



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TRIESTE
FACOLTA' DI PSICOLOGIA
CORSO DI LAUREA IN DISCIPLINE PSICOSOCIALI

IL PROBLEMA DELL'IMMAGINE CORPOREA NEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

LAUREANDA
Sara Riccitelli

RELATORE
Dott.ssa A. Deponte

CORRELATORE
Dott. G. Luxardi

ANNO ACCADEMICO 2004/2005

INDICE

<u>INTRODUZIONE</u>	pag. 4
----------------------------	---------------

CAPITOLO I: I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

<u>ALIMENTARE (DCA)</u>	pag. 5
--------------------------------	---------------

1. L'anoressia nervosa	pag. 5
2. La bulimia nervosa	pag. 7
3. I disturbi non altrimenti specificati (EDNOS)	pag. 8
4. Disturbi accompagnati da ulteriori quadri clinici	pag. 9

CAPITOLO II: COS'E' L'IMMAGINE CORPOREA E COME

<u>SI STRUTTURA</u>	pag. 10
----------------------------	----------------

1. Origini del concetto	pag. 10
2. Definizioni del concetto	pag. 11
3. Teorie sull'immagine corporea	pag. 14
La prospettiva psicomodinamica	pag. 14
La prospettiva cognitivo-comportamentale	pag. 17
La prospettiva informativo-processazionale	pag. 19
La prospettiva femminista	pag. 21
4. Aspetti evolutivi	pag. 23
Le fasi di sviluppo delle rappresentazioni corporee	pag. 23
L'immagine corporea nell'infanzia e nell'adolescenza	pag. 24
5. Il contesto socio-culturale	pag. 26

**CAPITOLO III: IMMAGINE CORPOREA E DISTURBI
DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE**

pag. 28

1. Aspetti diagnostici

pag. 28

Cos' è l'immagine corporea negativa

pag. 28

Strumenti di valutazione

pag. 29

2. Come si presenta nei disturbi alimentari

pag. 32

Immagine corporea e anoressia nervosa

pag. 32

Immagine corporea e bulimia nervosa

pag. 34

Immagine corporea e obesità

pag. 36

Immagine corporea e dismorfofobia

pag. 38

Atteggiamenti nei confronti del corpo

pag. 39

**3. Il trattamento dell'immagine corporea – La terapia
cognitivo-comportamentale**

pag. 40

CONCLUSIONI

pag. 43

BIBLIOGRAFIA

pag. 44

INTRODUZIONE

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono caratterizzati da un alterato rapporto con il cibo e con il proprio corpo, tale da compromettere la qualità della vita e dei rapporti sociali (Luxardi e Ostuzzi, 2003).

Un'alterata valutazione del proprio corpo e delle sue dimensioni porta ad un senso di inadeguatezza ed insoddisfazione di sé, che può avere una forte influenza sull'autostima. Nei disturbi alimentari infatti l'autostima non si fonda sulle qualità intellettive o morali, ma sul peso e sulla forma del proprio corpo.

Le forme più tipiche di disturbo alimentare sono l'Anoressia Nervosa (AN) e la Bulimia Nervosa (BM); accanto a queste due categorie troviamo i Disturbi non Altrimenti Specificati (EDNOS, *Eating Disorders Not Otherwise Specified*).

I disturbi del comportamento alimentare rappresentano un problema grave e diffuso soprattutto tra le adolescenti e le giovani donne. Si può affermare che circa il 5-7% della popolazione femminile in età di rischio (12-25 anni) soffre di un alterato e patologico rapporto con l'alimentazione ed il corpo. Nei Paesi industrializzati, ogni 100 ragazze appartenenti a questa fascia d'età, 8-10 soffrono di qualche disturbo alimentare: 3-4 nelle forme più gravi (anoressia e bulimia), le altre nelle forme più lievi (Cuzzolaro, 2004).

Il campo nosografico della psicopatologia dell'alimentazione utilizza dei sistemi di classificazione psichiatrica, il DSM-IV, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali del 1994, e l'Icd-10, *International Classification of Disease*, pubblicato nel 1992, i quali delineano i criteri diagnostici utili a distinguere le diverse malattie.

Attraverso un'approfondita disamina della letteratura ho affrontato i problemi del comportamento alimentare focalizzandomi sul disturbo dell'immagine corporea, divenuto sempre più comune negli ultimi 25 anni. Esso rappresenta un aspetto tra i più rilevanti ed immediatamente precedenti allo sviluppo dei diversi disturbi alimentari.

Il primo capitolo offre una descrizione dell'Anoressia Nervosa, della Bulimia Nervosa, dei Disturbi non altrimenti specificati (EDNOS), e dei disturbi accompagnati da ulteriori quadri clinici, sottolineandone le caratteristiche più generali ed i criteri diagnostici del DSM-IV che li identificano.

Il secondo capitolo descrive in maniera più specifica il concetto di immagine corporea, partendo dalle sue origini ed elencandone le diverse definizioni susseguitesi negli anni; mostra inoltre la strutturazione dell'esperienza corporea, così come viene concepita da quattro diverse

prospettive: la psicodinamica, la cognitivo-comportamentale, la informativo-processazionale e la femminista; l'ultimo aspetto preso in considerazione in questo capitolo riguarda le fasi evolutive delle rappresentazioni corporee dall'infanzia all'adolescenza e le principali caratteristiche dell'immagine corporea in queste due fasi di vita, con particolare interesse per i fattori che influiscono nel suo sviluppo (psicosociali, biologici e di personalità).

Il terzo ed ultimo capitolo si sofferma più precisamente sulla definizione di immagine corporea negativa e sul modo in cui essa si presenta all'interno dell'Anoressia, della Bulimia, della Dismorfofobia e dell'Obesità, specificando quali sono i comportamenti tipici dei soggetti che presentano tali disturbi nei confronti del proprio corpo (evitamento e body cheking); contiene inoltre la descrizione dei principali strumenti utilizzati per la valutazione dell'immagine corporea, distinguendo quelli somministrati ai bambini da quelli più tipicamente per adulti; nella parte conclusiva del terzo capitolo ho deciso di esporre i punti principali di uno specifico trattamento del disturbo, la terapia cognitivo-comportamentale, scegliendola tra le altre possibili terapie, descrivendo in specifico la tecnica dell'esposizione allo specchio, che sembra essere la più utile nella riduzione dell'insoddisfazione corporea.

CAPITOLO I: I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

1 *L'Anoressia Nervosa*

Sono trascorsi circa tre secoli dalla prima descrizione medica dell'**Anoressia Nervosa** come specifica malattia. Fu Richard Morton a pubblicare nel 1689 due casi di una malattia che egli chiamò *tisi nervosa*. Le caratteristiche dei casi descritti mostravano forti somiglianze con l'anoressia nervosa dei giorni nostri. Due secoli dopo, nel 1874, William Gull parlò di *anorexia* e la definì *nervosa*, "dato che il disturbo si presenta sia nei maschi che nelle femmine ed è, probabilmente, più centrale che periferico" (Gull e Lasègue, 1998).

L'età di insorgenza di questo disturbo è compresa fra i 12 e i 25 anni (frequenza maggiore tra i 13 e i 16) e colpisce prevalentemente il sesso femminile. Coinvolge lo 0.5 % delle adolescenti e delle giovani donne adulte dei Paesi occidentali.

L'anoressia nervosa è caratterizzata da una restrizione dell'alimentazione come conseguenza di un'eccessiva preoccupazione per il peso e le forme del proprio corpo. L'attenzione inizialmente è focalizzata sul proprio peso ed è alimentata da un forte desiderio di magrezza. Un'insistente paura di ingrassare porta a fissare i propri pensieri esclusivamente sul cibo e a mettere in atto tutta una serie di comportamenti tipici del disturbo quali seguire una dieta

ferrea, fare esercizio fisico in maniera eccessiva, indursi il vomito dopo aver mangiato anche piccole quantità di cibo. Più la ragazza perde peso, più aumentano gli stimoli biologici ed il timore di perdere il controllo ed ingrassare. Avviene di conseguenza un inasprimento della dieta che porterà ad un'ulteriore perdita di peso. E' così che ha inizio il circolo vizioso di automantenimento dell'anoressia nervosa.

Il DSM-IV elenca i quattro principali criteri diagnostici per definire l'Anoressia Nervosa:

- A) Perdita di peso rilevante (più del 15% del peso considerato normale in rapporto all'età, al sesso e all'altezza);
- B) intensa paura di aumentare di peso, anche quando si è sottopeso;
- C) alterazione nel modo di vivere il peso, la taglia e le forme corporee ed influenza negativa sulla valutazione di sé e della gravità della propria condizione di sottopeso;
- D) nelle donne, dopo il menarca, amenorrea, cioè mancanza di almeno tre cicli mestruali consecutivi.

Si possono distinguere due sottotipi di anoressia nervosa: quello **di tipo restrittivo** e quello **di tipo bulimico**. L'anoressia di tipo restrittivo è caratterizzata da un forte controllo del cibo e dall'assenza di abbuffate compulsive o di comportamenti purgativi (vomito o lassativi); solitamente la ragazza tende a negare di avere una malattia e spesso, attraverso un'esasperata e compulsiva attività fisica atta alla perdita di peso, si crea una situazione definita *anoressia da iperattività*, che spesso ha la funzione di diminuire la sensazione di ansia provocata dal proprio corpo. Qualsiasi pretesto è usato per bruciare calorie ed è ulteriormente intensificato il controllo sull'assunzione di cibo.

L'anoressia di tipo bulimico invece presenta frequenti episodi di compulsione al cibo che avvengono a seguito della restrizione alimentare e portano la ragazza a perdere il controllo sul cibo e ad abbuffarsi; seguono dei comportamenti purgativi usati come metodi di compenso, ad esempio il vomito auto-indotto o l'utilizzo di lassativi o diuretici. Questo disturbo è spesso accompagnato da depressione, irritabilità, furti o abuso di sostanze, etc.

Nell'anoressia nervosa la percezione ed il valore attribuiti all'aspetto fisico ed al peso corporeo risultano distorti. La negazione della propria magrezza, anche quando quest'ultima in realtà è evidente, può condurre la ragazza ad un vero e proprio disturbo dell'immagine corporea; continuerà a vedersi grassa (in riferimento alla totalità del proprio corpo, o talvolta ad alcune sue parti, solitamente addome, glutei e cosce) nonostante la consistente perdita di peso.

I livelli di autostima sono fortemente influenzati dal modo in cui viene percepita la forma fisica ed il peso corporeo. La perdita di peso viene considerata come una grande conquista ed

un segno di ferrea disciplina, mentre l'incremento ponderale viene esperito come un'inaccettabile perdita delle capacità di auto-controllo.

Sebbene alcuni possano rendersi conto della propria magrezza, tipicamente i soggetti con questo disturbo negano le gravi conseguenze che potrebbe produrre sulla loro salute fisica.

2 *La Bulimia Nervosa*

La **Bulimia Nervosa** è una quadro clinico proposto come diagnosi autonoma solo a partire dal 1979, con Gerald Russel. Egli studiò trenta casi che gli permisero di identificare un quadro clinico distinto dall'anoressia. Nella maggior parte dei casi la bulimia nervosa rappresentava l'evoluzione di una fase precedente di anoressia. Per certi aspetti i due disturbi infatti sono simili: in entrambi i casi l'autostima è marcatamente influenzata dalla percezione della forma e del peso del proprio corpo ed è l'ossessiva paura di aumentare di peso a spingere verso la patologia vera e propria.

Il peso corporeo delle ragazze bulimiche è per lo più nella norma o al di sotto, è molto raro che sia presente un sovrappeso.

La bulimia nervosa colpisce principalmente ragazze tra i 12 e i 25 anni (con un picco tra i 18 e i 19 anni), con una frequenza tra l'1 e il 2 %. Il disturbo tende a presentarsi nel periodo della vita in cui avvengono i primi cambiamenti verso l'autonomia e l'indipendenza, quindi con la fine delle scuole superiori e l'inizio del lavoro o dell'università.

La caratteristica principale della bulimia nervosa è l'abbuffata, tramite la quale la ragazza ingerisce in breve tempo esagerate quantità di cibo.

Solitamente la diretta conseguenza dell'intensa preoccupazione per le forme e il peso del proprio corpo spinge a dare inizio a ripetuti tentativi di dieta (dieting) caratterizzata da regole molto rigide, destinati però a fallire. Seguire in modo così rigido ed assiduo una dieta porta prima o poi a compiere delle piccole trasgressioni che vengono vissute da chi soffre di problemi dell'alimentazione come irrimediabili perdite di controllo della situazione. Ciò che segue è l'abbuffata, la quale in una prima fase procura piacere perché allenta la tensione provocata dal dover seguire in modo ferreo la dieta. Durante un'abbuffata la sensazione è quella di perdere il controllo, di non riuscire a fermarsi una volta iniziato a mangiare, di non riuscire a controllare neppure cosa e quanto si sta ingerendo.

Il forte senso di colpa e la delusione scatenati dalla perdita di controllo di fronte al cibo porta a cercare contromisure di compenso volte a ridurre le conseguenze dell'abbuffata, ad evitare il recupero del peso. Si tratta del vomito autoindotto, provocato non solo a seguito di

un'abbuffata, ma anche dopo aver ingerito piccole quantità di cibo; dell'utilizzo sconsiderato di lassativi o diuretici dopo le abbuffate; del digiuno o dell'eccessivo esercizio fisico per compensare l'eccesso di calorie introdotte. Questi comportamenti purgativi sono seguiti da nuovi tentativi di dieta ferrea.

La bulimia dà inizio ad un circolo vizioso che alterna abbuffate e comportamenti eliminativi, guidati dal senso di colpa e dall'insoddisfazione personale.

Il DSM-IV elenca i cinque criteri diagnostici per definire la Bulimia Nervosa:

- A) abbuffate compulsive ricorrenti caratterizzate dal consumo di grandi quantità di cibo e dalla sensazione di perdere il controllo sull'atto di mangiare;
- B) comportamenti di compenso, quali vomito auto-indotto, abuso di lassativi e diuretici, eccessivo esercizio fisico e digiuno;
- C) le abbuffate e i mezzi di compenso devono verificarsi almeno due volte a settimana per tre mesi;
- D) preoccupazione estrema per il peso e le forme del proprio corpo;
- E) il disturbo non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

Vengono solitamente distinti due sottotipi di bulimia nervosa: quella **di tipo purgativo**, nella quale la ragazza pratica regolarmente il vomito auto-indotto, o utilizza lassativi e diuretici; è maggiormente preoccupata per l'alimentazione, più spesso depressa, in ansia, compie atti autolesivi ed ha difficoltà nel controllare le proprie emozioni. Quella **di tipo non purgativo**, nella quale la ragazza compensa l'abbuffata con il digiuno e l'esercizio fisico e presenta prevalenti caratteristiche ossessive.

3. I disturbi non altrimenti specificati (EDNOS)

I disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati o subliminali presentano quadri clinici che comprendono alcuni ma non tutti i sintomi ritenuti necessari per la diagnosi medica di anoressia e bulimia. Per questo motivo vengono definiti anche sindromi parziali (tutti i criteri diagnostici sono soddisfatti tranne uno) o disturbi sotto soglia (le frequenze dei sintomi sono inferiori a quelle stabilite) (Luxardi e Ostuzzi, 2003).

