'applicazione del SIAB secondo DSM-IV e ICS-10. *Noos*, 9(1), 27-47. DOI: 10.1722/2542.26450

Fisher, C. D. (1986). Organizational Socialisation: An Integrative Review. *Research in Personnel and Human Resources Management*, 4, 101-145.

Flores-Plata, L., Gomez, A., Diaz-Sosa, D., Valencia-Melendez, P. & Hernandez-Posadas, A. (2022). Commentary: the psychological and social impact of COVID-19: new perspectives of well-being. *Frontiers in Psychology*, 13. DOI: [10.3389/fpsyg.2022.953147](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.953147)

Fogelkvist, M., Parling, T., Kjellin, L., & Gustafsson, S. A. (2021). Live with your body— Participants' reflections on an acceptance and commitment therapy group intervention for patients with residual eating disorder symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 20, 184–193. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.04.006>

Fonagy, P., & Campbell, C. (2017). Mentalizing, attachment and epistemic trust: how psychotherapy can promote resilience. *Psychiatria Hungarica*, 32(3), 283–287.

Formica, I. (2012). La ricerca empirica in psicoterapia di gruppo: Stato dell'arte e direzioni future. *Formica*, 7(2).

Formica, I., Iacolino, C., Pellerone, M., Falduto, M.L., Gualtieri, S. et al. (2018). Compromissione dell'immagine corporea. Percezioni e valutazioni soggettive in adolescenti e giovani adulti. *Narrare i gruppi*, 01-21.

- Fornari, S. & Terranova, C. (2020). La psicoterapia online in videochiamata. *Costruttivismi*. DOI: 10.23826/2020.01.003.021
- Forsyth, D. R. (1990). *Group dynamics* (2nd ed.). Thomson Brooks/Cole Publishing Co.
- Francescato, D., Tomai, M. & Ghirelli, G. (2011). *Fondamenti di psicologia di comunità. Principi, strumenti, ambiti di applicazione*. Roma: Carocci Editore.
- Franceschini, S., Gori, S., Ruffino, M., Viola, S., Molteni, M., et al. (2013). Action video games make dyslexic children read better. *Current biology: CB*, 23(6), 462–466. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cub.2013.01.044>
- Franzoni, E., Pellicciari, A., Sacrato, L., Gualandi, P., Ieri, L., et al. (2009). I disturbi del comportamento alimentare (DCA): riflessioni e problematiche. *Pratica medica e aspetti legali*, 3(3), 117-123. DOI: [10.7175/pmeal.v3i3.371](https://doi.org/10.7175/pmeal.v3i3.371)
- Gabbard, G. O. (2010). *Le Psicoterapie – Teorie e modelli d'intervento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Gaita, M., Ramponi, R., Coppola, G. & Genovese, A. (2017). Approccio terapeutico integrato di gruppo sull'immagine corporea con pazienti affetti da anoressia nervosa: un'esperienza pilota. *Cognitivismo Clinico*, 14(1), 46-57.
- Giusti, E. & Salvi, L. (2015). *Tecniche per la terapia in e di gruppo: istruzioni per operatori e utenti*. Roma: Sovera Edizioni.
- Goutaudier, N., Rousseau, A. (2019). Orthorexia: A New Type of Eating Disorder? *Presse Medicale*, 48(10), 1065-1071. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2019.07.005>
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change*. New York City: Guilford Press.
- Hunt, T. K. & Forbush, K.T. (2016). Is “drunkorexia” an eating disorder, substance use disorder, or both?. *Eating Behaviours*, 40-45. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.03.034>

