

Immagine Corporea e Psicopatologia del Comportamento Alimentare

Author(s):

Valdo Ricca affiliation: Dipartimento di Scienze Neuropsichiatriche, Università degli Studi di Firenze

Giovanni Castellini affiliation: Dipartimento di Scienze Neuropsichiatriche, Università degli Studi di Firenze

Carlo Faravelli affiliation: Dipartimento di Psicologia Università degli Studi di Firenze

Riassunto

La rappresentazione della propria immagine corporea è considerata come un costrutto multidimensionale che include aspetti cognitivi e affettivi (preoccupazione e sentimenti sul corpo), percettivi nel senso della stima delle dimensioni del proprio corpo ed infine comportamentali. Secondo il modello cognitivo-comportamentale, la psicopatologia nucleare dei Disturbi del Comportamento Alimentare è caratterizzata da preoccupazioni eccessive e patologiche rispetto alla forma ed alle dimensioni del corpo. In particolare, la distorsione dell'immagine corporea viene definita come un disturbo nel modo in cui un soggetto percepisce il peso e la forma del proprio corpo; questa dimensione psicopatologica è molto frequente sia nell'anoressia che nella bulimia nervosa. I soggetti con Disturbi del Comportamento Alimentare tipicamente sovrastimano le dimensioni del proprio corpo e giudicano se stessi a volte anche esclusivamente in base alle forme del corpo ed al loro peso. La distorsione dell'immagine corporea è stata oggetto di numerosi studi sia da un punto di vista neurologico, che psicologico e clinico. Recenti ricerche hanno sottolineato l'importanza di fattori emotivi e comportamentali rispetto all'aspetto puramente percettivo della stima delle dimensioni corporee. Da un punto di vista clinico, è stato evidenziato come le eccessive preoccupazioni rispetto al corpo possano svolgere un ruolo significativo nella persistenza dei Disturbi del Comportamento Alimentare, nel corso del tempo; infatti, esse sono frequentemente associate ad una differente risposta al trattamento psicologico, così come evidenziato da numerose ricerche. Inoltre, la distorsione dell'immagine corporea si modifica in funzione dell'aumento di peso e può complicare il corso dell'intervento terapeutico. Talvolta, anche dopo la risoluzione dei comportamenti alimentari patologici, la persistenza delle preoccupazioni per il corpo è un fattore potenzialmente associato alla recidiva del disturbo. In conclusione, secondo le recenti scoperte, la distorsione dell'immagine corporea rappresenta tuttora una dimensione psicopatologica centrale nella ricerca nell'ambito dei Disturbi del Comportamento Alimentare, tale da fornire importanti informazioni sia da un punto di vista clinico che etiopatogenico.

Abstract

Body image is considered as a multidimensional pattern which includes cognitive and affective component (concern and feelings about the body), perception (estimation of own body size), and behaviours related to the own body perception. According to the cognitive behavioural model, Eating Disorders core psychopathology is characterized by pathological concerns about body shape perception and estimation. In particular, the body image distortion is defined as a disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced, and it is common to anorexia and bulimia nervosa. Patients with Eating Disorders typically overvalue their body shape, and they judge their self-worth largely, or even exclusively, in terms of their shape and weight and their ability to control them. The body image distortion has been intensively studied from neurological, psychological and clinical perspectives. Recent findings stressed that the emotional and attitudinal factors of body image exert a greater significance than the purely perceptual aspect of body size estimations. From a clinical point of view, different studies found that severe concerns about body shape and weight can play a significant role in the persistence of Eating Disorders. In fact, shape and weight concerns have been associated with different response to psychological treatment in several reports. Furthermore, body image distortion resurfaces with weight gain and complicates the recovery process; it is modified in the course of effective treatments. Even after successful management of eating behaviour, however, the persistence of shape concerns is a predictor of relapse. According to the recent findings, the body image distortion could represent a suitable candidate in the research of Eating Disorders, both for clinical perspectives and for the etiology.

1. Immagine Corporea

Il primo autore a parlare di Immagine Corporea è stato Paul Schilder nel 1935, il quale sottolinea la necessità di esaminare gli elementi neurologici, psicologici e socioculturali che concorrono alla definizione di tale concetto.

Nel suo testo "The Image and the Appearance of the Human Body" egli riconosce nell'I.C. un fenomeno multidimensionale definendola come "quel quadro del nostro corpo che formiamo nella nostra mente". Si tratta di un concetto plastico, costruito sulla base di tutte le esperienze sensoriali e psichiche, e continuamente integrato nel sistema nervoso centrale. Egli sottolinea inoltre l'interazione continua di fattori diversi e sostiene che l'immagine corporea preceda e determini in qualche modo la struttura del corpo stesso.

