



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica dello Sviluppo

Tesi di Laurea Magistrale

## ***Embodiment e body functionality appreciation come tecniche per promuovere un'immagine corporea positiva: una rassegna della letteratura***

Embodiment and body functionality appreciation as  
techniques for promoting a positive body image: a review  
of the literature

Relatrice: Prof.ssa Marta Ghisi

Correlatrice: Dott.ssa Silvia Cerea

Laureanda: Zorzetto Vera

Matricola: 1236046

Anno Accademico 2022/2023



# INDICE

<b>INTRODUZIONE</b> .....	1
<b>CAPITOLO 1 L’IMMAGINECORPOREA</b> .....	5
1.1 Immagine corporea: definizioni e cenni storici.....	5
1.2 Modelli esplicativi dell’immagine corporea.....	8
1.2.1 Teoria dell’oggettivazione.....	11
1.2.2 Modello tripartito di influenza.....	14
1.2.3 Modello cognitivo-comportamentale.....	17
1.3 Immagine corporea positiva: principali definizioni modelli.....	20
1.3.1 Componenti e stili di elaborazione cognitiva che favoriscono un filtraggio positivo delle informazioni.....	25
1.4 Correlazione tra immagine corporea positiva e qualità di vita.....	29
<b>CAPITOLO 2 LO SVILUPPO DI UN’IMMAGINE CORPOREA POSITIVA: FOCUS SUGLI INTERVENTI BASATI SULLA BODYFUNCTIONALITY</b> .....	31
2.1 Trattamenti cognitivo-comportamentali volti a favorire un’immagine corporea positiva.....	31
2.1.1 La terapia cognitivo-comportamentale (CBT).....	36
2.1.2 La dissonanza cognitiva.....	39
2.1.3 L’alfabetizzazione mediatica.....	41
2.1.4 Gli approcci CBT di terza ondata.....	44
2.1.5 Altri approcci di intervento.....	48
2.2 Il costrutto teorico di <i>body functionality</i> .....	50
2.2.1 Meccanismi che spiegano perché focalizzarsi sulla <i>body functionality</i> incrementa la soddisfazione corporea.....	52

<b>CAPITOLO 3 LO <i>YOGA</i> COME MEZZO PER PROMUOVERE L'<i>EMBODIMENT</i> E FAVORIRE UN'IMMAGINE CORPOREA POSITIVA.....</b>	<b>53</b>
3.1 Introduzione.....	53
3.2 Il costrutto teorico di <i>Embodiment</i> .....	54
3.2.1 <i>Developmental Theory of Embodiment</i> di Piran.....	59
3.3 Lo <i>yoga</i> come disciplina che coinvolge mente e corpo: definizioni e cenni storici.....	61
3.3.1 Effetti della pratica dello <i>yoga</i> sul benessere fisico, cognitivo ed emozionale della persona.....	62
3.4 Lo <i>yoga</i> come promotore di <i>positive embodiment</i> e <i>positive body image</i> .....	66
<b>CONCLUSIONI.....</b>	<b>77</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>83</b>





# Introduzione

L'immagine corporea è un costrutto multidimensionale che comprende percezioni, pensieri, emozioni e comportamenti della persona in riferimento alle proprie caratteristiche fisiche (Avalos et al., 2005; Cash & Pruzinsky, 2002; Spreckelsen et al., 2018); essa fa riferimento alla rappresentazione mentale, dinamica, che ciascun individuo possiede del proprio corpo (Schilder, 1935). In qualità di costrutto multidimensionale l'immagine corporea comprende componenti di diversa natura, strettamente correlate tra loro (Avalos et al., 2005; Thompson et al., 1999). Nello specifico, l'immagine corporea è caratterizzata da due dimensioni fondamentali: percettiva e attitudinale. La componente percettiva si riferisce alla misura in cui la persona è in grado di giudicare accuratamente il proprio aspetto fisico, sulla base delle dimensioni del proprio corpo; la dimensione attitudinale, invece, fa riferimento agli atteggiamenti (cognizioni, emozioni e comportamenti) legati all'immagine corporea. Le nostre esperienze di vita sono fortemente influenzate dal corpo in cui viviamo e dalla percezione che abbiamo di esso (Cash, 2003). Per tale motivo, promuovere lo sviluppo di un'immagine corporea positiva è diventata, nel corso dell'ultimo decennio, una questione fondamentale. La concettualizzazione teorica di immagine corporea positiva è stata costruita basandosi sui dati rilevati attraverso interviste a ragazze e ragazzi adolescenti (Frisén & Holmqvist, 2010) e giovani donne adulte (Wood-Barcalow, Tylka, & Augustus-Horvath, 2010), che si sono identificati/e come soddisfatti/e del loro aspetto fisico. Da questi studi sono emerse diverse componenti che aiutano a sviluppare e mantenere un'immagine corporea positiva: opinione positiva del proprio corpo, rispetto del corpo, sentimenti di gratitudine verso il proprio corpo, bassa adesione agli ideali sociali di attrattività e atteggiamento interiore positivo che influenza il comportamento e porta l'individuo ad avere un'ampia visione del concetto di bellezza (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). Nel presente lavoro di tesi sono stati approfonditi due costrutti che favoriscono la formazione e il mantenimento di un'immagine corporea positiva: l'*embodiment* e la *body functionality*. Si è cercato, inoltre, di individuare le principali tecniche *evidence-based* utilizzate per la promozione di un'immagine corporea positiva, sottolineando i risultati promettenti emersi dai programmi cognitivo-comportamentali basati sulla *body functionality*.

Il primo capitolo affronterà il costrutto multidimensionale di immagine corporea a partire da un breve *excursus* inerente alla sua evoluzione storica. Verranno descritte,

inoltre, le diverse componenti che rendono conto della complessità del costrutto psicologico oggetto di discussione. In primo luogo, sarà data rilevanza all'analisi delle caratteristiche positive dell'immagine corporea e all'impatto che esse hanno sul benessere psicofisico della persona, con particolare riferimento al fenomeno della *body appreciation*, della *body flexibility* e della *body functionality* (Menzel & Levine 2011). In seguito, verranno presi in considerazione i principali modelli teorici in grado di spiegare l'eziologia e lo sviluppo dell'immagine corporea in qualità di rappresentazione dinamica, influenzata da una pluralità di fattori neurofisiologici, cognitivi e socioculturali. Nello specifico verranno descritti: la teoria dell'oggettivazione (Fredrickson & Roberts, 1997), il modello tripartito di influenza (Thompson et al., 1999) e il modello cognitivo-comportamentale (Cash, 2012). Infine, saranno approfonditi componenti e stili di elaborazione cognitiva che favoriscono il filtraggio positivo delle informazioni, favorendo lo sviluppo di un'immagine corporea positiva, e verranno elencati i vantaggi che un'immagine corporea positiva determina in termini di benessere e qualità di vita.

Nel secondo capitolo verranno approfonditi gli interventi cognitivo-comportamentali volti a favorire lo sviluppo di un'immagine corporea positiva con particolare *focus* sugli interventi basati sulla *body functionality*. Il costrutto di *body functionality* si riferisce a tutto ciò che il corpo può svolgere, tutte le sue funzionalità: processi interni (es. digerire cibo, guarire dal raffreddore), capacità fisiche (es. nuotare o camminare), i sensi e le sensazioni corporee come, ad esempio provare piacere, sforzi creativi (es. danza, giardinaggio), cura di sé (es. dormire, mangiare) e comunicazione con gli altri (Alleva, Martijn, Van Breukelen, Jansen & Karos, 2015). Verranno, inoltre, descritti i principali programmi preventivi basati su attività quali *yoga*, *fitness* e alcune forme di danza che portano le persone a spostare l'attenzione sulla funzionalità del corpo.

Infine, nel terzo capitolo verrà approfondito il costrutto di *embodiment* in quanto promotore di un'immagine corporea positiva e delle attività che possono essere messe in atto per favorirne lo sviluppo con particolare riferimento alla pratica dello *yoga*. In primo luogo, verrà descritto il costrutto di *embodiment* inteso come l'esperienza percettiva dell'impegno del corpo nel mondo (Crossley, 1995; Merleau-Ponty, 1962). L'*embodiment* è fortemente correlato a un'immagine corporea positiva e può essere incentivato dalla pratica di attività che favoriscono la connessione tra mente e corpo. Verrà, inoltre, descritta la disciplina dello *yoga* in quanto pratica fisica con il potenziale



di influenzare tutte le dimensioni della vita, compresi i pensieri e le azioni quotidiane, il modo in cui si comprende sé stessi a un livello più profondo e le interazioni con il modo che ci circonda (Piran, 2017).



# CAPITOLO 1 L'immagine corporea

## 1.1 Immagine corporea: definizioni e cenni storici

Come ha osservato Platone, “siamo legati al nostro corpo come un'ostrica al suo guscio”. In effetti, mente e corpo sono indissolubilmente legati e le nostre esperienze di vita sono influenzate dal corpo in cui viviamo (Cash, 2003). Nel corso degli anni la ricerca scientifica si è più volte interrogata su come il modo in cui appariamo all'esterno possa influenzare le nostre modalità di stare nel mondo e, allo stesso tempo, ha indagato come le caratteristiche individuali (cognitive, emotive e comportamentali) possano influenzare la percezione che l'individuo ha del proprio corpo, che è spesso più potente della realtà oggettiva.

Il costrutto di immagine corporea è diventato oggetto di interesse scientifico a partire dallo studio delle manifestazioni neuropatologiche legate al corpo nel corso della metà del ventesimo secolo (Cash, 2004). In quegli anni l'attenzione era rivolta ai fenomeni neurologici che coinvolgono l'esperienza di percezione corporea. Ne è un esempio la sindrome dell'arto fantasma (Fisher, 1990), caratterizzata dalla percezione della presenza di un arto dopo la sua amputazione (*World Health Organization* [WHO], 1992).

Il merito di aver rivoluzionato e ampliato il campo di studio riguardante l'esperienza corporea va attribuito allo studio pionieristico di Schilder (1935), il quale ha proposto un approccio biopsicosociale allo studio dell'immagine corporea, sottolineando la necessità di prendere in considerazione non solo le sue componenti neurologiche, ma anche le dimensioni psicologiche e socioculturali (Hosseini & Padhy, 2020).

A partire dagli anni '90, grazie al prezioso contributo di Thompson (1990; 1996), l'indagine scientifica inerente all'immagine corporea si è sviluppata principalmente in riferimento alla psicopatologia sottostante ai Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (*Eating Disorders* [EDs]; Cash & Pruzinsky,

2004). Gli EDs sono patologie psichiatriche caratterizzate da un'alterazione delle abitudini alimentari e da un'eccessiva preoccupazione per il peso e le forme del proprio corpo, le quali compromettono la salute fisica e il funzionamento psicosociale dell'individuo (*American Pshychiatric Association* [APA], 2013).

In questi anni la ricerca scientifica ha sicuramente fornito molteplici conoscenze utili in ambito clinico; tuttavia, l'indagine scientifica si è focalizzata principalmente sullo studio delle preoccupazioni legate all'immagine corporea nel campo degli EDs (Fairburn et al., 2003). Questo ha ristretto il *focus* di indagine alla sola componente della forma e del peso corporeo (Cash, 2004), riducendo così la possibilità di indagare il fenomeno nella sua complessità e in una popolazione non clinica, più ampia e diversificata.

Ad oggi l'immagine corporea è considerata un costrutto multidimensionale che comprende percezioni, pensieri, emozioni e comportamenti della persona in riferimento alle proprie qualità fisiche (Avalos et al., 2005; Cash & Pruzinsky, 2004). Ne consegue perciò che l'immagine corporea è la rappresentazione soggettiva e multidimensionale che ciascun individuo possiede del proprio aspetto fisico (Schilder, 1935), indipendentemente dalle reali e oggettive caratteristiche che il corpo presenta (Alleva, Sheeran et al., 2015). Può essere considerata, quindi, come la raffigurazione che l'individuo sviluppa in riferimento alle proprie misure antropometriche. In senso più ampio essa include, inoltre, la funzionalità fisica e l'integrità biologica (Cash, 2012).

In qualità di costrutto multidimensionale, l'immagine corporea comprende componenti di diversa natura, strettamente correlate tra loro (Avalos et al., 2005; Thompson et al., 1999). Nello specifico, l'immagine corporea è caratterizzata da due dimensioni fondamentali: percettiva e attitudinale. La componente percettiva si riferisce alla misura in cui la persona è in grado di giudicare accuratamente il proprio aspetto fisico, sulla base delle dimensioni del proprio corpo; la dimensione attitudinale, invece, fa riferimento agli atteggiamenti (cognizioni, emozioni e comportamenti) legati all'immagine corporea. Quest'ultima include tre componenti fondamentali. La prima dimensione, definita *body image evaluation*, concerne il grado di soddisfazione/insoddisfazione esperito nei confronti del proprio aspetto fisico, che

riflette i pensieri e le convinzioni inerenti all'aspetto fisico generale o alle singole caratteristiche corporee (Cash, 2012; Melnyk et al., 2004; Muth & Cash, 1997). Essa rimanda dunque a schemi cognitivi riferiti al sé, i quali consistono in un'ipergeneralizzazione di informazioni autovalutative, costruiti sulla base dell'esperienza passata (Cash et al., 2005). *Body image affect* è invece la seconda componente, strettamente correlata ma non sovrapponibile alla precedente, che fa riferimento ai vissuti emozionali che scaturiscono dall'autovalutazione (Melnyk et al., 2004; Muth & Cash, 1997). Infine, la terza dimensione chiamata *body image investment* (Cash, 2012) fa riferimento all'importanza psicologica che l'individuo attribuisce al proprio aspetto fisico. Quest'ultima riflette la salienza dell'aspetto fisico, ossia l'attenzione che viene prestata a esso (componente cognitiva) e alle azioni finalizzate alla gestione e al miglioramento dell'aspetto fisico (componente comportamentale) (Cash et al., 2005). La salienza psicologica dell'aspetto fisico rappresenta, dunque, un fattore di mantenimento per gli stati emozionali negativi (es. ansia, vergogna, sconforto; Cash et al., 2005; Silva et al., 2019), generalmente esperiti da chi presenta insoddisfazione per il corpo (Cash, 1994), e che vengono generati da fattori circostanziali (ad esempio guardarsi allo specchio), i quali fungono da *trigger* per lo sviluppo e il mantenimento di un vissuto emozionale negativo circa il proprio aspetto fisico. Quindi i vissuti soggettivi riferiti all'aspetto fisico svolgono un ruolo cruciale nella rappresentazione del Sé (Silva et al., 2019).

Nonostante il carattere diffuso delle esperienze legate all'immagine corporea, la maggior parte delle ricerche si sono focalizzate sull'indagine del fenomeno nella popolazione femminile (Cash e Brown, 1989) del crescente interesse scientifico rivolto al campo degli EDs, la cui prevalenza è maggiore nelle donne (Cash e Brown, 1987). Di fatto, la promozione del culto della magrezza, negli ultimi decenni, ha portato a importanti implicazioni cliniche. Tra esse rientra anche l'incremento delle diagnosi di EDs (Garner et al., 1980), di cui l'alterazione nella percezione del peso e della forma corporea è parte integrante del nucleo psicopatologico (APA, 2013). Inoltre, il maggiore interesse rivolto allo studio dell'immagine corporea nelle donne può essere spiegato dalla presenza di stereotipi di genere, legati al costrutto in questione, i quali definiscono l'immagine corporea come un fenomeno che interessa, prevalentemente, la popolazione femminile. Tuttavia, esso riguarda anche la

popolazione maschile. A questo proposito, le ricerche condotte hanno portato all'individuazione di divergenze tra i due generi in merito all'immagine corporea: le donne desiderano, generalmente, essere più magre, mentre gli uomini auspicano a diventare più muscolosi (Keeton et al., 1990; Silberstein et al., 1988). In aggiunta, gran parte della ricerca inerente all'immagine corporea si è focalizzata sulla comprensione della patologia (Tylka & Wood-Barcalow, 2015), con particolare riferimento al fenomeno dell'insoddisfazione corporea (*body dissatisfaction*; Tiggemann & McCourt, 2013; Tylka, 2012; Wood-Barcalow et al., 2010). Di conseguenza, l'immagine corporea positiva è stata spesso concettualizzata in termini di assenza di caratteristiche disfunzionali. Tuttavia, in accordo con la prospettiva positivista (Keyes & Lopez, 2002; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), l'assenza di patologia non equivale necessariamente alla presenza di benessere psicologico (Wood-Barcalow et al., 2010); di conseguenza, ad oggi, il costrutto di immagine corporea positiva è da intendersi come qualcosa di più della poca o assente insoddisfazione per il proprio aspetto fisico (Tiggemann & McCourt, 2013). Piuttosto, essa può essere concettualizzata in termini di amore, rispetto e apprezzamento per il proprio corpo. Tale costrutto fa riferimento all'accettazione delle proprie qualità fisiche, compresi gli aspetti che non appaiono coerenti con quanto proposto dalla cultura dominante. Dalle ricerche si evince, inoltre, che le persone che esperiscono emozioni positive circa il proprio aspetto fisico manifestano una peculiare consapevolezza del corpo che le spinge a prendersene maggiormente cura (Tylka, 2012).

Risulta altrettanto necessario, quindi, lo studio delle componenti positive dell'immagine corporea, ai fini di predisporre programmi psicoeducativi che favoriscano la promozione delle competenze e dei fattori che incentivano la costruzione di un'immagine corporea positiva. La rivoluzione, in questo campo, resta dunque quella di promuovere le pratiche che favoriscono l'insorgere di un'immagine corporea positiva così da poter ridurre la prevalenza degli EDs e delle altre manifestazioni psicopatologiche legate all'immagine corporea. Questo cambio di prospettiva si è verificato soprattutto negli ultimi dieci anni, anni in cui la ricerca scientifica ha posto l'enfasi sull'apprezzamento del corpo, comportando rilevanti implicazioni pratiche (Halliwell, 2015): le recenti scoperte nel campo dell'immagine corporea

positiva hanno portato anche a un'evoluzione dei trattamenti psicologici in tale ambito. Il *focus* dell'intervento psicologico si è spostato, pertanto, dalla mera eliminazione dei sintomi alla promozione dell'accettazione del corpo (Tylka, 2012). A tale proposito, gli studi condotti indicano che l'apprezzamento del corpo correla positivamente con numerosi e diversi indicatori di benessere psicofisico (Halliwell, 2015) quali: autostima,  *coping* proattivo, ottimismo, emozioni positive, *self-compassion* (Wasylikiw et al., 2012), soddisfazione di vita, felicità (Swami et al., 2015), adeguato funzionamento sessuale (Satinsky et al., 2012) e attività fisica (Homan & Tylka, 2014). In accordo con la teorizzazione di Tylka (2012), l'immagine corporea positiva, in qualità di costrutto multidimensionale, si compone di caratteristiche principali e di aspetti che promuovono e mantengono tali elementi fondamentali (es. accettazione incondizionata da parte degli altri, spiritualità e reciprocità).

L'immagine corporea, in qualità di costrutto multidimensionale, è per definizione costituito da più componenti. La dimensione maggiormente indagata è rappresentata dalla *body appreciation* o *body satisfaction* (Menzel & Levine, 2011; Soulliard & Vander Wal, 2019). Tale aspetto rimanda all'accettazione del corpo, indipendentemente dalla forma o dal peso che lo caratterizzano e dall'interiorizzazione di *standard* sociali di magrezza (Soulliard & Vander Wal, 2019). Tuttavia, la *body appreciation* non si riferisce esclusivamente alle caratteristiche esteriori. Essa riflette anche la funzionalità del corpo, con particolare riferimento a forza, potenza, flessibilità e forma fisica, nonché alla capacità di apprendere nuovi movimenti ed esibirli con padronanza in contesti di vita quotidiana (Menzel & Levine 2011). Una seconda dimensione rilevante è rappresentata dalla consapevolezza (*body awareness*) e dall'attenzione e cura che vengono rivolte al proprio corpo (Mehling et al., 2009). Tale componente concerne l'adeguato riconoscimento delle sensazioni corporee interne. Essa si manifesta mediante l'attuazione di comportamenti dediti al rispetto della salute e dei bisogni del corpo (Menzel & Levine 2011). Nello specifico, la *body awareness*, è l'aspetto soggettivo della propriocezione, il quale occupa la consapevolezza ed è fortemente influenzato da processi cognitivi (attenzione, convinzioni e ricordi; Mehling et al., 2009). La terza dimensione rimanda all'insieme di convinzioni adattive, che consentono alla persona di affrontare le sfide interpersonali e culturali, ovvero

di costruire una rappresentazione di sé positiva. Tale componente cognitiva comprende processi di valutazione e strategie di *coping* funzionali che consentono di mantenere emozioni positive nei confronti del proprio corpo. Di conseguenza, questa componente permette di rispondere in maniera adattiva alle situazioni e agli eventi che potrebbero rappresentare una minaccia per l'immagine corporea (Menzel & Levine 2011).

Infine, per meglio comprendere il costrutto di immagine corporea positiva è necessario fare riferimento all'esperienza dell'*embodiment* (Menzel & Levine 2011). In accordo con la prospettiva femminista dell'*empowerment relational theory* di Piran (2001; 2002) e la teoria esistenziale di Maddi (1976), gli individui con un'immagine corporea positiva possiedono uno schema cognitivo secondo il quale il corpo costituisce lo strumento fondamentale per sperimentare, comprendere, esprimere e definire il Sé. In altre parole, le persone che mostrano accettazione, consapevolezza e cura del corpo esperiscono il corpo come parte integrante ed espressione di sé. Di conseguenza, la somma di esperienze positive legate al corpo e la capacità di esprimersi attraverso esso determinano una diminuzione degli stati affettivi negativi riferiti alla propria persona (ad esempio, la vergogna; Menzel & Levine 2011).

## **1.2 Modelli esplicativi dell'immagine corporea**

Numerosi sono stati, soprattutto negli ultimi decenni, gli studi che hanno indagato e tentato di spiegare il costrutto multidimensionale di immagine corporea prestando attenzione alle complesse interazioni tra fattori neurofisiologici, socioculturali e cognitivi che contribuiscono allo sviluppo e al mantenimento delle caratteristiche legate alla *body image* (Irvine et al., 2019). Infatti, nel corso dello sviluppo, diversi aspetti come il genere, il gruppo dei pari, la moda, l'educazione, la socializzazione e le modificazioni fisiologiche possono influenzare il rapporto che l'individuo stabilisce con il proprio corpo (Hosseini & Padhy, 2020; King, 2018). La comprensione di tale costrutto, del suo sviluppo e degli effetti sul funzionamento dell'individuo si



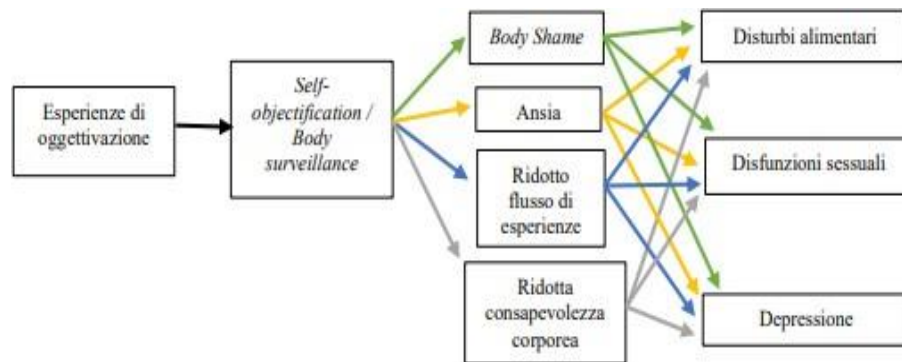
basa su una serie di prospettive e teorie, che prendono in considerazione i suddetti elementi (Cash, 2012). Ad oggi, è possibile identificare tre principali approcci teorici, di seguito riportati, in grado di spiegare l'eziologia e la natura dinamica dell'immagine corporea.