- Iossa, F.A. & Mandolillo, P. (2020). *Dal divano di Freud al monitor del PC. Metapsicologia della terapia online*. Milano: Franco Angeli.
- Jean Marks, R., De Foe, A. & Collett, J. (2020). The Pursuit of Wellness: Social Media, Body Image and Eating Disorders. *Children and Youth Services Review*. DOI: 10.1016/j.chilyouth.2020.105659
- Jenkins, J., & Ogden, J. (2012). Becoming 'whole' again: a qualitative study of women's views of recovering from anorexia nervosa. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 20(1), e23–e31. DOI: <https://doi.org/10.1002/erv.1085>
- Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, C. A., Herbert, J., et al. (2013). Acceptance and commitment therapy as a novel treatment for eating disorders: an initial test of efficacy and mediation. *Behavior modification*, 37(4), 459–489. DOI: <https://doi.org/10.1177/0145445513478633>
- Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, C. A., Herbert, J., et al. (2013). Acceptance and commitment therapy as a novel treatment for eating disorders: an initial test of efficacy and mediation. *Behavior modification*, 37(4), 459–489. DOI: <https://doi.org/10.1177/0145445513478633>
- Jurist, E. L. (1997). Review of *Psychic retreats: Pathological organizations in psychotic, neurotic, and borderline patients*. *Psychoanalytic Psychology*, 14(2), 299–309. DOI: <https://doi.org/10.1037/h0085218>
- Kalra, S., Kapoor, N., & Jacob, J. (2020). Orthorexia nervosa. *The Journal of the Pakistan Medical Association*, 70(7), 1282–1284.
- Kaneklin, C. (2010). *Il Gruppo in teoria e in pratica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Katzman, D. K., Golden, N. H., Neumark-Sztainer, D., Yager, J., & Strober, M. (2000). From prevention to prognosis: clinical research update on adolescent eating

disorders. *Pediatric research*, 47(6), 709–712. DOI:

<https://doi.org/10.1203/00006450-200006000-00005>

Keel, P. K., & Brown, T. A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 43(3), 195–204. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.20810>

Keery, H., van den Berg, P., & Thompson, J. K. (2004). An evaluation of the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls. *Body image*, 1(3), 237–251. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2004.03.001>

Kernberg, O.F. (1987). *Disturbi gravi della personalità*. Torino: Bollati Boringhieri.

Krieger, J.P., Arnold, M., Pettersen, K.G., Lossel, P., Langhans, W., et al. (2016). Knockdown of GLP-1 Receptors in Vagal Afferents Affects Normal Food Intake and Glycemia. *Diabetes*, 65 (1): 34–43. DOI: <https://doi.org/10.2337/db15-0973>

Lacan, J. & Contri, B. (a cura di) (2002). *La direzione della cura e i principi del suo potere. Scritti*. Torino: Einaudi.

Lanzenberger, R., Kranz, G. S., & Savic, I. (2020). Preface. *Handbook of clinical neurology*, 175. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64123-6.09989-6>

Lanzenberger, R., Kranz, G.S. & Savic, I. (2020). Sex Differences in Neurology and Psychiatry. *Elsevier*.

Las-Hayas, C., Mateo-Abad, M., Vergara, I., Izco-Basurko, I., Gonzales-Pinto, A., et al. (2021). Relevance of well-being, resilience, and health-related quality of life to mental health profiles of European adolescents: results from a cross-sectional analysis of the school-based multinational UPRIGHT project. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(2), 279-291. DOI: [10.1007/s00127-021-02156-z](https://doi.org/10.1007/s00127-021-02156-z)

Legrenzi, P., Papagno, C., Umiltà, C. (2012). *Psicologia generale*. Bologna: Il Mulino.