Dal 1958 al 1968 anche Fisher e Cleveland si occupano del concetto di I.C., inizialmente in una prospettiva psicodinamica, dando origine alla teoria dei "Confini dell'I.C." (Body Image Boundaries). Successivamente, nel 1987, viene fatta propria una prospettiva ad indirizzo psicologico-fenomenologica, che considera l'I.C. come una serie di sensazioni e atteggiamenti rivolti al proprio corpo (Fisher, 1986). Queste teorie sono state in parte eclissate negli anni successivi dallo sviluppo delle teorie Cognitivo-Comportamentali sull'I.C.

Quest'ultime hanno portato alla costruzione di un modello cognitivo-comportamentale dello sviluppo dell'I.C., in cui si distinguono fattori storici e fattori prossimali. I fattori storici si riferiscono ad eventi ed esperienze del passato che influenzano il modo in cui un individuo pensa, sente e agisce in relazione al proprio corpo. Fra questi i principali sono: la cultura sociale, le esperienze interpersonali, le caratteristiche fisiche ed i tratti di personalità.

Attraverso diversi tipi di apprendimento sociale, i fattori storici infondono all'individuo gli schemi e le attitudini fondamentali dell'I.C., incluso la disposizione alla valutazione

dell'I.C. e i diversi gradi di investimento sull'I.C.

La valutazione dell'I.C. prima si riferisce alla soddisfazione o insoddisfazione per il proprio corpo, mentre con investimento sull'I.C. si intende l'importanza del corpo, sul piano cognitivo, comportamentale ed emotivo, in relazione all'auto-valutazione.

I fattori prossimali sono rappresentati dagli eventi di vita recenti, ed hanno un ruolo precipitante o di mantenimento sull'esperienze della propria I.C., incluso il dialogo interno, le emozioni riguardanti l'I.C., e le strategie e i meccanismi di auto-regolazione e di coping.

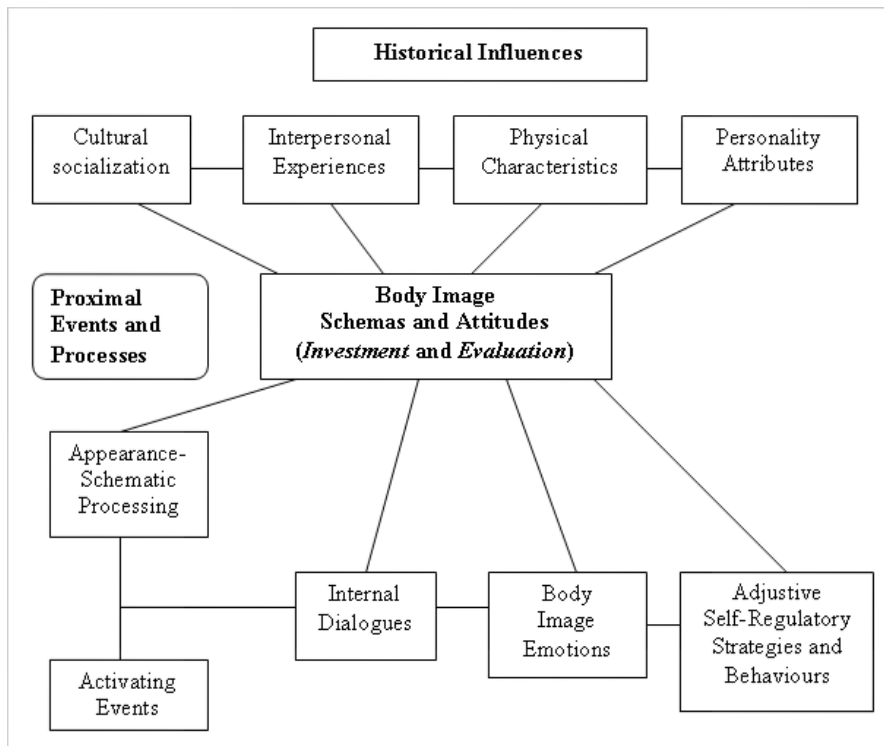


Fig. 1 Modello Cognitivo-Comportamentale dell'Immagine Corporea

Questo modello euristico è concettualmente utile ad organizzare il concetto di I.C., ed a mostrarne la sua multidimensionalità (Cash, 2004).

Per quanto riguarda l'approccio neurobiologico, da molti anni ormai il mondo scientifico si chiede se l'I.C. possa essere localizzata in un modulo neuronale a sé stante. Contrapponendo la visione modulare e quella della localizzazione, la prospettiva attenzionale afferma che quando regioni coordinate della mappa somatosensitiva (tattile, cinestetica e vestibolare) distribuite nella materia grigia sono attivate simultaneamente, esse costituiscono il substrato neuronale dell'I.C.

Coordinare le diverse modalità in cui ciò avviene in un pattern unico e articolato, potrebbe coinvolgere il lobo parietale posteriore destro. Non ci sarebbe necessità di una particolare zona cerebrale specializzata nell'immagine corporea; il cervello avrebbe un deposito di informazioni prontamente utilizzabile riguardo a se stesso, come una memoria esterna, una comoda biblioteca di riferimenti, nel corpo. Il cervello sarebbe capace di utilizzare questa sorta di database a suo piacimento, internalizzando soprattutto le informazioni sul corpo provenienti dall'esterno solo quando queste vengano considerate rilevanti.