Di questa categoria di disturbi fanno parte la sindrome **“chewing and spitting”** (mastica e sputa), che consiste nel masticare, succhiare gli alimenti e sputarli senza deglutirli. La **dieta cronica (dieting)**, praticata da persone che in apparenza svolgono una vita normale, ma che in realtà sono ossessionate dal proprio peso e lo tengono sotto controllo in maniera esasperata tramite diete ferree. Un altro disturbo che può essere definito **anoressia psicosomatica**

apparentemente non presenta un problema di immagine corporea, in quanto le persone che ne sono colpite sostengono di non riuscire a mangiare, anche se vorrebbero, a causa di un forte dolore gastro-intestinale ed una sensazione di “pancia gonfia”.

Esiste un ultimo disturbo non altrimenti specificato, forse il più frequentemente diagnosticato, tanto che sta assumendo le caratteristiche di un quadro clinico autonomo: il *Binge Eating Disorder* (BED), in italiano **disturbo da alimentazione incontrollata**.

Il criterio diagnostico principale di questo disturbo alimentare è la presenza di abbuffate, simili a quelle che distinguono la bulimia, ma nel caso del BED non sono seguite da strategie per compensare l'ingestione del cibo (come il vomito auto-indotto o i lassativi, etc.).

Le persone che manifestano questo disturbo assumono quantità di cibo esagerate in solitudine, consumano il cibo voracemente, mangiano anche se non sono affamati, con la sensazione di perdere il controllo sull'impulso ad alimentarsi. Non essendo seguito da comportamenti purgativi, il BED è spesso correlato con l'obesità (il disturbo infatti è riscontrabile nel 30% circa dei casi di soggetti obesi che richiedono una cura).

Solitamente in questi soggetti è presente un'insoddisfazione di fondo di natura depressiva; i disturbi dell'umore e altri quadri psicopatologici infatti sembrano essere presenti in circa l'80% dei casi.

4. Disturbi alimentari accompagnati da ulteriori quadri patologici

Esistono dei disturbi alimentari associati ad altri quadri patologici che ne definiscono il livello di gravità. Ad esempio la *Reverse Anorexia nervosa* o la *Muscle Dysmorphia*, con la quale gli psichiatri di lingua inglese indicano la condizione di giovani ossessionati dal bisogno di sviluppare la propria muscolatura. In questo caso, che giunge raramente all'osservazione medica, i disturbi dell'alimentazione sono accompagnati da un frequente abuso di sostanze.

Un altro caso è rappresentato da quelle persone nelle quali il disturbo dell'alimentazione si sovrappone ad una depressione oppure ad un disturbo di personalità. In questo caso la persona si chiude in sé stessa, non riesce a capire ciò che le sta accadendo e pone resistenza a qualunque tipo di intervento.

Si può osservare la presenza di impulsività, manifestazioni di rabbie incontrollate, comportamenti aggressivi o di ostilità, come fughe da casa o furti; se presenta queste caratteristiche il disturbo è considerato molto grave.

Altri disturbi alimentari sono accompagnati da comportamenti autolesivi, quali graffi , tagli, bruciature da sigaretta; la negazione del cibo o il vomito diventano ulteriori mezzi per farsi del male.

Esistono poi ragazze, solitamente bulimiche, che manifestano anche tendenze di tipo tossicomano, usate per raggiungere lo stordimento provocato in genere attraverso l'abbuffata; la droga spesso ha la funzione di controllare la fame.

Talvolta inoltre si assiste a casi di anoressia aggravata da un quadro ossessivo-compulsivo; in tal caso la ragazza, oltre alle preoccupazioni associate al proprio peso, è ossessionata dalla sensazione di essere obbligata a seguire un rigido sistema di rituali, la cui trasgressione genererebbe un forte senso di colpa.

Infine un particolare quadro patologico è caratterizzato da sintomi specifici quali senso di pesantezza gastrica dopo i pasti, dolore, senso di nausea, etc. che portano la persona ad evitare il momento del pasto o comunque a mangiare solo ridotte quantità di cibo; si tratta di un problema psicosomatico spesso difficile da riconoscere.

CAPITOLO II: COS' E' L'IMMAGINE CORPOREA E COME SI STRUTTURA

1 *Origine del concetto*

Lo sviluppo delle rappresentazioni corporee costituisce un campo di ricerca di grande interesse in ambito scientifico, interesse che è divenuto ulteriormente rilevante in seguito agli attuali studi all'interno del dibattito epistemologico sul rapporto mente-corpo e alla riscoperta della corporeità da parte della cultura contemporanea. Quest'interesse scientifico per le rappresentazioni corporee nacque nel XVI secolo (Guaraldi, 1990), con la prima descrizione del fenomeno dell'arto fantasma (provare dolore e sensazioni in un punto dello spazio in cui si trovava originariamente l'arto amputato). Dall'inizio di questo secolo il corpo come rappresentazione, cosiddetto "corpo virtuale", ha cominciato ad essere sempre più oggetto di studio da parte di discipline molto diverse fra loro. Dagli svariati studi effettuati [psichiatrici, Kolb, 1954, Schoenfeld, 1966; psicosociali, Garner e Garfinkel, 1980; psicomodinamici, Federn, 1952, Erikson, 1950, Fisher e Cleveland, 1968; neurologici, Bonnier, 1905, Head, 1926, clinici, Stunkard e Mendelson, 1961, Casper e Halmi et al., 1979; fenomenologici, Merleau-Ponty, 1945, Galimberti, 1983; sociologici, Featherstone, 1982] sono emersi teorie e concetti in parte sovrapponibili, come ad esempio l'idea di corpo percepito, corpo rappresentato, corpo

situato, corpo vissuto, corpo identificato, percezione corporea, corpo erogeno, corpo fantasmatico, confini corporei, immagine corporea, immagine posturale, idea di corpo e schema corporeo.

Guaraldi ha affermato a riguardo che per descrivere l'esperienza corporea sono state utilizzate svariate espressioni che, pur avendo permesso la scoperta di nuovi aspetti della corporeità, alla lunga hanno condotto a molte incertezze interpretative. Gallagher (1995) a sua volta ha sottolineato il fatto che negli studi psicologici è stata fatta molta confusione tra i termini "immagine corporea" e "schema corporeo" e questo ha portato solo ad ambiguità ed a molte inconsistenze nei risultati sperimentali.

La diffusione nell'ultimo decennio dei disturbi del comportamento alimentare, legati all'esperienza corporea, ha portato i ricercatori a sistematizzare la teoria riguardante le rappresentazioni corporee. Tutte le rappresentazioni percettivo-affettivo-cognitive del corpo umano sono state incluse in due concetti: **lo schema corporeo**, che comprende le rappresentazioni percettive, e **l'immagine corporea**, che invece comprende quelle di tipo affettivo-cognitivo (Riva e Molinari, 2004).

Ci sono stati alcuni autori che sostenevano posizioni piuttosto critiche nei confronti di questi due concetti. Zazzo (1990) ad esempio riteneva che fossero concetti troppo ampi, poichè includono esperienze molto diverse tra loro; un altro autore, Bruni (1995) sosteneva invece che i due concetti riassumono l'antitesi tra il "corpo" come entità organica e il termine "schema-immagine" come espressione di una funzione mentale e che per questo sono difficili da definire.

I termini "immagine corporea" e "schema corporeo" comunque vengono ora considerati due punti di riferimento nell'affrontare il tema delle rappresentazioni corporee.

2 Definizioni del concetto

Quando si parla di schema corporeo si intende la rappresentazione delle caratteristiche spaziali del proprio corpo, che la persona ricava a partire dalle informazioni provenienti dagli organi di senso. La definizione data da Head e Holmes (1911) risulta quella maggiormente condivisa; essi ritenevano che lo schema corporeo fosse la rappresentazione corporea ottenuta dall'integrazione a livello corticale delle esperienze sensoriali passate con quelle attuali. Ne deriva un modello "plastico" ed inconsapevole che permette alla persona di muoversi nello spazio e di riconoscere sempre le parti del proprio corpo. Secondo Head lo schema corporeo

non è una struttura stabile, ma viene sottoposto ad un continuo rimaneggiamento che permette di percepire ogni nuova sensazione nel suo rapporto con la posizione o la postura del corpo.

Mentre lo schema corporeo è considerato un modello del proprio corpo di tipo percettivo, l'immagine corporea è invece un modello di tipo cognitivo-emozionale. Vengono ricondotti ad essa tutti gli elementi di tipo affettivo-cognitivo legati al corpo.

Quando si parla di immagine corporea si intende il modo in cui il soggetto sperimenta e considera il proprio corpo. La definizione di Schilder (1950) è quella maggiormente accettata; egli sostiene che l'immagine corporea sia il quadro mentale che ci facciamo del nostro corpo, quindi il modo in cui il corpo appare a noi stessi. Afferma che al di là delle sensazioni che riceviamo, delle impressioni tattili, termiche, dolorose, ecc., vi è l'esperienza immediata dell'esistenza di un'unità corporea che è qualcosa di più di una percezione. Schilder pone questa rappresentazione, l'immagine corporea appunto, considerata frutto dell'esperienza soggettiva del corpo, a fianco dello schema corporeo.

Si attribuisce a Schilder il merito di aver chiarito la distinzione tra l'immagine corporea, esperienza soggettiva del proprio corpo libera dai dati sensoriali, e lo schema corporeo, struttura di riferimento dei dati sensoriali sostenuta da un dispositivo anatomico-corticale.

Un'altra definizione da citare fu proposta da Allamani, Allegranzi e altri (1990), i quali svilupparono quella di Schilder, sostenendo che l'immagine corporea sia "l'insieme delle percezioni, affetti e idee che, attraverso la sua storia personale e gli atteggiamenti della collettività, un individuo attribuisce al proprio corpo." Il corpo infatti assume due ruoli, è oggetto di rappresentazione e soggetto che rappresenta.

Possiamo dire che l'immagine corporea è fortemente legata al mondo emotivo interno, alle relazioni con le figure significative del mondo esterno e alla storia personale di ciascuno. Il nucleo centrale dell'immagine corporea sarebbe composto da elementi cognitivi ed affettivi in interazione tra loro: le componenti cognitive, che comprendono idee sulle dimensioni corporee e sull'aspetto fisico, influenzano le componenti affettive che, in base agli effetti dell'aspetto fisico nella vita quotidiana e nelle relazioni sociali, intervengono a loro volta sulle componenti cognitive (Molinari e Riva, 2004). L'analisi di questo tipo di rappresentazione non è un problema neurologico ma psicologico, ed implica lo studio della situazione emotiva del soggetto, dei suoi ricordi passati e dei suoi propositi d'azione. Non è dunque una struttura fissa e immutabile, ma si sviluppa e si modifica costantemente nel corso della vita.

Una posizione piuttosto diversa riguardo il concetto di esperienza corporea viene presa dalla scuola psicoanalitica. Viene infatti abbandonato il concetto di schema corporeo. L'immagine corporea si costituisce inizialmente grazie all'energia libidica e poi attraverso la relazione

oggettuale. Non è più collegata ad una specifica struttura cerebrale, com'era invece sostenuto dalle precedenti teorie.

Ci sono state poi ulteriori ricerche che hanno cercato di definire l'immagine corporea analizzando le sue componenti. Un esempio è la distinzione effettuata da alcuni studiosi (O'Shaughnessy, 1980; Lackner, 1988) tra "immagine corporea di breve periodo", immagine cosciente della posizione delle diverse parti del corpo in un dato momento, e "immagine corporea di lungo periodo", immagine cioè complessiva del corpo, che descrive com'è strutturato il soggetto.

Altri studiosi hanno rivolto l'attenzione ad altri due elementi distinti all'interno dell'immagine corporea: il concetto cognitivo di percezione del corpo (idee sulle dimensioni corporee e sull'aspetto fisico) e quello affettivo di atteggiamento mentale o soddisfazione per il proprio corpo (effetti dell'aspetto fisico sulla vita quotidiana e nelle relazioni sociali), in interazione tra loro.

Garner e Garnfinkel (1981) ad esempio distinsero il concetto di "body image affect" (sentimenti ed emozioni suscitate dai pensieri sul proprio corpo) da quello di "body image attitude" (idee e regole che organizzano il nostro modo di vedere il corpo).

Slade (1988) invece parlò di "body size", riferendosi alla componente cognitiva relativa all'accuratezza nella valutazione della dimensione corporea, e di "body dissatisfaction", componente emotiva relativa al corpo o a parti di esso.

E' necessario distinguere in maniera più specifica le due modalità di rappresentazione corporea, e a questo proposito sono utili tre elementi che ne sottolineano le differenze:

1- *Il grado di intenzionalità.* L'immagine corporea include l'esperienza personale del proprio corpo, all'interno di un insieme di atteggiamenti, emozioni e credenze; è caratterizzata da uno "status intenzionale". Lo schema corporeo invece è un sistema di riferimento sviluppato inconsapevolmente tramite l'esperienza motoria.

2- *Il livello di impersonalità.* Nell'immagine corporea il corpo è sperimentato come il corpo che appartiene al soggetto. Lo schema corporeo invece è sperimentato in maniera impersonale.

3- *Il livello di coinvolgimento corporeo.* L'immagine corporea viene sperimentata sempre in relazione ad un particolare aspetto o parte del corpo. Lo schema corporeo funziona sempre in modo solistico.

3 Teorie sull'immagine corporea

Il problema dello sviluppo e dell'elaborazione dell'esperienza corporea è un tema affrontato secondo ottiche molto diverse. Gli orientamenti principali che prenderemo in considerazione sono la prospettiva psicodinamica, la cognitivo-comportamentale, la prospettiva informativo-processazionale e il punto di vista femminista riguardo il concetto di immagine corporea.

La prospettiva psicodinamica

Questo punto di vista assume che il corpo e le sue rappresentazioni mentali creano la base per lo sviluppo del senso del sé. Un importante concetto all'interno di questo approccio è quello di "io corporeo", introdotto inizialmente da Freud (ne "L'Io e l'Es", 1922), il quale riconobbe l'ego come principalmente corporeo.

Il termine io corporeo fa riferimento alla combinazione dell'esperienza psichica di sensazione corporea, funzionamento corporeo ed immagine corporea. Quest'ultima viene presa in considerazione come rappresentazione mentale evolutiva dell'io corporeo.

Il corpo funge da contenitore e conduttore dell'esperienza emozionale, mentre all'interno dell'immagine corporea vengono proiettate tutte le fantasie, le intenzioni ed i significati. Mentre l'immagine e l'io corporeo sono delle idee, che vengono create dall'immaginazione, il corpo è un fatto, ed è attraverso esso che sperimentiamo la nostra vita. Il corpo viene spesso usato come narratore di ciò che le parole non riescono a dire: di sensazioni per le quali non esiste un linguaggio appropriato, di sentimenti ed emozioni che non possono essere tollerati consciamente. Quando il corpo non può essere integrato nell'esperienza corporea, viene mantenuto comunque in primo piano attraverso dolore, la malattia fisica, oppure tramite ascetismo ed alienazione (digiunando ed esempio o praticando l'auto-mutilazione), o ancora facendo un uso eccessivo di sostanze o attività fisiche.