- Lindgren, B. M., Enmark, A., Bohman, A., & Lundström, M. (2015). A qualitative study of young women's experiences of recovery from bulimia nervosa. *Journal of advanced nursing*, 71(4), 860–869. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.12554>
- Lindgren, S., Wacker, D., Suess, A., Schieltz, K., Pelzel, K., et al. (2016). Telehealth and Autism: Treating Challenging Behavior at Lower Cost. *Pediatrics*, 137 (2), S167–S175. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2851O>
- Lo Baido, R. & La Grutta S. (2003). Il corpo dei bisogni: adolescenza. Il corpo nemico: anoressia e bulimia. *Noos*, 9(1), 93-98. DOI: 10.1722/2542.26458
- Lo Coco G., Giannone, F. & Lo Verso, G. (2006). *La ricerca in psicoterapia di gruppo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lock, J., Couturier, J., & Agras, W. S. (2006). Comparison of long-term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(6), 666–672. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000215152.61400.ca>
- Lonergan, A. R., Bussey, K., Fardouly, J., Griffiths, S., Murray, S. B., Hay, P., et al. (2020). Protect me from my selfie: Examining the association between photo-based social media behaviors and self-reported eating disorders in adolescence. *The International journal of eating disorders*, 53(5), 485–496. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.23256>
- López-Gil, J. F., García-Hermoso, A., Smith, L., Firth, J., Trott, M., et al. (2023). Global Proportion of Disordered Eating in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 177(4), 363–372. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.5848>
- Loverso, G. & Di Maria, F. (1995). *Psicodinamica dei gruppi*. Milano: Cortina.

- Lupi, M., et al. (2014). Drunkorexia: a pilot study in an Italian sample. *Research and Advances in Psychiatry*, 2(1):28-32.
- Malmborg, J., Bremander, A., Olsson, M.C. & Bergman, S. (2017). Health status, physical activity, and orthorexia nervosa: a comparison between exercise science students and business students. *Appetite*, 109, 137-143. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.11.028>
- Mancuso, F. (2019). La terapia online: innovazione e integrazione tecnologica nella pratica clinica. *Cognitivismo clinico*, 16 (2), 193-207. DOI: 10.36131/COGNCL20190206
- Marculli, A. (1971). *Teoria del campo. Corso di educazione alla visione*. Firenze: Sansoni.
- Marinelli, A. (2004). *Connessioni. Nuovi media, nuove relazioni sociali*. Milano: Guerini e Associati.
- Marks, R.J., De Foe, A. & Collett, J. (2020). La ricerca del benessere: social media, immagine corporea e disturbi alimentari. *Revisione dei servizi per bambini e giovani*, 119. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105659>
- Masi, D., Tozzi, R. & Watanabe, M. (2022). Obesità: genetica e dintorni. *L'endocrinologo*, 23, 561-567. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40619-022-01174-6>
- Mathieu, J. (2009). What is pregorexia?. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(6), 976–979. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.04.021>
- McLean, S. A., Paxton, S. J., Wertheim, E. H., & Masters, J. (2015). Photoshopping the selfie: Self photo editing and photo investment are associated with body dissatisfaction in adolescent girls. *The International journal of eating disorders*, 48(8), 1132–1140. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.22449>

- Milano, W. et al. (2017). Il trattamento sanitario obbligatorio come salvavita in presenza di disturbi dell'alimentazione: una scelta complessa. *Rivista di Psichiatria*, 52(5), 180-188. DOI: 10.1708/2801.28345
- Mitchison, D., Dawson, L., Hand, L., Mond, J., & Hay, P. (2016). Quality of life as a vulnerability and recovery factor in eating disorders: a community-based study. *BMC psychiatry*, 16(1), 328. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1033-0>
- Mulveen, R. & Hepworth, J. (2006). An interpretative Phenomenological analysis of participation on a pro-anorexia internet site and its relationship with disordered eating. *Journal of Health Psychology*, 11(2), 283-296. DOI: [10.1177/1359105306061187](https://doi.org/10.1177/1359105306061187)
- Neri, C. (1995). *Gruppo*. Roma: Borla.
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (2005). *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed.). Oxford University Press. DOI: <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195165791.001.0001>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of clinical psychology*, 74(11), 1889–1906. DOI: <https://doi.org/10.1002/jclp.22678>
- Olasupo, M.O., Atiri, O.S. (2013). E-therapy: contemporary tool in psychotherapy: child & adolescent therapy and e-therapy. *IFE Psychology: An International Journal*, 21, 3, 277-280.
- Parling, T., Cernvall, M., Ramklint, M., Holmgren, S., & Ghaderi, A. (2016). A randomised trial of Acceptance and Commitment Therapy for Anorexia Nervosa after daycare treatment, including five-year follow-up. *BMC psychiatry*, 16, 272. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0975-6>