Se esistesse una specifica localizzazione per l'I.C., le patologie che disturbano l'esperienza del proprio corpo (Asomatognosia; crisi epilettiche con transitoria distorsione dell'I.C.) dovrebbero essere localizzate in una zona specifica del cervello, ma ciò non avviene così chiaramente e questo rinforza l'ipotesi che l'I.C. non dipenda da un modulo cerebrale specificamente localizzato (Kinsbourne, 2004).

Sebbene ci siano molte evidenze sulle regioni della corteccia visiva che rispondono selettivamente alla visione di immagini raffiguranti facce umane, pochi studi hanno considerato la rappresentazione corticale della visione del resto del corpo umano; fra questi un recente studio rivela, con l'uso della Risonanza Magnetica Funzionale (fMRI), sostanziali evidenze sull'esistenza di una specifica area corticale adibita al riconoscimento del corpo umano. Questa regione è stata trovata nella corteccia occipito-temporale laterale, ed apparentemente rifletterebbe un sistema neuronale specializzato per il riconoscimento del corpo umano (Downing et al. 2001; Pietrini et al. 2010).

Qualche anno prima alcuni autori avevano ipotizzato che la localizzazione del body schema dipendesse da un circuito neuronale che coinvolge la corteccia parietale destra e le sue connessioni con il talamo (McGlynn & Schacter, 1989).

Non si hanno ancora dati univoci che possano far chiarezza su questo argomento.

Nonostante la sua lunga storia, il concetto di I.C. rimane ancora piuttosto incerto, anche perché ha spesso assunto significati diversi per coloro che l'hanno studiato, ed è stato spesso definito con termini diversi fra loro, talvolta usati erroneamente in modo intercambiabile (Thompson et al., 1999).

2. Distorsione dell'immagine corporea

La distorsione dell'immagine corporea occupa un ruolo centrale nello sviluppo e nel mantenimento dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), ed è strettamente legata ai canoni estetici offerti all'individuo dal contesto ambientale in cui vive.

Due sono le modalità di disfunzione della costruzione dell'immagine corporea: la distorsione della percezione delle dimensioni corporee e l'alterazione dell'atteggiamento cognitivo-affettivo per l'aspetto fisico.

Una distorsione percettiva si ha quando l'individuo ha difficoltà a stabilire con precisione la sua taglia: si ritiene che gli individui affetti da disturbi del comportamento alimentare tendono a sovrastimare le proprie dimensioni. L'osservazione clinica della Distorsione dell'I.C. nell'Anoressia Nervosa (AN) ha condotto a due diverse misure sul piano operativo della dispercezione delle dimensioni del corpo:

- le procedure di valutazione della dimensione di alcune parti del corpo che implicano la stima della larghezza e dello spessore di specifiche regioni corporee (viso, torace, fianchi, etc.)
- le tecniche che implicano la valutazione delle dimensioni dell'intero corpo attraverso una visione distorta del corpo del soggetto

Queste ultime comportano una diretta esposizione alla propria immagine corporea e tale esposizione, rispetto alla visione di singole parti del corpo, potrebbe accrescere le emozioni negative legate alle dimensioni del corpo e potrebbe amplificare la distorsione di queste dimensioni (Cash et al., 1997).

Sweets et al. hanno proposto due spiegazioni per la sovrastima delle dimensioni corporee nelle anoressiche. La prima è che quest'ultima sia dovuta a una dispercezione puramente visiva; in questo caso le pazienti richiamano alla mente una immagine più grassa di se stesse dalla memoria visiva. La seconda spiegazione attribuisce la dispercezione delle dimensioni corporee alla ricostruzione delle rappresentazioni visive basata su pensieri ed emozioni. Un'altra possibile spiegazione potrebbe essere legata alla danneggiata simmetria emisferica cerebrale nell'immagazzinare le immagini del corpo o alla danneggiata interazione interemisferica, con una riduzione nell'aggiornamento delle immagini del proprio corpo nell'emisfero destro (Sweets et al., 1999).

L'attitudine negativa risulta invece essere indipendente dall'accuratezza della valutazione percettiva, e porta a una insoddisfazione e un'atteggiamento screditante nei confronti del proprio corpo.

Si ritiene che le influenze culturali, sociali, familiari abbiano una forte influenza nello sviluppo di credenze e sensazioni riguardanti l'aspetto fisico nell'anoressia; tuttavia la pressione culturale e la relativa insoddisfazione per il proprio corpo, portano alla espressione di un vero e proprio disturbo alimentare solo in una parte della popolazione. Di conseguenza si è supposto che la vulnerabilità all'AN abbia le sue origini in alcuni tratti temperamentali e di personalità, quali l'ossessionalità, il perfezionismo, la rigidità, l'evitamento del danno morale, come anche le variazioni dei sistemi neuronali che influenzano lo stile cognitivo e il processamento delle informazioni (Gamer, 2004).