David W. Krueger (1989) sostiene che nelle ultime due decadi le ricerche neuropsicologiche hanno procurato importanti dati riguardanti lo sviluppo dell'immagine corporea e hanno sottolineato la funzione dell'io mentale come ponte che collega mente e corpo. L'immagine corporea è un insieme cumulativo di immagini, fantasie e significati riguardanti il corpo, le sue parti e le sue funzioni; è considerata come una componente dell'immagine di sé e la base della rappresentazione di sé.

La prospettiva psicodinamica afferma che i confini stabili tra le rappresentazioni del Sé e degli oggetti, descritti come confini dell'Io, separano l'individuo dal mondo esterno. Attribuisce importanza fondamentale nella formazione dei confini corporei e dell'immagine corporea alle prime pratiche di socializzazione del bambino, soprattutto ai primi contatti del bambino con la madre o con il caretaker (Fisher e Cleveland, 1968). La formazione di un io corporeo armonico ed accurato nel bambino è favorita infatti da una diligente attenzione da parte del caretaker ai propri contatti motori e sensoriali con il bambino stesso (Gaddini, 1976); l'io corporeo così diviene base e contenitore dell'io psicologico in sviluppo. E' l'accuratezza e la continuità della risonanza empatica del caretaker con l'io corporeo del bambino che permette che emerga la base per lo sviluppo dell'io psicologico: la sensazione che ci sia un'unione tra la mente e il corpo tramite l'evolversi della coesione dell'io corporeo con l'immagine corporea; e la sensazione che l'io psicologico evolva con l'uso dei simboli e del linguaggio per comunicare le proprie esperienze interne.

Tra i sei e gli otto anni si sviluppa nel bambino la capacità di riconoscere il fatto che la propria mente è unica. Lo sviluppo della capacità di riflettere sulla propria esperienza e sul proprio comportamento, e di concepire ed immaginare i sentimenti, i desideri, le convinzioni, i pensieri degli altri, spinge verso un'integrazione dell'io corporeo.

In base all'approccio psicodinamico lo sviluppo dell'io corporeo può essere concettualizzato in una serie di tre stadi:

a) *Una prima esperienza psichica del corpo.* Attraverso gli stimoli percettivi-sensoriali i bambini imparano a discriminare i propri corpi dall'ambiente circostante. E' grazie alla risonanza empatica del caretaker che verrà rinforzata la percezione del bambino del confine della propria superficie corporea. Quando la risonanza empatica non è presente il bambino può rischiare di perdere il senso di sé.

b) *Una prima consapevolezza di un'immagine corporea che integri l'esperienza esterna ed interna e formi il confine tra la superficie corporea e gli stati interni.* I confini esterni del corpo divengono più specifici e maggiormente delimitati. La risonanza genitoriale empatica e le interazioni reciproche formano le sensazioni interne ed esterne in distinte funzioni dell'immagine corporea. I confini del corpo definiscono cosa è "me" e cosa è "non me"; l'esperienza interna del bambino diventa unificata, non più un collezione di parti.

c) *L'integrazione dell'io corporeo come contenitore dell'io psicologico, che formi un senso di identità e continuità.* Intorno ai 15-18 mesi, quando il bambino scopre sé stesso davanti allo specchio, ha inizio un nuovo livello di consapevolezza di sé; il bambino capisce di non essere un'estensione della madre, ma di iniziare dove la madre finisce, di avere un suo proprio corpo.

Il consolidamento di una stabile rappresentazione mentale del proprio corpo in questo periodo è un'importante chiave di sviluppo. La seguente sintesi del sé corporeo col sé psicologico procura al bambino un'esperienza di unità interna e di continuità nel tempo e nello spazio.

Con l'inizio delle operazioni concrete intorno ai 6 anni e con il consolidarsi dell'abilità astratta, si definiscono meglio il senso di separazione tra il sé e l'oggetto ed una più distinta ed accurata immagine corporea. Quest'ultima deve svilupparsi accuratamente mentre il corpo matura e deve essere integrata con lo sviluppo del sé psicologico. Consiste in un gruppo di immagini incentrato sulle esperienze corporee; è un composto concettuale di tutte le modalità sensoriali, un processo che passa attraverso gradualmente cambiamenti maturazionali attorno ad un nucleo coesivo.

I primi arresti evolutivi nel processo di costruzione di una stabile immagine corporea risultano come conseguenza ad interazioni maladattive con i primi caretakers. Esempi di importanti interazioni negative sono:

- *eccessiva invadenza*. I genitori troppo invadenti si sforzano di restare psicologicamente uniti ai loro figli, impedendo loro il piacere del controllo sulla propria vita e provocando la disgregazione della loro individuazione; quando questo comportamento è abbastanza estremo da produrre l'arresto dello sviluppo, il sé corporeo e l'immagine corporea vengono percepiti come indistinti, indifferenziati e mescolati con l'immagine genitoriale.
- *assenza di risonanza empatica*. Quando i confini corporei non sono accuratamente definiti attraverso le carezze ed il contatto dei genitori, il bambino non può sviluppare un sicuro confine corporeo o una salda consapevolezza sensoriale. Lo sviluppo del bambino e la consapevolezza del sé corporeo saranno incomplete e l'immagine corporea risulterà distorta.
- *discordanza della risposta*. Può accadere ad esempio che la madre ignori gli stimoli emotivi del bambino, rispondendo solamente ai bisogni ed ai dolori fisici. Il bambino così comincerà a percepire e ad organizzare le sue esperienze attorno al dolore allo scopo di ottenere attenzione ad affetto da parte della madre. Questo modo di sperimentare il sé corporeo e psicologico attraverso il dolore si radica nella personalità del bambino e nelle sue modalità di interazione, e questo risulterà in una predisposizione ad espressioni psicosomatiche.

La prospettiva cognitivo-comportamentale

Le ricerche più recenti sull'immagine corporea derivano dai paradigmi psicologici cognitivo e/o comportamentale.

Il punto di vista cognitivo-comportamentale attinge ad una durevole tradizione di idee ed evidenze empiriche che pone l'accento sui processi di apprendimento sociale e sulla mediazione cognitiva di comportamenti ed emozioni.

Come afferma Thomas F. Cash (1997), è utile compiere inizialmente una distinzione tra fattori storici e fattori prossimali, quali elementi che regolano lo sviluppo dell'immagine corporea.

I primi si riferiscono agli eventi e alle esperienze passate, che predispongono il modo in cui le persone giungono al pensiero ed agiscono nei confronti dei loro corpi. Importanti tra questi fattori la socializzazione culturale, le esperienze interpersonali, le caratteristiche fisiche e gli attributi della personalità.

In base a questo modello, attraverso vari tipi di apprendimento sociale, i fattori storici infondono gli schemi e gli atteggiamenti principali dell'immagine corporea, includendo la valutazione (quindi la soddisfazione o l'insoddisfazione per il proprio corpo) ed il grado di investimento (cioè l'importanza cognitiva, comportamentale ed emozionale del corpo per la stima di sé).

I fattori prossimali fanno invece riferimento agli eventi di vita correnti ed includono l'elaborazione di schemi relativi all'apparenza, i dialoghi interni (quali i pensieri, le interpretazioni, le conclusioni), le emozioni dell'immagine corporea ed i comportamenti adattivi ed auto-regolatori. La distinzione tra eventi storici e prossimali è utile per differenziare il precedente apprendimento cognitivo sociale dalle più vicine esperienze e reazioni dell'immagine corporea. Gli eventi prossimali vengono immagazzinati per contribuire alla storia dell'immagine corporea di una persona.

Nelle persone esiste una sorta di "curva reciprocamente interattiva", la quale connette gli eventi esterni (quindi i fattori ambientali) ai fattori personali interni (fattori cognitivi, affettivi e processi fisici) ed ai comportamenti propri dell'individuo.

E' necessario prendere in considerazione i diversi fattori in maniera più precisa:

a) *La socializzazione sociale*: i messaggi culturali creati dai media trasmettono principi ed aspettative riguardanti l'apparenza fisica, ad esempio quali caratteristiche fisiche sono o non sono valutate positivamente, influenzando il pensiero delle persone. Questi principi

interiorizzati favoriscono l'acquisizione degli atteggiamenti di base dell'immagine corporea, che portano le persone a reagire in modi diversi e particolari agli eventi della vita.

b) Le esperienze interpersonali: attraverso le interazioni tra i membri della famiglia, gli amici e gli altri pari, viene trasmessa la maggiorparte delle aspettative e delle opinioni. Sono soprattutto i commenti e le critiche ad esprimere ed a stabilire uno standard potenziale attraverso cui un bambino comincia a confrontare sé stesso.

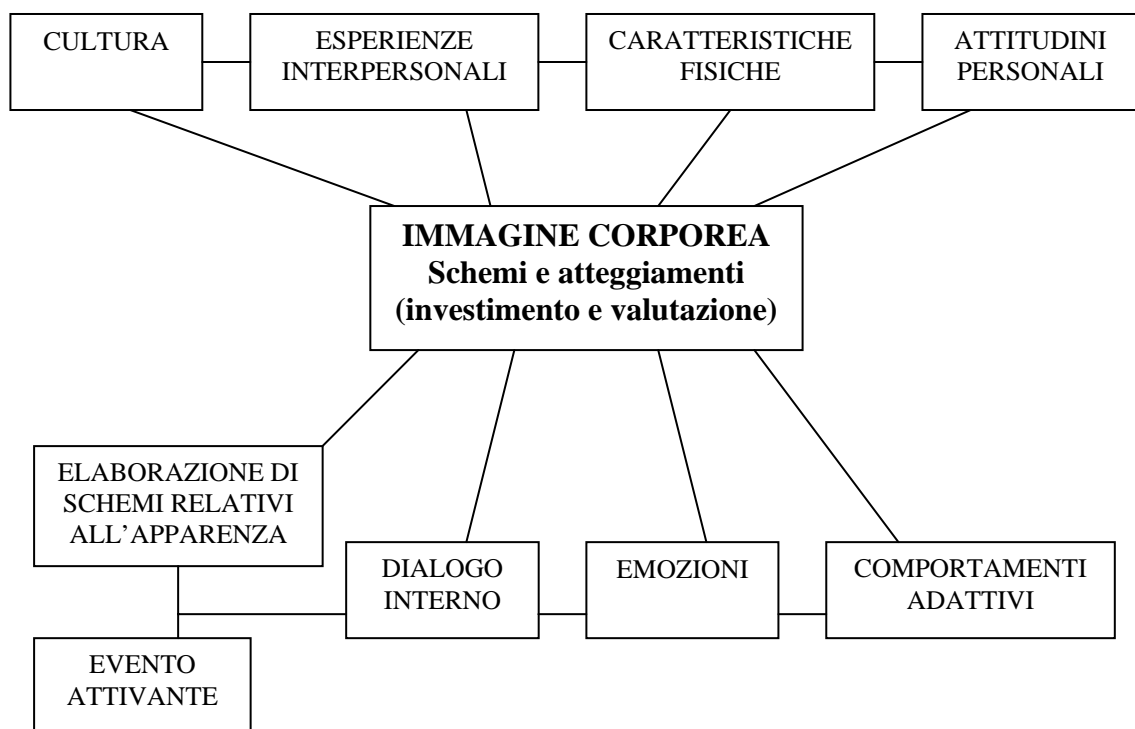
c) Le caratteristiche fisiche: l'accettabilità sociale della propria apparenza fisica ha un forte impatto su come la persona viene trattata dagli altri. La valutazione della propria immagine corporea dipende in gran parte dalla stima di sé che deriva dagli standard interiorizzati. Ad esempio, l'obesità in età giovanile spesso ha un impatto avverso e durevole sulla valutazione dell'immagine corporea.

d) Gli attributi della personalità: l'autostima può essere considerato il più importante tra questi fattori. Una visione positiva di sé può facilitare lo sviluppo di una valutazione positiva anche del proprio corpo e serve da "paraurti" contro gli eventi che minacciano l'immagine corporea. Una bassa autostima al contrario potrebbe aumentare la vulnerabilità della propria immagine corporea. Un altro fattore della personalità importante è il perfezionismo, che porta l'individuo a misurare il proprio valore in base al raggiungimento di ideali fisici troppo impegnativi.

Le influenze storiche ed evolutive sopra descritte predispongono la persona all'acquisizione di alcuni atteggiamenti dell'immagine corporea, che fungono da costrutti organizzativi centrali nell'azione reciproca di processi cognitivi, emozionali e comportamentali. I due elementi attitudinali più importanti sono l'investimento e la valutazione dell'immagine corporea. Per investimento si intende l'importanza cognitiva-comportamentale che le persone attribuiscono alla propria apparenza. La valutazione fa invece riferimento alle opinioni positive o negative riguardo la propria apparenza (ad esempio soddisfazione o insoddisfazione corporea), e deriva dal grado di discrepanza tra le proprie caratteristiche fisiche percepite e l'aspetto ritenuto ideale.

Esistono specifici eventi attivanti, tra i quali l'esposizione del corpo, l'esposizione allo specchio, i feedback sociali, le situazioni di confronto con gli altri, l'indossare alcuni vestiti, il pesarsi, fare attività fisica, stati d'animo negativi, cambiamenti corporei ecc., che attivano l'elaborazione di schemi relativi all'apparenza. Questi eventi risultano poi in dialoghi interni (pensieri, interpretazioni, conclusioni, etc. riguardo il proprio aspetto), che riflettono errori e distorsioni, come il pensiero dicotomico, il ragionamento emozionale, confronti inadeguati con modelli sociali, inferenze arbitrarie, generalizzazioni eccessive, personalizzazioni

eccessive, amplificazione dei difetti, minimizzazione delle risorse; a questi seguono le emozioni, che generalmente sono disforiche, caratterizzate da vergogna e senso di colpa. Per far fronte a questi pensieri ed emozioni che generano stati d'animo negativi, la persona attiva dei comportamenti adattivi e delle strategie cognitive, ad esempio comportamenti di evitamento e negazione del corpo, rituali di controllo della propria apparenza (body checking) e strategie compensatorie.



La prospettiva informativo-processazionale

Trattando il problema dell'immagine corporea correlato ai disturbi alimentari, diversi autori nel corso degli ultimi dieci anni hanno utilizzato un modello cognitivo informativo-processazionale.

L'immagine corporea viene da essi considerata un tipo di bias cognitivo; deriva da uno schema il quale include le riserve di memoria legate all'atto di mangiare e alla forma

corporea, facilmente accessibili per il recupero della memoria stessa. Il modello afferma che questo schema di sé attira l'attenzione della persona verso il proprio corpo e verso gli stimoli legati al cibo portandola ad interpretare in maniera errata gli eventi che la riguardano, spingendola a focalizzarsi sulla propria grassezza. Un'immagine corporea disturbata quindi risulta essere un bias cognitivo, il più simile alle deviazioni interpretazionali selettive: le persone giungono ad una conclusione basata sull'evidenza, ma questa conclusione non è condivisa dalla maggioranza delle altre persone. Il modello assume che i bias cognitivi avvengono inconsciamente e che il soggetto sperimenta la cognizione come "reale".