- Paxton, S. J., Schutz, H. K., Wertheim, E. H., & Muir, S. L. (1999). Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight-loss behaviors, and binge eating in adolescent girls. *Journal of abnormal psychology, 108*(2), 255–266. DOI: <https://doi.org/10.1037//0021-843x.108.2.255>
- Peate, M., Meiser, B., Cheah, B. C., Saunders, C., Butow, P., et al. (2012). Making hard choices easier: a prospective, multicentre study to assess the efficacy of a fertility-related decision aid in young women with early-stage breast cancer. *British journal of cancer, 106*(6), 1053–1061. DOI: <https://doi.org/10.1038/bjc.2012.61>
- Pellerone, M., Iacolino, C., Mannino, G., Formica, I., & Zabbara, S. M. (2017). The influence of parenting on maladaptive cognitive schema: A cross-sectional research on a group of adults. *Psychology Research and Behavior Management, 10*, 47-58. DOI: <https://doi.org/10.2147/PRBM.S117371>
- Pellerone, M., Ramaci, T., Granà, R., & Craparo, G. (2017). Identity development, parenting styles, body uneasiness, and disgust toward food. A perspective of integration and research. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation, 14*(4), 275–286.
- Pellerone, M., Tomasello, G., & Migliorisi, S. (2017). Relationship between parenting, alexithymia and adult attachment styles: A cross-sectional study on a group of adolescents and young adults. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation, 14*(2), 125–134.
- Philip E. Mosley (2009). Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review, 17*(3), 191–198. DOI: 10.1002/erv.897
- Phillips, K. A., Grant, J., Siniscalchi, J., & Albertini, R. S. (2001). Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic

disorder. *Psychosomatics*, 42(6), 504-510.

DOI:<https://doi.org/10.1176/appi.psy.42.6.504>

Phillips, S. M., Tipton, K. D., Aarsland, A., Wolf, S. E., & Wolfe, R. R. (1997). Mixed muscle protein synthesis and breakdown after resistance exercise in humans. *The American journal of physiology*, 273(1), E99–E107. DOI: <https://doi.org/10.1152/ajpendo.1997.273.1.E99>

Pines, A. M., & Aronson, E. (1983). Combatting burnout. *Children and Youth Services Review*, 5(3), 263–275. DOI: [https://doi.org/10.1016/0190-7409\(83\)90031-2](https://doi.org/10.1016/0190-7409(83)90031-2)

Pines, M., Resnik, S., Kaes, R., Orlandelli, E., De Risio, S., et al. (1982). *Quaderni di psicoterapia di gruppo*. Roma: Edizioni Borla.

Poletti, B., Tasca, G., Pievani, L. & Compare, A. (n.d.). *Psicoterapia integrata. Il modello Evidence-Based Practice (EBP)*. Milano: Franco Angeli.

Poulsen, S., Lunn, S., Daniel, S. I., Folke, S., Mathiesen, B. B., et al. (2014). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *The American journal of psychiatry*, 171(1), 109–116. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12121511>

Prunetti, C., Fontana, F., Donalizio, M., Buracchi, G. & Bicchieri, I. (2004). Comportamento alimentare e immagine corporea. *Minerva pediatrica*, 56(4).