### **1.2.1 Teoria dell'oggettivazione**

La teoria dell'oggettivazione (Fredrickson & Roberts, 1997) rappresenta un importante progresso nella comprensione dei disturbi dell'immagine corporea. Essa prende in considerazione variabili contestuali e interpersonali che svolgono un ruolo cruciale nell'insorgenza della sintomatologia legata a questi disturbi (Moradi et al., 2005). Le prospettive femministe e non solo hanno enfatizzato a lungo il ruolo dello *status* sociale occupato da donne e uomini nel determinare le differenze di genere. Sulla base di tale presupposto, la teoria dell'oggettivazione mira a collocare il corpo femminile all'interno di un particolare contesto socioculturale. Di conseguenza, essa si pone l'obiettivo di mettere in luce le esperienze vissute, nonché i rischi per la salute mentale, di donne che subiscono l'oggettivazione sessuale (*sex objectification*; Fredrickson & Roberts 1997). Questo fenomeno si verifica ogni volta che il corpo viene concettualizzato come interamente rappresentativo dell'individuo. In altre parole, l'oggettivazione implica che la persona sia considerata alla stregua di un corpo, il quale diventa mezzo prediletto per il raggiungimento del piacere altrui (Fredrickson et al., 1998). Dunque, in accordo con l'iniziale definizione fornita da Bartky (1990), il fenomeno della *sex objectification* è da intendersi come quel meccanismo attraverso cui le parti o le funzioni sessuali corporee della donna assumono lo *status* di strumenti edonistici, in grado di rappresentarla nella sua totalità (Moradi et al., 2005). Nello specifico, l'oggettivazione sessuale ha luogo sia nell'ambito delle relazioni interpersonali sia attraverso i *mass media* e, in entrambi i casi, riguarda prevalentemente le donne (Fredrickson et al., 1998). A tale proposito, uno studio (Archer et al., 1983) ha dimostrato che la modalità di rappresentazione delle differenze di genere, mediante mezzi di comunicazione di massa (es. riviste, *social network*,

televisione), risulta altamente stereotipata. Non a caso, attraverso i contenuti divulgati tramite *mass media*, la donna è maggiormente rappresentata come oggetto sessuale e dipendente dalla figura maschile. Inoltre, di frequente l'identità è definita in relazione all'aspetto esteriore (Venkatesan & Losco, 1975). Questo dimostra che le donne, in misura maggiore rispetto agli uomini, vengono considerate principalmente in funzione del loro corpo (Fredrickson et al., 1998). Ne deriva l'importanza di indagare le conseguenze psicologiche e intraindividuali che derivano dall'esperienza dell'oggettivazione sessuale. Le donne, infatti, tendono a interiorizzare le pressioni esterne, mostrando, talvolta, un'eccessiva preoccupazione per il proprio aspetto fisico (Moradi et al., 2005). Questa forma di interiorizzazione, definita *self-objectification*, predispone la persona a focalizzare l'attenzione su attributi esteriori piuttosto che su qualità interne non direttamente osservabili (Fredrickson et al., 1998; Fredrickson & Roberts, 1997). In tal modo, la relazione che la donna stabilisce con il proprio corpo equivale al rapporto strumentale con un oggetto (Moradi et al., 2005). Tale esperienza soggettiva, che riguarda il proprio aspetto fisico, può essere definita in termini di *Objectified Body Consciousness* (OBC): livelli elevati di OBC correlano con vissuti emozionali negativi riferiti al proprio corpo (Fredrickson & Roberts 1997). Tali vissuti (es. vergogna e ansia) contribuiscono, inoltre, all'insorgenza di sintomatologia depressiva, difficoltà sessuali e sintomatologia riconducibile a EDs (Tabella 1; Moradi et al., 2005). Come sopra accennato, in accordo con la teoria dell'oggettivazione, la vergogna per il corpo (*body shame*) predispone alla messa in atto di comportamenti alimentari disfunzionali (es. restrizione nell'assunzione di cibo; Fredrickson et al., 1998). Nello specifico, la *body shame* si verifica nel momento in cui l'individuo valuta sé stesso e il proprio corpo in relazione a un ideale culturale interiorizzato, spesso irraggiungibile (Fredrickson & Roberts 1997). La *body shame* genera sentimenti di impotenza. In questo modo, la vergogna funge da *trigger* per lo sviluppo di comportamenti atti a contrastare l'aumento di peso. In altre parole, esiste una correlazione positiva tra *self-objectification* e *body shame*. Quest'ultima, a sua volta, si associa a comportamenti alimentari disfunzionali. Perciò la vergogna per il proprio corpo, che consegue all'oggettivazione, rappresenta un fattore in grado di mediare la relazione tra *self-objectification* e EDs (Fredrickson et al., 1998). In

accordo con la prospettiva delineata, gli EDs rappresentano l'esito di strategie messe in atto per fronteggiare il fenomeno dell'oggettivazione. A tale proposito, il comportamento alimentare disfunzionale consente di ridurre, nel breve termine, la vergogna e l'ansia esperite. A sostegno dell'ipotesi secondo la quale gli atteggiamenti negativi nei confronti del cibo possano derivare dall'oggettivazione del corpo (Fredrickson & Roberts 1997).



**Tabella 1:** Teoria dell'oggettivazione. Descrizione dei principali rischi in termini di salute psicosociale determinati dall'oggettivazione del corpo (Moradi et al. 2005).

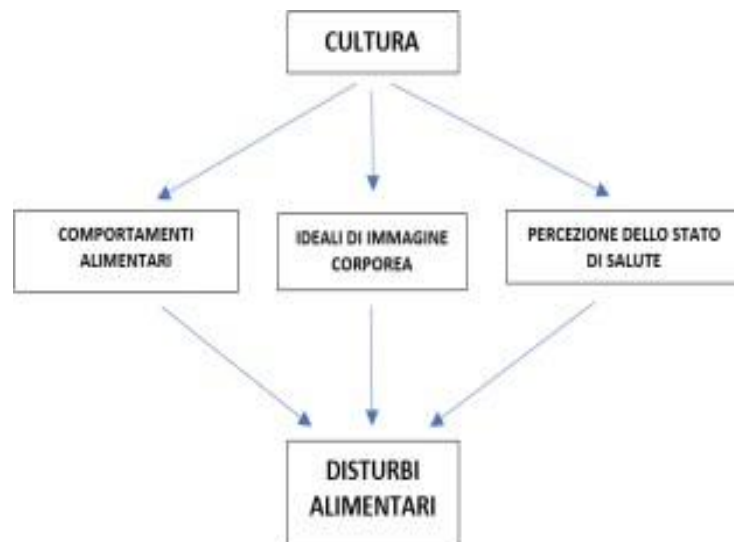
La teoria dell'oggettivazione (Fredrickson & Roberts, 1997) pone le basi per la comprensione dei meccanismi sottostanti la formazione dell'immagine corporea, ponendo la sua attenzione su variabili contestuali e interpersonali; inoltre, essa spiega anche lo sviluppo di pensieri e comportamenti disfunzionali e patologici circa la propria *body image*. Tale teoria si limita tuttavia a delineare i fattori che portano allo sviluppo di sentimenti negativi circa il proprio corpo, percepito come mero oggetto, trovando quindi maggiore applicazione nell'ambito clinico (ad esempio disturbi alimentari, disfunzioni sessuali e depressione) che necessitano di un protocollo di intervento atto a favorire l'emergere di sentimenti positivi circa il proprio corpo (Moradi et al, 2005).

## 1.2.2 Modello tripartito di influenza

Negli ultimi anni la ricerca scientifica si è focalizzata sull'indagine degli aspetti che svolgono un ruolo cruciale nello sviluppo e nel mantenimento dei disturbi legati all'immagine corporea. Dunque, l'attenzione è ricaduta su una pluralità di fattori predisponenti (ad esempio, maturazione fisica precoce, bassa autostima, tendenza al confronto e interiorizzazione di ideali estetici; Keery et al., 2004; Van den Berg et al., 2002). A tale proposito, la prospettiva più accreditata è rappresentata dal modello tripartito di influenza teorizzato da Thompson e colleghi (1999). Gli autori hanno individuato tre fattori di influenza primari: i coetanei, i genitori e i *mass media*. Essi influenzano i vissuti legati all'immagine corporea attraverso due meccanismi fondamentali: l'interiorizzazione dell'ideale estetico della magrezza e il confronto sociale basato sull'aspetto fisico (Keery et al., 2004). Nello specifico, gli individui interiorizzano *standard* estetici ampiamente diffusi nella cultura di appartenenza, sulla base dei quali avviene il confronto sociale. Per di più, l'interiorizzazione di ideali estetici, a causa del loro carattere poco realistico, influenza l'insorgere di insoddisfazione corporea. Quest'ultima, al contempo, incrementa il rischio di EDs (Thompson & Stice, 2001). Diversi studi hanno indagato le influenze provenienti dal gruppo dei pari sui vissuti soggettivi legati all'immagine corporea. Nello specifico, la letteratura ha dimostrato che, durante l'adolescenza, i coetanei tendono ad assomigliarsi in una vasta gamma di dimensioni, incluse le caratteristiche fisiche. Tale somiglianza concerne anche le preoccupazioni inerenti all'immagine corporea e i comportamenti a esse correlati (Paxton et al., 1999). Non a caso, le discussioni tra coetanei in merito alla gestione della forma fisica e del peso corporeo correlano significativamente con la messa in atto di comportamenti alimentari disfunzionali (Levine et al., 1994). Pertanto, i condizionamenti derivati dalle interazioni tra pari costituiscono importanti fattori predittivi di stati affettivi negativi legati all'immagine corporea (Dohnt & Tiggemann, 2006). La famiglia, invece, rappresenta un'importante istituzione sociale attraverso la quale i valori, gli atteggiamenti e i comportamenti vengono tramandati nel tempo (Kluck, 2010). Di conseguenza, le figure genitoriali influenzano i

modelli di comportamento sin dall'infanzia, attraverso meccanismi di rinforzo sociale (Bandura & McDonald, 1963). A tale proposito, la ricerca (Kluck, 2010; Wertheim et al., 2002) ha dimostrato che genitori di individui che presentano preoccupazioni legate all'immagine corporea mostrano un atteggiamento critico rivolto all'aspetto fisico dei figli, incoraggiando la perdita di peso. Di conseguenza, i modelli educativi genitoriali possono contribuire direttamente all'insorgenza di comportamenti alimentari disfunzionali. Questo avviene attraverso la promozione di un ambiente familiare che esorta al raggiungimento dell'ideale estetico di magrezza, sulla base dell'estrema importanza attribuita all'aspetto fisico. Di conseguenza, la trasmissione di determinati atteggiamenti e valori, da parte di adulti significativi, incrementa il rischio d'insorgenza di EDs (Davis et al., 2004). Nello specifico, le figure genitoriali possono influenzare gli stati affettivi negativi legati all'immagine corporea attraverso il controllo dell'accessibilità e della disponibilità di cibo. In aggiunta, le conoscenze in merito all'alimentazione e i modelli comportamentali degli adulti risultano essere altrettanto influenti. A tale proposito, le nozioni nutrizionali acquisite tramite la madre determinano le modalità di assunzione del cibo sin dall'infanzia. Inoltre, gli stessi comportamenti alimentari di figure adulte genitoriali fungono da modelli di ruolo che, in quanto tali, sono soggetti a imitazione (Golan & Crow, 2004). I *mass media* consistono in una varietà di strumenti comprendenti cartelloni pubblicitari e radio, fino ad arrivare a riviste, televisione e *internet* (Groesz et al., 2002). Gli studi sostengono il ruolo cruciale che essi svolgono nello sviluppo di un'immagine corporea connotata negativamente. In effetti, i mezzi di comunicazione di massa influiscono in maniera significativa su valori, norme e *standard* estetici, condivisi all'interno della cultura d'appartenenza. Di conseguenza, essi influenzano l'insorgenza di comportamenti alimentari disfunzionali, mediante la promozione e la diffusione dell'ideale di un corpo magro e snello (Harrison & Cantor, 1997). Ad esempio, l'esposizione a contenuti multimediali che esortano alla magrezza è risultata associata a un'immagine corporea negativa e a elevati livelli di insoddisfazione legata all'aspetto fisico (Golan & Crow, 2004; Groesz et al., 2002). Alla luce di queste considerazioni, è fondamentale riconoscere il ruolo svolto dalla cultura dominante (in qualità di sistema di significati condiviso) nell'eziologia dei

disturbi dell'immagine corporea. In sintesi, è possibile identificare tre diversi meccanismi attraverso i quali le dinamiche culturali influenzano i vissuti individuali legati all'immagine corporea e i comportamenti a essi correlati (Tabella 2). In primo luogo, la trasmissione intergenerazionale di valori e atteggiamenti (es. preferenze sul cibo o pratiche dietetiche restrittive) influenzano la messa in atto di determinati comportamenti alimentari. Parallelamente, i simboli culturali definiscono gli ideali estetici che vengono interiorizzati e con i quali l'individuo si confronta. Infine, la percezione dei sintomi alimentari, e il significato attribuitogli, fortemente influenzati dalla cultura dominante (Markey, 2004).



**Tabella 2:** Rappresentazione del modello tripartito di influenza con *focus* sull'importanza dei fattori culturali nello sviluppo di disturbi del comportamento alimentare (Markey, 2004)

Così come nella teoria dell'oggettivazione (Fredrickson & Roberts, 1997), il *focus* di interesse nel modello tripartito di influenza è posto sui fattori che concorrono alla formazione di un vissuto negativo circa la propria immagine corporea ma manca un modello propositivo circa la costruzione dell'immagine corporea, che delinei tecniche e strategie per favorirne uno sviluppo funzionale.

### 1.2.3 Modello cognitivo-comportamentale

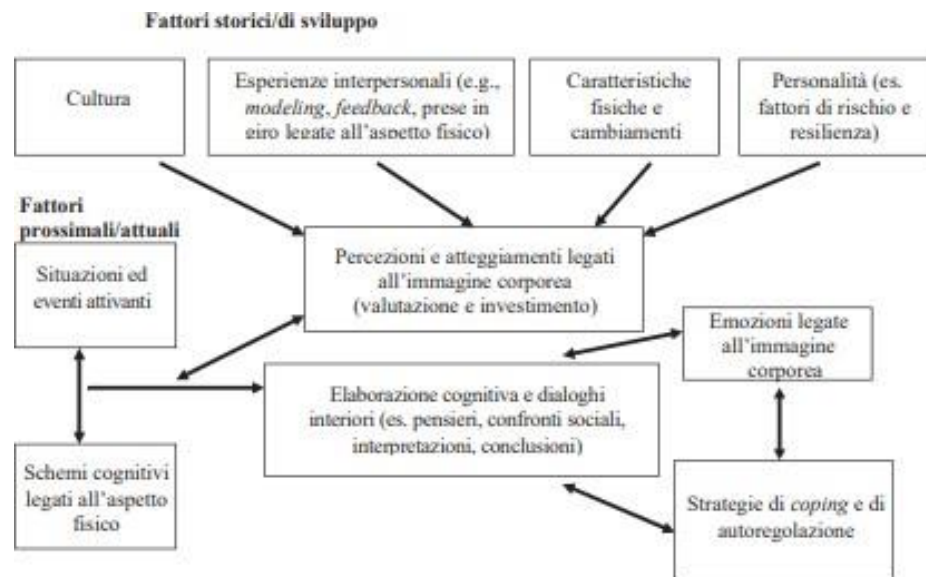
La prospettiva cognitivo-comportamentale non è rappresentata da una singola teoria; essa riflette una lunga e ricca tradizione di concetti e prove empiriche, le quali enfatizzano i processi di apprendimento sociale e il primato cognitivo su comportamenti ed emozioni (Cash, 2012). L'approccio cognitivo-comportamentale sottolinea il carattere mutevole delle esperienze di immagine corporea, in qualità di stati soggettivi che subiscono l'influenza del contesto di riferimento in cui l'individuo è immerso (Melnyk et al., 2004). In accordo con la prospettiva di Cash (Tabella 3), lo sviluppo dell'immagine corporea è influenzato da due distinte categorie di fattori. La prima comprende i fattori storici/ di sviluppo, i quali fanno riferimento a eventi passati che influenzano il modo attraverso il quale le persone pensano, sentono e agiscono in relazione al proprio corpo (Cash, 2012). La seconda, invece, riguarda i fattori prossimali/attuali. Quest'ultimi rimandano ad aspetti presenti che orientano gli atteggiamenti legati all'immagine corporea (Cash & Grant, 1996). I fattori storici riflettono, in gran parte, il processo di socializzazione attraverso cui l'aspetto fisico diviene una caratteristica saliente. A tale proposito, i messaggi culturali, promulgati mediante mezzi di comunicazione di massa, influenzano notevolmente il significato psicologico attribuito alle esperienze corporee dell'infanzia e dell'adolescenza. Quest'ultime rappresentano delle transizioni tra l'individuo e l'ambiente che si verificano nel contesto dello sviluppo cognitivo, sociale, emozionale e fisico della persona (Cash, 2012). Ne consegue che l'immagine corporea emerge in un peculiare contesto socioculturale, il quale espone l'individuo a pressioni sociali che riflettono la rigidità degli ideali estetici promulgati. Non a caso, negli ultimi decenni del secolo attuale, la magrezza e la tonicità del corpo vengono proposti come ideali di bellezza altamente desiderabili (Cash & Grant, 1996). Di conseguenza, i contenuti diffusi attraverso i *mass media* stanno alla base della pressione sociale che orienta alla magrezza. Al contempo, in tal modo, questi strumenti svolgono un ruolo significativo nella recente diffusione del fenomeno inerente all'insoddisfazione corporea (Grabe et al., 2008; Silverstein et al., 1986). Infatti, attraverso film, programmi televisivi, cartelloni pubblicitari, riviste e

*internet*, l'ideale della magrezza viene costantemente enfatizzato. Tuttavia, lo *standard* di bellezza diffuso dai media risulta spesso irraggiungibile per la maggior parte degli individui. Pertanto, l'adesione acritica ai contenuti divulgati dai mezzi di comunicazione di massa esita in una diminuzione dei livelli di soddisfazione corporea e nello sviluppo di comportamenti alimentari disfunzionali (ad esempio, restrizione nell'assunzione di cibo, abbuffate, condotte di eliminazione), finalizzati al raggiungimento dell'ideale normativo di bellezza (Grabe et al., 2008). Il legame tra gli ideali estetici imposti dai *media* e la diffusione dei disturbi dell'immagine corporea può essere spiegato attraverso processi socio-cognitivi. Un esempio emblematico, a tale proposito, è rappresentato dalla teoria del confronto sociale di Festinger (1954). L'autore ha ipotizzato che il processo di valutazione di sé si basa sull'individuazione di *target*, presenti nel contesto sociale di appartenenza, con i quali è possibile confrontarsi. Questo processo, in accordo con le ricerche inerenti al tema in questione, può essere considerato un fenomeno primario di raccolta di informazioni esterne. Inoltre, nonostante spesso sia presente un termine di paragone oggettivo a cui fare riferimento (ovvero, curve di crescita che definiscono il peso "sano" in base all'altezza), l'individuo tendenzialmente si affida a *target* socioculturali (Thompson et al., 1999). A tale proposito, è possibile distinguere tra *target* di confronto universali e specifici. I primi consentono di confrontarsi con *standard* sociali globali, in riferimento ad attributi specifici (ad esempio, il peso). Invece, attraverso *target* specifici, l'individuo paragona le proprie caratteristiche a quelle di altre persone significative, con le quali condivide un legame o l'appartenenza a un gruppo (Miller et al., 1988; Thompson et al., 1999). La comunicazione dei *mass media* è ricca di messaggi disfunzionali che riguardano l'ideale di forma corporea, la gestione del peso e le modalità di assunzione del cibo. Di conseguenza, questi contenuti rappresentano la base per la creazione di uno schema cognitivo disfunzionale ma, al contempo, altamente normativo (Levine & Harrison, 2004). La socializzazione, quale fattore di sviluppo storico, non è esclusivamente guidata dai *mass media*. Essa si realizza, inoltre, nell'ambito delle relazioni interpersonali. Di fatto, le altre persone (ad esempio famiglia e gruppo dei pari) possono influenzare e rafforzare le aspettative culturali attraverso comunicazioni più dirette e immediate, *vis à vis* (Cash, 2012).



Quindi, in accordo con la teoria dello sviluppo di Lerner (2005), l'immagine corporea viene modellata sulla base delle interazioni sociali e dei *feedback* da esse derivati (Rieves & Cash, 1996). Ne consegue che eventi sociali negativi, che riguardano caratteristiche dell'aspetto fisico, svolgono un ruolo cruciale nello sviluppo di atteggiamenti disfunzionali riferiti al proprio corpo (Cash, 2012). A tale proposito, un esempio emblematico è rappresentato dalle esperienze di derisione legate all'aspetto fisico (Cash, 1995). Gli effetti negativi sull'immagine corporea sarebbero maggiori soprattutto nel caso in cui il *target* della presa in giro riguardasse una caratteristica fisica saliente per l'individuo (es. peso e/o la forma del corpo; Thompson et al., 1999). A questo riguardo, Thompson e Psaltis (1988) hanno riscontrato la presenza di una significativa correlazione negativa tra le esperienze di derisione e livelli di soddisfazione corporea in giovani studentesse. Oltre alle modificazioni fisiologiche, che avvengono nel corso dell'età evolutiva, anche i tratti disposizionali di ciascun individuo possono influenzare lo sviluppo dell'immagine corporea. In particolare, la bassa autostima e l'emozionalità negativa (nevroticismo) predispongono la persona a valutare negativamente il proprio aspetto fisico (Cash, 2012). Di contro, elevati livelli di autostima svolgono il ruolo di fattore protettivo, riducendo l'associazione tra *Body Mass Index* (BMI) e sentimenti negativi esperiti nei confronti del proprio corpo (Ahadzadeh et al., 2018; Hosseini & Padhy, 2020). Un'altra caratteristica disposizionale che può influenzare lo sviluppo dell'immagine corporea è rappresentata dal perfezionismo. Essa, infatti, si riflette nella tendenza a porsi esclusivamente *standard* estetici elevati. Ne deriva, pertanto, una maggiore intransigenza nella valutazione di sé (Cash, 2012). Infine, i teorici cognitivisti si sono soffermati sull'indagine degli schemi di pensiero abituali, in qualità di fattori prossimali/attuali, che caratterizzano individui con immagine corporea negativa. Al fine di comprendere il ruolo svolto dai pensieri nella messa in atto e nel mantenimento di comportamenti disfunzionali (Cash, 2012). A tale proposito, il modello proposto da Thompson e colleghi (1999) mette in luce i meccanismi cognitivi che si attivano in risposta a stimoli esterni legati all'aspetto fisico. In accordo con questa teorizzazione, lo schema cognitivo che concerne l'immagine corporea influenza i processi di elaborazione, memorizzazione e recupero delle informazioni apprese che riguardano il corpo

e il cibo. Esso determina le interconnessioni tra le conoscenze generali (es. quelle riferite alla parola “cioccolato”) e i significati a esse attribuiti per la rappresentazione di sé (ad esempio “cibo per ragazze grasse”), influenzando la velocità di elaborazione delle informazioni. Inoltre, il *bias* cognitivo che ne deriva sostiene e rafforza, nell’ambito dell’elaborazione di informazioni sociali, le radicate convinzioni legate al corpo e al sé: un individuo che sviluppa convinzioni negative inerenti al proprio aspetto fisico tende a interpretare le valutazioni e i comportamenti altrui come coerenti con tali convinzioni (Thompson et al., 1999).



**Figura 3:** Modello cognitivo-comportamentale (Cash, 2012).

### 1.3 Immagine corporea positiva: principali definizioni e modelli

La ricerca sull'immagine corporea, come precedentemente descritto, ha una ricca storia che abbraccia quasi un secolo e rivela molte intuizioni sui suoi correlati, predittori, conseguenze e trattamenti (Cash, 2004). A un esame più attento, tuttavia, gran parte di questa storia è caratterizzata da un *focus* sull'immagine corporea negativa mentre il costrutto di immagine corporea

positiva viene ridotto a una mera assenza di patologia (Smolak & Cash, 2011; Tylka, 2011, 2012). Concentrarsi sull'alleviare i sintomi dell'immagine corporea negativa senza considerare come promuovere la formazione di un'immagine corporea positiva ha limitato per anni questo campo di studi, precludendo parte della comprensione del costrutto stesso (Smolak & Cash, 2011). Inevitabilmente, nel corso degli anni, i clinici si sono scarsamente attrezzati per promuovere salute e benessere e, quindi, prevenire la formazione di un'immagine corporea negativa. Se da un lato le terapie sulla *body image* riducono i sintomi negativi, dall'altro non migliorano le componenti che vanno a costituire un'immagine corporea positiva; possono promuovere quindi, al massimo, il ritorno a una visione non patologica del proprio corpo (ad esempio, "Non odio più il mio corpo. Lo tollero semplicemente"). Al contrario, lo sviluppo di un'immagine corporea positiva può aiutare ad apprezzare, rispettare, curare e onorare il proprio corpo, rendendo più benefici i trattamenti e consentendo la costruzione di programmi psicoeducativi di prevenzione.

Negli ultimi dieci anni, la ricerca ha iniziato ad affrontare il tema della formazione di un'immagine corporea positiva (Avalos, Tylka & Wood-Barcalow, 2005; Menzel & Levine, 2011; Piran & Tell, 2012). Questo rappresenta un cambiamento importante in tale campo che porta a un'esplorazione completa del concetto di immagine corporea (Cash & Pruzinsky, 2002; Smolak & Cash, 2011). Fare ricerca sviluppando un *focus* in positivo spinge a considerare modi per promuovere la salute e il benessere psicologico, oltre ad alleviare il disagio esperito. Nel corso di questi anni è stata creata una forte base empirica nello studio dell'immagine corporea positiva che prende in considerazione molteplici fattori: genere, etnia, cultura, problemi di sviluppo e promozione di un'immagine corporea positiva. Ora sono necessarie ulteriori ricerche per ampliare quella che è fino a oggi la comprensione circa l'immagine corporea positiva che consente, da un lato, di individuare i predittori e le conseguenze di un'immagine corporea positiva e, dall'altro, di individuare metodi sempre più efficaci per la promozione di un'immagine positiva del proprio corpo (Halliwell, 2015).

La concettualizzazione teorica dell'immagine corporea è stata costruita basandosi sui dati raccolti attraverso interviste a ragazze e ragazzi adolescenti (Frisén & Holmqvist, 2010) e giovani donne adulte (Wood-Barcalow, Tylka &

Augustus-Horvath, 2010) che si sono identificati come altamente soddisfatti del loro aspetto fisico. Da questi studi sono emerse diverse componenti che contribuiscono a sviluppare e mantenere un'immagine corporea positiva: opinione positiva del proprio corpo, rispetto del corpo, sentimenti di gratitudine verso il proprio corpo, bassa adesione agli ideali sociali di attrattività e atteggiamento interiore positivo che influenza il comportamento e porta l'individuo ad avere un'ampia visione del concetto di bellezza (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). Allo stesso modo, queste interviste hanno favorito lo sviluppo della teoria evolutiva di Piran basata sull'*embodiment* (incarnazione), che concettualizza l'immagine corporea positiva come uno stato di integrazione corpo-sé che è caratterizzata dal sentirsi "all'unisono" con il proprio corpo (Piran, 2015; Piran & Teall, 2012). L'*embodiment* implica il sentirsi competenti, liberi di agire ed esprimere la propria individualità attraverso il corpo e liberi dai vincoli socioculturali che impongono una bellezza *standard*. Si tratta di essere connessi ai bisogni e ai desideri del proprio sé e del proprio corpo oltre ai bisogni e ai desideri degli altri (Piran & Teall, 2012). Sussiste una notevole sovrapposizione tra la concettualizzazione di un'immagine corporea positiva e la concettualizzazione di *embodiment* (Menzel & Levine, 2011).