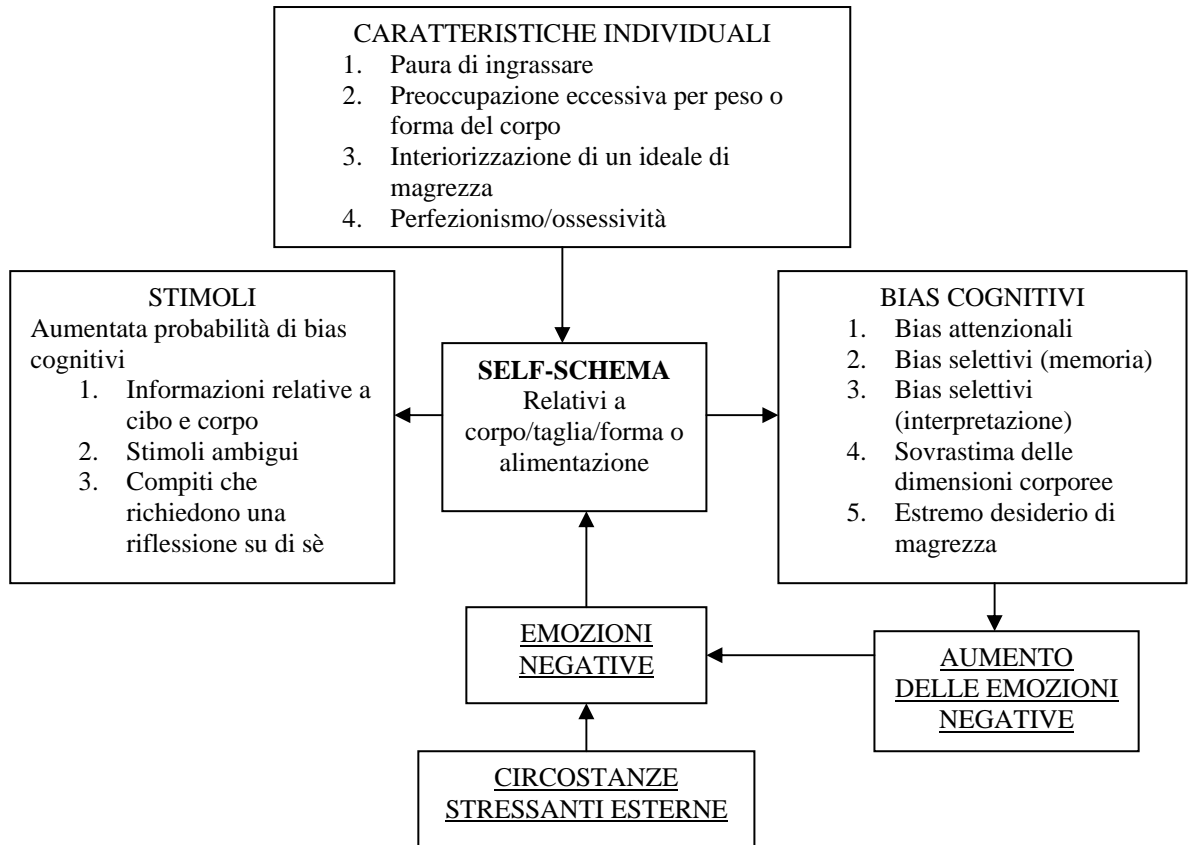
Per alcuni "soggetti suscettibili" esistono alcuni tipi di stimoli che hanno maggiore probabilità di generare bias cognitivi: ad esempio le informazioni legate al corpo ed al cibo; alcuni stimoli ambigui; compiti che richiedano al soggetto riflessioni su di sé. Questo genere di stimoli attiva facilmente lo schema legato al cibo ed alla forma corporea.

Le persone maggiormente suscettibili a questi bias cognitivi presentano alcune caratteristiche, tra le quali una forte paura di ingrassare, un'esagerata preoccupazione per la propria forma corporea, l'interiorizzazione di una misura corporea ideale molto magra, la presenza di ossessioni ed una forte tendenza al perfezionismo.

L'unione di queste condizioni porta alla creazione di bias cognitivi: bias attenzionali, bias riguardanti la memoria selettiva, bias selettivi interpretazionali, la sovrastima della propria misura corporea ed una spinta estrema alla magrezza.

In base a questo modello, i bias cognitivi incrementano nel soggetto l'emozione negativa, che interagendo con lo schema di sé aumenta a sua volta la probabilità che gli stessi bias cognitivi vengano generati, e porta di conseguenza alla formazione di un'immagine corporea disturbata. Si genera così una sorta di circolo che partendo dai bias cognitivi, attraverso l'attivazione dell'emozione negativa che spinge a sua volta verso l'attivazione dello schema legato alla forma corporea, porta inevitabilmente alla creazione di ulteriori bias cognitivi.

Questa reazione di ritorno può risultare in una costante sensazione di angoscia legata alle informazioni riguardanti il proprio corpo; può essere sperimentata dalla persona come un'ossessione. Thompson e Heinberg (1999) si riferiscono a questo processo parlando di "effetto uragano".



La prospettiva femminista

La teoria femminista sostiene che l'insoddisfazione corporea vissuta dalle donne non può essere considerata la conseguenza di una patologia individuale, ma un sistematico fenomeno sociale.

Questa teoria fa riferimento alla “costruzione del corpo” come concetto utile a comprendere l'esperienza corporea delle donne e il suo legame con le relazioni di potere tra uomo e donna. Le società sono il punto centrale di questa prospettiva. Le società occidentali ad esempio individuano una dualità tra la mente ed il corpo; alla prima sono associati gli uomini, al corpo le donne. I corpi degli uomini inoltre vengono visti come gli standard in base ai quali i corpi delle donne vengono giudicati, e quest'ultimi, messi in paragone, vengono costruiti come devianti. Ciò può essere constatato esaminando i valori e le pratiche culturali della società. Ad esempio, il corpo che i media dipingono come attraente, è magro e muscoloso; questa tipologia corporea è più comune negli uomini piuttosto che nelle donne. Il corpo femminile maturo, quando presenta grasso a livello dei fianchi e delle cosce, non è considerato attraente. L'associazione delle donne con il corpo, e questa presunta devianza del corpo femminile, creano il contesto per l'esperienza corporea femminile. E' un contesto che incoraggia la

costruzione delle donne e delle ragazze come oggetti da guardare e da giudicare, in base a quanto i loro corpi aderiscono agli standard culturali. Questa “costruzione” inizia presto, quando le ragazze giovani cominciano ad essere lodate per il loro aspetto esteriore ed imparano ad essere giudicate in base a come appaiono agli occhi esterni. Le donne cominciano un po’ alla volta a dipendere dal giudizio e dall’approvazione degli altri.

Questa teoria non prende in considerazione la patologia individuale, ma sottolinea in modo particolare il ruolo del contesto sociale nell’insoddisfazione femminile. Il contesto sociale, in cui le donne sono definite oggetti da guardare e gli standard corporei in realtà irraggiungibili sono considerati normali, rende comprensibile l’esperienza corporea negativa delle donne.

Questa concezione femminista ha avuto un impatto importante sulla ricerca psicologica riguardante l’immagine corporea. Un importante concetto tratto da questa prospettiva femminista è quello dell’ OBC, Objectified Body Consciousness, ovvero coscienza corporea oggettivata, il quale include tre elementi fondamentali: la *sorveglianza corporea*, *l’interiorizzazione degli standard corporei culturali* e le *credenze sul controllo dell’aspetto fisico* (McKinley, 1998, 1999; McKinley e Hyde, 1996).

Quando si parla di sorveglianza corporea ci si riferisce all’atto di guardare sé stessi con gli occhi di un osservatore esterno. Le ricerche a riguardo (Fredrickson e Roberts, 1997) mostrano che se le persone prestano attenzione al modo in cui sono percepite dagli altri, esse cercano di soddisfare gli standard corporei ideali; se questi standard non vengano raggiunti, le persone provano emozioni negative e diventano ancora più suscettibili all’influenza del pensiero degli altri.

La seconda sfaccettatura dell’OBC è l’interiorizzazione degli standard corporei culturali. Quando una donna interiorizza questi standard, comincia a sperimentarli come se provenissero dai suoi stessi desideri; questo rende difficile la possibilità di cambiarli. Predispose inoltre le donne a connettere la conquista degli standard culturali con il proprio valore personale, che verrà quindi misurato in base a quanto questi sono soddisfatti. Più le donne riescono ad avvicinarsi alla forma corporea ideale, più sperimentano un senso di potere; provano invece un senso di vergogna se ciò non accade.

Infine, l’ultimo componente dell’OBC, le credenze sul controllo dell’aspetto fisico, rappresenta la garanzia che, con uno sforzo, gli standard corporei culturali possono essere raggiunti. Essi devono essere ritenuti raggiungibili. Queste credenze possono procurare alle donne conforto per lo stress procurato dai tentativi di raggiungere gli standard impossibili, e un senso di competenza nel riuscire a controllare il proprio corpo.

4. Aspetti evolutivi

Le fasi di sviluppo delle rappresentazioni corporee

L'esperienza corporea è da considerare in una prospettiva evolutiva, legata allo sviluppo neurologico, affettivo e sociale. Esistono sei stadi principali nel processo di acquisizione dell'esperienza corporea (Lis, Venuti e Basile, 1990)

La nascita: Il neonato percepisce il proprio corpo in maniera vaga, globale, indifferenziata. Meltzoff e Moore (1994, 1995) sostengono comunque che nel neonato esiste un primo schema corporeo che gli permetterà di riconoscere gli altri uomini e di imitarli.

Il terzo mese: In questa fase emerge l'interesse del bambino per l'esterno e per il proprio corpo, ma non riesce ancora a distinguere sé dal mondo circostante (Wallon, Piaget e Mahler, 1954, 1967, 1982). È l'attività della bocca a mediare tra i suoi bisogni e l'esterno. Proprio in questo periodo d'età si verificano le prime risposte del bambino ai "riflessi" (Zazzo, 1997).

Il sesto mese: È in questa fase che ha inizio la differenziazione fra sé e il mondo esterno; il bambino si rende conto di ciò che può essere sede di sensazioni e ciò che invece non lo è. Zazzo colloca in questo mese il riconoscimento del riflesso dell'altro.

Dal sesto al dodicesimo mese: Ha inizio la sperimentazione del bambino sul corpo e sul mondo esterno; l'intuizione del corpo è ancora molto primitiva e inoltre il bambino non è ancora in grado di integrare le diverse parti del suo corpo nell'unità della personalità fisica. Identifica meglio le forme corporee sugli altri che su sé stesso. Zazzo mostra l'interesse del bambino nell'esplorare sia col tatto che con la vista il riflesso allo specchio e la sua fonte.

Dal dodicesimo al ventiquattresimo mese: Il bambino scopre il mondo oggettivo. La rappresentazione compare intorno ai 18 mesi (Piaget) ed è legata allo sviluppo motorio (Wallon, 1954). Margaret Mahler (1982) afferma che sempre a partire dai 18 mesi i bambini imparano a denominarsi guardandosi allo specchio, per Boulanger-Balleyguier (1967) invece questa capacità non emerge prima dei 21 mesi.

Dai tre anni all'adolescenza: Il bambino durante il terzo anno di vita giunge ad una totale coscienza di sé e riesce a riconoscere la propria immagine allo specchio. Martinelli (1974) però sottolinea che l'unione delle parti del corpo non è ancora completa. È dopo i 5 anni che il bambino capisce che gli altri possiedono le sue stesse parti del corpo, ed è fra i 6 e i 7 anni che diviene più preciso l'orientamento spazio-temporale. Durante l'adolescenza avvengono diverse trasformazioni nello sviluppo fisico, fisiologico e biochimico, che coinvolgono direttamente sia il corpo che le sue rappresentazioni.

L'immagine corporea nell'infanzia e nell'adolescenza

L'immagine corporea è legata alla propria globale autostima ed una negativa immagine corporea quando si è piccoli può facilmente condurre allo sviluppo della depressione e dei disturbi alimentari. Questo genere di disturbi presenti solitamente nell'adolescenza è radicato nell'immagine corporea del periodo dell'infanzia.

Già ad 11 anni circa, età in cui solitamente frequentano la scuola elementare, i bambini valutano la propria immagine corporea attraverso diverse misure che includono elementi riguardanti caratteristiche del viso, dei capelli, o del globale aspetto fisico; altre misure tendono invece a focalizzarsi in modo più specifico sul peso e sulla forma corporea, esaminano l'intera figura del corpo, alcune parti specifiche di esso, oppure il modo in cui un bambino si preoccupa di essere o di poter diventare grasso. Può accadere che un bambino risulti insoddisfatto del proprio aspetto fisico anche quando le misure di valutazione predirebbero il contrario (Smolak, 1996).

All'incirca il 40% delle bambine ed il 25% dei bambini delle scuole elementari sono insoddisfatti dell'aspetto del proprio corpo e desidererebbero essere più magri. Sembra che anche bambine con un peso inferiore alla norma risultino preoccupate di essere troppo grasse (Smolak, 1996). Può accadere che già all'età di sei anni alcuni bambini esprimano preoccupazioni riguardanti il proprio peso.

Per quanto riguarda i bambini, sembra che essi vivano il periodo dell'infanzia più positivamente rispetto alle bambine. Anche se a livelli inferiori, anch'essi possono sperimentare un calo della soddisfazione corporea durante gli anni della scuola elementare, ma la motivazione riguarda il fatto che si sentono troppo piccoli. Spesso infatti i bambini delle scuole elementari vorrebbero essere più grandi, desiderio più marcato durante l'infanzia che durante l'adolescenza.

I sentimenti riguardanti la propria immagine corporea interiorizzati durante l'infanzia si riflettono poi sui disturbi presenti nelle ragazze adolescenti.

Durante l'adolescenza l'immagine corporea può avere una forte influenza sullo sviluppo psicologico ed interpersonale, soprattutto tra le ragazze. Circa il 40-70% delle ragazze adolescenti, quindi di età che varia dai 12 ai 17 anni, sono insoddisfatte di due o più aspetti del loro corpo. Il loro disagio è concentrato nelle zone del corpo che presentano la maggiore quantità di tessuto adiposo, quindi i fianchi, la pancia, le natiche o le cosce (Smolak e Levine, 1996).

In diverse città sviluppate, tra il 50% e l'80% delle ragazze adolescenti desidererebbero essere più magre e tra il 20% ed il 60% riportano di ricorrere spesso alla dieta. Sembra quindi che l'insoddisfazione per il peso e per la propria forma corporea sia una caratteristica normativa per le adolescenti.

Lo sviluppo puberale delle ragazze appartenenti a questa fascia d'età è solitamente accompagnato da un aumento del peso. Si tratta di un normale processo biologico che però porta la forma corporea delle ragazze ad allontanarsi dagli standard ideali dominanti e di conseguenza al declino della soddisfazione delle ragazze per la loro globale apparenza corporea.

In questo periodo diversi altri cambiamenti evolutivi influenzano, e sono a loro volta influenzati, dall'immagine corporea; oltre allo sviluppo puberale inizia ad emergere la sessualità, la formazione della propria identità, avviene l'intensificazione del ruolo legato al proprio genere, e si cominciano ad esplorare le diverse possibilità di riuscita nella vita. La transizione puberale accentua sicuramente i precedenti problemi e le già esistenti vulnerabilità delle ragazze, conducendo facilmente ad un'immagine corporea negativa.

La connessione tra autostima ed immagine corporea è più forte durante l'adolescenza che negli altri periodi della vita. Un'immagine corporea negativa in genere viene associata a diverse caratteristiche della personalità, come appunto una bassa stima di sé, depressione, ansia, paura di una valutazione negativa, tendenze ossessivo-compulsive. Quindi nell'adolescenza la presenza di un'immagine corporea negativa aumenta il rischio di depressione o la rafforza nelle ragazze che ne sono già colpite, ed è una buona predittore di cronici, anche se non clinici, disturbi alimentari che possono presentarsi nell'età adulta.