Nell'attuale definizione, la nozione di immagine corporea è riconducibile ad un costrutto multidimensionale comprendente più componenti: cognitiva e affettiva (i pensieri e le sensazioni nei confronti del proprio corpo), percettiva (il grado di accuratezza nella stima delle proprie dimensioni corporee), comportamentale (le attività che uno compie o evita in base a come sente o percepisce il proprio corpo) (Gamer & Dalle Grave 1999).

L'importanza dell'immagine corporea, d'altra parte, è evidente anche in soggetti "sani"; in uno studio svolto su un campione di 15.239 soggetti appartenenti a diversi paesi dell'Unione Europea, solo il 39% è risultato pienamente soddisfatto del suo peso e di questi la maggior parte erano donne in sottopeso e uomini normopeso, inoltre un 20% delle donne e un 5% degli uomini sottopeso desideravano un peso ancora minore (McElhone et al., 1999).

In uno studio che ha coinvolto 16.144 fra ragazzi e ragazze di età compresa fra i 9 ed i 14 anni, il 25% delle ragazze ha riferito di sentirsi sovrappeso o obesa, anche se solo il 19% lo era obiettivamente, ed è stato notato che l'utilizzo di condotte di eliminazione si afferma nelle ragazze in maniera crescente con l'arrivo della pubertà e l'adolescenza (Field et al., 1999).

Un altro studio effettuato in un college di Taiwan (Wong e Huang, 1999) ha rilevato che sebbene soltanto il 16% delle intervistate fosse sovrappeso, ben il 51% ha dichiarato di sentirsi "grassa" o "obesa", affermando di ricorrere a diete e esercizio fisico, di saltare pasti o desiderare di perdere peso (anche se normopeso) perché insoddisfatta della propria immagine corporea.

Una stabilità nel tempo è stata rilevata per quanto riguarda la autovalutazione e l'accettabilità della propria forma corporea; sono state interrogate circa 12.000 persone di diversa età (dall'infanzia alla mezza età), e tutte hanno scelto forme corporee ideali molto simili comprese in un range medio di dimensioni del corpo socialmente accettabili. Si è inoltre notato come la tolleranza nei confronti di eventuali variazioni della forma del corpo aumentasse con l'età dei soggetti (Rand e Wright, 2000; Green et al., 1997).

Sebbene l'insoddisfazione per il proprio corpo rimanga stabile negli anni, l'auto-oggettivazione, l'abituale atteggiamento di controllo del proprio corpo, l'ansia per l'aspetto fisico e la sintomatologia del DCA decrescono significativamente con l'età (Tiggeman e Lynch, 2001).

È stato inoltre dimostrato che il confronto fra il proprio aspetto e quello di "modelli" stereotipati di bellezza rappresentati da top – model o fotomodelle ritratte sui giornali provoca una deflessione del tono dell'umore nella maggioranza di soggetti di sesso femminile esaminati, rispetto a controlli non sottoposti a questo genere di confronto (Pinhas et al., 1999).

L'influenza dei media e dei genitori risulta essere molto importante, più del confronto con i propri coetanei, nello sviluppo di preoccupazione concernenti il peso e di atteggiamenti di controllo in preadolescenti e adolescenti (Field et al., 1999).

Ci sono inoltre relazioni strette fra lettura di riviste e inizio di una dieta dimagrante o di un programma di esercizio quotidiano: chi legge più riviste appare più incline a cimentarsi in programmi di dieta o di esercizio (Field et al., 1999). Alcuni autori hanno notato come, in campioni di donne sane, il confronto con modelli estetici tendenti alla magrezza poteva condizionare in maniera significativa il comportamento alimentare dei soggetti studiati (Monro e Gail., 2006). La visione di immagini raffiguranti donne magre e esteticamente attraenti ha effetti negativi sull'umore e l'immagine corporea di donne giovani adulte, ma non tutte hanno la stessa suscettibilità a tali immagini. Tale fatto sarebbe spiegato sulla base della maggiore o minore internalizzazione degli ideali socioculturali proposti dai media (Yamamiyaa et al., 2005).

Questi risultati impongono serie riflessioni sui rapporti tra individuo e media come potenziali fattori di rischio per lo sviluppo dei DCA.

Innanzitutto è da segnalare il gran numero di riviste femminili "specifiche" per giovani adolescenti che pubblicano in ogni numero decine di pagine dedicate ad aspetto e forma fisica, elargendo consigli su come effettuare una dieta dimagrante dai risultati strepitosi, nonché la loro facile accessibilità anche da parte di giovanissime.

Questo confronto con i media sembra peraltro esasperare la "fisiologica" tendenza degli adolescenti a sperimentare cambiamenti sfidando se stessi ed i modelli genitoriali, nel tentativo di raggiungere un equilibrio intrinseco ed una maggiore accettazione di sé.