Attingendo a questa teoria, Menzel & Levine (2011) hanno identificato tre componenti centrali dell'immagine corporea positiva: (a) apprezzare l'aspetto e la funzionalità del corpo, (b) essere consapevoli e attenti alle esigenze e ai bisogni del corpo e (c) possedere uno stile cognitivo positivo per elaborare i messaggi relativi al corpo in modo autoprotettivo.

Quattro sono i principali modelli (Avalos & Tylka, 2006; Menzel & Levine, 2011) che descrivono un'immagine corporea positiva, in cui gli individui sono connessi e attenti ai loro corpi, una vera e propria alternativa al modello di Fredrickson e Roberts (1997) in cui il corpo è visto dalla prospettiva di un osservatore e valutato in base all'aspetto estetico. Questi modelli descrivono anche i fattori che favoriscono l'auto-oggettivazione e che quindi minano l'immagine positiva del corpo. Allo stesso modo descrivono modalità di comportamento che promuovono il benessere corporeo.

Un primo modello, *acceptance model of intuitive eating* proposto da Avalos e Tylka (2006), presuppone che l'apprezzamento del corpo nasca dalla capacità

di nutrirsi in modo intuitivo inteso come la capacità di sentire e riconoscere i bisogni del proprio corpo e questo funge da fattore protettivo poiché porta l'individuo a non assumere la prospettiva di un osservatore esterno del proprio corpo, riducendo le possibilità di influenza socioculturale. Questo modello ha ricevuto supporto empirico in studi trasversali con ragazze e donne adulte (Augustus-Horvath & Tylka, 2011; Avalos & Tylka, 2006).

Un secondo modello, il modello di incarnazione dell'immagine corporea positiva proposto da Piran e Teall (2012) identifica, da un lato, fattori ambientali che limitano le opportunità delle ragazze di esperire una connessione positiva con il proprio corpo e, dall'altro, individuano attività che promuovono un'immagine corporea positiva (Menzel & Levine, 2011). Le attività di *embodiment* migliorano la consapevolezza delle esperienze vissute attraverso il proprio corpo e ciò crea connessione con il corpo e sentimenti di competenza e padronanza. Si ritiene che queste attività conducano direttamente alla formazione di un'immagine corporea positiva e anche indirettamente, riducendo l'oggettivazione (Menzel & Levine, 2011). Le donne che partecipano ad attività di incarnazione, come la danza del ventre (Tiggemann, Coutts & Clark, 2014), riportano un maggiore apprezzamento del corpo rispetto alle donne che non svolgono tali attività. Inoltre, la relazione tra partecipazione alla danza del ventre e immagine positiva del proprio corpo è mediata da una minore auto-oggettivazione, sostenendo una relazione indiretta tra attività di *embodiment* e immagine corporea positiva (Tiggemann e al., 2014).

Un terzo modello, proposto da Iannantuono e Tylka (2012), si concentra sulla relazione che, nel corso degli anni, si instaura tra il bambino e il *caregiver*. Secondo questo modello alla base dello sviluppo di un'immagine corporea positiva vi è un attaccamento sicuro e, nel corso dello sviluppo dell'individuo, un insieme di *feedback* positivi circa la propria persona e l'aspetto fisico. Allo stesso modo il contesto familiare può essere inteso come microcontesto socioculturale e questo porta alla creazione di uno *standard* fisico. Il modello nasce da un'intervista volta a indagare i fattori che influenzano e promuovono lo sviluppo di un'immagine corporea positiva (Frisén & Holmqvist, 2010; Wood-Barcalow et al., 2010) e dai modelli già esistenti circa l'immagine corporea negativa. Un supporto preliminare per questo modello è fornito da uno studio trasversale con studentesse universitarie. I resoconti retrospettivi di

messaggi alimentari restrittivi/critici e l'ansia da attaccamento erano associati a livelli più bassi di apprezzamento del corpo e di alimentazione intuitiva tra le giovani donne adulte (Iannantuono & Tylka, 2012).

Un quarto modello, fondato sull'*Acceptance and Commitment Therapy*, incorpora il concetto di immagine positiva all'interno di un quadro di regolazione degli stati affettivi (Webb, Butler-Ajibade & Robinson, 2014). Questo modello amplia il concetto di immagine corporea per includere costrutti quali *body appreciation* (l'apprezzamento del corpo) e *body flexibility* (la flessibilità dell'immagine corporea intesa come capacità di valutare il proprio aspetto esteriore non basandosi su rigidi *standard* predeterminati culturalmente). Il modello definisce la *body image flexibility* come la capacità degli individui di vivere e accettare il momento presente con le sensazioni a esso associate (pensieri negativi, emozioni, sensazioni corporee e percezioni) in modo consapevole e compassionevole così da dare valore a sé e ai propri sentimenti, in modo particolare a quelli diretti al proprio corpo scegliendo di mettere in atto comportamenti adattivi e auto-protettivi (Sandoz, Wilson, Merwin & Kellum, 2013). In breve, la *body image flexibility* è l'auto-compassione diretta verso il corpo. Nel quadro di regolazione delle emozioni proposto da Webb et al. (2014), l'alto apprezzamento del corpo e la flessibilità dell'immagine corporea aiutano gli individui a mettere in atto azioni volte a valorizzare e proteggere la loro immagine corporea anche qualora si trovassero di fronte a una minaccia (ad esempio, i pantaloni diventano attillati) che spesso suscitano confronto corporeo, insoddisfazione per il corpo ed emozioni negative. Secondo il modello di regolazione delle emozioni, la capacità di essere compassionevoli verso il corpo (*body flexibility*) e apprezzare, amare e rispettare il proprio corpo (*body appreciation*) aiuta a trattare il proprio corpo con gentilezza e rispetto (ad esempio, impegnarsi in un'attività alimentare intuitiva o accettando il corpo pur riconoscendone i difetti), anche quando si presentano minacce legate all'immagine corporea.

Come sottolineato in precedenza, la ricerca sull'immagine corporea positiva è solo agli inizi e molte sono ancora le aree che devono essere indagate e approfondite. Se, da un lato, vanno approfondite le conoscenze teoriche su questo costrutto, dall'altro vanno costruiti programmi di psicoeducazione e

prevenzione che possano fornire gli strumenti per lo sviluppo di un'immagine corporea positiva alle giovani generazioni.

### **1.3.1 Componenti e stili di elaborazione cognitiva che favoriscono un filtraggio positivo delle informazioni**

L'immagine corporea positiva è un costrutto multidimensionale che coinvolge molto più della semplice soddisfazione del corpo o della valutazione positiva del proprio aspetto fisico (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). Le dimensioni che costituiscono l'immagine corporea positiva quali *body appreciation*, *body flexibility* e *body functionality* non si sovrappongono completamente l'una all'altra. Esse sono state studiate, nel corso degli ultimi anni, come dimensioni distinte che concorrono alla costruzione di un'immagine corporea positiva.

La *body appreciation*, già brevemente descritta in precedenza, fa riferimento alla capacità dell'individuo di apprezzare il proprio corpo in ogni sua dimensione: estetica, funzionale e nel grado di benessere e salute (Avalos et al., 2005). La capacità di apprezzare il proprio corpo prescinde quindi da quanto esso sia in linea o meno con i canoni estetici prestabiliti socialmente. Piuttosto, si tratta di lodare il corpo per ciò che è in grado di fare, ciò che rappresenta e per la sua unicità. Ad esempio, come emerge dalle interviste condotte da Barcalow et al. (2010) su un campione di studentesse universitarie degli Stati Uniti, le donne che riferiscono un'immagine corporea positiva hanno sottolineato che, nel valutare il loro corpo, hanno scelto di concentrarsi sulle loro risorse corporee piuttosto che sui loro difetti fisici percepiti, e che esse ammiravano il modo in cui i loro corpi sono unici piuttosto che tentare di conformarsi a ideali irrealistici socialmente imposti.

Un altro fattore che sembra proteggere la persona dalla costruzione di un'immagine corporea negativa è la capacità di concettualizzare la bellezza in senso lato. La bellezza può infatti essere concettualizzata come il possedere una gamma ristretta di caratteristiche estetiche (ad esempio, peso e altezza) o, basandosi su una visione più ampia, il concetto di bellezza può essere applicato a un'ampia gamma di caratteristiche uniche per ciascun individuo (ad esempio,

stile, personalità e fiducia in sé stessi). Persone con un'ampia concettualizzazione di bellezza possono osservare, in sé e negli altri, come “la fiducia aumenti la propria bellezza” o come “la gentilezza renda la persona più bella ai nostri occhi”. Quindi, concettualizzare in senso lato la bellezza non si limita a trovare la bellezza negli altri; è anche generalizzato al sé. Va sottolineato che concettualizzare in senso ampio la bellezza va a discostarsi completamente dal concetto di attrazione sessuale: una persona può vedere bellezza in qualcuno e può o meno esserne attratto sessualmente. Tale processo mentale porta a una visione non oggettivata del corpo: esso non è più considerato bello in base al grado di attrattività sessuale e al grado di raggiungimento di *standard* estetici imposti culturalmente (Tylka e Barcalow, 20015). Ad esempio, le studentesse del *college* degli Stati Uniti che, da quanto emerso dalle interviste, hanno riferito un'immagine corporea positiva e hanno sottolineato che “la bellezza non dovrebbe essere paragonata tra gli individui, poiché le persone possono essere belle in un numero indefinito di modi” (Barcalow et al., 2010).

Un ulteriore fattore che favorisce lo sviluppo di un'immagine corporea positiva è l'*adaptive appearance investment* ovvero la capacità di prendersi cura del proprio corpo in modo adattivo. Il prendersi cura del proprio corpo consiste nel valorizzare il potenziale estetico del proprio corpo e, allo stesso tempo, prestare attenzione al benessere dello stesso, ad esempio attraverso un'alimentazione bilanciata e intuitiva o preoccupandosi di svolgere *screening* medici di controllo per valutare il proprio stato di salute. L'*adaptive appearance investment* è uno stile cognitivo che porta la persona a prendersi cura, occuparsi e pensare quotidianamente al proprio corpo in modo adattivo favorendo lo sviluppo di un legame adattivo tra la persona e il proprio corpo che diventa un “tempio” da curare e preservare in quanto principale strumento che ci consente l'azione e lo stare fisicamente nel mondo. Come sostiene Cook-Cottone (2015), gli individui con un'immagine corporea positiva né giudicano né ignorano i loro corpi. Invece, si impegnano nella cura di sé che implica un investimento adattivo nell'aspetto e nel benessere del proprio corpo. Nello studio condotto da Wood-Barcalow et al. (2010) le studentesse universitarie che riferivano un'immagine corporea positiva hanno dichiarato di mantenere e migliorare il loro aspetto fisico attraverso la cura di sé come farsi



la manicure, dedicarsi a un'alimentazione sana e all'esercizio fisico. Esse hanno riconosciuto i benefici sull'aspetto fisico di questi comportamenti ma interpretano questi comportamenti anche come atti di gentilezza verso i loro corpi. In un altro studio Cash, Melnyk e Hrabosky (2004) hanno diviso l'investimento nell'aspetto fisico in due componenti: la rilevanza autovalutativa (la connessione negativa tra aspetto fisico e autostima) e la rilevanza motivazionale (l'impegno adattivo, gli sforzi per sentirsi attraente). Le donne con un'immagine corporea positiva hanno livelli più bassi di salienza autovalutativa ma livelli simili di salienza motivazionale rispetto alle donne con un'immagine corporea negativa. Inoltre, la rilevanza motivazionale è stata ritenuta fattore protettivo quando le persone subiscono cambiamenti legati all'aspetto fisico, come cambiamenti causati dal cancro al seno (Carver et al., 1998).

Un ulteriore fattore protettivo è la *inner positivity*, ovvero la positività interiore. La positività interiore è la connessione tra sentimenti positivi (ad esempio, fiducia nel corpo, ottimismo, felicità) e comportamenti adattivi (ad esempio, cura di sé, aiuto agli altri). La positività interiore può manifestarsi come un semplice sorriso o manifestando la volontà di affermarsi, tenendo la “testa alta” ed emanando uno “speciale bagliore” (Tylka, 2011). La positività interiore non è un atteggiamento narcisistico verso il proprio aspetto fisico, bensì un sentimento positivo che si riflette sull'autostima e sulla considerazione del proprio corpo. In effetti, le studentesse degli Stati Uniti con un'immagine corporea positiva hanno dichiarato di sentirsi felici e orgogliose di sé stesse e questo poi si riflette esteriormente attraverso un atteggiamento sicuro che sembra emanare “luce dagli occhi” (Wood-Barcalow et al., 2010). Queste donne hanno riferito che la positività interiore si manifesta con un impegno diretto verso comportamenti di cura di sé come lo svolgere regolarmente attività sportiva, praticare attività che alleviano lo *stress* (ad esempio lo *yoga*), cure preventive (ad esempio visite mediche), flessibilità alimentare che si manifesta nella pratica del mangiare intuitivo e, infine, riferiscono di coccolare i loro corpi (ad esempio fare dei massaggi).

Pratiche quali lo *yoga* vanno a stimolare una delle principali componenti dell'immagine corporea positiva, la *body functionality*, intesa come la capacità

di focalizzare la propria attenzione sulla funzionalità del proprio corpo piuttosto che sulla dimensione estetica.

Infine, risulta fondamentale possedere uno stile cognitivo che consenta di filtrare le informazioni in modo protettivo. Filtrare le informazioni in modo protettivo per il corpo consiste nell'accettare le informazioni coerenti con un'immagine corporea positiva e rifiutare i messaggi che potrebbero metterla in pericolo. Individui che si impegnano regolarmente in questo processo di filtraggio mostrano maggiori livelli di autostima e *positive body image* (Wood-Barcalow et al., 2010). Il filtraggio positivo delle informazioni, in quanto stile di elaborazione cognitiva, non è infallibile, poiché anche gli individui con un'immagine corporea positiva possono essere suscettibili alle minacce legate all'immagine corporea soprattutto in momenti particolarmente vulnerabili (ad esempio, in uno stato di fragilità emotionale, forte *stress*, quando la minaccia proviene da una persona che si ritiene particolarmente significativa, ecc.). Dallo studio svolto su un campione di studentesse statunitensi che riferivano un'immagine corporea positiva è infatti emerso che esse possedevano una buona capacità di filtrare le minacce esterne, erano consapevoli del modello irrealistico e stereotipato proposto dai *mass media*, rifiutavano e contestavano queste immagini, così come interpretavano e interiorizzavano messaggi compassionevoli verso i loro corpi (Wood-Barcalow et al., 2010). Tuttavia, queste donne hanno talvolta assorbito e interiorizzato informazioni negative, ad esempio relative al peso, sperando un vissuto interiore negativo. In questo caso risulta fondamentale uno stile di elaborazione delle informazioni flessibile. Queste donne si sono infatti dimostrate in grado di riconoscere l'emozione negativa derivante dalla critica ricevuta ma sono state in grado di accettare i propri sentimenti e, allo stesso tempo, di mettere in atto comportamenti che promuovessero la cura di sé piuttosto che la vergogna verso il proprio corpo.

## **1.4 Correlazione tra immagine corporea positiva e qualità di vita**

Possedere un'immagine corporea positiva rappresenta un fattore protettivo in termini di qualità di vita poiché concorre a mantenere un buon livello di autostima, compassione verso sé stessi e lo sviluppo di una rete sociale soddisfacente (Fairburn et al., 2003). Va inoltre sottolineato, come descritto in precedenza, che possedere un'immagine corporea positiva predispone la persona a mettere in atto comportamenti adattivi che favoriscono il benessere fisico (ad esempio, *sport*, alimentazione intuitiva, ecc.).

Numerosi studi dimostrano come un'immagine corporea positiva favorisca lo sviluppo dell'autostima. L'autostima, in qualità di atteggiamento (positivo o negativo) verso sé stessi, rappresenta un indicatore di benessere psicologico (Clay et al., 2005). Tale costrutto definisce la percezione che l'individuo possiede del proprio valore (Ziller et al., 1969). Di conseguenza, elevati livelli di autostima indicano un atteggiamento globale altamente favorevole rivolto al sé (Van den Berg et al., 2010). L'individuo, nel valutare sé stesso, dispone di poche caratteristiche oggettive che gli consentano un'accurata valutazione delle caratteristiche personali. Piuttosto, egli spesso ricorre a confronti con altri significativi al fine di definire il proprio valore. Ne deriva il carattere sociale del costrutto di autostima, in quanto esso subisce l'influenza del contesto culturale all'interno del quale l'individuo è inserito (Byrne & Shavelson, 1986; Ziller et al., 1969). Alcuni studi hanno esplorato la natura della relazione tra l'immagine corporea positiva e l'autostima. A tale proposito, i risultati ottenuti hanno dimostrato l'esistenza di un forte legame tra il grado di soddisfazione corporea e l'autovalutazione positiva (Van den Berg et al., 2010). In generale, l'immagine corporea positiva correla significativamente con i punteggi ottenuti nelle misure di autostima, sia per i maschi sia per le femmine (Abell & Richards, 1996).

Nello specifico, l'autostima rappresenta un fattore protettivo nei confronti dello sviluppo di un'immagine corporea negativa e, quindi, di elevati livelli di insoddisfazione per l'aspetto fisico. Essa svolge, inoltre, il ruolo di moderatore nel legame tra BMI e immagine corporea. A dimostrazione di questo,

l'associazione negativa tra le due variabili risulta essere significativa in individui che manifestano una scarsa autostima (Ahadzadeh et al., 2018). In accordo con la prospettiva cognitivista (Fairburn et al., 2003), bassi livelli di autostima contribuiscono allo sviluppo di emozioni negative che possono sfociare, nei casi più gravi, in disturbi psicologici quali EDs, depressione e ansia sociale (O'Dea, 2004).

La ricerca scientifica, nel corso degli ultimi anni, ha dimostrato anche che un'immagine corporea positiva correla positivamente con alti livelli di *self-compassion* intesa come la capacità dell'individuo di porsi obiettivi perseguibili e realizzabili e che non sfociano in comportamenti perfezionistici disadattivi. Il perfezionismo può essere concettualizzato come la tendenza a esigere da sé stessi, o da altri, prestazioni qualitativamente superiori rispetto a quelle richieste dalla situazione (Hollender, 1978). Le persone con tratti marcati di perfezionismo si impongono *standard* elevati e definiscono il loro valore in relazione al raggiungimento di tali obiettivi irrealistici. Di conseguenza, l'autovalutazione che ne deriva è spesso eccessivamente critica. Ricerche recenti hanno suggerito l'esistenza di due diverse forme di perfezionismo: adattivo e disadattivo (Bieling et al., 2004; Enns et al., 2002; Hamachek, 1978; Shafran & Mansell, 2001; Terry-Short et al., 1995). La prima dimensione, definita "sana", riguarda aspettative realistiche riferite al sé, le quali comprendono sia punti di forza sia possibili limiti personali. Gli sforzi prestazionali che ne derivano risultano essere associati a un senso di soddisfazione ed elevata autostima. Di contro, la seconda forma di perfezionismo, definita "clinica", consiste nel porsi obiettivi irrealistici e determina l'irrazionale paura del fallimento (Terry-Short et al., 1995).

Le persone che presentano questo tipo di perfezionismo mostrano, al contempo, un perenne stato di insoddisfazione legato alle loro prestazioni (Bieling et al., 2004; Slade & Owens, 1998). Il perfezionismo clinico (Shafran et al., 2002) si associa a un *pattern* di atteggiamenti disfunzionali (ad esempio l'evitamento di attività) a cui consegue un rinforzo negativo. Si verifica, pertanto, la risoluzione momentanea del disagio psicologico riconducibile alla paura dell'insuccesso che mantiene l'esecuzione del comportamento disfunzionale nel tempo (Bieling et al., 2004).

Gli studi hanno dimostrato una chiara associazione tra il perfezionismo clinico e la psicopatologia. Esso, in qualità di fenomeno transdiagnostico, svolge un ruolo cruciale nell'eziologia e nel mantenimento dei disturbi alimentari (Fairburn et al., 1999), dei disturbi d'ansia e della depressione (Egan et al., 2011; Shafran & Mansell, 2001). Ad esempio, Wade e Tiggeman (2013) hanno indagato la natura della relazione esistente tra il desiderio di un BMI inferiore e le componenti della *Frost Multidimensional Perfectionism Scale* (Frost et al., 1990) in qualità di principale misura di perfezionismo.

Nello specifico, i risultati ottenuti hanno dimostrato la presenza di una forte associazione tra la prima variabile citata (desiderio di un BMI inferiore) ed elevati livelli di preoccupazione per la possibilità di commettere errori. In aggiunta, è stata individuata una significativa associazione con la componente inerente all'organizzazione che rimanda alla precisione e all'ordine durante l'esecuzione dei compiti (Wade & Tiggemann, 2013). Inoltre, la ricerca scientifica ha dimostrato che la paura di apparire imperfetto predice il disturbo dell'immagine corporea (Sherry et al., 2009). Questo timore è, in primo luogo, associato a una modalità di auto-presentazione eccessivamente perfezionista (Hewitt et al., 2003), che si manifesta attraverso il bisogno estremo di apparire perfetto e, dunque, di nascondere agli altri i difetti percepiti.

Risulta chiaro quindi che tra compassione per sé stessi e immagine corporea positiva vi è un legame di influenza bidirezionale. Da un lato un'immagine corporea positiva correla con la capacità dell'individuo di riconoscere i propri limiti in modo non giudicante ponendosi obiettivi realistici che possano portare a soddisfazione personale; dall'altro la ricerca scientifica ha dimostrato come la paura di apparire imperfetto possa predire lo sviluppo di un'immagine corporea negativa (Sherry et al., 2009).

Come precedentemente accennato, il benessere individuale non può escludere la dimensione sociale. La letteratura sostiene la salienza dei fattori sociali nello sviluppo dell'immagine corporea e l'importanza di quest'ultima per un adeguato funzionamento interpersonale. In contesti caratterizzati da valori culturali fondati sull'aspetto fisico, il *feedback* sociale inerente alle caratteristiche fisiche ha un impatto decisivo sullo sviluppo dell'immagine corporea (Cash et al., 2004). La ricerca scientifica ha dimostrato come un'immagine corporea positiva funga da fattore di protezione per lo sviluppo di

difficoltà sociali che possono raggiungere anche la dimensione patologica di ansia sociale (Cash, 2000).

La ricerca scientifica ha dimostrato che individui con ansia sociale mostrano atteggiamenti riferiti all'immagine corporea (valutati tramite il *Multidimensional Body–Self Relations Questionnaire* [MBSRQ]; Cash, 2000) indicativi di maggiori preoccupazioni e insoddisfazione legate all'aspetto fisico, rispetto a individui senza ansia sociale. Al contempo, le persone con atteggiamenti negativi legati al proprio aspetto fisico mostrano un'intensa paura di sottoporsi al giudizio altrui, rispetto a coloro i quali presentano un'immagine corporea più positiva. Di conseguenza, l'insoddisfazione corporea può influenzare negativamente la possibilità di stabilire relazioni interpersonali (Izgiç et al., 2004).

Quanto finora descritto conferma il forte legame tra autostima, *self-compassion*, abilità sociali e immagine corporea positiva. Tale associazione suggerisce nuove strade da percorrere nell'ambito della prevenzione e della ricerca così da favorire lo sviluppo di un'immagine corporea positiva fortemente implicata nel benessere globale (fisico, psicologico e sociale) della persona.

## CAPITOLO 2

# LO SVILUPPO DI UN'IMMAGINE CORPOREA POSITIVA: *FOCUS* SUGLI INTERVENTI BASATI SULLA *BODY* *FUNCTIONALITY*

### **2.1 Trattamenti cognitivo-comportamentali volti a favorire un'immagine corporea positiva**

Come più volte sottolineato nei precedenti capitoli, un'immagine corporea positiva è fondamentale per la costruzione e il mantenimento del benessere psico-fisico dell'individuo e per tale motivo, negli ultimi decenni, l'interesse della ricerca in psicologia si è focalizzata sul costrutto di immagine corporea, andando a definire modelli che ne spiegano componenti, sviluppo, funzionamento e trattamenti volti a prevenire o favorire un'immagine corporea positiva.

Gli approcci *evidence-based* di prevenzione e intervento sull'immagine corporea si sono evoluti in modo significativo negli ultimi decenni. Molti di questi approcci hanno origine, diretta o indiretta, dal modello cognitivo-comportamentale proposto da Cash (2003). L'autore ha esteso il lavoro pionieristico di Shilder (1935) proponendo un modello cognitivo-comportamentale completo che prendesse in esame anche fattori che influenzano lo sviluppo dell'immagine corporea e le conseguenze causate dallo sviluppo di un'immagine corporea negativa. La sua identificazione delle componenti che costituiscono l'immagine corporea ha facilitato l'identificazione degli obiettivi di intervento. Le strategie di intervento promosse dall'autore sono utilizzate ancora oggi e hanno gettato le basi per molti approcci di intervento (Lewis-Smith et al., 2019).