Come rilevato dall'analisi compiuta da Schoenfeld (1966), da Martinelli (1974) e dagli studi più recenti (Levine, Smolak e Hayden, 1994; Levine, Smolak e altri, 1994) alcuni elementi psico-socio-fisiologici hanno una forte influenza sullo sviluppo delle rappresentazioni corporee sia nell'infanzia che nell'adolescenza:

- *Fattori psicosociali.* Tra questi un ruolo importante è giocato dai genitori e dai pari. Essi possono favorire la nascita delle preoccupazioni del bambino nei confronti del proprio aspetto esteriore e la tendenza a sviluppare una bassa stima corporea; i primi commentando e criticando l'aspetto dei loro bambini, spesso spingendoli a dimagrire o comunque a controllare il peso; i secondi, tramite insistenti prese in giro.

Durante l'adolescenza invece è molto importante il modo in cui l'ambiente sociale circostante reagisce ai cambiamenti del corpo e come l'adolescente interpreta queste reazioni. Il ragazzo infatti, essendo piuttosto vulnerabile in questa fase, accetterà come reali le valutazioni che gli

altri danno di lui, quindi anche in questa fase d'età gli atteggiamenti dei genitori e dei pari giocano un ruolo importante nella formazione di un'immagine corporea negativa.

- *Il temperamento.* E' stato attestato che alcuni tipi di personalità possono predisporre a disturbi dell'immagine corporea ed a disordini alimentari. Sicuramente l'insoddisfazione corporea, la preoccupazione per il peso ed i livelli d'ansia e di emozioni negative correlati alla costante spinta verso la magrezza sono caratteristiche della personalità che contribuiscono allo sviluppo di problemi dell'immagine corporea. Durante l'adolescenza avviene una ristrutturazione della personalità ed è facile che in questo periodo distorsioni della rappresentazione corporea comportino problemi di diverso genere (emotivi, di comportamento, ecc.)

- *Fattori biologici.* Ad esempio l'indice di massa corporea. Nel momento in cui risulta elevato, può facilmente contribuire allo sviluppo di un'immagine corporea negativa. Da quando sono ancora molto piccoli i bambini interiorizzano i pregiudizi delle società verso le persone grasse e quindi spesso già durante la scuola elementare i bambini sovrappeso riportano una maggiore insoddisfazione corporea, anche se questo non comporta necessariamente la diminuzione della loro autostima, almeno fino all'adolescenza.

Nell'adolescenza le ragazze hanno una certa difficoltà ad accettare il proprio corpo. La causa sono i rapidi cambiamenti che lo coinvolgono (acne, sovrappeso, ecc.), e che possono influenzare psicologicamente il ragazzo e generare ansia e disagio.

5 Il contesto socio-culturale

Il contesto sociale e culturale gioca un ruolo fondamentale nella costruzione dei principali modelli di riferimento a cui si ispira gran parte delle persone per ciò che riguarda il comportamento alimentare ed il modo di valutare la propria immagine corporea.

Come riportato da Luxardi e Ostuzzi (2003), nelle culture occidentali è ormai attestato che la valorizzazione della magrezza, in quanto principale attributo della bellezza, ha un ruolo primario nello sviluppo dei disturbi alimentari. Un esempio si può trovare nelle attuali Miss Italia, il cui indice di massa corporea è molto spesso vicino a valori che possono far parlare di anoressia. Il riuscire a perdere chili è oggi considerato un esempio di forza di volontà e determinazione. Una donna che riesce a raggiungere il peso ritenuto ideale si sente bella, forte e vincente; avere qualche chilo di troppo equivale invece a sentirsi brutti e perdenti.

Uno studio condotto su ragazze elette Miss America negli anni dal 1958 al 1987 mostra che nel 1958 la disparità esistente tra il peso ideale e quello reale della popolazione non era tanto

ampia quanto lo è oggi. Nei nostri anni è difficile non sentirsi insoddisfatti del proprio corpo quando si opera un confronto con i modelli ideali dominanti. L'estetica del bello e del magro è diventata la chiave interpretativa del valore sociale.

I mass media mostrano sempre più spesso immagini di ragazze ideali, apparentemente perfette, le quali in realtà per ottenere e mantenere tale il loro aspetto ricorrono a continue restrizioni alimentari, a dure sedute in palestra, ma soprattutto all'aiuto del trucco e spesso di qualche ritocco estetico. Il merito quindi non è attribuibile solamente alla buona volontà.

Questi modelli quasi sempre irraggiungibili possono diventare per le ragazze i punti di riferimento in base ai quali giudicare il proprio valore. Il confronto porta il più delle volte a provare una forte insoddisfazione personale.

E' ormai certo che le persone con disturbi alimentari basano l'autostima non sulle proprie qualità intellettive o morali, ma sul peso e sulla forma del proprio corpo. Per molte ragazze l'approvazione sociale è considerata una priorità; soddisfare gli standard ideali dominanti è il primo obiettivo da raggiungere per poter piacere a sé ed agli altri. L'etica della vita diventa in questo modo l'estetica del corpo. Essere belli significa essere magri, essere magri equivale a valere come persone.

Questa pressione verso un aspetto fisico bello e sensuale viene recepita sempre più precocemente. Un studio recente su 1200 bambine dagli 8 ai 12 anni svolto dall'Istituto di Ricerca Girl Scout in America ha rilevato che per la maggiorparte delle bambine ciò che più conta è la propria immagine: per sentirsi adeguate bisogna essere alte, belle e magre. Rifiutano in un certo senso di essere come dovrebbero normalmente essere alla loro età, assumendo ruoli e comportamenti tipici di età più avanzate, che faticano però a gestire. Questo inevitabilmente sviluppa in loro un senso di ansia e disorientamento.

Un elemento importante del contesto socioculturale è il cambiamento avvenuto negli ultimi cinquant'anni nel rapporto con il cibo. I prodotti in commercio sono sempre di più, sempre più invitanti e stuzzicanti ed è difficile resistervi. Inoltre vi è il fatto che il più delle volte si mangia perché si deve, se e quando se ne ha voglia, e spesso l'atto del mangiare è associato al combattere l'ansia e la depressione. Questo può condurre ad un rapporto alterato con il cibo, ad un alternarsi di digiuni, abbuffate o altri comportamenti che alla lunga conducono al disturbo alimentare.

Svariati tipi di dieta vengono ormai pubblicizzati su ogni genere di rivista, i media sottolineano continuamente la facilità del perdere peso e l'idea che questo possa fare bene. Gli esperti al contrario affermano che la modificazione del peso corporeo senza un controllo medico è una pratica dannosa.

Se il controllo del cibo diventa un'ossessione, è possibile rispondere ad essa solo seguendo schemi molto rigidi che a loro volta possono comportare piccole o grandi perdite del controllo; è molto facile così giungere al disturbo alimentare.

CAPITOLO III: IMMAGINE CORPOREA E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

1 *Aspetti diagnostici*

Cos'è l'immagine corporea negativa

Non c'è un chiaro accordo sul significato del concetto di "immagine corporea negativa"; solitamente viene equiparato al concetto di "insoddisfazione corporea o della propria immagine corporea". Ci si riferisce più precisamente alla percentuale di persone osservate che riportano insoddisfazione verso proprie determinate caratteristiche fisiche, ad esempio il peso, la forma corporea, i lineamenti del viso, ecc. In questo senso, una negativa immagine corporea implica una forte insoddisfazione per alcuni aspetti della propria apparenza fisica (Cash, 2001). L'essere scontenti di una parte del proprio corpo non significa necessariamente essere insoddisfatti dell'intera immagine di sé. Può accadere però che un singolo difetto venga da qualcuno percepito come elemento che disturba l'aspetto fisico globale.

Nel 1992 Kevin Thompson propose la seguente definizione di "disturbo dell'immagine corporea": "...uno stato persistente di insoddisfazione, preoccupazione e disagio correlato ad un aspetto dell'apparenza. Un certo grado di malfunzionamento nelle relazioni sociali, nelle attività sociali o nel funzionamento lavorativo deve essere presente".

Questo disturbo può provocare la percezione distorta di alcune immagini del proprio aspetto fisico, come la sensazione di avere un difetto in realtà inesistente, o percepire determinate caratteristiche come molto più grandi di quello che in realtà sono. Un classico esempio di distorsione dell'immagine corporea è la persona anoressica che ritiene fermamente di apparire grassa, oppure quella bulimica che, nonostante la precedente perdita di peso, continua a vedersi grassa.

Almeno la metà dei pazienti con disturbi del comportamento alimentare sovrastimano significativamente la propria taglia corporea (Collins, 1987; Horne, Van Vactor, Emerson, 1991); questo solitamente è provocato da stati d'animo negativi, dal consumo di cibi ritenuti ipercalorici, dal vedere immagini di donne magre attraverso i mass media, dal periodo

premenstruale o dall'indicazione di valutare la propria taglia sulla base dei sentimenti (Taylor e Cooper, 1992; Crisp e Kalucy, 1974).

Chi presenta un'immagine corporea negativa si sentirà maggiormente preoccupato nelle situazioni sociali, durante le quali si aspetta di essere attentamente scrutato dalle altre persone; questa sensazione genera ansia, imbarazzo e vergogna poiché la persona teme che il suo aspetto fisico esteriore possa rivelare agli altri alcune sue inadeguatezze personali.

La rivista *Psychology Today*, condotta nel 1972 da Berscheid, nel 1986 da Cash e nel 1997 da Garner, ha messo in evidenza che nel corso degli ultimi 25 anni l'immagine corporea negativa è diventata sempre più comune per entrambi i sessi.

Strumenti di valutazione

C'è poca concordanza tra i giudizi riguardanti la valutazione diagnostica dei disturbi dell'immagine corporea. Ci sono stati diversi tentativi di elaborazione di metodi oggettivi di valutazione (Fisher, 1986; Cash e Pruzinsky, 1990; Thompson, 1995). Si può comunque affermare che i questionari più utilizzati in questo campo sono per lo più test che valutano la presenza e l'importanza di alcuni atteggiamenti e comportamenti tipici dei disturbi alimentari. Tra questi test i più utilizzati sono l'Eating Attitudes Test (EAT), l'Eating Disorders Inventory (EDI) ed il Body Attitudes Test (BAT).

L'EAT è un questionario costruito su pazienti anoressiche ma usato anche su soggetti non clinici. Presenta due versioni: una a 40 items, somministrata solitamente a gruppi non clinici, calcolando poi il punteggio totale; l'altra a 26 items, basata su un'analisi fattoriale che individua tre fattori: dieta, bulimia e preoccupazione per il cibo, controllo orale. Gli items presentano una scala Likert a 6 punti, "sempre", "molto spesso", "spesso", "qualche volta", "raramente", "mai", a cui vengono assegnati i rispettivi punteggi 3, 2, 1, 0, 0, 0.

E' stato inoltre individuato un punteggio cut-off di 30 per la versione a 40 items, di 20 per quella a 26 items, che fornisce un'indicazione per individuare i soggetti con disturbo alimentare o a rischio di sviluppo: i soggetti con punteggio sopra 30 sono considerati "a rischio".

L'EAT è in grado di discriminare soggetti "restrictor" da soggetti con crisi bulimiche (sottoscala "Bulimia e preoccupazione per il cibo"), e i soggetti anoressici da quelli bulimici normopeso (l'anoressia ha un punteggio più alto nel fattore "Controllo orale").

L'EDI fu costruito per valutare più accuratamente le caratteristiche psicologiche associate alla presenza dei disturbi alimentari. E' composto da 64 items, divisi in 8 sottoscale: desiderio di

magrezza, bulimia, insoddisfazione corporea, consapevolezza introcettiva, senso di incapacità, paure maturative, perfezionismo, differenze interpersonali. Le prime 4 si riferiscono agli aspetti correlati ai disturbi alimentari, le altre 4 invece agli aspetti psicologici più generali.

Il punteggio viene attribuito tramite la scala Likert a 6 punti.

Questo test è forse il più usato per le buone proprietà psicometriche sia in soggetti con disturbi dell'alimentazione che in gruppi non clinici.

Il BAT fu costruito prima degli altri due e misura gli atteggiamenti verso il corpo osservati nelle ragazze con anoressia e bulimia. E' composto da 20 items, raggruppati in 3 sottoscale: attenzione per la taglia corporea, mancanza di familiarità con il proprio corpo, insoddisfazione corporea nel confronto con gli altri. Il punteggio totale viene calcolato sommando i 20 items ed attribuendo i seguenti punteggi: 5 per "sempre", 4 per "molto spesso", 3 per "spesso", 2 per "qualche volta", 1 per "raramente" e 0 per "mai". Questo test viene usato anche per valutare la frequenza di atteggiamenti disturbati verso il proprio corpo nei gruppi non clinici.

Il fattore "attenzione per la taglia" è correlato al peso corporeo nei soggetti normali, aumentando col crescere del sovrappeso, mentre questa correlazione non esiste nei soggetti con disturbi dell'alimentazione.

Una variabile rilevante non presa in considerazione dagli altri test è la "mancanza di familiarità con il proprio corpo", spesso infatti i soggetti mostrano alterazioni del vissuto corporeo che presentano aspetti talvolta vicini alla dissociazione (ad esempio sentirsi estranei al proprio corpo).

In aggiunta a questi tre test, una delle ultime scale costruite per valutare il disagio relativo all'immagine corporea è la BUT (Body Uneasiness Test), una scala di autovalutazione che esplora: insoddisfazione per il corpo e per il peso, comportamenti di evitamento e di controllo compulsivo, vissuti di distacco e di estraneità rispetto al proprio corpo, preoccupazioni specifiche per determinate parti, caratteristiche o funzioni corporee.

Inizialmente vengono registrate, tramite colloquio, le affermazioni più tipiche dei soggetti con disturbi alimentari riguardo i fattori elencati sopra. Su questa base viene costruito il questionario, composto da 34 items clinici ed un elenco di 37 parti, caratteristiche o funzioni corporee. I soggetti assegnano ad ogni item un punteggio su una scala Likert a 6 punti (0-5, da "mai" a "sempre"). I risultati vengono sottoposti ad analisi fattoriale. Tramite questo procedimento sono emersi 5 fattori: fobia dell'aumento di peso (paura di essere o diventare grassi), preoccupazione eccessiva per il proprio aspetto fisico, evitamento (comportamenti di evitamento legati all'immagine corporea), controllo compulsivo (rituali di controllo dell'aspetto), depersonalizzazione (vissuti di distacco ed estraneità).

La valutazione dell'immagine corporea dei bambini (fino ai 12 anni) utilizza altri tipi di test, per descrivere i quali è necessario distinguere tra componenti percettive, che includono giudizi inaccurati sulla propria taglia corporea, e componenti attitudinali, che includono l'insoddisfazione per la taglia e la forma corporea.

Una tecnica percettiva comunemente usata è quella della proiezione di immagini tramite video. L'immagine normale del bambino viene proiettata su uno schermo ed il bambino deve adattare la dimensione dell'immagine, allargandola oppure snellendola, premendo i bottoni del mouse. Il computer poi misura l'ammontare della sottostima o della sovrastima del giudizio del bambino.