In uno studio comparativo fra studentesse sudamericane di diverse etnie, sono state riscontrate differenze significative riguardo a le preoccupazioni sull'immagine corporea, essendo quest'ultime maggiori nel sottogruppo di studentesse bianche sebbene queste avessero in media un Indice di Massa Corporea (BMI) inferiore a quello delle studentesse nere e di razza mista. Nessuna differenza significativa è stata dimostrata per gli atteggiamenti alimentari (Caradas et al., 2001).

Dal desiderio di un'immagine corporea rispondente al modello ideale, si scivola nella distorsione dell'immagine corporea, che è già segno clinico evidente di psicopatologia: la paziente vede il proprio corpo o parte di esso più grosso di quanto non sia in realtà, rifiuta il suo peso, quale esso sia, desidera perderne ancora anche

se è ben al di sotto del peso ideale, rifiuta di riprendere i chili persi, negando la malattia e misconoscendo i rischi fisici legati alla malnutrizione.

Sia nella paziente anoressica che in quella bulimica si superano i confini del modello estetico desiderabile e si arriva ad ingaggiare una solitaria battaglia col proprio corpo indipendentemente da qualsiasi modello estetico, e fondata esclusivamente sulla non accettazione di sé e sulla paura incoercibile del grasso.

Seppur in maniera significativamente ridotta, anche le adolescenti sane tendono a sovrastimare leggermente le dimensioni di vita, fianchi e torace: questo può senza dubbio essere attribuito all'influenza che i fattori socioculturali hanno sull'accettazione di sé. I fattori socioculturali giocano un ruolo senza dubbio importante nella insoddisfazione riguardo il proprio corpo. In un interessante studio, è stata somministrata la Eating Disorder Inventory a due popolazioni femminili diverse (Canadesi e Indiane), ponendo particolare attenzione alle sottoscale "pulsione per la magrezza" e "insoddisfazione per il corpo". È stato chiesto alle partecipanti di specificare quali erano i punti "critici" del loro corpo: in contrasto rispetto alle donne Canadesi, le Indiane non sovrastimano la presenza di grasso al livello di pancia, fianchi e cosce, ma piuttosto sono presenti preoccupazioni riguardo al grasso nella parte alta del dorso (e.g., faccia, collo, spalle). In conclusione, in ambedue le popolazioni i punteggi nelle suddette sottoscale sono simili ma la natura della immagine corporea ideale è diversa (Gupta et al., 2001). Gowers, in una revisione della letteratura sulle preoccupazioni riguardo al peso e alla forma corporea sostiene che, sebbene quest'ultime siano alla base dei DCA, sembra sussistere un percorso eziologico alternativo che passa attraverso l'impulsività e la paura di perdere il controllo (Gowers e Shore, 2001).

3. Distorsione dell'immagine corporea come fattore di mantenimento dei Disturbi del Comportamento Alimentare secondo il modello cognitivo comportamentale

Come precedentemente accennato, la distorsione dell'immagine corporea gioca un ruolo determinante nel favorire la restrizione alimentare nell'Anoressia Nervosa. Secondo il modello cognitivo comportamentale (Fairburn et al., 1993), tuttavia, altri sintomi caratteristici dei DCA, come ad esempio le abbuffate, sarebbero associate ad un circolo vizioso di mantenimento basato su preoccupazioni legate al corpo e su aspettative irrealistiche rispetto al proprio peso. Le abbuffate, definite come l'assunzione di grandi quantità di cibo con una sensazione soggettiva di perdita di controllo, sono sintomi caratteristici di tutti i DCA e sono oggetto di studio da diversi anni.

Negli ultimi decenni vi sia stato un aumento dell'attenzione al ruolo giocato dall'immagine corporea anche in disturbi diversi rispetto all'Anoressia Nervosa, associati a condizioni multifattoriali come l'obesità, quali ad esempio il Disturbo d'Alimentazione Incontrollata (DAI), in virtù della diffusione, nel mondo occidentale industrializzato, di un ideale di bellezza che privilegia la magrezza e che squalifica il sovrappeso (Garner et al., 1980; Wiesenman et al., 1992; Treasure et al., 2010).

Il corpo piacente è un corpo magro, e la magrezza viene assimilata alla bellezza e alla salute, fisica e mentale. Il desiderio di essere magri, fatto proprio da larghi strati della popolazione, si associa al desiderio di essere fisicamente attraenti e a quello di presentarsi come persone dotate di carattere e forza di volontà (Vitousek, 1993).

Tale ambizione ha generato una marcata insoddisfazione, anch'essa largamente diffusa soprattutto tra adolescenti e donne, per il proprio corpo e la propria immagine. Il mezzo più diffuso per far fronte a tale insoddisfazione è stato l'uso delle diete e, a partire dagli anni '80, l'attività fisica (Davis et al., 1995; Davis et al., 1994).