### **2.1.1 La terapia cognitivo-comportamentale (CBT)**

La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) per l'immagine corporea si rifà al modello di immagine corporea proposto da Cash (2003) ed è uno degli interventi più ricercati e supportati empiricamente per affrontare le preoccupazioni relative al corpo. Lo scopo della CBT è quello di modificare pensieri, emozioni e comportamenti irrazionali e disfunzionali, attraverso tecniche come l'automonitoraggio, la ristrutturazione cognitiva, la psico-educazione, la desensibilizzazione, e l'esposizione. Cash e Butters (1987) sono stati tra i primi ricercatori a sviluppare e valutare un protocollo CBT per affrontare i problemi relativi al corpo. Nel 1987, Butters e Cash hanno condotto alcuni studi randomizzati per valutare l'efficacia di un programma strutturato CBT in giovani donne universitarie che presentavano insoddisfazione corporea. Il programma prevedeva un intervento psicoeducativo riguardante le cause, la prevalenza e gli effetti dell'insoddisfazione corporea, componenti di rilassamento, desensibilizzazione (es. esposizione allo specchio), automonitoraggio (valutazione degli eventi antecedenti, delle convinzioni e delle conseguenze), identificazione e correzione degli errori cognitivi circa l'immagine corporea, impegno in comportamenti legati al senso di padronanza o piacere, tecniche di riduzione dello *stress* e strategie di prevenzione delle ricadute. Il programma ha effettivamente ridotto l'insoddisfazione corporea, la preoccupazione per l'aspetto esteriore e l'evitamento del corpo, con miglioramenti che persistono due mesi dopo il trattamento (Cash & Butters, 1987). In seguito, Cash ha pubblicato un programma CBT, su modello del precedente ma audio registrato chiamato *Body-image therapy: A program for self-directed change*, da utilizzare autonomamente o guidati dal proprio terapeuta (Cash, 1991). Il programma comprendeva 11 sessioni e includeva l'autovalutazione di influenze storiche, culturali, fisiche e interpersonali sull'immagine corporea, l'automonitoraggio delle esperienze corporee (es. ABC: eventi antecedenti, cognizioni mediatiche e conseguenze comportamentali), tecniche di rilassamento, desensibilizzazione (ad esempio, esposizione), identificazione e ristrutturazione cognitiva, autovalutazione dei comportamenti di evitamento e dei comportamenti compulsivi legati all'immagine corporea (ad es. esposizione, prevenzione della risposta, riduzione dello *stress*), tecniche di risoluzione dei problemi e strategie



di prevenzione delle ricadute. Grant e Cash (1995) hanno confrontato due differenti modalità di erogare il programma proposto da Cash e Butters (1987) tra giovani donne insoddisfatte del proprio corpo: il primo autodiretto con un modesto contatto con il terapeuta (riunioni settimanali di 20 minuti) e il secondo basato sulla terapia di gruppo erogata dal terapeuta (sessioni settimanali da 90 minuti). Sono stati riscontrati effetti equivalenti per entrambe le modalità, con miglioramenti nella soddisfazione corporea e nell'investimento sull'aspetto fisico. Oltre al programma CBT registrato con audio, Cash (1995) ha sviluppato un libro di auto-aiuto di 10 settimane, quasi identico nel contenuto. Cash e Lavalley (1997) hanno successivamente valutato l'efficacia di questo libro di auto-aiuto in un campione di studentesse universitarie insoddisfatte del proprio corpo. Esse hanno avuto un solo contatto a settimana, di 10 minuti, con l'assistente di ricerca. Il programma ha ottenuto effetti equivalenti a entrambe le condizioni esplorate da Grant e Cash (1995), evidenziando l'efficacia dei programmi di auto-aiuto CBT per affrontare i problemi di immagine corporea anche in assenza del terapeuta. Come risultato di queste prove, nel 1997 Cash ha pubblicato un perfezionamento del suo libro di auto-aiuto CBT intitolato "*The body image workbook: an 8-step program for learning to like your looks*" che è stato poi aggiornato dall'autore nel 2008 (Tab 3.1).

S t e p	Contenuti aggiornati nell'edizione del 2008
S t e p 1	Si forniscono informazioni per facilitare una chiara comprensione della problematica e vengono evidenziati elementi cognitivi, emozionali e comportamentali disadattivi associati negativamente all'immagine corporea e vengono individuati obiettivi specifici per il cambiamento.
S t e p 2	Viene erogata la psico-educazione, che comprende la ricerca empirica sulle preoccupazioni relative al corpo (compresa l'influenza del contesto culturale) e informazioni sui principi della CBT.

	<p>È incluso anche un quadro cognitivo-comportamentale per aiutare l'individuo a comprendere le cause delle preoccupazioni legate al corpo. Inoltre, all'individuo viene chiesto di impegnarsi in una scrittura espressiva di quattro giorni, riflettendo sulle esperienze significative che si sono verificate in momenti diversi della vita (es. infanzia, adolescenza) in riferimento al corpo.</p>
S t e p 3	<p>All'individuo viene insegnata la consapevolezza e l'accettazione delle esperienze riguardanti il corpo (ad esempio, alimentazione consapevole). Sono comprese diverse attività quali alimentazione consapevole, scansione del corpo e consapevolezza attraverso l'immagine allo specchio. Viene fornito anche un "diario dell'immagine corporea" per aiutare l'automonitoraggio individuale degli ABC associati alle esperienze legate al corpo. Questo include 'antecedenti' (eventi e situazioni precipitanti), 'convinzioni' (pensieri, ipotesi e interpretazioni) e 'conseguenze' (emozioni risultanti e comportamenti).</p>
S t e p 4	<p>Identificare le convinzioni fondamentali o le ipotesi sull'aspetto fisico e considerare la loro influenza su pensieri, sentimenti e comportamenti. L'individuo sfida questi presupposti ricercando potenziali contraddizioni e sviluppa nuove prospettive razionali.</p>
S t e p 5	<p>Identificazione dello schema correlato all'immagine corporea disfunzionale (<i>bias</i> cognitivi) e la messa in atto di tecniche di ristrutturazione cognitiva. È prevista la tecnica "fermati, guarda e ascolta", per cui l'individuo interrompe il dialogo interiore negativo, guarda gli eventi attivanti che</p>

	portano a reazioni emozionali negative legate all'immagine corporea e ascolta di più le affermazioni razionali.
S t e p 6	Tecniche di rilassamento (ad esempio rilassamento muscolare progressivo, respirazione diaframmatica e immagini mentali) con l'intenzione di applicare tali tecniche alle esperienze dolorose. Alla persona viene chiesto di costruire due gerarchie: una riguardante aree del corpo associate al disagio e l'altra riguardante le situazioni che provocano angoscia. Questi elementi sono classificati in ordine dal meno al più preoccupante. A seguito dell'automonitoraggio di questi comportamenti, le gerarchie comportamentali vengono costruite così da facilitare l'esposizione e la prevenzione della risposta.
S t e p 7	Ci si concentra sui comportamenti di controllo e correzione dell'aspetto fisico eliminandoli attraverso il controllo dei rituali.
S t e p 8	All'individuo viene chiesto di scrivere una lettera al proprio corpo, scusarsi e ringraziarlo. Inoltre, viene chiesto di concentrarsi sul miglioramento dell'immagine corporea, impegnandosi in attività trasversali (aspetto, salute e <i>fitness</i> ) che favoriscono la padronanza e il piacere dell'utilizzo del corpo.
P o s t f a z i	L'individuo viene aiutato a sviluppare strategie per ridurre le recidive, far fronte a situazioni ad alto rischio e continuare i cambiamenti positivi.

o n e	
-------------	--

Tab 3.1 Step inseriti nel programma “*The body image workbook: an 8-step program for learning to like your looks*” (Cash, 2008).

Il programma CBT di Cash non è stato sottoposto a valutazione nella sua interezza, ma due studi hanno esplorato l'efficacia degli *step* autosomministrati. In primo luogo, Strachan e Cash (2002) hanno effettuato uno studio randomizzando dove i partecipanti (studenti e studentesse universitarie che presentavano insoddisfazione corporea) venivano assegnati a una combinazione di psico-educazione e automonitoraggio (passaggi 1 e 2 del programma), oppure a una combinazione di queste componenti con l'aggiunta di strategie per la ristrutturazione cognitiva (passaggi 4 e 5 del programma). Gli interventi sono durati sei settimane, all'interno delle quali poteva essere presente o meno il supporto del terapeuta. I risultati hanno indicato che la combinazione psico-educazione e automonitoraggio era ugualmente efficace nel migliorare l'insoddisfazione corporea, l'investimento nell'immagine corporea e le emozioni legate all'immagine corporea rispetto alla seconda combinazione caratterizzata dall'aggiunta della ristrutturazione cognitiva. Strachan e Cash (2002) hanno inoltre osservato che la presenza del terapeuta facilitava alcuni passaggi quali la ristrutturazione cognitiva e comporta tassi di abbandono inferiori del programma. Sulla base di questi risultati, Cash e Hrabosky (2003) hanno testato attraverso un programma di 3 settimane un gruppo di pazienti con insoddisfazione corporea e disturbi dell'alimentazione, comprendente psico-educazione e automonitoraggio con un maggiore contatto con il terapeuta (incontri settimanali per nuove istruzioni e scambio di materiali), che ha raggiunto miglioramenti simili nell'immagine corporea e riduzioni aggiuntive nella patologia alimentare. Inoltre, i tassi di abbandono inferiori (14%) rispetto al tasso di abbandono (53%) nel precedente studio (Strachan & Cash, 2002), sottolineando ulteriormente l'importanza del coinvolgimento del terapeuta per rafforzare l'aderenza dei partecipanti e il successo del trattamento.

Sulla scia del lavoro pionieristico di Cash altri ricercatori hanno sviluppato programmi CBT utilizzando formati diversi e rivolti a gruppi diversi. Mentre Cash si era concentrato principalmente su programmi CBT autodiretti valutati

tra studentesse universitarie, Rosen e colleghi hanno valutato programmi CBT erogati dal terapeuta all'interno di un gruppo dimostrando miglioramenti sull'immagine corporea rispetto a un gruppo di controllo fino a tre mesi dopo il trattamento (ad esempio, Rosen, Cado, Silberg, Srebnik & Wendt, 1990; Rosen, Saltzberg & Srebnik, 1989). I vantaggi della CBT sull'immagine corporea sono stati estesi anche alle donne di mezza età (McLean, Paxton & Wertheim, 2011). È stato anche sviluppato e valutato un programma CBT *online*: *Student Bodies* (Celio et al., 2000; Winzelberg et al., 2000; Zabinski, Wilfley, Calfas, Winzelberg, & Taylor, 2004). *Student Bodies* è un intervento CBT strutturato di otto settimane, con l'aggiunta di un gruppo di discussione moderato da un terapeuta *online*. Ai partecipanti vengono inviate *e-mail* settimanali per incoraggiarli a partecipare allo *step* successivo. Una volta effettuato l'accesso, alle persone vengono forniti settimanalmente contenuti *online* e sono invitati a completare le attività associate, come l'automonitoraggio, la scrittura nel proprio diario o la partecipazione nel gruppo di discussione *online* moderato da uno psicologo. Uno studio randomizzato controllato è stato condotto con più di 400 giovani donne a elevato rischio di sviluppare un disturbo dell'alimentazione (Taylor et al., 2006). Rispetto al gruppo di controllo in lista d'attesa, i partecipanti all'intervento hanno sperimentato significative riduzioni di insoddisfazione per la forma corporea fino a un anno dopo. Inoltre, sottogruppi di donne con condotte di eliminazione hanno riportato una diminuzione dell'insorgenza dei disturbi dell'alimentazione. Chithambo e Huey (2017) hanno sviluppato un programma CBT *online* derivato principalmente dal contenuto di *The Body Image Workbook* (Cash, 1997). In quattro sessioni *online* i partecipanti si impegnano in diverse attività, come l'individuazione di un'alternativa funzionale e l'interpretazione razionale di pensieri irrazionali. Uno studio randomizzato controllato che ha valutato il programma ha supportato la sua efficacia nel ridurre l'insoddisfazione corporea, la patologia alimentare e depressiva donne statunitensi (Chithambo & Huey, 2017). Collettivamente, questi risultati indicano che i programmi CBT *online*, che sono meno costosi e hanno il potenziale per una maggiore fruibilità, sono efficaci nell'incrementare un'immagine corporea positiva (Lewis-Smith et al., 2019).

Nel complesso, due revisioni meta-analitiche hanno supportato l'efficacia della CBT (Cash & Smolak, 2011; Farrell, Shafran & Lee, 2006). Jarry e Ip (2005)

hanno condotto una metanalisi per esaminare l'efficacia di 19 programmi CBT autosomministrati per problemi di immagine corporea. Inoltre, una metanalisi sulle tecniche impiegate negli interventi volti a migliorare l'immagine corporea hanno dimostrato che gli interventi che comprendevano tecniche basate sulla CBT erano associati a effetti più ampi sull'immagine corporea, rispetto ad altre strategie come gli esercizi di potenziamento dell'autostima e le discussioni sull'attività fisica (Aleva, Sheeran, Webb, Martijn & Miles, 2015). È interessante notare che la precedente metanalisi di Jarry e Ip (2005) ha mostrato piccoli miglioramenti nella dimensione di investimento sull'aspetto fisico, confrontata con la soddisfazione corporea e le componenti comportamentali. È stato proposto che mentre la CBT è efficace nello sfidare le manifestazioni di un elevato investimento nell'aspetto fisico, potrebbe esserlo meno nell'affrontare i suoi processi sottostanti.

### **2.1.2 La dissonanza cognitiva**

I programmi CBT rappresentano gli interventi sull'immagine corporea che sono più fortemente radicati nel modello cognitivo-comportamentale proposto da Cash (2002, 2012) che ha anche posto le basi per lo sviluppo di altre forme di prevenzione che si sono diffuse in ambito non clinico. Una tecnica efficace è l'induzione della dissonanza cognitiva, che si basa sull'assunto per cui rendere esplicito il pensiero incoerente con il proprio comportamento evoca disagio psicologico e motiva l'individuo a cambiare i propri atteggiamenti e le proprie cognizioni per ripristinare la coerenza (Festinger, 1957). *Body Project* (Stice & Presnell, 2007), uno dei più efficaci programmi di prevenzione dei disturbi dell'alimentazione (Watson et al., 2016), è basato sulla dissonanza cognitiva. In questo programma, la dissonanza intorno alle convinzioni e i comportamenti legati all'aspetto fisico si ottiene incoraggiando gli individui a impegnarsi in esercizi contrari alle proprie attitudini, criticando l'ideale di bellezza associato alla magrezza promosso dalla società. Questo si traduce in dissonanza, poiché l'individuo che interiorizza l'ideale di un corpo magro agisce in un modo che non è coerente con le sue convinzioni. Questo programma è pensato per portare a una riduzione dell'ideale interiorizzato di magrezza, che teoricamente, a sua volta, dovrebbe comportare una diminuzione dell'insoddisfazione corporea, delle restrizioni alimentari e dei disturbi dell'alimentazione (Stice, 2001; Thompson,

Heinberg, Altabe & Tantleff-Dunn, 1999). Gli approcci di dissonanza cognitiva si concentrano principalmente sull'atteggiamento da modificare. Le attività specifiche degli interventi basati sulla dissonanza cognitiva possono essere mappate all'interno del sistema socio-cognitivo del modello di Cash. Ad esempio, *Body Project* si rivolge direttamente alla cultura della socializzazione oltre che all'internalizzazione dell'ideale di magrezza. Include attività che discutono il ruolo degli attivatori (ad esempio, ideali di bellezza e commenti relativi all'aspetto esteriore), convinzioni (ad esempio, pensieri e interpretazioni) e conseguenze emotive e comportamentali (ad esempio, dieta ed esercizio fisico). Questo tipo di intervento affronta direttamente anche aspetti di elaborazione cognitiva, sfidando ad esempio, il confronto con l'ideale di bellezza proposto dai media. Infine, incoraggia il cambiamento attraverso sfide comportamentali, come andare a nuotare o indossare pantaloncini, nonostante i timori di giudizio negativo o di non soddisfare gli *standard* ideali di bellezza. Le revisioni meta-analitiche indicano che gli approcci basati sulla dissonanza cognitiva sono molto efficaci. In particolare, *Body Project* si è rivelata la forma di prevenzione più efficace nello sviluppo dei disturbi dell'alimentazione (Stice et al., 2007). La ricerca ha anche indicato che *Body Project* è un efficace strumento di intervento all'interno del contesto scolastico. I risultati mostrano effetti positivi nelle adolescenti di età compresa tra i 14 e i 17 anni (2008, Stice et al., 2003). Inoltre, l'attività garantisce un buon risultato anche se viene attuata dal personale scolastico (ad esempio, consulenti e insegnanti; Stice, Rohde, Gau & Shaw, 2009; Stice, Rohde, Shaw & Gau, 2011). I ricercatori hanno adattato *Body Project* per l'uso con ragazze adolescenti più giovani (12–13 anni); tuttavia, le valutazioni hanno prodotto risultati contrastanti (Halliwell & Diedrichs, 2014; Rohde et al., 2014). Ciò suggerisce la possibilità che gli approcci dissonanti possano essere meno efficaci per i ragazzi più giovani. Dato il successo dei programmi di dissonanza cognitiva in presenza, la ricerca ha esplorato il potenziale di tali programmi erogati *online*. Chitambo e Huey (2017) hanno creato un programma di dissonanza cognitiva *online*, derivato principalmente dai contenuti che compongono *Body Project*. Esso consisteva in quattro sessioni settimanali, con compiti a casa nel mezzo. Le partecipanti erano giovani donne universitarie a elevato rischio di sviluppo di un disturbo dell'alimentazione. Rispetto a una condizione di controllo a cui non è stato

somministrato alcun trattamento le partecipanti sottoposte al programma hanno manifestato riduzioni significativamente maggiori di insoddisfazione corporea post-intervento. Allo stesso modo, Stice e colleghi (2017) hanno creato una versione *online* di *Body Project*, nota come *eBody Project* che comprende sei moduli da 40 minuti, che includono giochi e attività di autoeducazione (come testi e giochi di ruolo). Uno studio randomizzato controllato, condotto con giovani donne universitarie, ha assegnato le partecipanti a un gruppo *Body Project* guidato da un medico, a un gruppo *Body Project* guidato da pari, a un gruppo *eBody Project* e al gruppo di controllo. Dai risultati è emerso che, rispetto al gruppo di controllo, *eBody Project* ha determinato una significativa riduzione di insoddisfazione corporea; tuttavia, le partecipanti alle condizioni *Body Project* guidato dal medico o dai pari hanno mostrato riduzioni significativamente maggiori rispetto ai partecipanti che hanno partecipato al progetto *online*. Questo suggerisce che, pur avendo contenuti simili, il formato di gruppo in presenza può rafforzare gli effetti dell'intervento. Questo può essere dovuto al fatto che i partecipanti si forniscono reciprocamente supporto sociale (Shaw, Rohde & Stice, 2016).

### **2.1.3 L'alfabetizzazione mediatica**

Un'altra strategia di intervento che prende di mira le componenti della socializzazione culturale e dell'elaborazione cognitiva (ad esempio, i confronti sociali) è l'alfabetizzazione mediatica. L'obiettivo dell'alfabetizzazione mediatica è quello di responsabilizzare le persone, indurle a adottare un approccio critico quando incontrano contenuti multimediali, identificando, analizzando e sfidando i messaggi irrealistici presentati dai *media* (Levine, Piran & Stoddard, 1999). Come gli approcci dissonanti, gli approcci di alfabetizzazione mediatica mirano principalmente a modificare le componenti di investimento nell'aspetto fisico e dell'elaborazione cognitiva, compresa la tendenza a confrontare il proprio aspetto con quello degli altri. In particolare, l'obiettivo è l'aumento dello scetticismo sulle immagini mediatiche. A sua volta, e come conseguenza delle modifiche agli elementi di investimento e di elaborazione sociale del modello di Cash (2002, 2012), gli interventi di alfabetizzazione mediatica dovrebbero portare a una riduzione dell'insoddisfazione corporea e dei comportamenti mirati a modificare



compulsivamente l'estetica del corpo. L'influenza protettiva dell'alfabetizzazione mediatica è stata evidenziata da una ricerca trasversale condotta con adolescenti e donne adulte (McLean, Paxton & Wertheim, 2016). In particolare, è emerso che una maggiore soddisfazione per la propria forma corporea è associata a un livello più elevato di alfabetizzazione mediatica. Gli ultimi 20 anni hanno visto lo sviluppo e la valutazione di diversi interventi universali di alfabetizzazione mediatica mirati all'immagine corporea. Sebbene vari nel loro contenuto, tali interventi tendono ad avere obiettivi comuni: insegnare alle persone come i *media* creano immagini non realistiche (ad esempio, modelli che non rappresentano l'aspetto fisico della maggior parte delle persone a causa di una eccessiva manipolazione digitale per produrre immagini di ideali irraggiungibili), incoraggiare le persone a mettere in discussione e a sfidare il perseguimento dell'irrealistico modello corporeo proposto dai media (ad esempio, riflettere sulle motivazioni alla base della pubblicità per vendere prodotti) e coinvolgere i partecipanti nelle discussioni riguardanti importanti aspetti della vita non correlati all'aspetto esteriore (ad esempio, capacità e qualità personali). Questi obiettivi sono allineati con gli *step* proposti da Cash (2008; Tabella 3.1). Ad esempio, il secondo *step* contestualizza l'influenza della socializzazione culturale, compresi i messaggi mediatici, sull'immagine corporea. Ciò viene ulteriormente approfondito nello *step* 4 (ad esempio, messaggi multimediali che rendono impossibile accontentarsi del proprio aspetto). I primi programmi di alfabetizzazione mediatica si concentravano sull'ideale di bellezza promosso tradizionalmente dai *media*, compresa la televisione, *film* e riviste. Uno dei primi programmi di alfabetizzazione mediatica fu "Go Girls!", sviluppato da Piran e colleghi (2000). A seguito del loro promettente studio pilota condotto tra le ragazze della scuola secondaria, il programma è stato adattato e valutato tra ragazzi e ragazze australiani adolescenti (Wade, Davidson & O'Dea, 2003). Il programma era composto da cinque sessioni di 50 minuti, con diversi argomenti, attività, e discussioni in classe in ogni sessione. I risultati dello studio hanno rivelato una diminuzione significativa della salienza attribuita al peso e alle forme corporee tra gli studenti che hanno ricevuto il programma di alfabetizzazione mediatica se confrontato con gruppo di controllo composto da classi che non avevano ricevuto il programma (Wade, Davidso & O'Dea, 2003). Uno dei principali programmi di

alfabetizzazione mediatica che ha ricevuto il supporto empirico con ragazze e ragazzi adolescenti è *Media Smart* il quale comprende 6 sessioni da 50 minuti (Wilksch, Tiggemann & Wade, 2006). *Media Smart* ha subito numerose valutazioni tra circa 2000 ragazze e ragazzi adolescenti in Australia (Wilksch et al., 2006, 2015; Wilksch & Wade, 2009). Questi studi randomizzati controllati hanno rivelato che il programma è efficace nel ridurre l'insoddisfazione corporea, l'interiorizzazione dell'aspetto ideale e la messa in atto di comportamenti volti alla riduzione del peso corporeo, in entrambi i generi, rispetto a un gruppo di controllo, con miglioramenti presenti anche 2,5 anni dopo la fine dell'intervento tra le ragazze (Wilksch & Wade, 2009). “*Eating, Feminine Aesthetic Beauty Model and Mass Medias: How to Train Critical Students in Secondary School (AMM-EC)*” è un ulteriore programma di alfabetizzazione mediatica che ha dimostrato efficacia per quanto riguarda il miglioramento della soddisfazione corporea e relativi esiti fino a 2,5 anni dopo l'intervento tra gli adolescenti spagnoli (Raich et al., 2008). AMM-EC include contenuti e attività simili a quelli presenti nel programma *Media Smart*, come la critica all'ideale di bellezza dominante, resoconti storici (ad esempio, vengono descritti gli ideali di bellezza nell'antica Grecia e l'ideale di bellezza di Marilyn Monroe) e interculturali (ad esempio, le "donne giraffa" del Myanmar, le donne più grandi della Mauritania), confrontando i diversi ideali di bellezza. Tali programmi si sono rivelati efficaci nella riduzione dell'insoddisfazione corporea e i risultati hanno dimostrato che l'efficacia permane se tali programmi vengono erogati dal personale scolastico, rendendoli più fruibili (Diedrichs et al., 2015; Sharpe, Schober, Treasure & Schmidt, 2013; Wilksch, 2015), con effetti che durano fino a un anno dopo la partecipazione dell'intervento (Sánchez Carracedo et al., 2016). Meno ricerche hanno esplorato i potenziali benefici dell'alfabetizzazione mediatica tra gli adulti, tuttavia, studi condotti tra studentesse e studenti universitari negli Stati Uniti si sono dimostrati promettenti nella promozione di un'immagine corporea positiva (Becker et al., 2005; Coughlin & Kalodner, 2006; Posavac, Posavac & Weigel, 2001). Ad esempio, Backer e colleghi (2005) hanno sviluppato un programma a due sessioni che comprendono video, discussioni e attività. La prima sessione si concentra sull'ideale estetico basato sulla magrezza e i modi in cui viene perpetrato dalla pubblicità, mentre, la seconda sessione porta i partecipanti a interrogarsi se perseguire l'ideale del

corpo magro sia realistico e quali sono i costi necessari per poterlo raggiungere. Viene anche mostrato un video con individui che sono guariti da un disturbo dell'alimentazione, a cui segue una discussione. Un ulteriore programma, *Acknowledging and Rejecting the Media's influence on Eating and body image Disturbance (ARMED)*, è risultato efficace tra le donne ad alto rischio di sviluppare un disturbo dell'alimentazione (Coughlin & Kalodner, 2006). ARMED include contenuti simili al programma proposto da Bercher e colleghi (2005) e, in aggiunta, incoraggia i partecipanti a identificare gli aspetti positivi relativi alla propria immagine corporea e a identificare l'impatto negativo dei *social media* sull'immagine corporea e sui comportamenti alimentari disfunzionali (Fardouly & Vartanian, 2016; Holland & Tiggemann, 2016; Mills, Musto, Williams & Tiggemann, 2018; Tamplin, McLean & Paxton, 2018). L'evidente impatto negativo dei *social media* sull'immagine corporea ha reso necessario lo sviluppo di interventi che ne contrastano l'influenza negativa. McLean e i colleghi hanno recentemente sviluppato un intervento sui *social media* per ragazze adolescenti, noto come “*Boost Body Confidence e Social Media Savvy*” (BOOST; McLean, Wertheim, Masters & Paxton, 2017), basato sulla premessa che i *social media* promuovono gli ideali di bellezza, incentivano il confronto tra pari e il *focus* sul corpo. L'intervento comprende l'alfabetizzazione mediatica e un approccio tra pari, ad esempio l'influenza dei messaggi pubblicitari e il confronto tra coetanei. Il programma prevede tre sessioni di 50 minuti di natura esperienziale e interattiva. BOOST è stato valutato in uno studio pilota australiano su un campione di 101 ragazze adolescenti che hanno riportato miglioramenti significativi nell'immagine corporea, nella patologia alimentare e nell'alfabetizzazione mediatica (McLean et al., 2017). Questi risultati indicano che programmi di alfabetizzazione mediatica associati a un approccio tra pari risultano promettenti per affrontare le pressioni uniche presentate dall'ambiente dei *social media*.