Con questa tecnica i ricercatori possono usare delle procedure psicofisiche, tra le quali il metodo dello stimolo costante. Lo sperimentatore può distorcere la larghezza dell'immagine proiettata e poi chiedere al bambino di giudicare se è troppo larga o troppo sottile. Il punto in cui il bambino giudica che l'immagine proiettata è uguale alla propria immagine corporea è chiamato "punto di uguaglianza soggettiva" (PSE, Point of Subjective Equality), ed indica l'ammontare della distorsione percepita. Un altro valore a cui si giunge con questo metodo è la "soglia di differenza" (JND, Difference Threshold), che indica quanto cambiamento deve avvenire nella misura corporea del bambino prima che egli noti tale cambiamento. E' un indicatore della sensibilità del bambino ai cambiamenti nella propria misura corporea.

La maggiorparte degli studi sull'immagine corporea dei bambini utilizza disegni figurati, una tecnica che esclude la misurazione della componente percettiva.

Si tratta di disegni schematici di figure rappresentanti solitamente profili o silhouettes corporee, utili a misurare l'insoddisfazione dei bambini per la propria taglia. I disegni dei corpi dei bambini vengono allineati, disposti in base alla taglia, da quello sottopeso a quello sovrappeso. Il bambino deve selezionare la figura che rappresenta la sua misura corporea e la figura che dipinge invece la sua misura ideale. La differenza tra le due figure costituisce l'indice di discrepanza e rappresenta l'insoddisfazione corporea.

Il limite di questa tecnica sta nel fatto che non permette di determinare l'estensione alla quale la discrepanza riflette un giudizio accurato oppure distorto sulla taglia corporea reale.

Esistono diverse scale di figure usate per valutare la componente attitudinale nei bambini:

- a) La scala di Collins (1991), che utilizza le figure di 7 maschi e 7 femmine;
- b) la "Kids' Eating Disorder Survey" (Childress, Brewerton, Hodges, Jarrel, 1993), che usa le figure di 8 maschi e 8 femmine, più un questionario contenente domande relative alla propria forma corporea ed al comportamento relativo al cibo;

- c) la “Body Image Assessment-Children” (Veron-Guidry, Williamson, 1996), che usa 2 scale, una di bambini e una di preadolescenti, composte da nove figure di maschi e femmine;
- d) la “Body Image Scale” (Sands, Tricker, Sherman, Armatas, Maschette, 1997), che presenta 7 profili laterali di ragazzi e ragazze preadolescenti;
- e) la scala di Tiggerman e Pennington (1990), composta da 9 figure di bambini e adolescenti.

2 Come si presenta nei disturbi alimentari

Immagine corporea ed Anoressia Nervosa

Il disturbo dell'immagine corporea è una delle caratteristiche più comuni dell'anoressia nervosa.

Come sostiene Garner (2000), l'insoddisfazione corporea ed una forte preoccupazione per il proprio aspetto fisico sono le più rilevanti e immediatamente precedenti variabili che conducono allo sviluppo del disturbo. L'anoressia nervosa infatti è stata descritta in termini di deficit percettivo collegato alla stima della propria misura corporea.

Il costrutto dell'immagine corporea, incluso nei criteri diagnostici dell'anoressia nervosa nella quarta edizione del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), è considerato un importante fattore di rischio per lo sviluppo dell'AN (Cash e Deagle, 1997). Anche dopo lo ristabilimento del peso, la maggiorparte dei pazienti anoressici continua a preoccuparsi eccessivamente del proprio peso e della propria forma corporea. I pazienti che riescono a guarire affermano che il problema dell'immagine corporea è il maggior impedimento ad un cambiamento durevole.

Garner (2000) afferma che ci sono state due linee primarie di ricerca nella natura specifica e nella misurazione del disturbo dell'immagine corporea nell'anoressia nervosa. La prima ipotesi propone una distorsione percettiva della misura corporea per la quale il paziente percepisce male la reale taglia del proprio corpo; la seconda invece propone un disturbo cognitivo-valutativo caratterizzato da insoddisfazione corporea o disprezzo per il proprio corpo.

Per quanto riguarda la prima ipotesi, più di 30 anni fa Hilde Bruch descrisse la percezione distorta della misura corporea come una caratteristica centrale dell'anoressia nervosa. La discrepanza tra la reale apparenza di una persona e l'immagine mentale del suo corpo fornisce

evidenza clinica alla presenza di un disturbo percettivo. Nonostante comprendano intellettualmente di essere sottopeso, molte persone con anoressia nervosa sembrano sovrastimare la taglia del loro corpo.

Le osservazioni cliniche hanno fatto emergere due diverse misure operazionali di percezione errata della taglia corporea: procedure di valutazione della taglia di parti del corpo, che include la stima della larghezza e della profondità di specifiche aree del corpo (ad esempio il viso, il torace, i fianchi,...); tecniche di valutazione che includono la stima della taglia del corpo intero.

Lo studio di Cash e Deagle (1997) mostrò che le tecniche di valutazione dell'intero corpo producevano differenze di stima maggiori rispetto al metodo delle diverse parti corporee. Il motivo viene attribuito al fatto che la tecnica del corpo intero implica una diretta esposizione all'immagine di sé, invece che una stima indiretta della larghezza di una parte del corpo.

La persona sperimenta un aumento dell'esperienza emozionale negativa correlata alla misura del corpo ed un ampliamento della distorsione della misura corporea.

Nell'anoressia nervosa l'errata percezione della dimensione corporea predice livelli più alti di psicopatologia, tra i quali una perdita del controllo, una bassa forza dell'io, più alti livelli di depressione, introversione, ansia, anedonia fisica, pensiero atipico, problemi alimentari, ed inoltre conduce ad insuccessi del trattamento del disturbo, mancanza di progresso clinico e scarsi risultati clinici. L'errata sovrastima della taglia corporea è instabile nell'anoressia nervosa e può essere provocata da stati d'umore negativi, dalla vista di donne magre attraverso i mass media, ecc.

Smeets e i suoi colleghi hanno proposto due possibili spiegazioni per la sovrastima della taglia nell'anoressia nervosa. La prima consiste in una semplice percezione visiva errata; in questo caso la persona recupera dalla memoria visiva una più grassa immagine di sé stesso, e la stima della propria taglia rifletterà questa immagine. La seconda spiegazione attribuisce una percezione sbagliata della misura corporea alla ricostruzione di rappresentazioni visive basate su particolari pensieri e sentimenti. Il distorcere la misura dell'immagine corporea visiva è una funzione della memoria piuttosto che della percezione.

Quindi l'incapacità delle persone anoressiche di percepire sé stesse in modo corretto dovrebbe essere correlato al danneggiamento della simmetria emisferica nell'immagazzinare le rappresentazioni visive del proprio corpo oppure ad una danneggiata interazione tra gli emisferi.

E' possibile affermare che la sovrastima della dimensione corporea rappresenta una forma di errore di processazione dell'informazione, la quale riflette un giudizio cognitivo piuttosto che un evento percettivo.

La seconda linea di ricerca, che prende in considerazione il disturbo cognitivo-valutativo, mette in rilievo il concetto di insoddisfazione corporea.

Nell'anoressia nervosa i fattori culturali, evolutivi, familiari e relativi alla personalità sono forti determinanti dell'insoddisfazione corporea. Sia la prospettiva femminista che quella cognitiva-comportamentale enfatizzano il contesto culturale nella formazione delle credenze e dei sentimenti riguardo il proprio aspetto fisico. Le donne a causa della pressione culturale verso la magrezza giungono a credere che tutti i sentimenti personali siano legati al proprio peso e che il conseguimento della magrezza aiuti ad aumentare l'autostima.

Le pressioni culturali e l'insoddisfazione corporea conducono all'espressione dei disturbi alimentari solo in una frazione della popolazione. Infatti è assunto che la vulnerabilità cognitiva all'anoressia nervosa ha le sue origini solamente in alcune personalità o tratti del temperamento, quali le ossessioni, il perfezionismo, la rigidità, così come le variazioni nei sistemi neurali che influenzano lo stile cognitivo e la lavorazione delle informazioni.

L'insoddisfazione corporea si traduce in credenze disfunzionali riguardo al proprio peso e alla propria forma, quali "L'essere magri è un segno di autocontrollo e autodisciplina", oppure "Il mio valore è misurato in base a quanto sono magro". Una volta che queste credenze sono emerse, vengono mantenute dalla ragione basilare, dagli errori di lavorazione delle informazioni, quali l'attenzione selettiva, i bias confermativi e la rigidità cognitiva.

Alcune credenze idiosincratiche divengono inesorabilmente legate al rinforzo positivo o negativo associato al successo o al fallimento dei comportamenti di controllo del peso. Una volta ottenuta la perdita di peso, il processo viene ulteriormente mantenuto dai "sintomi della fame" attitudinali, emozionali e psicologici, che sostengono le credenze idiosincratiche ed i comportamenti di controllo del peso.

Immagine corporea e Bulimia Nervosa

Come affermato da Stice (2001), il disturbo dell'immagine corporea è considerato uno dei più potenti fattori di rischio per lo sviluppo ed il mantenimento della bulimia nervosa.

Il costrutto dell'immagine corporea fa riferimento a tre concetti fondamentali:

- 1) Interiorizzazione di un'idea di immagine corporea in base a com'è dipinta socio-culturalmente (solitamente l'ideale di magrezza promosso dai mass media).

2) Valutazione soggettiva negativa della propria apparenza fisica, che equivale all'insoddisfazione corporea.

3) Percezione distorta della propria immagine corporea.

I disturbi dell'immagine corporea sorgono soprattutto in risposta a pressioni culturali che spingono verso gli ideali di magrezza spesso irraggiungibili promossi dai media, dai familiari e dai pari; questi ideali vengono interiorizzati dalla persona, che comincerà ad investire esageratamente sulla propria apparenza, credendo che il raggiungimento della magrezza possa condurre a molti benefici sociali ed interpersonali, quali una maggiore accettazione personale o più possibilità di successo nella carriera. Nel momento in cui l'ideale fisico tanto ricercato risulta impossibile da raggiungere, la persona sperimenterà una forte insoddisfazione corporea; è assunto che un'elevata adiposità contribuisca all'insorgere dell'insoddisfazione corporea a causa della discrepanza con l'ideale immagine di magrezza.

Una forte interiorizzazione di questi ideali può favorire la comparsa di errori nella lavorazione delle informazioni, che risultano in distorsioni dell'immagine corporea.

I disturbi dell'immagine corporea aumentano il rischio d'insorgenza della patologia bulimica attraverso due sostanziali meccanismi. Il primo riguarda il fatto che l'insoddisfazione per la propria immagine corporea e la distorsione percettiva conducono a diete molto restrittive, ritenute un'efficiente tecnica di controllo del peso. Può accadere che per compensare la privazione di calorie le persone violino le rigide regole della dieta e si abbuffino, dando vita ad un ciclo di astinenza-violazione che talvolta conduce al sovrappeso; è così che ha inizio e viene mantenuto il disturbo della bulimia nervosa.

Per quanto riguarda il secondo possibile meccanismo, i teorici hanno parlato di negativa regolazione emotiva. Si ritiene infatti che le distorsioni percettive dell'immagine corporea contribuiscano all'emergere di emozioni negative poiché l'apparenza è considerata un dimensione valutativa centrale per le donne della cultura occidentale; c'è il rischio che le persone comincino ad abbuffarsi per ottenere conforto e distrarsi da queste emozioni negative. A questo spesso seguono comportamenti compensatori, quali vomito auto-indotto, atti a ridurre l'ansia provocata dal peso acquistato in seguito al cibo eccessivo assunto.

Stice quindi sottolinea la correlazione positiva esistente tra i concetti di insoddisfazione corporea, distorsione dell'immagine corporea, dieta, emozioni negative e patologia bulimica.

Immagine corporea ed Obesità

Come sostengono Schwartz e Brownell (2000), è ampiamente diffusa l'idea che le persone obese provino sentimenti negativi nei confronti del proprio corpo; questa assunzione riflette certamente il forte stigma delle società verso le persone obese: è pensiero comune che dovrebbero vergognarsi perché il loro peso eccessivo è causato da errori caratteriali, quali pigrizia, ingordigia e mancanza di controllo.

L'obesità risulta correlata ad un'infelice immagine corporea, ma in realtà non tutte le persone obese sono afflitte dalla loro condizione fisica, e tra quelle che lo sono, il grado di afflizione varia considerevolmente.

E' importante capire il ruolo di un'infelice immagine corporea nella vita delle persone obese. Essa non solo causa dolore psicologico, ma può anche rappresentare una prognosi negativa per il trattamento dell'obesità, poiché persiste di fronte alla perdita di peso e talvolta aumenta le possibilità di ricaduta.

Friedman e Brownell (1995) compirono un'analisi allo scopo di identificare i maggiori fattori di rischio associati al disagio per la propria immagine corporea, gli elementi che possono predire quali persone obese sperimenteranno più probabilmente difficoltà psicologiche.

- *Binge Eating Disorder*. Il BED è una categoria diagnostica identificata dall' Associazione Psichiatrica Americana nel DSM-IV.

Le persone con BED sembrano essere un sottogruppo della popolazione obesa che sperimenta un maggiore dolore psicologico (depressione, ansia, abuso di sostanze e disturbi della personalità) rispetto alle persone obese non colpite da BED, risultando quindi più insoddisfatte e preoccupate per il loro peso e la loro forma corporea (Wilfley, Shwartz, Spurrel e Fairburn 2000).

In uno studio di Milkewick e Cash (2000) risultò che più alti livelli di BED erano correlati ad un'immagine corporea negativa per le donne sovrappeso, tanto quanto per quelle che non lo sono mai state.

- *Età d'esordio dell'obesità*. Sembra esistano delle differenze tra gli individui che si trovano in uno stato di sovrappeso fin da bambini e quelli che lo diventano in età adulta. Il supporto empirico a riguardo presenta conclusioni alquanto contrastanti.

Gli studi di Fairburn e colleghi (1998) e di Grilo e colleghi (1994) mostrarono che l'obesità in età infantile rappresenta un grosso fattore di rischio e che le donne obese fin da bambine presentavano un livello più alto di insoddisfazione per il proprio corpo. Questi studi supportano l'idea che l'inizio precoce dell'obesità sia legato ad un'infelice immagine corporea.

Al contrario altri studi, come quello di Jackson e colleghi (2000) e quello di Adami e colleghi (1998), dimostrarono che tutti i gruppi di donne obese (con esordio di obesità nell'infanzia, nell'adolescenza ed in età adulta) erano simili nel livello di soddisfazione corporea, nella presenza di patologie alimentari e nel generale funzionamento psicologico.

- *Stigma e discriminazione.* C'è sempre più consapevolezza dell'oppressione sociale presente nei confronti delle persone obese, le quali possono interiorizzare questi sentimenti negativi e colpevolizzare se stessi di suscitare queste reazioni nelle altre persone, finendo col giustificarle. Milkewicz e Cash (2000) trovarono che la stigmatizzazione era fortemente associata ad un'immagine corporea negativa e che più è marcata verso gli obesi, maggiore risulta la loro ansia sociale, la depressione, la bassa autostima e l'insoddisfazione verso la loro vita.