Rief, W., Buhlmann, U., Wilhelm, S., Borkenhagen, A., & Brähler, E. (2006). The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychological medicine*, 36(6), 877–885. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291706007264>

Roberts, B. W. & Donahue, E.M. (1994). One personality, multiple selves: integrating personality and social roles. *Journal of personality*, 62(2), 199-218. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1994.tb00291.x>

- Rochlen, A. B., Zack, J. S., & Speyer, C. (2004). Online therapy: review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of clinical psychology*, 60(3), 269–283. DOI: <https://doi.org/10.1002/jclp.10263>
- Roclen, A.B., Zack, J.S., Speyer, C. (2004). Online therapy: Review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of clinical psychology*, 60(3), 269-283. DOI: <https://doi.org/10.1002/jclp.10263>
- Rogers, C. R. (1942). *Counseling and Psychotherapy: Newer Concepts in Practice*. Houghton Mifflin.
- Rosen, J. C., Reiter, J., & Orosan, P. (1995). Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 63(2), 263–269. DOI: <https://doi.org/10.1037//0022-006x.63.2.263>
- Santonastaso, P. (2009). Il trattamento sanitario obbligatorio nell'anoressia nervosa. *Giornale Italiano Psicopatologico*, 15, 205-209.
- Saxena, S., Jané-Llopis, E., & Hosman, C. (2006). Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 5(1), 5–14.
- Schilder, P.M. (1978). *The image and appearance of the human body: studies in the constructive energies of the psyche*. International Universities Press.
- Schwartz, S. H. (2012). An Overview of the Schwartz Theory of Basic Values. *Online Readings in Psychology and Culture*, 2(1). DOI: <https://doi.org/10.9707/2307-0919.1116>
- Selvini Palazzoli, M. (2006). *L'anoressia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Selvini Palazzoli, M. (2006). *L'anoressia mentale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Siciliano, O., Siani, R. & Castellazzi, M.S. (2007). Immagine corporea: confronto tra pazienti con disturbi del comportamento alimentare e pazienti con altri disturbi psichiatrici afferenti al Servizio di Psicoterapia del Policlinico di Verona. *Journal of psychopathology*, 13, 155-161.
- Siracusano, A., Troisi, A., Marino, V. & Tozzi, F. (2013). Comorbilità nei disturbi della condotta alimentare: revisione critica della letteratura. *Noos*, 9(1), 7-26. DOI: 10.1722/2542.26448
- Slade, P. D., & Owens, R. G. (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavior Modification*, 22(3), 372–390. DOI: <https://doi.org/10.1177/01454455980223010>
- Smith, A. R., Hames, J. L., & Joiner, T. E. (2013). Status update: maladaptive Facebook usage predicts increases in body dissatisfaction and bulimic symptoms. *Journal of affective disorders*, 149(1-3), 235–240. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.032>
- Sormani, M.P., De Rossi, N., Schiavetti, I., Carmisciano, L., Cordioli, C. & Moiola, L. (2021). Disease-modifying Therapies and Coronavirus Disease 2019 Severity in Multiple Sclerosis. *Wiley Online Library*, 89 (4). DOI: <https://doi.org/10.1002/ana.26028>
- Tiggemann, M., & Lynch, J. E. (2001). Body image across the life span in adult women: The role of self-objectification. *Developmental Psychology*, 37(2), 243-253. DOI: <https://doi.org/10.1037/0012-1649.37.2.243>
- Tiggemann, M., & Zaccardo, M. (2015). “Exercise to be fit, not skinny”: The effect of fitspiration imagery on women’s body image. *Body Image*, 15, 61-67. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.06.003>