Considerando che una dieta è presente all'incirca nell'anamnesi del 50% dei soggetti con DAI o Bulimia Nervosa (BN), si può ipotizzare che un sistema alimentare rigidamente restrittivo sia una modalità di risposta alle pressioni ambientali di cui sopra e un fattore predisponente l'insorgenza di disturbi caratterizzati da perdite di controllo nell'alimentazione e non solo nell'Anoressia Nervosa (Howard et al., 1999). I pazienti con DAI e BN presentano una marcata sofferenza verso il loro corpo, con vero e proprio disprezzo per esso. Riguardo alle caratteristiche della distorsione dell'immagine corporea in corso di DAI e BN, i dati presenti in letteratura evidenziano una correlazione positiva tra gravità del comportamento alimentare tipo binge ed entità dell'insoddisfazione corporea (de Zwaan e Mitchell, 1992; Cargill et al., 1999; Jackson et al., 2000).

Tali osservazioni hanno confermato il ruolo delle preoccupazioni legate al corpo nel mantenimento delle perdite di controllo nell'alimentazione. Il modello cognitivo comportamentale (Fairburn et al., 1993; Howard et al., 1999) prevede che il meccanismo dell'abbuffata sia principalmente legato alla restrizione alimentare, che a sua volta è strettamente legata a convinzioni distorte rispetto al proprio corpo (Garner e Garfinkel, 1988). Questo modello suggerisce che l'individuo possa sviluppare preoccupazioni per l'aspetto fisico come risultato di bassi livelli di autostima, e la restrizione del consumo di cibo rappresenti lo sforzo compensatorio per modificare la forma corporea. L'abbuffata nascerebbe dalla suscettibilità psicologica e fisiologica che consegue alla restrizione alimentare, e i meccanismi di compenso (vomito, lassativi, esercizio fisico, ecc.) sarebbero impiegati per ridurre l'impatto dell'abbuffata sul peso corporeo. Restrizione e perdita di controllo, con successive pratiche compensatorie, risultano poi strettamente collegate da una serie di circoli viziosi che tendono ad automantenere il quadro clinico completo. Questo modello "restrizione-abbuffata-compenso" ha fortemente influenzato la teoria e la pratica della terapia della bulimia e dei disturbi correlati. Ad esempio, il modello terapeutico proposto si basa proprio sull'interruzione del circolo vizioso, finalizzata all'eliminazione delle abbuffate, a partire dalla progressiva riduzione dei comportamenti restrittivi (Ricca et al., 2010).

4. La distorsione dell'immagine corporea: implicazioni nella ricerca dei Disturbi del Comportamento Alimentare

Una delle dimensioni psicopatologiche che più frequentemente si riscontrano in tutte le categorie diagnostiche dei DCA è l'eccessiva preoccupazione per le proprie forme corporee, tanto che la valutazione della propria taglia appare nei DCA spesso estremamente distorta (Garner, 2002; Skrzypek et al., 2001). Questa dimensione psicopatologica è assai presente nell'AN e nella BN ma secondo alcuni autori permette anche di individuare sottotipi differenti di DCA in relazione alla sua gravità (Williamson et al., 2005). Secondo alcuni autori la distorsione dell'immagine corporea è correlata con l'indice di massa corporea (Body Mass Index – BMI), migliora con il recupero del peso e in generale rappresenta una complicazione nel percorso terapeutico dei pazienti con DCA (Fairburn and Cooper, 1993; Benninghoven et al., 2007; Treasure et al., 2010; Ricca et al., 2010); essa si riduce nel grazie a trattamenti efficaci. In alcuni casi, nonostante si sia ottenuta una remissione del DCA sottostante, la persistenza di questa dimensione psicopatologica determina una maggiore vulnerabilità a possibili ricadute (Garner et al., 1987). Pertanto la distorsione dell'immagine corporea rappresenta un tratto modificabile ma che spesso permane nonostante i criteri per definire l'esistenza di un DCA non siano presenti (Rastam et al., 2003; Wentz et al., 2001). In conclusione, il concetto di immagine corporea e le sue distorsioni rivestono un ruolo centrale nella fisiopatologia dei DCA. I meccanismi alla base di tali fenomeni devono essere ancora ben conosciuti. Un miglioramento delle conoscenze in questo settore può avere notevoli implicazioni nel trattamento dei pazienti con DCA.