Lo studio di Myers e Rosen (1999) mostrò che le persone che affrontavano la situazione utilizzando come difesa strategie negative (pianti, isolamento, brutte parole verso sé stesse, esitamento o abbandono della situazione) erano maggiormente insoddisfatte dei loro corpi; le persone che al contrario usavano strategie positive (rifiuto di nascondere il proprio corpo, amarsi ed accettarsi) riportavano una più alta stima di sé, ma non miglioramenti nell'immagine corporea.

- *Critiche genitoriali e prese in giro durante l'infanzia.* Le prese in giro relative all'aspetto fisico rappresentano un particolare tipo di stigmatizzazione nel periodo dell'infanzia. Sono fortemente correlate all'immagine corporea della persona, all'autostima e alla depressione. A queste si aggiungono sicuramente le critiche dei genitori sul peso del figlio, che possono provocare effetti molto dannosi sull'immagine corporea del bambino.

- *Il ciclo del peso.* Si tratta dell'esperienza di perdere e recuperare ripetutamente il peso; è prevalente tra le persone obese. Sembra che chi perde e recupera peso diverse volte, sperimenti il doppio del disagio. Friedman, Schwartz e Brownell (1998) fecero una distinzione tra l'esperienza soggettiva di sé stesso in quanto persona che compie un ciclo di peso e il grado di fluttuazione del peso. Le persone con una visione soggettiva di sé stesse sembrano essere maggiormente insoddisfatte del proprio corpo e della propria vita ed avere un'autostima più bassa.; la quantità di peso perso e recuperato invece non è collegato al grado di angoscia psicologica.

- *Forte investimento nell'apparenza.* Le persone che investono la maggiorparte delle energie sul proprio aspetto fisico, è più probabile che sperimentino sentimenti d'angoscia nei confronti della propria immagine corporea.

- *Genere*. Le donne sia adolescenti che adulte risultano più infelici del proprio corpo rispetto agli uomini. Il livello di insoddisfazione è ancora maggiore per le donne obese. Anche se l'associazione tra obesità e immagine corporea negli uomini ha ricevuto minor attenzione empirica, c'è evidenza per il fatto che gli uomini sovrappeso non sperimentano necessariamente angoscia verso il proprio corpo allo stesso modo delle donne obese.

L'immagine corporea nella dismorfofobia

Il BDD, anche conosciuto dismorfofobia, è un disturbo dell'immagine corporea che sembra essere piuttosto comune tra la popolazione, sebbene gli sia stato dedicato poco studio scientifico (Phillips, 2000).

Come riportato nei criteri della quarta edizione del DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), il BDD implica una forte preoccupazione per un immaginato difetto del proprio aspetto fisico; se è realmente presente una leggera anomalia fisica, la preoccupazione delle persone è marcatamente eccessiva. Questa preoccupazione causa un disagio clinicamente significativo oppure un danneggiamento delle aree di funzionamento sociale e/o occupazionale.

Il BDD è classificato come un disturbo somatico.

Le persone che presentano questo disturbo sono preoccupate a causa della convinzione che alcuni aspetti della loro apparenza non siano attraenti, siano deformati, o in qualche modo "sbagliati", quando in realtà il difetto percepito è minimo o addirittura inesistente. Ogni parte del corpo può rappresentare il bersaglio d'interesse della persona.

La dismorfofobia muscolare è un tipo di BDD nel quale le persone (solitamente gli uomini) si preoccupano che la loro forma corporea sia troppo piccola e debole mentre in realtà sono muscolosi e forti.

Le preoccupazioni solitamente sono associate ad una bassa autostima, a sentimenti di vergogna e imbarazzo, alla sensazione di essere indegni ed alla paura di venire rifiutati.

Quasi tutte le persone con BDD compiono comportamenti ripetitivi e compulsivi con l'intento di esaminare o fissare il percepito difetto, nascondere od ottenere rassicurazione riguardo ad esso, ma il più delle volte invece di diminuire l'ansia, questo genere di comportamenti aumentano e mantengono il disagio provocato dalla preoccupazione riguardante l'immagine corporea.

Il BDD colpisce sia uomini che donne, e può insorgere sia durante l'infanzia che durante l'adolescenza. La maggior parte delle volte è accompagnato da altri disturbi mentali,

soprattutto da depressione, abuso di sostanze, fobia sociale, disturbi della personalità o ossessivo-compulsivi.

Nonostante il fatto che la disforia dell'immagine corporea sia una caratteristica centrale di questo disturbo, Phillips afferma che si hanno in realtà poche conoscenze a riguardo.

In uno studio di Hardy del 1982 i pazienti con BDD confrontati con soggetti di controllo senza la malattia risultavano meno soddisfatti della loro immagine corporea e ritenevano il proprio corpo inaccettabile; sovrastimavano la bellezza dei visi altrui, sottostimando invece il proprio fascino.

Per quanto riguarda la distorsione dell'immagine corporea sembra non essere chiaro se la visione dei pazienti del loro aspetto fisico sia basata su un'anormale processazione sensoriale o un'insoddisfazione attitudinale/ cognitivo-valutativa. Osservazioni cliniche suggeriscono che almeno alcuni soggetti con BDD operano un'anormale processazione sensoriale, sperimentando un'illusione ottica o un'allucinazione.

Al contrario, gli studi di Thomas e Goldberg del 1995, e di Jerome del 1991 rilevarono che i pazienti con BDD possono avere una percezione più accurata delle proporzioni del corpo rispetto a quella dei soggetti di controllo, non supportando così la possibile presenza di un deficit della processazione sensoriale primaria.

Sembra inoltre che pazienti con BDD abbiano un deficit della memoria verbale e non verbale, dovuto a disfunzioni organizzative, che implicano un'esagerata attenzione a stimoli minori o irrilevanti.

Atteggiamenti nei confronti del corpo

La maggiorparte dei pazienti con disturbi alimentari mostrano due particolari atteggiamenti nei confronti del proprio corpo: l'evitamento ed il body checking.

Il primo fa riferimento alla tendenza delle persone ad evitare tutto ciò che può attirare l'attenzione degli altri sul loro aspetto fisico, quindi particolari attività (ad esempio allenarsi, uscire senza truccarsi, avere relazioni sessuali,ecc), particolari situazioni (ad esempio andare in spiaggia o in palestra) oppure le persone attraenti. In alcuni casi, questo comportamento è talmente estremo che la persona si sente costretta a rimanere chiusa in casa. Sono invece più comuni i casi in cui la persona partecipa alle diverse situazioni sociali, ma riesce a trovare dei metodi per evitare una totale esposizione del proprio corpo in pubblico, ad esempio indossando determinati vestiti oppure contorcendo la postura del corpo ed i propri movimenti in modo da nascondere il difetto percepito. Solitamente questi comportamenti di evitamento

sono più probabili qualora la persona si trovi a mangiare in pubblico. Può accadere infatti che faccia ricorso a qualche completo molto attillato, se la sua intenzione è quella di non mangiare; oppure potrebbe semplicemente evitare di mangiare completamente, così da non attirare l'attenzione sul proprio aspetto fisico.

Quando si parla di body checking si fa riferimento alla tendenza a controllare continuamente il proprio corpo, esaminando il percepito difetto allo specchio, pesandosi in modo ripetitivo, occupandosi in ossessivi rituali di cura del proprio aspetto, oppure cercando conferme e rassicurazioni da parte delle altre persone. Un'altra comune forma di comportamento di controllo nei pazienti con disturbi alimentari è il confronto della propria apparenza con quella degli altri (Toro, Salamelo e Martinez, 1994). Sebbene i confronti con le immagini femminili provenienti dai mass media siano frequenti, è più probabile che le donne preoccupate per il peso e la forma fisica confrontino sé stesse con le proprie pari (Heinberg e Thompson, 1992). E' difficile resistere a compiere questo tipo di comportamenti, in alcuni casi estremi il controllo del corpo può durare per diverse ore anche ogni giorno.

3 Trattamento dell'immagine corporea – la Terapia Cognitivo-Comportamentale

Nonostante esistano diversi generi di trattamento per il disturbo dell'immagine corporea (tra i quali occupa una posizione importante quello psicoeducazionale), mi sono soffermata sulle caratteristiche della terapia cognitivo-comportamentale.

Durante gli ultimi quarant'anni, il paradigma cognitivo-comportamentale emerse come una “quarta forza” nel campo della psicoterapia. Pur non derivando da un'unica prospettiva, i principi ed i valori dei sostenitori della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) includono quattro punti fondamentali (Cash, Strachan, 2002):

- 1- L'enfasi razionale posta sui punti di vista appresi delle persone riguardo il loro ambiente, gli eventi della loro vita, e loro stessi.
- 2- L'asserzione che la cognizione s'interpone tra il comportamento ed i cambiamenti comportamentali, come tra le emozioni ed i cambiamenti emotivi.
- 3- La convinzione che i processi cognitivi possano essere attaccati ed alterati.
- 4- L'apprezzamento della scienza psicologica per capire, prevenire e trattare i problemi della vita.

La terapia cognitivo-comportamentale ha acquisito una posizione centrale tra i diversi trattamenti dei disturbi psicologici supportati empiricamente, grazie alla propria fedeltà

scientifica. Ora è considerato un trattamento di prima qualità per molti disturbi, tra cui quelli dell'immagine corporea.

L'applicazione sistematica della CBT ai disturbi dell'immagine corporea ebbe inizio nel 1987, con uno studio di Butters e Cash, nel quale quindici donne insoddisfatte dei loro corpi furono trattate individualmente per sei settimane. Impararono le pratiche di auto controllo, di rilassamento, di risposta razionale alle distorsioni cognitive, le strategie per prevenire una ricaduta; al termine del trattamento queste donne divennero più soddisfatte della loro apparenza, valutavano in modo più positivo il loro aspetto e sperimentavano meno disagio emotivo quando guardavano il loro riflesso allo specchio.

Il programma della CBT per l'immagine corporea include alcuni punti principali (Cash, 1997):

- 1- Valutazioni di base degli aspetti chiave dell'immagine corporea, tramite misure scientifiche, per fissare specifiche mete per il cambiamento.
- 2- Processi di scoperta di sé stessi, quali l'esposizione allo specchio e la costruzione di un'autobiografia riguardante lo sviluppo della propria immagine corporea (Diario dell'Immagine Corporea), per capire quali eventi in passato hanno predisposto il soggetto alle vulnerabilità che hanno in seguito pervaso i suoi pensieri, emozioni e comportamenti divenuti durevoli.
- 3- Apprendimento di strategie di rilassamento della mente e del corpo per imparare a governare le emozioni in risposta ad una disforica immagine corporea. Queste pratiche sono applicate in esercizi di desensibilizzazione atti a favorire sollievo in relazione alla propria immagine corporea.
- 4- Identificazione delle assunzioni disfunzionali sull'apparenza; il soggetto impara ad essere consapevole dell'influenza di queste assunzioni.
- 5- Identificazione di particolari distorsioni cognitive nei loro discorsi personali sul proprio corpo e apprendimento di strategie per modificarle. I soggetti estendono i loro diari incorporandovi gli esercizi di ristrutturazione cognitiva per correggere queste distorsioni.
- 6- Apprendimento di strategie comportamentali, ad esempio graduali esposizioni allo specchio, per alterare i comportamenti di evitamento correlati all'immagine corporea e modificare i rituali di controllo del proprio aspetto.
- 7- Promozione di relazioni attive e positive con il corpo, tramite esercizi di "affermazione e abbellimento dell'immagine corporea" (rinforzo di alcune attività correlate alla forma e alla salute fisica, per piacere piuttosto che per riparare percepiti errori).
- 8- Rivalutazione dell'immagine corporea per verificare se sono stati raggiunti i cambiamenti prefissati, poi scegliere le nuove mete da modificare.

L'intervento cognitivo-comportamentale di maggiore utilità nella riduzione dell'insoddisfazione corporea sembra essere l'esposizione allo specchio. Questa tecnica fu utilizzata da Key nel 2002, in uno studio in cui mise a confronto il trattamento dell'immagine corporea, su donne ricoverate per DCA, con e senza l'uso ripetuto di esercizi di esposizione allo specchio.

In questo trattamento, lo specchio funge da innesco per le emozioni negative legate al corpo e permette di esplorare i processi sottostanti e mettere in discussione i nuclei di credenze negative su di sé. Il soggetto è costretto a confrontarsi con la sua intera immagine e l'input sensoriale della propria immagine gli provoca una forte ed immediata esperienza emozionale, associata ad una più facile identificazione dei nuclei di credenze centrali su di sé, sviluppatesi durante l'infanzia.

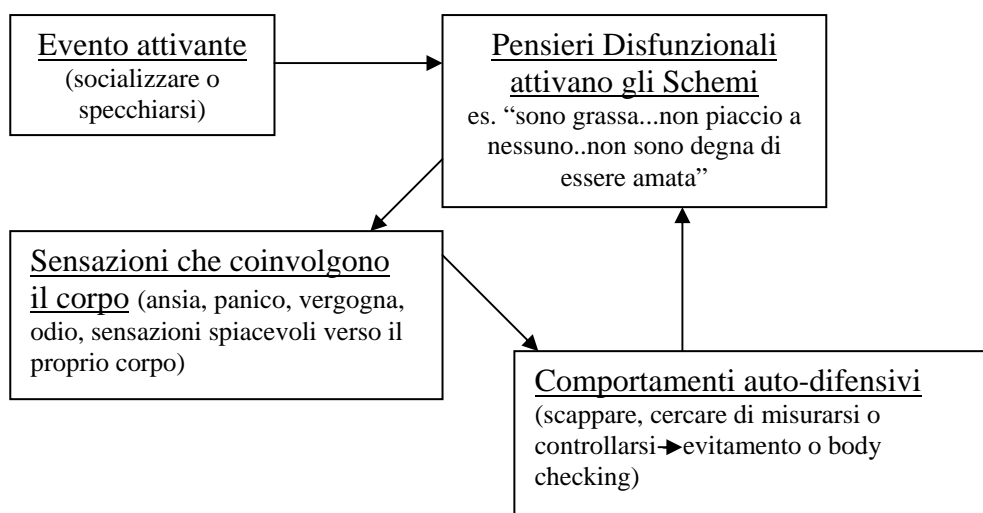
Queste emerse credenze sul sé hanno delle connotazioni negative che non si riferiscono direttamente all'apparenza fisica, ma alla propria identità.

In questo metodo si associano temporalmente input visivi ed emozioni negative legate al corpo con emozioni legate all'identità personale.

Molte pazienti durante le esposizioni riferivano pensieri ed emozioni dello specchiarsi in mezzo ad altre persone, mettendo così in rilievo quanto la loro presenza fosse importante; la persona allo specchio riesce infatti a comprendere la soggettività della propria prospettiva riguardo l'insoddisfazione corporea grazie al confronto delle emozioni negative e la discussione di gruppo in un clima di accettazione.

E' importante che la persona lavori in un clima di alleanza terapeutica e che possa controllare quest'esperienza.

In seguito a diverse esposizioni graduate le persone riescono lentamente a riconoscersi nella propria immagine riflessa.



CONCLUSIONI

Come abbiamo visto, il disturbo dell'immagine corporea può essere considerato l'aspetto più doloroso ed invalidante dei disordini alimentari; produce infatti intense emozioni negative che spesso sfuggono al trattamento. Infatti la risoluzione del disturbo alimentare non sempre risolve il problema dell'immagine corporea, ed è stato provato che la persistenza di questo disagio corporeo sembra essere un fattore predittivo di ricadute (Fairburn, 1993; Freeman, 1985; J.C. Rosen, 1990).