- Torjesen, I. (2019). Diabulimia: the world's most dangerous eating disorder. *British Medical Association*, 364, 982. DOI: 10.1136/bmj.1982
- Treasure, J., Schmidt, U. & Webster, P. (2003). L'efficacia delle psicoterapie nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare. *Noos*, 9(1), 67-82.
- Tuncer, E., Gumus, A.B. & Keser, A. (2020). The Importance of Pregorexia Awareness. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 10, 186-190. DOI: 10.33808/clinexphealthsci.673306
- Turner, P. G., & Lefevre, C. E. (2017). Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eating and weight disorders: EWD*, 22(2), 277–284. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0364-2>
- Tylka, T. L., & Wilcox, J. A. (2006). Are intuitive eating and eating disorder symptomatology opposite poles of the same construct? *Journal of Counseling Psychology*, 53(4), 474–485. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.4.474>
- Valaitis, R. K., Sword, W. A., Jones, B., & Hodges, A. (2005). Problem-based learning online: perceptions of health science students. *Advances in health sciences education: theory and practice*, 10(3), 231–252. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10459-005-6705-3>
- Van Metre, T. E., Jr, Adkinson, N. F., Jr, Amodio, F. J., Kagey-Sobotka, A., Lichtenstein, L. M., et al. (1982). A comparison of immunotherapy schedules for injection treatment of ragweed pollen hay fever. *The Journal of allergy and clinical immunology*, 69(2), 181–193. DOI: [https://doi.org/10.1016/0091-6749\(82\)90098-7](https://doi.org/10.1016/0091-6749(82)90098-7)
- Vasta, F.N., Gullo, S. & Girelli, R. (2019). *Psicoterapia psicodinamica di gruppo e ricerca empirica. Una guida per il clinico*. Roma: Alpes Italia.
- Walker, K. F., Malin, G., Wilson, P., & Thornton, J. G. (2016). Induction of labour versus expectant management at term by subgroups of maternal age: an individual

patient data meta-analysis. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 197, 1–5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.11.004>

Wang, R., Yang, F. & Haigh, M.M. (2017). Let me take a selfie: exploring the psychological effects of posting and viewing selfies and groupies on social media. *Telematics and Informatics*, 34(4), 274-283. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tele.2016.07.004>

Weaver, K., Wuest, J., & Ciliska, D. (2005). Understanding women's journey of recovering from anorexia nervosa. *Qualitative health research*, 15(2), 188–206. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049732304270819>

Weinberg, H. (2020). Online group psychotherapy: Challenges and possibilities during COVID-19-A practice review. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 24(3), 201–211. DOI: <https://doi.org/10.1037/gdn0000140>

Wilson, J. M., Straus, S. G., & McEvily, B. (2006). All in due time: The development of trust in computer-mediated and face-to-face teams. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 99(1), 16–33. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2005.08.001>

Wong, K. P., Bonn, G., Tam, C. L., & Wong, C. P. (2018). Preferences for online and/or face-to-face counseling among university students in Malaysia. *Frontiers in Psychology*, 9, 64. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00064>

Wright, D. A., Sherman, W. M., & Dernbach, A. R. (1991). Carbohydrate feedings before, during, or in combination improve cycling endurance performance. *Journal of applied physiology*, 71(3), 1082–1088. DOI: <https://doi.org/10.1152/jappl.1991.71.3.1082>

SITOGRAFIA

- Longo, M. (n.d.). Il Gruppo esperienziale come strumento di formazione: dal “pollaiolo” al corso di laurea in psicologia. *Psychomedia*. Da <https://www.psychomedia.it/pm/grpther/grppa/grpesp1.htm>
- Migone, P. (2003). La psicoterapia con Internet. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 4, 57-73. Da <https://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/pst-rete.htm>
- Petetta, E. (2020). La recovery dai disturbi alimentari: il punto di vista dei pazienti. *State of mind – il giornale delle scienze psicologiche*. Da <https://www.stateofmind.it/2020/01/disturbi-alimentari-recovery/>
- Pirotta, L. (2021). Dsm5-Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. *Associazione Nazionale Italiana Neuroscienze Applicate*. Da <https://assonina.it/2021/12/15/disturbi-della-nutrizione-e-della-alimentazione/>
- Ricca, V., Castellini, G. & Faravelli, C. (2011). Immagine corporea e Psicopatologia del Comportamento Alimentare. *Nuova rassegna di studi psichiatrici*, 2. Da <https://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/images/pdf/2/NRSP-Vol2-09-Immagine-Corporea-e-Psicopatologia-del-Comportamento-Alimentare.pdf>
- Sassaroli, S., Ruggiero, G.M. & Fiore, F. (2016). La terapia psicodinamica dei disturbi alimentari – magrezza non è bellezza. *State of mind – il giornale delle scienze psicologiche*, 26. Da <https://www.stateofmind.it/category/rubriche/disturbi-alimentari/>
- Sassaroli, S., Ruggiero, G.M. & Fiore, F. (2016). La terapia sistemica dei disturbi alimentari. *State of mind – il giornale delle scienze psicologiche*. Da <https://www.stateofmind.it/2016/10/terapia-sistemica-dei-disturbi-alimentari/>