Bibliografia

- 1. Benninghoven D, Lena Raykowski, Svenja Solzbacher, Sebastian Kunzendorf, Gunter Jantschek. Body images of patients with anorexia nervosa, bulimia nervosa and female control subjects: A comparison with male ideals of female attractiveness. *Body Image* 4 (2007) 51–59
- 2. Caradas A.A., Lambert E.V., Charlton K.E., "An ethnic comparison of eating attitudes and associated body image concerns in adolescent South Africa schoolgirls" *J Hum Nutr Diet* 2001 Apr; 14(2): 111-120.
- 3. Cargill BR, Clark MM, Pera V, Niaura RS, Abrams DB. Binge eating, body image, depression, and self-efficacy in an obese clinical population. *Obes Res* 1999; 7: 379-86.
- 4. Cash T.F., Deagle E.A. The nature and extent of body image disturbance in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a metanalysis. *Int J Eat Dis* .1997 (22): 107-125.)
- 5. Davis C, Kennedy SH, Raveleski E, et al. Obsessive compulsiveness and physical activity in anorexia nervosa and high-level exercising. *J Psychosom Res* 1995; 39: 967-76.
- 6. Davis C, Kennedy SH, Raveleski E, Dionne M. The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders. *Psychol Med* 1994; 24: 957-67.
- 7. de Zwaan M, Mitchell JE. Opiate antagonists and eating behaviour in humans: a review. *J Clin Pharmacology* 1992; 32: 1060.
- 8. Devlin MJ, Goldfein JA, Dobrow I: What is this thing called BED? Current status of binge eating disorder nosology. *Int J Eat Disord* 2003;34:S2-S18.
- 9. Downing PE, Jiang Y, Shuman M, Kanwisher N. A cortical area selective for visual processing of the human body. *Science* 2001; 293:2470 –2473.
- 10. Fairburn CG, Cooper Z. The eating disorder examination. In: Fairburn CG, Wilson GT, eds. *Binge eating: nature, assessment and treatment*. New York: Guilford Press, 1993; pp. 317-331.
- 11. Fairburn CG, Marcus MD, Wilson GT. Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive treatment manual. In: Fairburn CG, Wilson GT, eds. *Binge eating: nature, assessment and treatment*. New York: Guilford Press 1993; pp. 361-403.
- 12. Field A.E., Cheung L., Wolf A.M., Herzog D.B., Gortmaker S.L., Colditz G.A., "Exposure to the mass media and weight concerns among girls" *Pediatrics* 1999 Mar;103(3):E36.
- 13. Fisher S. *Development and Structure of the Body Image*. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1986.
- 14. Fisher S., Cleveland S.E. *Body Image and Personality*. New York: Dover. 1968.
- 15. Gamer D, Rockert W, Davis R, Garner M, Olmsted M, Eagle M. Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1993;150: 37–46.
- 16. Gamer D.M., *Body Image and Anorexia Nervosa*. In: *Body Image. A handbook of Theory, Reserch, & Clinical Practice*. Cash T.S., Pruzinsky T. Guilford Press. 2004).
- 17. Gamer D.M., Dalle Grave R., "Terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione" Verona, Positive Press Giugno 1999.
- 18. Gamer D.M., Garfinkel P.E., "The Eating Attitudes Test: an index of symptoms of anorexia nervosa" *Psychological Medicine* 1980, 10, 647-656.
- 19. Gamer DM, and Bemis KM. A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and 674 Research* 1982, 6, 123–150.
- 20. Gamer DM, Garfinkel PE, Bonato DP. Body image measurement in eating disorders. *Adv Psychosom Med*. 1987;17:119-33
- 21. Gamer DM, Garfinkel PE, Schwartz D, Thompson M. Cultural expectations of thinness in women. *Psychol Rep* 1980; 47: 483-91.
- 22. Gamer DM, Garfinkel PE. *Diagnostic issues in anorexia nervosa and bulimia nervosa*. New York: Brunner/Mazel, 1988.
- 23. Gamer DM, Vitousek KM, Pike KM. Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. In D. M. 682 Gamer, & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 94–144). New York: Guilford 683 Press 1997.
- 24. Gamer DM. Psychoeducational principles in treatment. In D. M. Gamer, & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook 672 of treatment for eating disorders* (pp. 145–177). New York: Guilford Press 1997.
- 25. Gamer, D. M. (2002). Body image and anorexia nervosa. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 295–303). New York: Guilford.
- 26. Gowers S.G., Shore A., "Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders" *Br J Psychiatry*, 2001; 179, 236-242
- 27. Green KL, Cameron R, Polivy J, Cooper K, Liu L, Leiter L, Heatherton T. Weight dissatisfaction and weight loss attempts among Canadian adults. *Canadian Heart Health Surveys Research Group. CMAJ*. 1997 Jul 1;157 Suppl 1:S17-25.
- 28. Gupta M.A., Chaturvedi S.K., Chandarana P.C., Johnson A.M., "Weight-related body image concerns among 18-24-year-old women in Canada and India: an empirical comparative study" *J Psychosom Res* 2001Apr; 50(4): 193-198.
- 29. Howard CE, Porzelius LK. The role of dieting in binge eating disorder: etiology and treatment implications. *Clin Psychol Rev* 1999; 19: 25-44.
- 30. Jackson TD, Grilo CM, Masheb RM. Teasing history, onset of obesity, current eating disorder psychopathology, body dissatisfaction, and psychological functioning in binge eating disorder. *Obes Res* 2000; 8: 451-8.
- 31. Kinsbourne M. *The Brain and the Body Awarness*. In : *Body Image. A handbook of Theory, Reserch, & Clinical Practice*. Cash T.S., Pruzinsky T. Guilford Press. 2004.
- 32. McElhone S., Kearney J.M., Giachetti I., Zunft H.J., Martinez J.A., "Body image perception in relation to recent weight changes and strategies for weight loss in a nationally representative sample in the European Union" *Public Health Nutr* 1999 Mar; 2(1A): 143-151
- 33. McGlynn S.M., Schacter D.L. Unawareness of deficits in neuropsychological syndromes. *J Clin Exp Neuropsychol*. 1989 Mar;11(2):143-205
- 34. Monro FJ, Gail. F. Huon Media-portrayed idealized images, self-objectification, and eating behavior. *Eating Behaviors* 2006: (20).
- 35. Phinas L., Toner B.B., Ali A., Garfinkel P.E., Stuckless N., "The effects of the ideal of female beauty on mood and body satisfaction" *International Journal of Eating Disorders*, 1999 Mar;25(2): 223-226
- 36. Pietrini F, Castellini G, Ricca V, Polito C, Pupi A, Faravelli C. [Functional neuroimaging in anorexia nervosa: A clinical approach](#). *Eur Psychiatry*. In press
- 37. Rand C.S., Wright B.A., "Continuity and change in the evaluation of ideal and acceptable body sizes across a wide age span" *Int J Eat Disord* 2000 Jul; 28(1): 90-100
- 38. Rastam M, Gillberg C, Wentz E. Outcome of teenage-onset anorexia nervosa in a Swedish community-based sample. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2003;12