Per molti pazienti, il controllo alimentare rappresenta l'approccio più semplice per riuscire a ridurre l'insoddisfazione nei confronti della propria immagine corporea ed è riconosciuto che per la maggior parte di essi la parte più difficile del trattamento riguarda proprio il cambiamento della propria percezione del corpo (Rorty, Yager e Rossetto, 1993).

Nonostante questo, i programmi di trattamento per il disturbo del comportamento alimentare raramente si occupano di come modificare le rappresentazioni corporee, e quando lo fanno, sono molto meno efficaci di quanto lo siano nel modificare il comportamento alimentare (Rosen, 1996).

Il cambiamento dell'immagine corporea è una lotta continua per i soggetti con disturbi alimentari ed è per questo che mi trovo d'accordo sul fatto che i programmi di trattamento dovrebbero comprendere un lavoro sistematico sull'immagine corporea, che non si limiti alla valutazione di variabili quali l'insoddisfazione corporea, ma che prenda in considerazione tutti gli aspetti del disturbo, inclusi i ruoli situazionali, i comportamenti e gli atteggiamenti specifici.

Quando la letteratura riguardante l'immagine corporea ha iniziato a svilupparsi, a partire cioè dal tardo 1970, quando i disturbi alimentari cominciarono ad acquistare maggior rilevanza, l'attenzione veniva rivolta alla valutazione, alla patologia e allo sviluppo dell'immagine corporea, trascurando la possibilità di prevenzione e di modifica.

L'attenzione all'immagine corporea andrebbe prestata non solo in fase di cura, ma anche in fase di prevenzione, e questo, unito alla conoscenza della sua modificazione, potrebbe essere utile non solo alle persone che già presentano tali disturbi, ma anche a quelle persone che si trovano in una situazione a rischio.

BIBLIOGRAFIA

Luxardi G., Ostuzzi R., *Figlie in lotta con il cibo*, Baldini Castaldi Dalai, Milano (2003)

Cuzzolaro M., *Anoressie e bulimie*, il Mulino, Bologna (2004)

Molinari E., Riva G., *Psicologia clinica dell'obesità*, Bollati Boringhieri, Torino (2004)

Gull W.W., Lasègue E.C., *La scoperta dell'anoressia nervosa (antologia)*, Bruno Mondadori, (1998)

Russel G.M., *Bulimia nervosa: an ominous variant of Anorexia nervosa*, Psychological Medicine, 9, 429-448

Garner D.M., Garfinkel P.E., *Hand book of treatment for eating disorders*, The Guilford Press, New York, (1997)

Guaraldi G.P., *L'immagine del corpo: un concetto di confine. Introduzione*, Età evol., vol. 35, 52-59 (1990)

Kolb L., *Disturbances of the Body Image* (trad. It. *Disturbi dell'immagine corporea* in Arieti, (1959)

Schoenfeld W.A., *Body Image Disturbances in Adolescents*, Arch. Gen. Psichiat., vol. 15, 280-85 (1966)

Garner D., Garfinkel P.E., *Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa*, Psychol. Med., vol. 10, 647-56 (1980)

Federn P., *Ego Psychology and the Psychoses*, Basic Books, New York (1952)

Erikson E.H., *Childhood and Society*, Norton, New York (1950)

Fisher S., Cleveland S.E., *Body Image and Personality*, Dover Press, New York 1968

Bonnier P., *L'aschématie*, Rev. Neurol., vol. 13, 605-09 (1905)

Head H., *Aphasia and Kindred Disorders of Speech*, Cambridge University Press, Londra (1926)

Stunkard A.J., Mendelson M., *Disturbances in Body Image of Some Obese Person*, Am. J. Dietol., vol. 38, 57-63 (1961)

Casper R.C., Halmi K. et al., *Disturbances in Body Image Estimation as Related to Other Characteristics and Outcome in Anorexia Nervosa*, Br. J. Psychiat., vol. 134, 60-66 (1979)

Merleau-Ponty M., *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, Paris, (1945)

Galimberti U., *Il corpo. Antropologia, psicoanalisi, fenomenologia*, Feltrinelli, Milano, (1983)

Gallagher S., *Body Schema and Intentionality*, in Bermúdez, Marcel e Elian (1995)

Zazzo R., *La disintegrazione della nozione di schema corporeo*, Età evolutiva, vol. 35, 60-63 (1990)

Bruni R., *Body Image e disturbi del comportamento alimentare*, Arch. Psicol. Neurol. Psichiat., vol. 2, N.3, 309-19 (1995)

Head H., Holmes G., *Sensory disturbances from Cerebral Lesions*, Brain, vol. 34, 102 (1911)

Schilder P., *The Image and Appearance of the Human Body*, International Universities Press, New York, (1950)

Allamani A., Allegranzi P., Dei M., Rosselli M., *Immagine corporea: dimensioni e misure. Una ricerca clinica*, Arch. Psicol. Neurol. Psichiat., vol. 2, 171-95 (1990)

O'Shaughnessy B., *The Will: a Dual-Aspect Theory*, vol. I, Cambridge University Press, Cambridge, UK (1980)

Lackner J., *Some Proprioceptive Influences on the Perceptual Representation of Body Shape and Orientation*, Brain, vol. III, 281-97 (1988)

Garner D., Garfinkel P.E., *Body Image in Anorexia Nervosa: Measurement, Theory and Clinical Implications*, Int. J. Psychiat. Med., vol. II, 263-84 (1981)

Slade P.D., *Body Image in Anorexia Nervosa*, Br. J. psychiat. Res., vol. 153, supp. 2, 20-22 (1988)

Krueger D., *Body self and Psychological self: Developmental and clinical integration in disorders of the self*, New York: Brunner/Mazel (1989)

Gaddini R., *Formazione del Sé e prima realtà interna*, Riv. Psicoanal., N. 2, 206-25 (1976)

Cash T.F., *The Body Image Workbook: An 8-step program for learning to like your looks*, Oakland, CA: New Harbinger (1997)

Thompson J.K., Heinberg L.J., Altabe M., Tantleff-Dunn S., *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbances* (pp. 271-310), Washington, DC: American Psychological Association (1999)

McKinley, N.M., *Gender differences in body esteem: The mediating effect of objectified body consciousness and weight discrepancy*. Sex Roles, 39, 113-123 (1998)

McKinley N.M., Hyde J.S., *The objectified body consciousness scale: Development and validation*, Psychology of Women Quarterly, 20, 181-215 (1996)

Fredrickson B.L. e Roberts T., *Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks*. Psychology of Women Quarterly, 21, 173-206 (1997)

Lis A., Venuti P., Basile A.P., Finesso R., *Lo sviluppo dello schema corporeo, evoluzione del concetto in bambini dai 18 mesi ai 4, 5 anni*, Età evol., vol. 30, 23-33 (1988)

Meltzoff A.N. e Moore K.M., *Imitation in New Born Infants: Exploring the Range of Gestures Imitated and the Underlying Mechanisms*, Dev. Psychol., vol. 25, 954-62 (1989)

Wallon H., *Kinesthésie et image visuelle du corps propre chez l'enfant* (1954)

Piaget J., *La construction du réel chez l'enfant*, Delachaux e Niestlè, Paris (1967)

Mahler M. e McDevitt J., *Thoughts on the Emergence of the Sense of Self with Particular Emphasis on the Body-self*, J. am. Psychoanal. Ass., vol. 30, N.51, 827-48 (1982)

Boulanger-Balleyguier G., *Les étapes de la reconnaissance de soi devant le miroir*, Enfance, vol. 2, 91-116 (1967)

Martinelli R., *Il problema dell'immagine del corpo: contributi della neurologia, della psicoanalisi, della psichiatria, della psicologia genetica*, Arch. Psicol. Neurol. Psichiat., vol. 3, 281-305 (1974)

Levine M.P., Smolak L. e Hayden H., *The Relationship of Sociocultural Factors to Eating Attitudes and Behaviours among Middle School Girls*, J. early Adol., vol. 14, 472-91 (1994)

Smolak L., *Body Image Development in Children*, cap. 8, pp 65-72 (2002), tratto da Cash T., Pruzinsky T., *Body Image*, The Guilford Press, New York

Cash T.F., *A "Negative Body Image"*, *Evaluating Epidemiological Evidence*, cap. 31, pp.269-276 (2002), tratto da Cash T, Pruzinsky T., *Body Image*, The Guilford Press, New York

Collins J.K. et al., *Variability in body shape perception in anorexic, bulimic, obese, and control subjects*, International Journal of Eating Disorders, 6, 633-638 (1987)

Horne R.L., Van Vactor J.C., Emerson S., *Disturbed body image in patients with eating disorders*, American Journal of Psychiatry, 148, 211-215 (1991)

Taylor M.J., Cooper P.J., *Experimental study of the effect of mood on body size perception*, Behaviour Research and Therapy, 30, 53-58 (1992)

Crisp A.H., Kalucy R.S., *Aspects of the perceptual disorder in anorexia nervosa*, Journal of Medical Psychology, 47, 349-361 (1974)

Berscheid E. et al., *The Happy American body: A survey report*. Psychology Today, 7, 119-131 (1973)

Cash T.F., *The great American shape-up: body image survey report*, Psychology Today, 20, 30-37 (1986)

Garner D.M., *The 1997 body image survey results*, Psychology Today, 30, 30-44, 75-80, 84 (1997)

Fisher S., *Development and Structure of the Body Image*, Hillsdale NJ, Erlbaum (1986)

Cash T.F., Pruzinsky T., *Body Images: Development, Deviance and Change*, New York, Guilford (1990)

Thompson J.K., *Assessment of Body Image*, in D.B. Allison (Ed.), *Handbook of Assessment Methods for Eating Behaviours and Weight-Related Problems* (pp. 119-148), Thousand Oaks CA, Sage (1995)

Collins M., *Body figure perceptions and preferences among pre-adolescent children*, International Journal of Eating Disorders, 10, 191-208 (1991)

Childress A., Brewerton T., Hodges E., Jarrell M., *The Kids' Eating Disorders Survey (KEDS): A study of middle school students*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32, 841-850 (1993)

Veron-Guidry S., Williamson D., *Development of a body image assessment procedure for children and preadolescents*, International Journal of Eating Disorders, 20(3), 287-293 (1996)

Sands R., Tricker J., Sherman C., Armatas C., Maschette W., *Disordered eating patterns, body image, self-esteem, and physical activity in pre-adolescent school children*, International Journal of Eating Disorders, 21, 151-166 (1997)

Tiggerman M., Pennington B., *The development of gender differences in body-size dissatisfaction*, Australian Psychologist, 25, 301-311 (1990)

Garner D.M., *Body Image and Anorexia Nervosa*, cap. 34, pp. 295-303 (2002), tratto da Cash T.F., Pruzinsky T., *Body Image*, The Guilford Press, New York

Cash T.F., Deagle E.A., *The nature and extent of body image disturbance in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis*, International Journal of Eating Disorders, 22, 107-125 (1997)

Stice E., *A prospective test of the dual pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect*, Journal of Abnormal Psychology, 110, 124-135 (2001)

Schwartz M.B., Brownell K.D., *Obesity and Body Image*, cap. 23, pp. 200-209 (2002), tratto da Cash T.F., Pruzinsky T., *Body Image*, The Guilford Press, New York

Friedman M.A., Brownell K.D., *Psychological correlates of obesity: Moving to the next research generation*, Psychological Bulletin, 117, 3-20 (1995)

Wilfley D.E., Schwartz M.B., Spurrell E.B., Fairburn C.G., *Using the Eating Disorder Examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder*, International Journal of Eating Disorders, 27, 259-269 (2000)

Milkewicz N., Cash T.F., *Dismantling the heterogeneity of obesity: Determinants of Body Images and psychosocial functioning*. Poster presented at the convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans (2000)

Fairburn C.G., Doll H.A., Welch S.L., Hay P.J., O'Connor M.E., *Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study*, Archives of General Psychiatry, 55, 425-432 (1998)

Grilo C.M., Wilfely D.E., Brownell K.D., Rodin J., *Teasing, body image, and self-esteem in a clinical sample of obese women*, Addictive Behaviors, 19, 443-450 (1994)

Jackson T.D., Grilo C.M., Masheb R.M., *Teasing history, onset of obesity, current eating disorder psychopathology, body dissatisfaction, and psychological functioning in binge eating disorder*, *Obesity Research*, 8, 451-458 (2000)

Adami G.F., Gandolfo P., Campostano A., Meneghelli A., Ravera G, Scopinaro N., *Body image and body weight in obese patients*, *International Journal of Eating Disorders*, 24, 299-306 (1998)

Myers A., Rosen J.C., *Obesity stigmatization and coping: Relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem*, *International Journal of Obesity*, 23, 221-230 (1999)

Friedman M.A., Schwartz M.B., Brownell K.D., *Differential relation of psychological functioning with the history and experience of weight cycling: Psychological correlates of weight cycling*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 646-650 (1998)

Phillips K.A., *Body Image and Body Dysmorphic Disorder*, cap. 36, pp. 312-321 (2002), tratto da Cash T.Z., Pruzinsky T., *Body Image*, The Guilford Press, New York

Hardy G.E., *Body image disturbance in dysmorphophobia*, *British Journal of Psychiatry*, 141, 181-185 (1982)

Thomas C.S., Goldberg D.P., *Appearance, body image and distress in facial dysmorphophobia*, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 231-236 (1995)

Jerome L., *Body size estimation in characterizing dysmorphic symptoms in patients with body dysmorphic disorder (letter)*, *American Journal of Psychiatry*, 36, 620 (1991)

Toro J., Salamelo M., Martinez E., *Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa*, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 147-151 (1994)

Heinberg L.J., Thompson J.K., *Social comparison: gender, target importance ratings, and relation to body image disturbance*, *Journal of Social Behavior and Personality*, 7, 335-344 (1992)

Strachan M.D., Cash T.F., *Self-help for a negative body image: a comparison of components of a cognitive-behavioral program*, Behavior Therapy, 33, 235-251 (2002)

Key A.(2002) Trattamento del Disturbo dell'Immagine corporea nell'ambito di un programma di ricovero per anoressia nervosa: il ruolo dell'esposizione allo specchio, pp.6-8, tratto da *Alimenti e Comportamenti (periodico scientifico: nutrizione, disordini dell'alimentazione e obesità)*, num. 3 (2003)

Fairburn C.G., Preveler R.C., Jones R., Hope R.A., Doll K.A., Predictors of 12-month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 696-698 (1993)

Freeman R.J., Beach B., Davis R., Solyom L., The prediction of relapse in bulimia nervosa, *Journal of Psychiatric Research*, 19, 349-353 (1985)

Rosen J.C., *Body Image and eating disorders*, in T.F.C.T. Pruzinsky (Ed.), *Body Images: Development, deviance, and change* (pp. 190-214), Guilford, New York (1990)

Rorty M., Yager J. e Rossotto E., *Why and how Do Women Recover from Bulimia Nervosa? The Subjective Appraisal of Forty Women Recovered for a Year or more*, Int. J. Eating Dis., vol. 14, 249-60 (1993)

Rosen J.C., *Body Dismorphic Disorder: Assessment and Treatment*, in Thompson (1996)