#### **2.1.4 Gli approcci CBT di terza ondata**

Gli approcci CBT di terza ondata, tra cui la Terapia di Accettazione e Impegno (ACT), la Terapia Dialettico Comportamentale (DBT) e la pratica della consapevolezza, sono forme di intervento sempre più comuni per le preoccupazioni relative all'immagine corporea negli ultimi dieci anni.

Simultaneamente alla diffusione dalla filosofia buddista e del modello cognitivo-comportamentale, questi approcci si focalizzano sulle componenti valutative, cognitive ed emozionali del modello di Cash. In particolare, gli approcci di terza ondata mirano a rafforzare sei competenze di autoregolazione che supportano la flessibilità psicologica: consapevolezza del momento presente (notando in modo non giudicante la complessa interazione tra i propri pensieri, emozioni e sensazioni, accettazione esperienziale (essere aperti a esperienze interne di dolore, elaborazione cognitiva e dialoghi interni), diffusione cognitiva (essere consapevoli delle componenti cognitive della propria esperienza, senza consentirgli di dominare), sé come contesto (riconoscendo che le proprie esperienze interne sono separate dal contenuto o dalla valutazione delle proprie esperienze), valutazione (identificare uno scopo per guidare l'azione) e azione impegnata (comportarsi in maniera coerente con i propri valori, anche quando questo può essere associato a esperienze interne dolorose (cioè, strategie e comportamenti di *coping* più adattivi; Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). Teoricamente, si postula che il rafforzamento di questi processi indebolirà la rigidità psicologica (ad esempio fusione cognitiva, evitamento e disconnessione dai valori) e quindi consentirà all'individuo di sviluppare un'immagine corporea positiva. Nello *step* 3 di lavoro proposto da Cash (2008) emergono numerose attività di tipo DBT quali gli insegnamenti sulla consapevolezza e sull'accettazione, esercizi come l'alimentazione consapevole, i riflessi speculari consapevoli e la scansione del corpo. Alcune revisioni sistematiche della letteratura hanno evidenziato che la DBT risulta un intervento efficace per ridurre l'insoddisfazione corporea (Mazzeo et al., 2016; Roosen, Safer, Adler, Cebolla & Van Strien, 2012) e la patologia alimentare (Mushquash & McMahan, 2015; Roosen et al., 2012; Telch, Agras & Linehan, 2001) tra le donne adulte nelle analisi *pre-post*. Tuttavia, tutti gli studi hanno valutato il programma DBT tra individui che presentavano sintomi di un disturbo dell'alimentazione (ad esempio, disturbo da alimentazione incontrollata); di conseguenza, non è noto se gli interventi basati su DBT sono efficaci in una popolazione universale che non presenta patologie alimentari. Inoltre, sarà necessario condurre studi randomizzati controllati per confermare i vantaggi indicati. Allo stesso modo, è stato dimostrato che gli interventi ACT migliorano la patologia alimentare (Boucher et al., 2016; Levin, Potts, Haeger & Lillis,

2018; Lillis, Hayes & Levin, 2011; Palmeira, Pinto-Gouveia & Cunha, 2017; Weineland, Arvidsson, Kakoulidis, & Dahl, 2012) e l'immagine corporea (Weineland et al., 2012) in donne adulte. Tuttavia, i partecipanti di questi studi erano principalmente pazienti bariatrici o partecipanti a programmi di gestione del peso. Nel complesso, le prove esistenti suggeriscono che gli approcci basati su DBT e ACT possono essere efficaci per le difficoltà con il cibo e l'aumento della soddisfazione per il proprio corpo nelle popolazioni indagate.

La pratica della consapevolezza, infine, ha dimostrato miglioramenti nel ridurre la patologia alimentare tra i partecipanti che si presentano con sintomi di disturbo dell'alimentazione (Alberts, Thewissen & Raes, 2012; Levoy, Lazaridou, Smith et al., 2008). Anche questo approccio di intervento ha ricevuto supporto empirico. La ricerca ha dimostrato gli effetti protettivi dell'esercitare la consapevolezza; in particolare, impegnarsi in una breve sessione di consapevolezza a seguito dell'induzione di sentimenti di insoddisfazione corporea, attraverso l'esposizione a immagini mediatiche idealizzate, è risultato promettente in un campione di donne adulte (Margolis & Orsillo, 2016; Wade, George & Atkinson, 2009). Ai partecipanti è stato semplicemente chiesto di osservare i loro pensieri ed emozioni senza giudicarli e lasciandoli passare naturalmente. La pratica della consapevolezza risulta promettente nel migliorare nell'immediato l'immagine corporea (in seguito all'esposizione di messaggi negativi); tuttavia, questi interventi basati su una singola sessione potrebbero non essere in grado di avere un impatto a lunga durata. Inoltre, i risultati suggeriscono che i programmi fino a oggi sviluppati non siano sufficientemente personalizzati poiché spesso i *trigger* che inducono insoddisfazione corporea richiedono una programmazione di intervento specifica (Johnson, Burke, Brinkman & Wade, 2017). Un programma sviluppato per rispondere in modo specifico a tali esigenze è "*The Mindfulness Mode*" (Atkinson & Wade, 2016). Il programma di gruppo prevede tre sessioni che comprendono una serie di attività ed esercizi, oltre ai compiti per casa tra le sessioni. Nella prima sessione i partecipanti si impegnano nell'alimentazione consapevole e in esercizi di respirazione, per sperimentare la consapevolezza del momento presente. Nella seconda sessione i partecipanti vengono introdotti al concetto che pensieri e emozioni sono eventi mentali che vanno e vengono; questo viene dimostrato da un esercizio di pensiero decentrato nel contesto di pensieri negativi legati al

corpo. Ai partecipanti viene poi chiesto di praticare la consapevolezza mentre visualizzavano immagini multimediali idealizzate. Nella sessione finale i partecipanti vengono incoraggiati a essere aperti e ad accogliere tutte le esperienze, indipendentemente dal fatto che esse siano positive o negative. Si impegnano in attività che richiedono loro di generare risposte auto-compassionevoli rispetto ai pensieri negativi legati al corpo, con riferimento a situazioni comunemente vissute. In uno studio controllato randomizzato, condotto tra giovani donne adulte australiane che presentavano un quadro di insoddisfazione corporea, sono emersi miglioramenti significativi nell'immagine corporea, nella patologia alimentare e nell'interiorizzazione dell'ideale di magrezza (Atkinson & Wade, 2016). Sulla base di questi risultati promettenti i ricercatori hanno adattato il programma per l'utilizzo in classe con ragazze adolescenti (Atkinson & Wade, 2015). Uno studio ha rivelato miglioramenti significativi nell'immagine corporea e nell'alimentazione disfunzionale ma solo tra gli studenti che avevano un professionista esperto come facilitatore del programma (Atkinson et al., 2015). Sebbene questi risultati suggeriscano che il programma *The Mindful Mode* possa essere un promettente programma di prevenzione per le adolescenti, viene sottolineato come gli effetti siano maggiormente evidenti se a mediare il programma vi è un facilitatore formato ed esperto. Altri ricercatori hanno dimostrato i vantaggi di un programma di auto-compassione basato sulla consapevolezza erogato individualmente tramite *podcast* (Albertson, Neff & Dill-Shackleford, 2015). Ai partecipanti viene chiesto di ascoltare quotidianamente per tre settimane un *podcast* (diverso ogni settimana) centrato sulla meditazione e sull'autocompassione. La prima meditazione è una "*compassionate body scan*", in base alla quale gli ascoltatori vengono istruiti a sdraiarsi e notare le sensazioni di varie parti del corpo come il passaggio dai piedi alla testa. La seconda meditazione, "*affectionate breathing*", chiede all'ascoltatore di respirare e di adottare un atteggiamento affettuoso e gentile verso se stesso e verso gli altri che soffrono. La terza e ultima meditazione è un adattamento della *loving-kindness meditation* che si concentra sull'autocompassione per un'esperienza personale di sofferenza. Essa porta a concentrarsi sul proprio respiro, consentendo alle emozioni difficili di emergere e individuare così le sensazioni fisiche associate. Attraverso il percorso meditativo l'ascoltatore viene invitato a calmarsi e ad accettare le emozioni

angoscianti di cui sta facendo esperienza. Il programma è stato valutato in uno studio randomizzato controllato tra più di 200 donne adulte statunitensi con problemi di immagine corporea (Albertson et al., 2015). Le donne che hanno partecipato al percorso meditativo basato sull'autocompassione hanno riportato aumenti significativi nell'apprezzamento del corpo e riduzioni dell'insoddisfazione corporea e dell'autostima basata sull'aspetto esteriore, dimostrando così l'efficacia del programma.

### **2.1.5 Altri approcci di intervento**

Negli ultimi 15 anni c'è stata una grande attenzione verso l'immagine corporea positiva (Tylka & Piran, 2019). Cash e Smolak (2011) hanno evidenziato l'importanza di questo spostamento d'attenzione della ricerca che passa da un'attenzione esclusivamente rivolta a un'immagine corporea negativa e volta alla riduzione dei comportamenti disfunzionali a un'attenzione volta a esaminare un'immagine corporea positiva e adattiva. Parallelamente a questo cambiamento, sono iniziate le ricerche per esaminare le strategie di intervento basate sull'*embodiment* positiva, sull'accettazione del corpo e sugli aspetti funzionali del corpo. Due teorie sono state fondamentali nel facilitare questo spostamento di *focus*: il lavoro di Tylka e colleghi sull'immagine corporea positiva (Tylka & Piran, 2019; Tylka & Wood-Barcalow, 2015) e il lavoro di Piran sull'incarnazione positiva (Piran, 2016, 2017; Tylka & Piran, 2019).

Una delle strategie di intervento più efficaci, basata su modelli di immagine corporea positiva, è caratterizzata dalla focalizzazione sulla *body functionality*. Il programma di ricerca più consolidato è "*Expand Your Horizon*", elaborato da Alleva e collaboratori (Alleva, Diedrichs, Halliwell, Martijn et al., 2018; Alleva, Martijn, Van Breukelen, Jansen & Karos, 2015), i quali hanno sviluppato un intervento di scrittura che allena i partecipanti a concentrarsi sulla funzionalità del proprio corpo che verrà discusso nei successivi paragrafi. Questo intervento insegna alle partecipanti a focalizzare la loro attenzione corporea sulle funzionalità del loro corpo. L'intervento si basa sugli sviluppi nel campo della promozione di un'immagine corporea positiva e sulla teoria dell'auto-oggettivazione (Fredrickson & Roberts, 1997). Tuttavia, si rivolge anche alle componenti centrali del modello cognitivo comportamentale di Cash (2002, 2012): valutazione dell'immagine corporea e investimento.

Le teorie che promuovono lo sviluppo di *embodiment* positiva applicano una lente più ampia per comprendere l'esperienza dell'“essere nel corpo” (ad esempio, Piran, 2017). Un'esperienza positiva di *embodiment* è intesa in termini di *comfort*, connessione positiva con il corpo, percezione attiva delle sensazioni del corpo, espressione libera dei desideri, impegno nella sintonia e nella cura di sé e la resistenza all'oggettivazione (Piran, 2016, 2017). Inoltre, i modelli di incarnazione sottolineano l'importanza delle attività fisiche che si focalizzano sull'*embodiment* nello sviluppo e nel mantenimento dell'*embodiment* positiva (Piran, 2017; Tylka & Piran, 2019). Ci sono prove considerevoli che gli individui che praticano attività incarnanti, cioè attività che accrescono la consapevolezza dell'esperienza del corpo, la connessione con il corpo e i sentimenti di competenza e responsabilizzazione, incrementano l'immagine corporea positiva (ad esempio, Calogero, Tylka, Hartman McGilley & Pedrotty-Stump, 2019; Menzel & Levine, 2011; Neumark-Sztainer, MacLehose, Watts, Pacanowski & Eisenberg, 2018; Neumark Sztainer, Watts & Rydell, 2018; Swami & Harris, 2012; Tiggemann, Coutts & Clark, 2014). Gli interventi attuali hanno di conseguenza cominciato a incorporare elementi di incarnazione. Ad oggi, la pratica di incarnazione più utilizzata e studiata è lo *yoga* (Neumark-Sztainer, 2019). La disciplina *yoga* si allinea con i passaggi 3, 6 e 8 del lavoro di Cash (rilassamento, respirazione diaframmatica e immagini mentali). Cook-Cottone e colleghi (2013) hanno incorporato lo *yoga* in un programma di prevenzione dei disturbi dell'alimentazione, “*Girls Growing in Wellness e Balance*” (GGWB) ottenendo risultati significativi in una serie di fattori di rischio e di protezione per lo sviluppo di disturbi dell'alimentazione (ad esempio, Cook-Cottone, Talebkhah, Guyker & Keddie, 2017; Scimè & Cook-Cotone, 2008). La ricerca ha anche dimostrato che lo *yoga* (Ariel-Donges, Gordon, Bauman & Perri, 2019; Cox, Ullrich-French, Howe & Cole, 2017) e lo *yoga* integrato con temi positivi sull'immagine corporea (Halliwell, Dawson & Burkey, 2019) migliora l'immagine corporea delle giovani donne rispetto ai gruppi di controllo che non praticano tale disciplina.

## **2.2 Il costrutto teorico di *body functionality***

Con “*body functionality*” ci si riferisce a tutto ciò che il corpo sa fare, tutte le sue funzionalità: processi interni (digerire cibo, guarire dal raffreddore), capacità



fisiche (nuotare o camminare), i sensi e le sensazioni corporee come ad esempio provare piacere, sforzi creativi (danza, giardinaggio), cura di sé (dormire, mangiare) e comunicazione con gli altri (linguaggio del corpo o risate condivise; Alleva, Martijn, Van Breukelen, Jansen & Karos, 2015). La maggior parte degli interventi fino a ora convalidati scientificamente pongono il *focus* sulla componente estetica del corpo, ma si può ipotizzare che associando tali trattamenti a quelli che invece si focalizzano sulla *body functionality* si possano ottenere risultati maggiormente positivi. Le prime prove a favore della focalizzazione sulla *body functionality* provengono da ricerche di tipo qualitativo e correlazionale. Nel corso degli anni sono state condotte numerose interviste con donne e bambini ed è emerso come le persone con un'immagine corporea maggiormente positiva enfatizzavano la funzionalità del loro corpo e si sforzavano di prendersi cura del proprio corpo pur di mantenerlo funzionante (WoodBarcalow, Tylka & AugustusHorvath, 2010). Piran e colleghi (2016), ad esempio, hanno somministrato una serie di questionari a ragazze e donne nel corso di varie fasi della vita e da tali studi è emerso che per lo sviluppo e il mantenimento di un'immagine corporea positiva è fondamentale sperimentare positivamente le funzionalità del proprio corpo (ad esempio attività fisica soddisfacente). Alcuni studiosi hanno quindi iniziato a proporre programmi preventivi basati su attività quali *yoga*, *fitness* e alcune forme di danza che portano le persone a spostare l'attenzione sulla funzionalità del proprio corpo. I benefici prodotti sono stati poi testati anche sperimentalmente. In uno studio iniziale Alleva, Martijn, Jansen e Nederkoorn (2014) hanno somministrato una serie di domande *online* a studenti universitari e uomini e donne di età compresa tra i 30 e i 50 anni. Dai risultati è emerso che gli uomini che hanno descritto la funzionalità del proprio corpo hanno dimostrato livelli più elevati di soddisfazione corporea nel successivo *post-test*. Inoltre, le donne di età compresa tra i 30 e i 50 anni che hanno descritto la funzionalità del proprio corpo hanno riscontrato una maggiore soddisfazione anche nel *follow-up* di una settimana. Al contrario, le donne universitarie non hanno riscontrato alcun miglioramento come risultato della descrizione della loro *body functionality*. Alleva e colleghi hanno quindi ipotizzato che potrebbe essere necessaria una manipolazione più forte per le donne in età universitaria poiché potrebbero essere abituate a investire maggiore attenzione sull'estetica del corpo. Alleva, Martijn e collaboratori (2015) hanno sviluppato un programma di una settimana, *Expand Your Horizon*, composto di tre esercizi di scrittura *online* in cui

i partecipanti dovevano descrivere le varie funzioni del loro corpo e il motivo per cui per loro sono significative. Le donne che hanno completato il programma *Expand Your Horizon* hanno sperimentato una maggiore soddisfazione corporea nel *post-test* immediatamente successivo e nel *follow-up* di una settimana. Inoltre, nelle stesse persone, è stata riscontrata la riduzione nell'auto-oggettivazione (Fredrickson & Roberts, 1997). Nel complesso, questi risultati suggeriscono che concentrarsi sulla funzionalità del proprio corpo è correlato a un'immagine corporea maggiormente funzionale e, allo stesso tempo, può incentivare miglioramenti nell'immagine corporea (Alleva et al., 2018).

### **2.2.1 Meccanismi che spiegano perché focalizzarsi sulla *body functionality* incrementa la soddisfazione corporea**

A oggi la ricerca sulla *body functionality* è ancora agli inizi e sono molti gli aspetti che andranno indagati nel prossimo futuro. Se, da un lato, la ricerca si muove per dimostrare l'utilità dello spostamento del *focus* dall'estetica del corpo alla *body functionality*, è altresì importante concentrarsi sui meccanismi che rendono possibili tali miglioramenti sull'immagine corporea. Indagare i potenziali meccanismi sottostanti potrebbe aiutarci a capire meglio come viene modellata nel corso dello sviluppo l'immagine corporea e come può essere migliorata in modo più efficace. Alleva, Martin e collaboratori (2015) hanno proposto che, in linea con la teoria dell'oggettivazione (Fredrickson & Roberts, 1997), concentrarsi sulla *body functionality* diminuisce la tendenza dannosa a focalizzarsi prevalentemente sull'aspetto fisico piuttosto che sul suo funzionamento. Un'ulteriore ipotesi è che concentrarsi sulla funzionalità del corpo porta a miglioramenti nell'immagine corporea attraverso una maggiore complessità corporea e integrazione corpo-sé. Il meccanismo di complessità corporea è ispirato alle ricerche sulla complessità personale, la quale presuppone che la soddisfazione e considerazione di sé sia sostenuta da più strutture cognitive, denominate aspetti del sé, e che ogni individuo possa distinguersi per livelli di auto-complessità (Linville, 1985, 1987). Una maggiore complessità costituisce un fattore di protezione poiché i vari aspetti di sé possono "tamponare" l'impatto delle esperienze negative su uno specifico aspetto, mantenendo intatto il concetto di sé globale (Linville, 1985; 1987). Basandosi sulla concettualizzazione di Linville (1985; 1987) sulla complessità del sé è stato

proposto un modello di immagine corporea costruito su molteplici strutture cognitive o aspetti corporei che compongono collettivamente il concetto di sé-corporeo (Cash, 2011). Possiamo perciò presumere che gli individui possano distinguersi in base al loro livello di auto-complessità corporea: il numero di aspetti corporei distinti che vanno a formare il concetto di corpo (Harrison, 2006). Ad esempio, una donna con una complessità corporea inferiore potrebbe vedere il suo corpo solo in termini di peso e forma, mentre una donna con una complessità corporea superiore potrebbe vedere il suo corpo in termini di peso, forma, resistenza, capacità artistiche, capacità espressive ecc. Perciò, una donna con un concetto maggiormente complesso del proprio corpo dovrebbe essere meno sensibile all'esposizione a stimoli negativi e qualsiasi impatto negativo dovrebbe influenzare una parte minore della sua concezione corporea (Grabe et al., 2008). Oltre alla complessità corporea è stato studiato anche il potenziale ruolo dell'integrazione corpo-sé nel migliorare l'immagine corporea attraverso il *focus* sulla *body functionality*. L'integrazione corpo-sé è il grado in cui il concetto di corpo è integrato con il concetto di sé (Goldenberg & Shackelford, 2005). Quindi, mentre la complessità del corpo riguarda la struttura del concetto di corpo, l'integrazione corpo sé riguarda la relazione tra il concetto di corpo e il concetto di sé. In seguito ad alcune ricerche qualitative è emerso che individui con integrazione corpo-sé positiva riferiscono un senso di connessione e armonia tra il corpo e il sé (Woodbarcalow et al., 2010). Concentrarsi sulla *body functionality* potrebbe aumentare l'integrazione corpo-sé poiché gli individui, man mano che imparano a riconoscere e apprezzare i modi in cui le loro funzioni sono parti integranti del sé, sperimentano un senso di connessione tra mente e corpo che promuove direttamente un'immagine del corpo più positiva e questo potrebbe migliorare e proteggere l'immagine corporea. Ad esempio, se esposta a immagini mediatiche ideali di bellezza, una donna con alti livelli di integrazione corporea può pensare: "Tutto il mio corpo, comprese le sue funzioni, è parte integrante di chi sono. Questo è più importante del semplice essere magro". In altre parole, data la connessione tra concetti di corpo e di sé, gli individui potrebbero essere maggiormente spinti a "proteggere" la loro immagine corporea (Alleva et al., 2018).

Vi sono diverse evidenze scientifiche che supportano l'efficacia di un *focus* sulla *body functionality* per favorire un'immagine corporea positiva e il compito della

ricerca è dunque quello di sviluppare programmi efficaci che possano rivolgersi a un pubblico eterogeneo. Ne è un esempio il programma *Expand Your Horizon* (Alleva, Martijn et al.,2015) che, come descritto in precedenza, è basato sul miglioramento dell'immagine corporea attraverso la focalizzazione sulla funzionalità del corpo e costituisce a oggi, un importante riferimento nello studio della *body functionality* e dell'immagine corporea positiva.

# CAPITOLO 3      LO *YOGA* COME MEZZO PER PROMUOVERE L'*EMBODIMENT* E FAVORIRE UN'IMMAGINE CORPOREA POSITIVA

## 3.1 Introduzione

Lo *yoga* è una pratica che coinvolge posture fisiche, respirazione focalizzata, consapevolezza e meditazione. Esso, inteso nella sua pratica quotidiana, ha il potenziale per influenzare tutti gli aspetti della vita: le funzioni del corpo, i pensieri, le azioni quotidiane, il modo in cui comprendiamo noi stessi a un livello profondo e le interazioni con il mondo che ci circonda. Lo *yoga* può essere interpretato come uno stato di unità con il nostro sé più intimo; ci consente di unire diverse parti di noi stessi: fisica, energetica, mentale, emozionale e spirituale (Piran, 2017).

L'impatto dello *yoga* sull'immagine corporea e sull'*embodiment* è diventato solo di recente un'area di interesse per gli studi in psicologia (Cook-Cottone, 2019; Neumark-Sztainer, 2019). Numerosi studi quantitativi e qualitativi suggeriscono che la pratica dello *yoga* è associata a un'immagine corporea e un'incarnazione corporea positiva, maggiore soddisfazione corporea (Neumark-Sztainer et al., 2018) e maggiore reattività e consapevolezza del corpo (Daubenmier, 2005). Questa recente area di studio deve essere ampliata e approfondita, arricchita di evidenze sperimentali, studi qualitativi, epidemiologici e piani di intervento che siano fortemente ancorati a un solido quadro teorico. A oggi la ricerca focalizzata sull'impatto dello *yoga* nella formazione di un'incarnazione positiva si ancora alla *Developmental Theory of Embodiment* (DTE) (Piran, 2002, 2016, 2017; Piran e Teall, 2012) che ci consente di spiegare l'*embodiment* e i meccanismi che ne influenzano e plasmano lo sviluppo.

## 3.2 Il costrutto teorico di *Embodiment*

Il concetto di *embodiment* è entrato solo di recente nell'interesse della ricerca psicologica. L'*embodiment* è un costrutto ancorato alla filosofia (Foucault, 1979; Merleau-Ponty, 1962). Nei suoi scritti, Merleau-Ponty concepisce l'*embodiment* come "l'esperienza percettiva dell'impegno del corpo nel mondo", per cui l'esperienza percettiva si riferisce all'interpretazione di significato delle esperienze percepite, sempre in relazione a una particolare posizione del corpo nel mondo (Crossley, 1995; Merleau-Ponty, 1962). Esso si impegna attivamente in una relazione bidirezionale con il proprio ambiente: un'abilità e schemi culturali preesistenti si intrecciano e agiscono in modo unico sull'ambiente e, contemporaneamente, esso modella le pratiche culturali (Crossley, 1995; Merleau-Ponty, 1962).