(Suppl 1):178–190.

- 39. Ricca V, Castellini G, Lo Sauro C, Mannucci E, Ravaldi C, Rotella F, Faravelli C. [Cognitive-behavioral therapy for threshold and subthreshold anorexia nervosa: a three-year follow-up study](#). *Psychother Psychosom*. 2010 Jun;79(4):238-48.
- 40. Ricca V, Castellini G, Mannucci E, Lo Sauro C, Ravaldi C, Rotella CM, Faravelli C. [Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. A randomized, three-year follow-up study](#). *Appetite*, in press
- 41. Skrzypek, S., Wehmeier, P. M., & Remschmidt, H. (2001). Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. A brief review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 215–221.
- 42. Smeets M.A.M, Ingleby J.D., Hoek H.W., Panhuysen G.E.M. Body size perception in anorexia nervosa: a signal detection approach. *J Psychosomatic Research*. 1999 (46): 465-477.
- 43. Tiggemann M., Lynch J.E., "Body image across the life span in adult women: the role of self objectification" *Dev Psychol* 2001 Mar; 37(2): 243-253.
- 44. Thompson J.K., Heinberg L. J., Altabe M., Tantleff-Dunn S., *Exating Beauty: theory, assessment and treatment of body image disturbance*. Washington DC: American Psychological Association. 1999.
- 45. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. [Eating disorders](#). *Lancet* 2010 Feb 13;375(9714):583-93
- 46. Vitousek KB, Ewald LS. Self-representation in eating disorders: a cognitive perspective. In: Segal ZV, Blatt SJ, eds. *The self in emotional disorders: cognitive and psychodynamic perspectives*. New York: Guilford Press, 1993.
- 47. Wentz E, Gillberg C, Gillberg IC, Ri'stam M. Ten-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa: Psychiatric disorders and overall functioning scales. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;42: 613–622.
- 48. Wieseman CV, Gray JJ, Mosimann JE, Ahrens AH. Cultural expectations for thinness in women. An update. *Int J Eat Disord* 1992; 11: 85-9.
- 49. Williamson DA, Anderson DA, Jackman L.P, Jackson SR: Assessment of eating disordered thoughts, feelings, and behaviors. In D.B. Allison (Ed.), *Handbook of assessment methods for eating behaviours, and weight related problems: Measures, theory and research*. Thousand Oaks, CA, 1995: Sage, pp. 347–386.
- 50. Williamson DA, Gleaves DH, Stewart TM. Categorical Versus Dimensional Models of Eating Disorders: An Examination of the Evidence. *Int J Eat Disord* 2005; 37:1–10.
- 51. Williamson DA, Womble LG, Smeets MAM, Netemeyer RG, Thaw M, Kutlesic V, Gleaves DH. The latent structure of eating disorder symptoms: a factor analytic and taxometric investigation. *The American Journal of Psychiatry* 2002; 159: 412–418.
- 52. Wong Y., Huang Y.C., "Obesity concerns, weight satisfaction and characteristics of female dieters: a study on female Taiwanese college students.", *Journal of American Coll Nutritions*, 1999 Apr; 18(2): 194-200.
- 53. Yamamiyaa Y., Cashb T.F., Melnykb S.E., Posavacc H.D., Posavacd S.S. Women's exposure to thin-and-beautiful media images: body image effects of media-ideal internalization and impact-reduction interventions. *Body Image* 2005 (2): 74–80

I dati riportati negli articoli tengono conto delle disposizioni normative di cui al Codice sulla Privacy e dei provvedimenti del Garante consequenziali al trattamento dei dati per scopi scientifici, di ricerca e divulgativi.