Vasta, F.N. & Caputo, O. (2004). Introduzione storica alla terapia di gruppo nel trattamento del disturbo anoressico-bulimico. *Funzione gamma*, 426. Da <https://www.funzionegamma.it/introduzione-storica-alla-terapia-di-gruppo-nel-trattamento-del-disturbo-anoressico-bulimico/>

Zangrilli, Q. (2011). Le basi psicodinamiche dei disturbi dell'alimentazione. *Psicoanalisi e scienza*. Da <https://www.psicoanalisi.it/psicosomatica/le-basi-psicodinamiche-dei-disturbi-dell'alimentazione/1157/>

RINGRAZIAMENTI

Prima di tutti i miei ringraziamenti sono rivolti alla prof.ssa Rania, la quale, grazie alla Sua disponibilità, ha reso possibile la riuscita di tale tesi.

I miei pensieri si rivolgono successivamente a tutta la mia famiglia, in particolare a mia madre e mio padre, costantemente a braccia aperte pronti a sostenermi in ogni momento. Un ringraziamento particolarmente speciale è dedicato a mia sorella Aurora. Adesso abita in America, precisamente a 7.920 km di distanza da me, ma nonostante la sua mancanza fisica sia terribilmente dolorosa, rimane sempre la mia spalla e la mia sostenitrice numero uno.

Grazie a Luca, per essere la mia aria quando non riesco a respirare. Lui, insieme ad Aurora, mi ha sostenuta ed incoraggiata a non abbandonare gli studi nei momenti più bui della mia vita. Non li ringrazierò mai abbastanza per avermi aiutata a concludere questo pezzo di percorso.

Grazie ad Alessia, la mia migliore amica, la mia compagna di vita. Condivido con lei la maggior parte delle mie esperienze di vita, belle e brutte, e non potrei immaginare un futuro senza di lei al mio fianco.

Voglio ringraziare Alessandra, Nicole, Mattia, Lorenzo, Andrea, Ivana, Paolo, Sabrina e Victoria, i quali, ognuno a modo loro, chi da tanti anni e chi invece di recente, hanno contribuito a plasmare la mia vita e la mia persona.

Un ringraziamento speciale è rivolto anche alla mia psicologa, che mi ha fatto comprendere che per essere felice devo prendermi cura di me stessa, non solo delle cose.

Ed infine, grazie a me.

Grazie alla me che non ha mollato quando avrebbe voluto, grazie alla me che nonostante la testardaggine è riuscita a chiedere aiuto quando ne aveva bisogno, grazie

alla me che ha deciso di intraprendere un lavoro serale per poter studiare di giorno, grazie alla me che sta cercando di comprare una casa, grazie alla me che non dice più di no, grazie alla me che sta imparando ad affrontare i mostri sotto al letto ormai lì sotto da troppo tempo e grazie alla me che sta imparando a non vergognarsi più delle proprie fragilità, ma a dividerle con il mondo intero.

Grazie a me ed al lavoro costante che faccio su me stessa, ogni giorno.

Confido che questo sia solo l'inizio di un percorso sognato da tutta la vita.