Il costrutto di *embodiment* è stato poco utilizzato in psicologia sebbene, negli ultimi decenni, un certo numero di autori abbia sostenuto l'importanza dello studio del corpo per indagare la relazione tra l'individuo e le sue modalità di stare nel mondo (Piran, 2002; Giovanni, 1992; Blood, 2005; Katzman & Lee, 1997). Essi hanno evidenziato che questo costrutto riflette la sintonizzazione con gli stati interiori, cattura un'ampia gamma di esperienze e affronta le relazioni reciproche tra corpo e ambiente (Piran, 2016, 2017; Piran & Teall, 2012). Piran e colleghi, dal 2001 al 2016, hanno avviato un programma di ricerca a metodo misto sull'incarnazione come costrutto psicologico che prevedeva quattro studi qualitativi: un progetto di ricerca partecipativa svolto nell'ambiente scolastico, uno studio-intervista di 5 anni con ragazze, uno studio sulle storie di vita di giovani donne e uno studio sulle storie di vita di donne anziane. Questi studi si sono concentrati sul modo in cui le ragazze e le donne hanno descritto le esperienze di vita nei loro corpi, nonché i contesti sociali che hanno modellato le loro esperienze incarnate. In linea con un disegno qualitativo-quantitativo sequenziale (Creswell et al., 2003), il programma di ricerca ha utilizzato anche diversi approcci quantitativi per studiare i risultati emersi dalle ricerche qualitative (Piran, 2019; Piran & Cormier, 2005; Piran, Teall, & Counsell, 2020; Piran & Thompson, 2008), necessari per rafforzare la comprensione dei fenomeni e a migliorare la generalizzabilità e la diffusione dei risultati. Il programma di ricerca ha portato, in primo luogo, all'emergere di un nuovo costrutto, *Experience of*

*Embodiment (EE)*, che permette di descrivere la qualità di *embodiment*, lungo un *continuum* che va dall'*embodiment* positiva a quella negativa (Piran, 2016). L'EE si riferisce a come vengono vissute le esperienze di *embodiment* lungo cinque dimensioni continue:

-connessione corporea e *comfort*: all'estremo positivo di questa dimensione, ragazze e donne intervistate descrivono di aver vissuto esperienze di "*comfort*" e altri sentimenti positivi riferiti ai loro corpi mentre entrano in relazione con l'ambiente. Le intervistate riferiscono di "sentirsi a proprio agio" o "a casa" nel loro corpo e di impegnarsi a favorire un pensiero positivo che contrasta le influenze sociali avverse, come l'esposizione a norme di aspetto fisico idealizzate o altri pregiudizi in relazione a sesso, classe sociale, razza, età o orientamento sessuale. All'estremità negativa di questa dimensione, invece, sono presenti disconnessione dal proprio corpo e disagio, una situazione in cui ragazze e donne vivono i loro corpi come luoghi problematici, mezzi per poter entrare in contatto con il mondo e vengono vissuti con sentimenti negativi come vergogna, odio, paura e rabbia. Tali sentimenti vengono espressi con il bisogno di controllare, riparare e monitorare i loro corpi arrivando a desiderare, nei casi più estremi, che il proprio corpo scompaia. Le persone con alti livelli di disconnessione corporea e disagio descrivono di sentirsi estranei al loro corpo, di vivere con la testa al di fuori di esso e di sperimentare il corpo come un territorio separato, "altro da sé".

- Azione e funzionalità: sul versante positivo di questa dimensione le persone intervistate esprimono elevati livelli di azione e funzionalità riferiti al proprio corpo. La sfera fisica è un dominio saliente durante tutte le fasi della vita; soprattutto a partire dalla pubertà (Piran & Teall, 2012). Dai risultati è emerso che ragazze e donne che mantengono nel corso degli anni impegno e attenzione verso il proprio corpo attraverso un utilizzo funzionale dello *sport* e focalizzandosi sulle funzioni del proprio corpo riferiscono, nel corso degli anni, esperienze di *embodiment* positive. Un secondo aspetto che insieme al corpo concorre alla formazione e al mantenimento di azione e funzionalità positive è rappresentato dalla voce. Essa è un importante strumento di comunicazione attraverso la quale possiamo esprimere opinioni, sentimenti e attraverso la quale possiamo guidare gli altri. Le persone che manifestano livelli positivi in questo dominio mostrano i medesimi sentimenti verso il suono della propria voce che si associano a comportamenti quali cantare in auto, propensione al dialogo e maggiore forza e

convinzione nell'affermazione del proprio pensiero. Al polo negativo di questa dimensione, azione e funzionalità bloccate, le ragazze e le donne intervistate descrivono esperienze di azione bloccata e ridotta funzionalità e competenza. Le restrizioni nella sfera fisica sono associate all'esperienza della perdita della possibilità di sperimentare in modo libero e gioioso le funzioni del proprio corpo durante l'infanzia e la pubertà. Con il superamento della pubertà, gioia e libero arbitrio nelle attività fisiche vengono spesso sostituite da un'attività mirata, compulsiva e priva di piacere diretta alle modificazioni del proprio corpo quali la perdita di peso e il modellamento di specifiche parti del proprio corpo. Simile all'esperienza di connessione interrotta che emerge in relazione al proprio corpo, le ragazze e le donne intervistate riferiscono di aver vissuto esperienze negative anche in riferimento all'utilizzo della voce. Riportano di aver silenziato la loro voce perdendo quindi la possibilità di esprimere la loro opinione, di essere state silenziate intenzionalmente degli altri e di aver provato un sentimento di debolezza e impotenza in relazione alle loro voci.

-Esperienza ed espressione del desiderio: tale dimensione, nella sua accezione positiva si riferisce a una connessione positiva tra i bisogni del proprio sé da un lato e l'esperienza positiva che ne deriva dal soddisfare tali desideri dall'altro. Le ragazze e donne intervistate segnalano un momento di interruzione di tale connessione durante il periodo della pubertà nella quale spesso queste giovani donne si impegnano in comportamenti lesivi per il benessere sperimentando sentimenti di insicurezza e disagio verso il proprio corpo. Le ragazze che affrontano la pubertà con minore discontinuità e hanno sviluppato un solido modello positivo verso i loro desideri e la loro soddisfazione sono invece in grado di mantenere una maggiore sintonizzazione tra benessere e desideri e, allo stesso tempo, esperiscono la loro realizzazione in modo positivo. Possiamo riassumere affermando che la connessione positiva tra sé e l'esperienza positiva della soddisfazione dei propri desideri si identifica con l'esercizio libero arbitrio. Tale dimensione è fortemente collegata all'alimentazione e, nel suo polo positivo, essa coincide con l'alimentazione intuitiva. Questo dominio è anche fortemente legato alla sessualità e coincide con la capacità di vivere in modo sicuro e libero da pregiudizi la propria sessualità. All'estremità negativa di tale dimensione le donne descrivono interruzioni nell'esperire o nell'agire in modo armonioso i propri desideri, di provare disconnessione tra desiderio e piacere e di associare il



desiderio con emozioni negative. La disconnessione dal desiderio limita le loro esperienze di azione, *comfort* e piacere nell'impegnarsi nell'interazione con il mondo. Connessioni interrotte nella sfera alimentare si verificano più comunemente all'inizio della pubertà, quando le ragazze iniziano a far riferimento ai canoni di femminilità socialmente proposti. Allo stesso modo, durante la pubertà, le ragazze possono vivere esperienze sessuali avverse, che interrompono la loro connessione con il desiderio sessuale.

- La cura di sé: tale dimensione riflette il livello di sintonia tra i propri bisogni interni e la loro relazione con l'ambiente esterno. Questi includono i bisogni corporei, emozionali e relazionali, così come il bisogno di impegnarsi in attività significative. Inoltre, la cura di sé sintonizzata implica non solo la consapevolezza dei bisogni interni, ma anche la pratica della cura di sé alla luce di questi bisogni. Al polo positivo di questa dimensione le ragazze e le donne sono consapevoli e guidate da segnali interni. Questi segnali interni possono includere bisogni corporei come fame, stanchezza, pratiche sanitarie varie o desiderio sessuale, bisogni emozionali come condividere esperienze con altri o la pratica di strategie auto-calmanti, nonché la necessità di impegnarsi in attività significative, appassionate o spirituali. All'estremità negativa di questa dimensione, il polo del disimpegno verso il proprio corpo, negligenza e autolesionismo, le ragazze e le donne mostrano un'interruzione della consapevolezza dei propri segnali interni. Spesso descrivono *pattern* di comportamento che conducono all'abbandono della cura di sé e descrivono esperienze sociali o relazionali avverse vissute in precedenza, ad esempio abusi sessuali, che modellano negativamente le pratiche di cura del sé.

-Vivere il proprio corpo attraverso la propria soggettività: nel polo positivo di questa dimensione le ragazze e le donne si concentrano su esperienze incarnate soggettive. Le loro narrazioni spesso includono espressioni di protesta, resistenza e la sfida alle pressioni "normative" esterne. Al contrario, quando il corpo viene vissuto come oggettivato, esse vedono il loro corpo dall'esterno verso l'interno mirando a soddisfare le aspettative oggettivate. Si trovano così a vivere uno stato di costante preoccupazione per riuscire a soddisfare le aspettative oggettivate. Questa preoccupazione prevale così sul benessere, la sicurezza, il piacere, l'umore, la fiducia, le relazioni e la qualità di vita.

Le persone differiscono nella loro EE a seconda della qualità delle loro esperienze nelle cinque dimensioni. È stato osservato come, per uno stesso individuo, vi sia tendenzialmente un allineamento delle dimensioni sul lato positivo o negativo del continuum. Inoltre, la qualità di EE per ogni individuo cambia nel tempo in relazione alla personale situazione sociale ed emozionale vissuta in un determinato tempo e ambiente (Tabella 2.1).

	<i>Positiva</i>	<i>Negativa</i>
<i>Dimensioni</i>	Connessione corporea e <i>comfort</i>	Disconnessione corporea e disagio
	Azione e funzionalità	Azione e funzionalità Bloccate
	Esperienza ed espressione del desiderio	Connessione con il desiderio interrotta
	Impegno nelle pratiche di cura rivolte a sé	Disimpegno verso il proprio corpo, autolesionismo e negligenza
	Resistenza all'oggettivazione di sé	Oggettivazione di sé

Tabella 4. Le cinque dimensioni dell'EE rappresentate nei due poli estremi (positivo e negativo) del *continuum* (Piran, 2002)

L'esperienza dell'incarnazione differisce da altri costrutti che valutano il vissuto dell'individuo nel proprio corpo, come l'insoddisfazione corporea, in quanto non si concentra esclusivamente sulla valutazione dell'aspetto fisico o del peso. Sebbene l'esperienza nel costrutto di incarnazione abbia una portata più ampia rispetto ai vari costrutti che si rivolgono a un'immagine corporea positiva, poiché cattura esperienze sia negative sia positive e una gamma più ampia di esperienze, le sue cinque dimensioni si allineano con una serie di costrutti che sono emersi in chi presenta *positive body image*. Ad esempio, la dimensione della connessione corporea positiva e del *comfort* attinge ai fenomeni affrontati dal costrutto di apprezzamento del corpo (Tylka & Wood-Barcalow, 2015) e dall'apprezzamento della funzionalità del corpo (Alleva, Tylka & Kroon Van Diest, 2017). La dimensione dell'esperienza e dell'espressione del desiderio è correlata al costrutto dell'alimentazione intuitiva (Tylka & Kroon Van Diest, 2013) e alla ricerca sulla sessualità in sintonia (Satinsky & Winter, 2019). La dimensione della cura di sé in sintonia è correlata ai costrutti della cura di sé consapevole (Cook-Cottone & Guyker, 2018) e dell'apprezzamento del corpo (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). La dimensione della resistenza all'oggettivazione fa riferimento alla teoria

dell'oggettivazione proposta da Fredrickson e Roberts nel 1997. Questa convergenza concettuale tra vari programmi di ricerca convalida l'importanza di questi costrutti e mette in evidenza anche l'ampiezza dell'esperienza del costrutto di incarnazione.

### **3.2.1 *Developmental Theory of Embodiment di Piran***

La *Developmental Theory of Embodiment* (DTE) di Piran è una teoria sociale, critica, integrata ed *evidence based*, focalizzata sia sui processi protettivi che quelli di rischio che modellano l'EE e le sue cinque dimensioni in una relazione dinamica con gli stimoli ambientali (Piran, 2002, 2016, 2017). Essa fornisce uno sguardo critico alle strutture, ai costumi sociali e porta alla luce i punti di forza che esistono nella vita delle ragazze e delle donne prese in esame per guidare la promozione del benessere in modo da garantire interventi mirati ed efficaci.

La DTE suggerisce che la moltitudine di esperienze sociali descritte dalle ragazze e donne intervistate modellano la loro qualità di *embodiment* attraverso tre principali domini: fisico, mentale e sociale. La teoria sostiene che sia i fattori protettivi sia quelli di rischio sono organizzati insieme in tre percorsi concettualizzati come *Physical Freedom*, *Mental Freedom* e *Social Power and Relational Connections* (Piran, 2002).

Le esperienze inserite nel dominio fisico sono di fondamentale importanza per l'EE. La DTE descrive le esperienze di libertà fisica (*Physical Freedom*) come promotrici di un'incarnazione positiva e le contrappone a esperienze fisiche di costrizione quali promotrici di un'incarnazione disgregata (Piran, 2002; Piran & Teall, 2012). Le esperienze di libertà fisica si raggruppano in quattro categorie principali che si distribuiscono lungo un *continuum*: libertà di impegno fisico e di movimento, sicurezza per il proprio corpo, cura del corpo e libertà di perseguire i propri desideri, mentre le esperienze di *Physical Corseting* si raggruppano in quattro categorie parallele. Per quanto concerne la libertà nell'impegno fisico e nel movimento, le donne descrivono come i modi in cui la libertà di agire nell'ambiente fisico fornisce loro un senso di azione incarnata, conforto, gioia e benessere. In contrasto, restrizioni o barriere all'impegno fisico con il mondo e alla libera circolazione portano a esperienze di impotenza, compromessa

competenza fisica e vissuti corporei di disagio e bassa autostima. La sicurezza per il proprio corpo viene ritenuta fondamentale dalle ragazze e donne intervistate e contribuisce alla costruzione di un'EE positiva. Essa favorisce le esperienze di potere, valore, *agency* e sintonia con i propri bisogni e le proprie passioni. Al polo opposto troviamo le esperienze di violenza e violazione del proprio corpo che diventano eventi traumatici nella vita di una donna e costituiscono un elemento barriera per le esperienze di incarnazione: il corpo diventa un luogo ostile e difficile da abitare. La terza categoria del dominio *Physical Freedom* è focalizzata sulla cura del corpo. La cura del corpo è strettamente legata a sentimenti di incarnazione poiché il corpo viene trattato come luogo degno e rispettato rendendolo un supporto e non un ostacolo per il raggiungimento dei propri desideri e obiettivi. Durante i protocolli di ricerca sull'*embodiment* si trovano spesso donne che manifestano comportamenti di non cura e negligenza verso la cura del proprio corpo, spesso incentivati socialmente. Sin dall'adolescenza il modello culturale dominante incita le giovani donne ai lavori domestici, la cura dei fratelli e altri tipi di cure creando aspettative di "cura degli altri" a discapito del tempo da dedicare al proprio benessere fisico. Infine, la libertà di desiderio è la capacità di individuare, riconoscere e soddisfare i propri desideri. Tale capacità migliora l'*agency*, le risposte sintonizzate, assertive e gioiose, il desiderio di aumentare la connessione con il proprio corpo e la sintonizzazione con i propri bisogni. Al contrario, negare o vietare l'espressione del desiderio non solo interrompe la connessione sintonizzata con il desiderio stesso ma diminuisce anche la sintonizzazione con gli altri bisogni corporei, interrompe la connessione con il corpo e diminuisce l'*embodiment*.

La libertà mentale, inserita all'interno del dominio mentale, si riferisce alla capacità di vivere in modo libero, consapevole, appassionato e significativo per il sé il proprio impegno con il mondo. Significa agire non vincolati dai modelli culturali che affermano differenze in base allo *status*, genere, gruppi etnici e preferenze sessuali. La costrizione mentale si riferisce perciò all'agire vincolati dai modelli sociali che mirano a mantenere lo *status quo* sociale del cittadino. Questo limita le proprie possibilità di impegnarsi in modo significativo e appassionato nel mondo, il libero arbitrio e l'auto-sintonizzazione; quindi compromettere l'EE. La DTE, prendendo in considerazione genere e femminilità,

evidenzia due gruppi di tematiche che limitano le modalità in cui ragazze e donne vivono i loro corpi e il loro impegnarsi con il mondo: l'aspetto fisico (corpo della donna quale oggetto carente) e il comportamento (donna docile e debole). Queste etichette non consentono alla donna di esperire il proprio corpo come luogo potente e degno da cui partire e con cui confrontarsi con il mondo. Queste barriere mentali diventano dominanti nelle narrazioni delle ragazze durante la loro adolescenza e rischiano di compromettere le esperienze di incarnazione durante tutto il percorso di vita futuro.

Insieme alle esperienze nel dominio fisico e mentale, potere sociale e connessioni relazionali soddisfacenti con gli altri e con le comunità desiderate contribuiscono notevolmente alla formazione dell'EE. La DTE descrive tali costrutti come promotori di *embodiment* positiva e li contrappone a quelli di impotenza sociale e disconnessione che portano a un'*embodiment* negativa (Piran, 2002; Piran & Teall, 2012). Esperienze di potere sociale e connessioni relazionali si esprimono in quattro principali categorie: libertà da pregiudizi e molestie, libertà dal potere sociale basato sull'aspetto fisico, rafforzare le relazioni e l'appartenenza a comunità eque. Le esperienze di *disempowerment* sociale comprendono, parallelamente, le categorie di esposizione a pregiudizi e molestie basate sull'aspetto fisico, potere sociale, connessioni relazionali depotenzianti e nessun accesso a comunità eque. La libertà da pregiudizi e molestie è fondamentale per vivere il proprio corpo come luogo di valore, che porta a un'incarnazione positiva. In questa categoria, il corpo è visto come capitale sociale (Bourdieu, 1984), che dà diritto ad accedere alle risorse sociali ed essere esenti da trattamenti pregiudizievole e molestie o, in alternativa, privare tale accesso ed esporre a maltrattamenti. Due tipi di esperienze rientrano in libertà dal pregiudizio e dalle molestie: accesso equo alle risorse e libertà dalle molestie. La libertà dal potere sociale basato sull'aspetto fisico ovvero la libertà dal fare affidamento sull'apparenza come strategia centrale per l'accesso al potere sociale, mantiene l'attenzione delle ragazze e delle donne sull'agire nel mondo, con opportunità associate all'agire incarnato e la connessione ad attività appassionate, significative e all'auto-sintonizzazione: tutto aspetti di EE positivo. Al contrario, l'aspetto fisico come principale determinante del potere sociale pone intrinsecamente il terreno per una lotta con il corpo e distoglie l'attenzione dallo sviluppo e dal perseguire una gamma di opportunità di agire nel mondo con il libero arbitrio e

l'auto-sintonizzazione. Dalle ricerche fino a oggi effettuate emerge che, anche quando le donne rispettano gli *standard* sociali di bellezza, la loro esperienza di potere sociale è debole. In definitiva, viene mantenuta la condizione di inferiorità delle ragazze e delle donne attraverso un *focus* sull'apparenza: la mancata adesione ai modelli sociali determina sanzioni sociali mentre l'adesione a tali modelli porta alla inevitabile svalutazione di sé (Piran, 2014; Piran, Carter, Thompson & Pajouhandeh, 2002). La categoria rafforzare le relazioni riflette la convalida del valore, delle aspirazioni, delle speranze e delle riflessioni critiche di una donna sull'ambiente sociale da parte di un'altra persona o una comunità. Questa convalida del proprio sé incarnato nel mondo è associata all'incarnazione positiva. La categoria appartenenza a comunità eque evidenzia come far parte di almeno un sistema sociale dove è presente l'equità, ad esempio in relazione al genere o l'etnia, trasmette valori incarnati. Uno studio condotto da Kawachi, Kennedy e Prothrow Stith (1999) evidenzia l'importanza di prendere parte a comunità eque. I ricercatori hanno prima sviluppato quattro indici composti mirati a valutare l'equità incarnata legata a genere, partecipazione politica, autonomia economica, occupazione, guadagni e diritti riproduttivi delle donne in 50 stati americani. Hanno correlato questi indici con i tassi di mortalità femminile e maschile, le cause di morte e le limitazioni di attività durante un periodo di tempo specifico. Più alta partecipazione politica e minori divari salariali tra donne e uomini sono stati associati a tassi di mortalità femminile inferiori e a minori limitazioni dell'attività. I ricercatori hanno concluso che vivere in stati con una maggiore disuguaglianza di genere influisce negativamente sulla salute delle donne. Per concludere, il dominio *Social Power e Relational Connections* suggerisce che le vite incarnate di diverse ragazze e donne siano influenzate dall'accesso alle risorse, l'esposizione a molestie basate sul corpo, la dipendenza dall'aspetto fisico per acquisire potere sociale, la disponibilità di relazioni o comunità responsabilizzanti e l'opportunità di sperimentare di essere parte di comunità eque (Piran, 2002).

### **3.3 Lo *yoga* come disciplina che coinvolge mente e corpo: definizioni e cenni storici**

Il termine *yoga* deriva dal sanscrito e nella terminologia delle religioni originarie dell'India indica le pratiche ascetiche e meditative (Eliade, 2008). Nella tradizione indù lo *yoga* è stato principalmente inteso come mezzo di realizzazione e salvezza spirituale ed è stato diversamente interpretato e disciplinato dalle varie scuole interpretative dell'induismo nate nel corso degli anni (Flood, 2006). Tale termine viene utilizzato anche in ambito buddhista e giainista con un significato analogo. Esso rappresenta una delle sei *darśana*, ovvero uno dei "sistemi ortodossi della filosofia religiosa" indù (Eliade, 2010). Ad oggi, in occidente, lo *yoga* è molto diffuso in quanto pratica che va a favorire il benessere di mente e corpo. Questa disciplina assume però diverse sfumature poiché sono molteplici le scuole di riferimento di cui le principali sono:

-l'*Hatha yoga* ("lo *yoga* della forza") che mira a rafforzare attraverso le *asana* il corpo non tralasciando però la meditazione come via finale per la liberazione (Flood, 2006);

-il *Kundalini yoga* è associato a varie discipline che riguardano la "manipolazione" dell'energia cosmico-divina che, alcune tradizioni tantriche, ritengono essere presente normalmente nel corpo in uno stato quiescente (Padoux, 2011);

-*Laya yoga*, invece, è una pratica che mira al "riassorbimento" degli elementi costitutivi del cosmo così da andare al di là del ciclo della rinascita (il *samsara*), ottenendo così la liberazione (Feuerstein, 2011)

-Il *Mantra yoga*, infine, propone come via di liberazione spirituale la recitazione dei *mantra* (Feuerstein, 2011).

#### **3.3.1 Effetti della pratica dello *yoga* sul benessere fisico, cognitivo ed emozionale della persona**

Da un recente sondaggio è emerso che circa 21 milioni di americani hanno praticato *yoga* nell'ultimo anno (Cramer et al., 2016). Le principali ragioni che

hanno indotto gli intervistati a praticare tale disciplina sono: l'aumento dell'energia (66%), il miglioramento della funzione immunitaria (50%), la prevenzione delle malattie (28%). Le condizioni principali includevano mal di schiena (20%), artrite (6%) e *stress* (6%). In questo sondaggio, le praticanti di *yoga* sono risultate principalmente donne, giovani, bianche non ispaniche, con un'istruzione universitaria, che vivevano in Occidente e godevano di ottima salute. Tali risultati sono sostenuti anche da un secondo sondaggio dove le donne, ancora una volta sono state indicate come le praticanti più comuni e i motivi che spingevano le partecipanti verso questa disciplina erano principalmente problemi fisici e il desiderio di migliorare la propria salute (Park et al., 2015). Lo *yoga* è stato definito una pratica sicura anche se, in un sondaggio giapponese sugli eventi avversi, è emerso che il 28% dei praticanti *yoga* ha vissuto almeno un'esperienza avversa in relazione a tale disciplina (Matsushita & Oka, 2016). Va sottolineato che i partecipanti all'indagine che hanno riferito esperienze negative erano in condizioni fisiche precarie (anzianità o patologie croniche). Questi hanno riferito che le lezioni di *yoga* erano fisicamente e mentalmente stressanti. Al contrario, una metanalisi della letteratura su studi randomizzati e controllati negli Stati Uniti ha suggerito che lo *yoga* è una pratica sicura (Cramer et al. 2015).

Diversi studi hanno esaminato gli effetti dello *yoga* sul benessere fisico prendendo in esame principalmente flessibilità, equilibrio, mobilità spinale, mobilità muscolare e resistenza. La flessibilità fisica è stata valutata utilizzando diverse forme di *yoga* (*Iyengar* e *Hatha yoga*) e utilizzando diverse misure, tra cui il “*test standard sit and reach*”, la flessibilità lombare della schiena e dei muscoli posteriori della coscia e i segnali elettromiografici. In uno studio condotto su un campione di partecipanti a lezioni di *Iyengar yoga* è emerso che, dopo sei settimane di sessioni di 190 minuti una volta alla settimana, la flessibilità lombare e del tendine del ginocchio risultavano maggiori nel “*test standard sit and reach*” (Amin & Goodman, 2014). In uno studio sulla flessibilità, l'*Hatha yoga* è stato combinato con la fisioterapia e confrontato con un gruppo di controllo che ha preso parte solo alla fisioterapia (Rachiwong et al. 2015). Dopo otto settimane di tre sessioni di 1 ora a settimana, la flessibilità della parte bassa della schiena e dei muscoli posteriori della coscia, la forza della presa della mano e la capacità vitale erano maggiori nel gruppo sperimentale. Per quanto riguarda le pose nello specifico, a oggi solo due studi si sono concentrati su pose specifiche e i loro effetti



su muscoli specifici. Segnali elettromiografici hanno evidenziato che, dopo tre mesi di pratica *yoga*, la posa del “cane a testa in giù” è stato efficace per rafforzare i muscoli addominali e la sedia e la posa del guerriero stavano rafforzando i muscoli del gluteo (Mooney et al. 2014). Un altro studio che misura la flessibilità in base agli angoli articolari ha suggerito che dopo 10 settimane di *yoga*, un gruppo di *yoga* rispetto a un gruppo di atleti non praticanti *yoga* ha mostrato una maggiore flessibilità ed equilibrio durante diverse posizioni, tra cui cane a testa in giù, cane a testa in giù, affondo del piede destro e posa della sedia (Polsgrove, 2016).

Lo *yoga* è stato paragonato ad altre tipologie di esercizio fisico compresi esercizi di ginnastica e *stretching*. Un gruppo di *yoga* è stato quindi confrontato con un gruppo di ginnastica dopo un anno caratterizzato da tre sessioni settimanali (Farinatti et al., 2014). Il gruppo di *Hatha yoga* si è dimostrato più efficace nel migliorare la flessibilità rispetto al gruppo di ginnastica. Uno studio randomizzato controllato di otto settimane (tre volte a settimana per un’ora) in cui sono stati messi a confronto esercizi di *stretching* e di *Hatha yoga*, ha rivelato prestazioni equivalenti per entrambi i gruppi sulle misure di equilibrio, forza, flessibilità e mobilità (Gothe et al., 2014). Altre misure di idoneità fisica hanno incluso la mobilità spinale e la resistenza muscolare. La mobilità spinale è stata misurata in uno studio su *Hatha Yoga* che prevedeva sessioni di 90 minuti una volta alla settimana per 20 settimane (Grabara et al., 2015). Sia la mobilità spinale sia la flessibilità dei muscoli posteriori della coscia sono stati aumentati entro la fine dello studio. Tuttavia, i risultati di questo studio sono da interpretare con cautela in quanto questo non era uno studio randomizzato controllato attraverso l’utilizzo di un gruppo di controllo. In uno studio sulla resistenza muscolare lo *yoga* è stato confrontato con un gruppo di controllo inattivo (Shiraishi & Bezzera, 2015). Dopo 18 sessioni (tre volte a settimana per un’ora a sessione) la resistenza muscolare è stata misurata negli arti superiori da *push-up* e nell'addome da *sit up*. Il gruppo *yoga* ha mostrato un miglioramento maggiore sia nella resistenza degli arti superiori sia dei muscoli addominali. Per quanto concerne le funzioni cognitive a oggi sono stati condotti uno studio randomizzato controllato, una revisione sistematica della letteratura e una metanalisi sugli effetti dello *yoga* sulle funzioni esecutive, l'attenzione, la velocità di elaborazione e la memoria. Nello studio randomizzato controllato è stato utilizzato un gruppo sperimentale composto da

persone che praticavano Hatha yoga contrapposto a un gruppo di controllo costituito da un gruppo di persone che praticava stretching (il periodo era di otto settimane per un'ora di lezione tre volte a settimana (Gothe et al., 2014). Il gruppo yoga ha mostrato un miglioramento significativamente maggiore nella memoria di lavoro, tempi di reazione più brevi su prove di commutazione e maggiore precisione. In una revisione sistematica su yoga e funzioni esecutive, 11 studi pubblicati hanno soddisfatto i criteri di ammissibilità (Luu & Hall, 2016) e, in almeno la metà di questi studi hanno notato un miglioramento significativo nei compiti in cui erano implicate le funzioni esecutive a seguito della pratica di Hatha yoga. In una metanalisi sugli effetti dello yoga, sono stati esaminati 15 studi randomizzati controllati per verificare gli effetti dello yoga sulla cognizione (Gothe & McAuley, 2015). Dai dati emerge un miglioramento significativo dell'attenzione, della velocità di elaborazione e della memoria.

Gli studi sull'impatto dello yoga sul benessere emozionale hanno misurato l'affettività positiva o negativa relativa alla pratica dello yoga. In uno studio di 8 settimane di Vinyasa yoga con studenti universitari, i punteggi degli stati affettivi positivi sono aumentati e quelli degli stati affettivi negativi diminuiti (Ganskins et al., 2014). Gli effetti positivi sono aumentati dopo una sola sessione di Hatha yoga rispetto al gruppo di controllo. Questi cambiamenti nel benessere possono riguardare una maggiore connettività tra il nucleo caudato e altre regioni del cervello, come è stato notato in un ulteriore studio svolto su persone che praticano yoga (Gard et al., 2015). Nonostante i risultati di questi studi siano promettenti, essi hanno una serie di limitazioni poiché includono campioni limitati, eterogenei e diversi stili di yoga. A oggi sono stati dimostrati effetti significativi dello yoga sulla forma fisica, sulla funzione cognitiva e sul benessere emozionale, ma sono necessari ulteriori studi per ottenere risultati solidi.

### **3.4 Lo *yoga* come promotore di *positive embodiment* e *positive body image***

Attraverso la pratica dello *yoga* è possibile promuovere molti dei fattori protettivi e delle dimensioni che costituiscono una positiva *Experience of Embodiment (EE)*.

In primo luogo, la pratica dello *yoga* consente di promuovere il dominio della consapevolezza e del *comfort* attraverso uno degli elementi chiave della pratica di tale disciplina: “notare”, “sentire” e “ascoltare” sé stessi consente di migliorare la connessione con il proprio corpo. Ad esempio, la pratica dello *yoga* spesso inizia e finisce con il sedersi e ascoltare il proprio respiro, per cui un insegnante invita i partecipanti a notare il proprio respiro prima di iniziare con la pratica dell’*asana* e a osservare e annotare i cambiamenti che vi sono stati alla fine della lezione. Un insegnante può promuovere il miglioramento di tale sintonia facendo una pausa tra le pose fisiche invitando gli allievi a misurare l’impatto delle pose su una mutata esperienza del corpo. Ad esempio, in una pratica *yin* in cui i praticanti di *yoga* giacciono a terra e lavorano solo con una gamba alla volta (ad esempio, utilizzando una cinghia per tenere la gamba in verticale per alcuni minuti in ogni posa), un insegnante può chiedere agli studenti di fare una pausa e notare differenze tra l’esperienza delle gambe. L’insegnante può anche dare indicazioni per alcune reazioni (ad esempio, "potresti notare che una gamba sembra più lunga dell'altra, o più calda, o che c'è un senso di formicolio, aumento del flusso di energia"). Per i praticanti di *yoga* che praticano la disciplina da soli in casa può essere utile costruire momenti di pausa tra le posizioni in modo da notare come migliora la connessione con il proprio respiro e il proprio corpo. Gli insegnanti di *yoga* possono anche ricordare agli studenti di provare a rivivere tali momenti di connessione al di fuori della lezione, per esempio, fermandosi a sentire come reagisce il proprio corpo in una situazione sociale (notando le variazioni del respiro, del battito del cuore, la sudorazione del proprio corpo, ecc). In concomitanza con il rafforzamento della propria connessione con il corpo, lo *yoga* ha il potenziale per aumentare il *comfort* e altre sensazioni positive verso il proprio corpo. Il maggiore *comfort* è determinato dall’ampia gamma di pose e pratiche disponibili per persone con diverse capacità fisiche. Questa flessibilità può fornire opportunità per praticare una cura armoniosa del corpo che funge anch’esso da fattore protettivo nell’ EE. L’insegnante può migliorare l’esperienza yogica individuando le pose più adatte all’allievo riconoscendo che alcuni potrebbero non sentirsi a proprio agio in determinate situazioni o può offrire modi alternativi per eseguire il movimento incoraggiando la sintonizzazione consapevole degli studenti con le loro esperienze e promuovendo la loro autonomia nel decidere se modificare o meno una posa. Ad esempio, uno studente

che è stato vittima di abusi sessuali può non sentirsi a proprio agio con le pose in cui le gambe sono divaricate e dovrebbe essere data loro la possibilità di modificare la posa. Allo stesso modo, invece di dire agli studenti di chiudere gli occhi durante alcune pratiche può essere utile che gli insegnanti dicano: “Se puoi farti sentire a tuo agio, puoi chiudere gli occhi, entrare dentro di te, oppure potresti concentrare lo sguardo con gli occhi aperti”. La possibilità di scelta migliora l’esperienza di sicurezza fisica, importante fattore protettivo dell’EE.

Lo *yoga*, in occidente, si inserisce all’ interno di una cultura che idealizza particolari forme corporee oggettificate, sfida tali norme alimentando l'accettazione delle diverse caratteristiche del corpo e lavorando per creare una classe che possa essere vissuta come una comunità di equità e accettazione. La diversità nella composizione della classe (età, etnia, dimensioni corporee, ecc.) può rafforzare l'equità e l'accettazione al di là dell'aspetto fisico. In alcune interviste giovani donne hanno dichiarato che assistere a diversi tipi di corpi che praticano *yoga* le ha aiutate a sentirsi a proprio agio con il loro corpo (Neumark-Sztainer, Neumark-Sztainer et al., 2018). Gli insegnanti di *yoga* devono adottare misure attive per garantire agli studenti di tutte le forme, dimensioni, e abilità una partecipazione positiva e su misura.

Lo *yoga* inoltre può favorire anche la seconda dimensione dell’EE, migliorando l'esperienza dell'agire fisico e della funzionalità, generando un senso di realizzazione e competenza fisica. Il senso di realizzazione può derivare, ad esempio, dall'implementare una nuova posa o semplicemente dal provare gioia durante il movimento. Specifiche pose fisiche possono aiutare il praticante a sentirsi più potente, più forte, più sicuro di sé e il linguaggio dell'insegnante e il dialogo interiore possono migliorare l'impatto delle pose sul proprio senso di *agency*. Ad esempio, le pose del guerriero I e II sono pose molto potenti e il loro impatto può essere aumentato, dall'uso da parte dell'insegnante del linguaggio, incoraggiando gli studenti a sentire il proprio potere. In particolare, l'impatto di queste pose può essere potenziato collegando il movimento alla respirazione e ai *mantra*. Esercitare pose come il guerriero I e II, può aiutare a contrastare modelli sociali interiorizzati negli individui esposti a messaggi sociali in relazione a varie dimensioni, quali sesso, età, patrimonio etnoculturale o capacità fisica. In particolare, in relazione al genere, le pose possono aiutare a contrastare il tema della debolezza trasmesso a ragazze e a donne (Ogden, Minton & Dolore, 2006).

Lo *yoga* può inoltre supportare il dominio della cura di sé fornendo molteplici vie per favorire la sintonizzazione con i propri bisogni fisici, sociali, spirituali e di altro tipo, nonché fornendo opportunità concrete di praticare tale cura. La pratica fisica dello *yoga*, come descritto sopra, consente un impegno fisico sintonizzato e opportunità per gli individui di prendersi cura di sé stessi durante questo impegno fisico. La sua pratica costante incoraggia ulteriormente a entrare in sé stessi ed esplorarsi attraverso lo studio personale. Il respiro nello *yoga*, per esempio, è una pratica di sintonizzazione quando si nota la velocità, la profondità e il suono del respiro. Inoltre, le linee guida etiche dello *yoga*, come descritto da Pantajali (Carrera, 2006), sono gli *yama* e i *niyama*. Gli *yama* sono stati descritti come comportamenti di autoregolazione riguardo alle interazioni con le altre persone e il mondo in generale. I *niyama* sono pratiche personali che riguardano il proprio mondo interiore. Uno dei *niyama* più rilevanti per la dimensione della sintonizzazione è *svadhyaya*, tradotto come studio personale o esplorazione interiore. Ad esempio, la posizione del cadavere, che implica entrare in una posizione fisica confortevole, di abbandono e rimanervi, invita il praticante a impegnarsi in una posizione interiore di esplorazione. Alcune delle domande che vengono poste durante la meditazione possono includere: "Cos'è che ho davvero bisogno di sapere? Cosa desidera il mio cuore?". Quando gli insegnanti pongono le domande, può essere utile far sapere agli studenti che il solo atto di chiedere è sufficiente, poiché la risposta non sempre emergerà. L'invito a impegnarsi nell'introspezione e nella cura conferisce forza e maggiore equilibrio alla persona che impara a conoscere e accettare il proprio sé e ad affermarlo in una cultura che si concentra su azioni esterne e simboli di risultato. Inoltre, per le persone che hanno imparato a dare la priorità alla cura degli altri, diventa molto importante l'invito a concentrare le proprie energie sulla cura di sé stessi. Ad esempio, le donne spesso imparano, fin dall'adolescenza, a essere in sintonia con l'altro piuttosto che con sé stesse e a fornire la maggior parte delle cure agli altri (Piran2017; Ussher & Perz, 2010). Le ricerche indicano che rinunciare ai propri bisogni ha conseguenze negative a lungo termine per il benessere della donna. La pratica dello *yoga* può contrastare queste aspettative sociali, migliorare la cura di sé stessi e favorire l'*embodiment* positiva.

La pratica dello *yoga* incentiva anche la percezione del corpo come luogo soggettivo e non come luogo oggettivato. Essa può essere potente nello sviluppo

di una lente interiore che consente di abitare il proprio corpo in modo soggettivo. La pratica degli *asana* richiede una sintonizzazione interna e un lavoro integrato tra le diverse parti del corpo e la respirazione. Allo stesso tempo, coloro che praticano la disciplina dello *yoga* si sintonizzano su altre esperienze associate ad *asana* e *pranayama*, come libertà, sicurezza, potenza, rilassamento e piacere o gioia dal sentire il movimento. L'*embodiment* può essere migliorata dagli insegnanti attraverso la guida vocale. Essi possono incoraggiare gli studenti ad ascoltare i loro corpi, fidarsi delle loro sensazioni e accoglierle con sentimento non giudicante, tralasciando giudizi di valore (utile, inutile). Ad esempio, nella posizione del guerriero II, l'insegnante può aiutare gli studenti a estendere ulteriormente le braccia ai lati suggerendo loro di regolare la posa in modo da aiutarli a respirare più completamente ("muoviti in modo da poter approfondire il respiro") o sentire un maggiore senso di apertura nella regione del cuore. Gli insegnanti possono incoraggiare gli studenti a notare le emozioni mentre si muovono in diverse pose come sentimenti di gioia, tristezza, competenza o rilassamento. L'enfasi interiore nella pratica dello *yoga* è importante per tutti gli individui che vivono in una cultura che attribuisce molta importanza all'apparenza fisica e altre caratteristiche esterne. Le donne, in particolare, sono esposte fin dall'infanzia a modelli sociali che le incoraggiano a vivere i loro corpi come oggetti da guardare e vedere come carenti, che richiedono una continuazione sorveglianza e riparazione (Fredrickson e Roberts, 1997; Piran, 2017).

Nello *yoga*, tre fattori protettivi DTE si combinano, fornendo gli strumenti per resistere all'oggettivazione ed essere immersi nelle proprie esperienze incarnate soggettive. In primo luogo, lo *yoga* è una pratica fisica con una forte focalizzazione interiore e positiva, in linea con il fattore protettivo DTE di coinvolgimento immerso e gioioso nelle attività fisiche (non oggettivante, non sessualizzante e non focalizzate sull'apparenza o il peso). In secondo luogo, la pratica dello *yoga*, attraverso la sua focalizzazione nell'impatto degli *asana* sulle esperienze interne del corpo piuttosto che sull'aspetto esteriore delle pose, contrasta direttamente un modello sociale legato all'apparenza (Piran, 2017)

L'impegno in pratiche fisiche incarnate come lo *yoga* migliora non solo la connessione con il corpo, ma anche la sintonia tra il sé e le esperienze nella ricerca e soddisfazione del desiderio. Per quanto riguarda l'appetito, una maggiore sintonia con il proprio corpo può aiutare nel riconoscimento dei segni di fame e

sazietà, oltre a favorire l'alimentazione intuitiva. Uno studio su giovani adulti ha dimostrato che i praticanti di *yoga* facevano scelte alimentari più sane; i dati dell'intervista hanno rivelato che questa disciplina supportava un'alimentazione più sana attraverso la motivazione a mangiare sano, maggiore consapevolezza e gestione dello *stress* (Watts, Rydell, Eisenberg, Laska e NeumPiran,2017)rk-Sztainer, 2018). Per quanto riguarda il desiderio sessuale, Brotto e colleghi (2009) hanno rilevato che la maggiore capacità di mantenere un *focus* non giudicante durante la pratica fisica dello *yoga* può servire come un percorso per una maggiore connessione con il proprio desiderio sessuale (Dove & Wiederman, 2000).

Come discusso, lo *yoga* può migliorare l'esperienza complessiva dell'incarnazione avendo un impatto positivo su ciascuna delle sue cinque dimensioni. Inoltre, come sottolineato nel capitolo precedente, lo *yoga* favorisce lo sviluppo della *body functionality* attraverso la quale è possibile costruire un'immagine corporea positiva che si focalizzi sulle capacità possedute dal corpo piuttosto che sulla sua estetica. Perciò, la pratica quotidiana dello *yoga* favorisce il benessere fisico attraverso le *asana* e il *focus* sui movimenti del corpo e mentale grazie alla pratica della meditazione (Piran, 2017).

,













## Conclusioni

Le nostre esperienze di vita sono influenzate dal corpo in cui viviamo e dalla percezione che abbiamo di esso (Cash, 2003). La *body dissatisfaction* (BD) è un fenomeno la cui prevalenza è in crescente aumento nella popolazione generale, con particolare riferimento alle giovani donne (Bucchianeri et al., 2014; Cash, 2004; Warren, 2014). Di conseguenza, in accordo con gli studi presenti in letteratura, la BD rappresenta uno dei principali fattori di rischio e di mantenimento dei BIDs. Infatti, le preoccupazioni inerenti all'aspetto fisico risultano essere talmente diffuse che una porzione sempre più crescente di donne è a rischio di sviluppare un disturbo psicologico (quale BDD, AN e BN; Blakey et al., 2017; Hrabosky et al., 2009; Phillipou et al., 2018). Pertanto, ne deriva la necessità di implementare trattamenti di prevenzione (Gordon, 1983) finalizzati allo sviluppo e al miglioramento di un'immagine corporea positiva. Dagli studi svolti sull'immagine corporea sono emerse diverse componenti che contribuiscono a sviluppare e mantenere un'immagine corporea positiva: opinione positiva del proprio corpo, rispetto del corpo, sentimenti di gratitudine verso il proprio corpo, bassa adesione agli ideali sociali di attrattività e atteggiamento interiore positivo che influenza il comportamento e porta l'individuo ad avere un'ampia visione del concetto di bellezza (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). L'*embodiment*, definita come "l'esperienza percettiva dell'impegno del corpo nel mondo" (Merleau-Ponty, 1962), viene misurata attraverso *l'Experience of Embodiment (EE)* ed è fortemente correlata a un'immagine corporea positiva. L'*embodiment* può essere incentivata dalla pratica di attività che favoriscono la connessione tra mente e corpo. La disciplina dello *yoga*, in particolare, comprende posture fisiche, respirazione focalizzata, consapevolezza e meditazione attraverso le quali è possibile promuovere molti dei fattori protettivi e delle dimensioni che costituiscono una positiva *Experience of Embodiment (EE)*: consapevolezza e *comfort* e *body functionality*.

Nel corso degli anni sono stati proposti diversi approcci *evidence-based* che propongono misure preventive che si rifanno a un orientamento cognitivo-comportamentale (CBT). La CBT per l'immagine corporea utilizza il modello di immagine corporea proposto da Cash (2003) ed è uno degli interventi più ricercati e supportati empiricamente per affrontare le preoccupazioni relative al corpo.

Cash e Butters (1987) sono stati tra i primi ricercatori a sviluppare e valutare un protocollo CBT per affrontare i problemi relativi al corpo; il programma prevedeva un intervento psicoeducativo riguardante le cause, la prevalenza e gli effetti dell'insoddisfazione corporea, con componenti di rilassamento, desensibilizzazione (es. esposizione allo specchio), automonitoraggio (valutazione degli eventi antecedenti, delle convinzioni e delle conseguenze), identificazione e correzione degli errori cognitivi circa l'immagine corporea, impegno in comportamenti legati al senso di padronanza o piacere, tecniche di riduzione dello *stress* e strategie di prevenzione delle ricadute. Il programma ha effettivamente ridotto l'insoddisfazione corporea, la preoccupazione per l'aspetto esteriore e l'evitamento del corpo, con miglioramenti che persistono due mesi dopo il trattamento (Cash & Butters, 1987). Sono stati proposti anche programmi CBT *online* che derivano principalmente dal contenuto di *The Body Image Workbook* (Cash, 1997). Uno studio randomizzato controllato ha valutato il programma e ha supportato la sua efficacia nel ridurre l'insoddisfazione corporea, la patologia alimentare e la depressione tra le partecipanti (Chithambo & Huey, 2017). Collettivamente, questi risultati indicano che i programmi CBT *online*, che sono meno costosi e hanno una maggiore fruibilità, sono efficaci nell'incrementare un'immagine corporea positiva (Lewis-Smith et al., 2019). Nel complesso, due revisioni meta-analitiche hanno supportato l'efficacia della CBT (Cash e Smolak, 2011; Farrell, Shafran, & Lee, 2006). Jarry e Ip (2005) hanno condotto una metanalisi, per esaminarne l'efficacia di 19 programmi CBT autosomministrati per problemi di immagine corporea, che ha mostrato piccoli miglioramenti nella dimensione di investimento sull'aspetto fisico confrontata con la soddisfazione corporea e le componenti comportamentali. È stato proposto che mentre la CBT è "attrezzata" per sfidare in modo efficace le manifestazioni di un elevato investimento nell'aspetto fisico, potrebbe essere meno efficace per affrontare i suoi processi sottostanti. Inoltre, una metanalisi sulle tecniche impiegate negli interventi volti a migliorare l'immagine corporea hanno dimostrato che gli interventi che comprendevano tecniche basate sulla CBT erano associati a effetti più ampi sull'immagine corporea, rispetto ad altre strategie come gli esercizi di potenziamento dell'autostima e le discussioni sull'attività fisica (Aleva, Sheeran, Webb, Martijn, & Miles, 2015).

Gli approcci di dissonanza cognitiva si concentrano principalmente sull'atteggiamento da modificare. Le attività specifiche degli interventi basati sulla dissonanza cognitiva possono essere mappate all'interno del sistema socio-cognitivo del modello di Cash. *Body Project*, ad esempio, si è rivelata la forma di prevenzione più efficace nello sviluppo dei disturbi dell'alimentazione (Stice et al., 2007). La ricerca ha anche indicato che *Body Project* è un efficace strumento di intervento all'interno del contesto scolastico. I risultati mostrano effetti positivi nelle adolescenti di età compresa tra i 14 e i 17 anni ( Stice et al., 2007) ma a oggi non può essere considerato un programma estendibile alla popolazione generale. Potrebbe essere dunque interessante promuovere questo filone di ricerca indagando l'efficacia del programma nella popolazione generale.

Gli approcci CBT di terza ondata comprendono la Terapia di Accettazione e Impegno (ACT), la Terapia Dialettico Comportamentale (DBT) e la pratica della consapevolezza. Questi approcci focalizzano i loro sforzi su pazienti con disturbi del comportamento alimentare dimostrandosi efficaci nella cura e nella prevenzione di essi ma, non è noto se gli interventi basati su DBT siano efficaci in una popolazione universale che non presenta patologie alimentari. Inoltre, sarà necessario condurre studi randomizzati controllati per confermare i vantaggi indicati. La pratica della consapevolezza risulta promettente nel migliorare nell'immediato l'immagine corporea (in seguito all'esposizione a un messaggio negativo); tuttavia, questi interventi basati su una singola sessione potrebbero non essere in grado di avere un impatto a lunga durata. Inoltre, i risultati suggeriscono come i programmi fino a oggi sviluppati non siano sufficientemente personalizzati poiché spesso i *trigger* che inducono insoddisfazione corporea richiedono una programmazione di intervento specifica (Johnson, Burke, Brinkman, & Wade, 2017).

Ricerche recenti, inoltre, suggeriscono che spostando il *focus* dall'estetica del corpo alla *body functionality* è possibile favorire la costruzione di un'immagine corporea positiva (Webb, Wood-Barcalow, & Tylka, 2015). Date le molteplici evidenze prodotte dalla ricerca, alcuni studiosi hanno iniziato a proporre programmi preventivi basati su attività quali *yoga*, *fitness* e alcune forme di danza che portano le persone a spostare l'attenzione sulla funzionalità del proprio corpo. L'impegno in pratiche fisiche incarnate come lo *yoga* migliora, non solo la

connessione con il corpo, ma anche la sintonia tra il sé e le esperienze nella ricerca e soddisfazione del desiderio diventando così elementi cruciali per lo sviluppo di un'immagine corporea funzionale. Gli studi focalizzati sull'impatto dello *yoga* sul benessere emozionale hanno misurato l'affettività positiva o negativa relativa alla pratica dello *yoga*. Ad esempio, in uno studio di 8 settimane di *Vinyasa yoga* con studenti universitari, i punteggi degli stati affettivi positivi sono aumentati e quelli degli stati affettivi negativi diminuiti (Ganskins et al., 2014). Questi cambiamenti nel benessere possono riguardare una maggiore connettività tra il nucleo caudato e altre regioni del cervello, come è stato notato in un ulteriore studio svolto su persone che praticano *yoga* (Gard et al., 2015). Nonostante i risultati di questi studi siano promettenti, essi hanno una serie di limiti poiché includono campioni limitati, eterogenei e diversi stili di *yoga*. A oggi sono stati dimostrati effetti significativi dello *yoga* sulla forma fisica, sulla funzione cognitiva e sul benessere emozionale, ma sono necessari ulteriori studi per ottenere risultati solidi. Alleva, Martijn e collaboratori (2015) hanno sviluppato un programma di una settimana, *Expand Your Horizon*, per poter valutare gli effetti di una sistematica focalizzazione sulla *body functionality* tra le partecipanti. Il programma è composto da tre esercizi di scrittura *on line* in cui le partecipanti (donne di età compresa tra i 18 e i 35 anni) dovevano descrivere le varie funzioni del loro corpo e il motivo per cui per loro sono significative. Le donne che hanno completato il programma *Expand Your Horizon* hanno sperimentato una maggiore soddisfazione corporea nel *post-test* immediatamente successivo e nel *follow-up* di una settimana. Inoltre, nelle stesse partecipanti, è stata riscontrata la riduzione nell'auto-oggettivazione dei tratti: la tendenza a visualizzare e valutare il proprio corpo basandosi prevalentemente sul suo aspetto fisico dalla prospettiva di un osservatore in terza persona (Fredrickson & Roberts, 1997). I principali punti di forza dello studio sono che utilizza un approccio basato sul miglioramento dell'immagine corporea e che si concentra sulla funzionalità del corpo, un aspetto a oggi poco studiato dell'immagine corporea (Smolak & Cash, 2011). Il programma è relativamente poco costoso, facile da somministrare (via *Internet*) e richiede meno di un'ora a sessione. Inoltre, il programma *Expand Your Horizon* incoraggia le donne a concentrarsi su ciò di cui è capace il loro corpo, piuttosto che su imperfezioni percepite o cognizioni e sentimenti negativi e, quindi, contribuisce a favorire maggiori informazioni circa un'immagine corporea



positiva (Halliwell, 2015; Tylka, 2011; Tylka & Wood-Barcalow, 2015; Webb et al., 2015). Questo studio, tuttavia, presenta anche dei limiti. Al *pretest*, non sono state misurate le aspettative dei partecipanti. I partecipanti randomizzati nel gruppo *functionality* potevano avere maggiori aspettative positive circa la possibilità di modificare l'atteggiamento verso il proprio corpo rispetto al gruppo di controllo, in cui i partecipanti potevano essere meno convinti del fatto che un programma di formazione alla creatività poteva influenzare la loro immagine corporea. Inoltre, come per tutti gli studi che indagano un programma di intervento, è possibile che i risultati derivino in parte dalle caratteristiche della domanda. L'inclusione di un gruppo di controllo attivo avrebbe dovuto ridurre l'impatto della caratteristica della domanda sui risultati. Inoltre, sebbene sia stato possibile controllare le risposte al compito di scrittura dei partecipanti (per assicurarci che rispettassero le istruzioni del programma), l'importo del tempo che i partecipanti hanno dedicato ai compiti di scrittura è stato riportato automaticamente, quindi i partecipanti potrebbero aver riportato erroneamente queste informazioni. La ricerca futura dovrebbe mettere in atto metodi per registrare obiettivamente queste informazioni. Infine, lo studio è stato condotto su donne "ad alto rischio" di sviluppare *body dissatisfaction* e di età compresa tra 18 e 30 anni, quindi potrebbe essere interessante valutare l'effetto del programma su gruppi differenti, a esempio, in campioni a "basso rischio", in campioni maschili e la durata degli effetti di *Expand Your Horizon*.

Nel complesso questi risultati suggeriscono che sviluppare l'*embodiment* e focalizzarsi sulla *body functionality* (attraverso attività quali lo *yoga*) correla positivamente con un'immagine corporea maggiormente funzionale e allo stesso tempo costituisce un punto di partenza per la ricerca che potrà approfondire i meccanismi che concorrono allo sviluppo di un'immagine corporea positiva e sviluppare programmi sempre più efficaci di prevenzione e sviluppo di una *positive body image*. (Alleva et al., 2018).



## Bibliografia

- Alleva, J. M., Martijn, C., Jansen, A., & Nederkoorn, C. (2014). Body Language: Affecting Body Satisfaction by Describing the Body in Functionality Terms. *Psychology of Women Quarterly*, 38(2), 181–196. <https://doi.org/10.1177/0361684313507897>
- Alleva, J. M., Martijn, C., Van Breukelen, G. J. P., Jansen, A., & Karos, K. (2015). Expand Your Horizon: A programme that improves body image and reduces self objectification by training women to focus on body functionality. *Body Image*, 15, 81–89. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.07.001>
- Alleva, J. M., Sheeran, P., Webb, T. L., Martijn, C., & Miles, E. (2015). A Meta-Analytic Review of Stand-Alone Interventions to Improve Body Image. *PloS One*, 10(9), e0139177. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139177>
- Alleva, J. M., Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M. (2017). The Functionality Appreciation Scale (FAS): Development and psychometric evaluation in U.S. community women and men. *Body Image*, 23, 28–44. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.07.008>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Author.
- Archer, D., Iritani, B., Kimes, D. D., & Barrios, M. (1983). Face-ism: Five studies of sex differences in facial prominence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(4), 725–735. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.45.4.725>
- Avalos, L., Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. (2005). The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image*, 2(3), 285–297. <https://psycnet.apa.org/record/2005-16149-007>

- Bandura, A., & McDonald, F. J. (1963). Influence of social reinforcement and the behavior of models in shaping children's moral judgment. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67(3), 274–281. <https://doi.org/10.1037/h0044714>
- Bartky, S. L. (1990). *Femininity and Domination: Studies in the Phenomenology of Oppression*. Routledge.
- Calogero, R. M., Tylka, T. L., Hartman McGilley, B., & Pedrotty-Stump, K. N. (2019). Attunement with exercise (AWE). In T. L. Tylka & N. Piran (Eds.), *Handbook of positive body image and embodiment: Constructs, protective factors, and interventions* (pp. 80–90). New York, NY: Oxford University Press.
- Carter, J. C., Blackmore, E., Sutandar-Pinnock, K., & Woodside, D. B. (2004). Relapse in anorexia nervosa: A survival analysis. *Psychological Medicine*, 34(4), 671–679. <https://doi.org/10.1017/S0033291703001168>
- Cash, T. F. (1994). Body-Image Attitudes: Evaluation, Investment, and Affect. *Perceptual and Motor Skills*, 78(3), 1168–1170. <https://doi.org/10.2466/pms.1994.78.3c.1168>
- Cash, T. F. (1995). Developmental teasing about physical appearance: Retrospective descriptions and relationships with body image. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 23(2), 123–129. <https://doi.org/10.2224/sbp.1995.23.2.123>
- Cash, T. F. (1997). *The body image workbook: An 8-step program for learning to like your looks* (p. 221). New Harbinger Publications.
- Cash, T. F. (2000). MBSRQ users' manual (3rd ed.). Old Dominion University.
- Cash, T. F. (2004). Body image: Past, present, and future. *Body Image*, 1(1), 1–5. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00011-1](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00011-1)
- Cash, T. F. (2008). *The Body Image Workbook: An Eight-step Program for Learning to Like Your Looks*. New Harbinger Publications.

- Cash, T. F. (2012). Cognitive-behavioral perspectives on body image. *Encyclopedia of body image and human appearance*, Vol. 1, 334–342. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-384925-0.00054-7>
- Cash, T. F., & Brown, T. A. (1989). Gender and body images: Stereotypes and realities. *Sex Roles*, 21(5–6), 361–373. <https://doi.org/10.1007/BF00289597>
- Cash, T. F., & Grant, J. R. (1996). Cognitive-Behavioral Treatment of Body-Image Disturbances. In V. B. Van Hasselt & M. Hersen (Eds), *Sourcebook of Psychological Treatment Manuals for Adult Disorders* (pp. 567–614). Plenum Press. [https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1528-3\\_15](https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1528-3_15)
- .Cash, T. F., & Lavallee, D. M. (1997). Cognitive-Behavioral Body-Image Therapy: Extended Evidence of the Efficacy of a Self-Directed Program. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 15(4), 281–294. <https://doi.org/10.1023/A:1025041926081>
- Cash, T. F., Morrow, J. A., Hrabosky, J. I., & Perry, A. A. (2004). How has body image changed? A cross-sectional investigation of college women and men from 1983 to 2001. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1081–1089. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.6.1081>
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (2002). *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. Guilford Press. Cash, T. F., Santos, M. T., & Williams, E. F. (2005). Coping with body-image threats and challenges: Validation of the Body Image Coping Strategies Inventory. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(2), 190–199. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.07.008>
- Celio, A. A., Winzelberg, A. J., Wilfley, D. E., Eppstein-Herald, D., Springer, E. A., & Dev, P., et al. (2000). Reducing risk factors for eating disorders: Comparison of an

- Internet-and a classroom-delivered psychoeducational program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 650–657. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.650>
- Chithambo, T. P., & Huey, S. J., Jr. (2017). Internet-delivered eating disorder prevention: A randomized controlled trial of dissonance-based and cognitive-behavioral interventions. *The International Journal of Eating Disorders*, 50, 1142–1151. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.22762>
  - Cook-Cottone, C. P. (2015). Incorporating positive body image into the treatment of eating disorders: A model for attunement and mindful self-care. *Body Image*, 14, 158–167. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.004>
  - Cash, T. F., Thériault, J., & Annis, N. M. (2004). Body Image in an Interpersonal Context: Adult Attachment, Fear of Intimacy and Social Anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(1), 89–103. <https://doi.org/10.1521/jscp.23.1.89.26987T>
  - Davis, C., Shuster, B., Blackmore, E., & Fox, J. (2004). Looking good-family focus on appearance and the risk for eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 35(2), 136–144. <https://doi.org/10.1002/eat.10250>
  - Dohnt, H. K., & Tiggemann, M. (2006). Body Image Concerns in Young Girls: The Role of Peers and Media Prior to Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 141–151. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-9020-7>
  - Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
  - Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet* (London, England), 361(9355), 407–416. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12378-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1)

- Farrell, C., Shafran, R., & Lee, M. (2006). Empirically evaluated treatments for body image disturbance: A review. *European Eating Disorders Review*, 14, 289–300. <https://doi.org/10.1002/erv.693>
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117–140. <https://doi.org/10.1177/001872675400700202>
- Fichter, M. M., Quadflieg, N., & Brandl, B. (1993). Recurrent overeating: An empirical comparison of binge eating disorder, bulimia nervosa, and obesity. *The International Journal of Eating Disorders*, 14(1), 1–16. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(199307\)14:1<1::aid-eat2260140102>3.0.co;2-3](https://doi.org/10.1002/1098-108x(199307)14:1<1::aid-eat2260140102>3.0.co;2-3)
- Fisher, E., & Thompson, J. K. (1994). A comparative evaluation of cognitive-behavioral therapy (CBT) versus exercise therapy (ET) for the treatment of body image disturbance. Preliminary findings. *Behavior Modification*, 18(2), 171–185. <https://doi.org/10.1177/01454455940182002>
- Fisher, S. (1990). The evolution of psychological concepts about the body. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: Development, deviance, and change* (pp. 3–20). Guilford Press.
- Fredrickson, B. L., Roberts, T. A., Noll, S. M., Quinn, D. M., & Twenge, J. M. (1998). That swimsuit becomes you: Sex differences in self-objectification, restrained eating, and math performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1), 269–284. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.75.1.269>
- Golan, M. and Crow, S. (2004) Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutrition Reviews*, 62, 39-50 <https://doi.org/10.4236/fns.2019.1011091>

- Grabe, S., Ward, L. M., & Hyde, J. S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin*, 134(3), 460–476. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.3.46>
- Groesz, L. M., Levine, M. P., & Murnen, S. K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *The International Journal of Eating Disorders*, 31(1), 1–16. <https://doi.org/10.1002/eat.10005>
- Golan, M. and Crow, S. (2004) Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutrition Reviews*, 62, 39-50.
- Halliwell, E. (2015). Future directions for positive body image research. *Body Image*, 14, 177–189. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.003>
- Harris, D. L., & Carr, A. T. (2001). Prevalence of concern about physical appearance in the general population. *British Journal of Plastic Surgery*, 54(3), 223–226. <https://doi.org/10.1054/bjps.2001.3550>
- Harrison, K., & Cantor, J. (1997). The relationship between media consumption and eating disorders. *Journal of Communication*, 47(1), 40–67. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1997.tb02692.x>
- Homan, K. J., & Tylka, T. L. (2014). Appearance-based exercise motivation moderates the relationship between exercise frequency and positive body image. *Body Image*, 11(2), 101–108. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.01.003>
- Hosseini, S. A., & Padhy, R. K. (2020). *Body Image Distortion*. *StatPearls Publishing*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546582/>
- Jarry, J. L., & Ip, K. (2005). The effectiveness of stand-alone cognitive-behavioraltherapy for body image: A meta-analysis. *Body Image*, 2, 317–331. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.10.001>



- Irvine, K. R., McCarty, K., McKenzie, K. J., Pollet, T. V., Cornelissen, K. K., Tovée, M. J., & Cornelissen, P. L. (2019). Distorted body image influences body schema in individuals with negative bodily attitudes. *Neuropsychologia*, 122, 38–50. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2018.11.015>
- Irving, L. M., & Berel, S. R. (2001). Comparison of Media-Literacy Programs to Strengthen College Women's Resistance to Media Images. *Psychology of Women Quarterly*, 25(2), 103–111. <https://doi.org/10.1111/1471-6402.00012>
- Izgiç, F., Akyüz, G., Doğan, O., & Kuğu, N. (2004). Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body image. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 49(9), 630–634. <https://doi.org/10.1177/070674370404900910>
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*. Hachette Books.
- Keery, H., van den Berg, P., & Thompson, J. K. (2004). An evaluation of the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls. *Body Image*, 1(3), 237–251. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2004.03.001>
- Keeton, W. P., Cash, T. F., & Brown, T. A. (1990). Body image or body images?: Comparative, multidimensional assessment among college students. *Journal of Personality Assessment*, 54(1–2), 213–230. <https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9673988>
- Kelly, M. M., Walters, C., & Phillips, K. A. (2010). Social anxiety and its relationship to functional impairment in body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy*, 41(2), 143–153. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.01.005>

- Keyes, C. L. M., & Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (p. 45–59). Oxford University Press.
- King, I. C. C. (2018). Body image in paediatric burns: A review. *Burns & Trauma*, 6. <https://doi.org/10.1186/s41038-018-0114-3>
- Klein, D. A., & Walsh, B. T. (2004). Eating disorders: Clinical features and pathophysiology. *Physiology & Behavior*, 81(2), 359–374. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2004.02.009>
- Kluck, A. S. (2010). Family influence on disordered eating: The role of body image dissatisfaction. *Body Image*, 7(1), 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.09.009>
- Lerner, R. M., Theokas, C., & Bobek, D. L. (2005). Concepts and Theories of Human Development: Historical and Contemporary Dimensions. In M. H. Bornstein & M. E. Lamb (Eds.), *Developmental science: An advanced textbook* (p. 3–43). Lawrence Erlbaum Associates Publishers. <https://doi.org/10.4135/9781452233512.n1>
- Levine, M. P., Smolak, L., & Hayden, H. (1994). The relation of sociocultural factors to eating attitudes and behaviors among middle school girls. *The Journal of Early Adolescence*, 14(4), 471–490. <https://doi.org/10.1177/0272431694014004004>
- Lewis-Smith, H., Diedrichs, P. C., & Halliwell, E. (2019). Cognitive-behavioral roots of body image therapy and prevention. *Body Image*, 31, 309–320. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.08.009>
- Mahlo, L., & Tiggemann, M. (2016). Yoga and positive body image: A test of the Embodiment Model. *Body Image*, 18, 135–142. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.06.008>
- Markey, C. (2004). Culture and the Development of Eating Disorders: A Tripartite Model. *Eating disorders*, 12, 139–156. <https://doi.org/10.1080/10640260490445041>

- Menzel, J., & Levine, M. (2011). Embodying experiences and the promotion of positive body image: The example of competitive athletics. *Self-Objectification in Women: Causes, Consequences, and Counteractions*, 163–186. <https://doi.org/10.1037/12304-008>
- Merleau-Ponty M., *Phenomenology of Perception* (1962).
- Miller, D., Turnbull, W., & McFarland, C. (1988). Particularistic and Universalistic Evaluation in the Social Comparison Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 908–917. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.55.6.908>
- Mitchell, J. E., Hatsukami, D., Eckert, E. D., & Pyle, R. L. (1985). Characteristics of 275 patients with bulimia. *The American Journal of Psychiatry*, 142(4), 482–485. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.4.482>
- Moradi, B., Dirks, D., & Matteson, A. V. (2005). Roles of Sexual Objectification Experiences and Internalization of Standards of Beauty in Eating Disorder Symptomatology: A Test and Extension of Objectification Theory. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.3.420>
- Muth, J. L., & Cash, T. F. Body image attitudes: What difference does gender make? *Journal of Applied Social Psychology*, 27, 1438–1452(1997). <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1997.tb01607.x>
- Neumark-Sztainer, D., MacLehose, R. F., Watts, A. W., Pacanowski, C. R., & Eisenberg, M. E. (2018). Yoga and body image: Findings from a large population-based study of young adults. *Body Image*, 24, 69–75. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.12.003>
- Neumark-Sztainer, D., Watts, A. W., & Rydell, S. (2018). Yoga and body image: How do young adults practicing yoga describe its impact on their body image? *Body Image*, 27, 156–168. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.09.001>

- Paxton, S. J., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., & Eisenberg, M. E. (2006). Body dissatisfaction prospectively predicts depressive mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, American Psychological Association, Division 53, 35(4), 539–549. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3504\\_5](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3504_5)
- Paxton, S. J., Schutz, H. K., Wertheim, E. H., & Muir, S. L. (1999). Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight-loss behaviors, and binge eating in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(2), 255–266. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.108.2.255>
- Piran, N. (2001). Re-inhabiting the body from the inside out: Girls transform their school environment. In D. L. Tolman & M. Brydon-Miller (Eds.), *From subjects to subjectivities: A handbook of interpretative and participatory methods* (pp. 218-238). NYU Press.
- Piran, N. (2002). Embodiment: A mosaic of inquiries in the area of body weight and shape preoccupation. In S. M. Abbey (Eds.), *Ways of knowing in and through the body: Diverse perspectives on embodiment* (pp. 211-214). Soleil Publishing.
- Piran, N. (2015). New possibilities in the prevention of eating disorders: The introduction of positive body image measures. *Body Image*, 14, 146–157. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.008>
- Sánchez-Carracedo, D., Fauquet, J., López-Guimerà, G., Leiva, D., Puntí, J., Trepát, E., & Palao, D. (2016). The MABIC project: An effectiveness trial for reducing risk factors for eating disorders. *Behavior Research and Therapy*, 77, 23–33. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2015.11.010>

- Scime, M., & Cook-Cottone, C. (2008). Primary prevention of eating disorders: A constructivist integration of mind and body strategies. *The International Journal of Eating Disorders*, 41, 134–142. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.20480>
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M. J., & Mateos, N. (2007). Body image and self-esteem in women with breast cancer participating in a psychosocial intervention program. *Clinica y Salud*, 18, 137–161
- Schilder, P. (1935). *The image and appearance of the human body*. Kegan Paul.
- Spreckelsen, P. von, Glashouwer, K. A., Bennik, E. C., Wessel, I., & de Jong, P. J. (2018). Negative body image: Relationships with heightened disgust propensity, disgust sensitivity and self-directed disgust. *PloS One*, 13(6), e0198532. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198532>
- Swami, V., & Harris, A. S. (2012). Dancing toward positive body image? Examining body-related constructs with ballet and contemporary dancers at different levels. *American Journal of Dance Therapy*, 34, 39–52. <http://dx.doi.org/10.1007/s10465-012-9129-7>
- Piran, N. (2001). Re-inhabiting the body from the inside out: Girls transform their school environment. In D. L. Tolman & M. Brydon-Miller (Eds.), *From subjects to subjectivities: A handbook of interpretative and participatory methods* (pp. 218-238). NYU Press.
- Piran, N. (2002). Embodiment: A mosaic of inquiries in the area of body weight and shape preoccupation. In S. M. Abbey (Eds.), *Ways of knowing in and through the body: Diverse perspectives on embodiment* (pp. 211-214). Soleil Publishing.

- Piran, N. (2015). New possibilities in the prevention of eating disorders: The introduction of positive body image measures, *Body Image*, 14, 146–157. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.008>
- Smolak, L., & Cash, T. F. (2011). Future challenges for body image science, practice, and prevention.. *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp. 471–478). New York, NY: Guilford Press.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825–848. <http://dx.doi.org/10.1037//0033-2909.128.5.825>
- Stice, E., Trost, A., & Chase, A. (2002). Healthy weight control and dissonance-based eating disorder prevention programs: Results from a controlled clinical trial. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 10–21. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.10109> *cise, Performance, and Clinical Applications*
- Sander, L., Rausch, L., & Baumeister, H. (2016). Effectiveness of Internet-Based Interventions for the Prevention of Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Mental Health*, 3(3), e38. <https://doi.org/10.2196/mental.6061>
- Tiggemann, M. (2004). Body image across the adult life span: Stability and change. *Body Image*, 1(1), 29–41. [https://doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00002-0](https://doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00002-0)
- Tiggemann, M., Coutts, E., & Clark, L. (2014). Belly Dance as an Embodying Activity?: A Test of the Embodiment Model of Positive Body Image. *Sex Roles*, 71(5), 197–207. <https://doi.org/10.1007/s11199-014-0408-2>
- Tiggemann, M., & McCourt, A. (2013). Body appreciation in adult women: Relationships with age and body satisfaction. *Body Image*, 10(4), 624–627. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.07.003>

- Tylka, T. L. (2012). Positive psychology perspectives on body image. In T. F. Cash (Eds.), *Encyclopedia of body image and human appearance* (pp. 657–663). Elsevier Academic Press.
- Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M. (2013). The Intuitive Eating Scale–2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 137–153. <https://doi.org/10.1037/a0030893>
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image*, 14, 118–129. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001>
- van den Berg, P. A., Mond, J., Eisenberg, M., Ackard, D., & Neumark-Sztainer, D. (2010). The link between body dissatisfaction and self-esteem in adolescents: Similarities across gender, age, weight status, race/ethnicity, and socioeconomic status. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 47(3), 290–296. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.02.004>
- van den Berg, P. A., Thompson, J. K., Obremski-Brandon, K., & Coovert, M. (2002). The Tripartite Influence model of body image and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5), 1007–1020. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00499](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00499)
- Venkatesan, M., & Losco, J. (1975). Women in magazine ads: 1959-1971. *Journal of Advertising Research*, 15(5), 49–54.
- Verstraten, F. A. (1996). On the ancient history of the direction of the motion aftereffect. *Perception*, 25(10), 1177–1187. <https://doi.org/10.1068/p251177>
- Wade, T. D., & Tiggemann, M. (2013). The role of perfectionism in body dissatisfaction. *Journal of Eating Disorders*, 1. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-2>

- Wasylikiw, L., MacKinnon, A. L., & MacLellan, A. M. (2012). Exploring the link between self-compassion and body image in university women. *Body Image*, 9(2), 236–245. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.01.007>
- Watson, R., & Vaughn, L. M. (2006). Limiting the effects of the media on body image: Does the length of a media literacy intervention make a difference? *Eating Disorders*, 14(5), 385–400. <https://doi.org/10.1080/10640260600952530>
- Wertheim, E. H., Martin, G., Prior, M., Sanson, A., & Smart, D. (2002). Parent influences in the transmission of eating and weight related values and behaviors. *Eating Disorders*, 10(4), 321–334. <https://doi.org/10.1080/10640260214507>
- Weineland, S., Arvidsson, D., Kakoulidis, T. P., & Dahl, J. (2012). Acceptance and commitment therapy for bariatric surgery patients, a pilot RCT. *Obesity Research & Clinical Practice*, 6, e21–e30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.orcp.2011.04.004>
- Wilksch, S. M. (2010). Universal school-based eating disorder prevention: Benefits to both high-and low-risk participants on the core cognitive feature of eating disorders. *The Clinical Psychologist*, 14, 62–69. <http://dx.doi.org/10.1080/13284207.2010.500310>
- Wilksch, S. M. (2015). School-based eating disorder prevention: A pilot effectiveness trial of teacher-delivered Media Smart. *Early Intervention in Psychiatry*, 9, 21–28. <http://dx.doi.org/10.1111/eip.12070>
- Wood, K. C., Becker, J. A., & Thompson, J. K. (1996). Body image dissatisfaction in preadolescent children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 17(1), 85–100. [https://doi.org/10.1016/S0193-3973\(96\)90007-6](https://doi.org/10.1016/S0193-3973(96)90007-6)
- Wood-Barcalow, N. L., Tylka, T. L., & Augustus-Horvath, C. L. (2010). «But I Like My Body»: Positive body image characteristics and a holistic model for young-adult women. *Body Image*, 7(2), 106–116. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2010.01.001>



- Zabinski, M. F., Wilfley, D. E., Calfas, K. J., Winzelberg, A. J., & Taylor, C. B. (2004). An interactive psychoeducational intervention for women at risk of developing an eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 914–919. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.91>