



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale (DPG)

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione
(DPSS)**

Corso di laurea in Scienze Psicologiche Cognitive e Psicobiologiche

ELABORATO FINALE

**L'alterazione dei processi cognitivi ed attentivi in persone
affette da disturbi alimentari**

**The alteration of cognitive and attentional processes in individuals
suffering from eating disorders**

Relatore

Prof. Luigi Alessandro Castelli

Laureanda

Linda Sangalli

Matricola 1221877

Anno Accademico 2022/2023

INDICE

INTRODUZIONE	4
CAPITOLO 1	6
I DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE	6
1.1 DEFINIZIONE	6
1.2 ANORESSIA NERVOSA	7
1.3 BULIMIA NERVOSA	13
1.4 EZIOLOGIA DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE	17
CAPITOLO 2	24
IL FUNZIONAMENTO COGNITIVO IN RELAZIONE AD UN QUADRO CLINICO DI DISTURBO ALIMENTARE	24
2.1 IL PROFILO COGNITIVO DI ANORESSIA NERVOSA E BULIMIA NERVOSA	24
2.2 ATTENZIONE	26
2.3 COGNIZIONE SOCIALE	34
2.4 MEMORIA	41
CONCLUSIONE	46
BIBLIOGRAFIA	47

INTRODUZIONE

L'interesse suscitato dal cibo e dall'alimentazione all'interno società di oggi è inconfutabile e di proporzioni decisamente ragguardevoli. Attorno a tali tematiche ruota un mercato del valore di miliardi di dollari; infatti, le situazioni di cui il cibo è protagonista sono esponenzialmente cresciute e divenute ormai oggetto di ampia diffusione grazie all'esistenza di canali di comunicazione sempre più efficienti in una sempre più celere condivisione dell'informazione, di qualsiasi tipo essa sia. Programmi televisivi, blog, riviste, libri di cucina, l'ascesa di numerosi cuochi allo status di personaggi famosi: l'alimentazione si è a tutti gli effetti affermata come fenomeno mediatico.

Come si spiega questo sorprendente incremento del fascino suscitato dal cibo, nonostante la sua inespugnabile appartenenza alla quotidianità di tutti noi? L'atto del "mangiare" rappresenta il perfetto esempio dell'incontro tra il bisogno nella sua accezione di *"consumazione di atti necessari alla sopravvivenza dell'individuo e della specie"* (Enciclopedia Treccani), ossia di necessità per garantire la sopravvivenza, ed il piacere, ossia la sensazione di appagamento da cui siamo solitamente ricompensati in seguito ad esserci nutriti.

L'essere umano, come tutti gli esseri viventi, mangia per saziare la fame che avverte e che di conseguenza è in grado di soddisfare attraverso una serie di processi omeostatici il cui obiettivo è quello di ristabilire l'equilibrio interno al suo organismo.

Come mai avvertiamo sensazioni di fame tramite cui il nostro corpo ci richiede di alimentarci? Per quale motivo mangiamo? L'essere umano *"mangia per nutrirsi ed in età evolutiva per crescere"* (Spitoni e Aragona, 2019), tuttavia un atto sostanziale come "mangiare" risulta particolarmente complesso a causa dell'enorme vastità di possibilità di scelta di cui disponiamo in relazione al cibo da assumere. Per l'appunto, *"l'equilibrio fra i sistemi e i processi di regolazione omeostatica e quelli di regolazione edonistica è complesso e instabile"* (Spitoni e Aragona, 2019). Idealmente, dovremmo essere in grado di scegliere l'alimento di cui nutrirci e la sua quantità sulla base del nostro dispendio di forze, delle energie di cui necessitiamo, della fame che avvertiamo e della sazietà, dunque sulla base di un corretto funzionamento dei processi omeostatici che sorreggono i

meccanismi dell'alimentazione. Tuttavia, in occasione dell'insorgere di eventuali disturbi del comportamento alimentare, tali processi possono risultare compromessi/corrotti.

Assumendo i meccanismi omeostatici alla base dell'alimentazione ed il loro rapporto con la componente prettamente edonistica determinata dall'atto del mangiare come particolarmente intricati e riconoscendo l'enorme clamore che ruota attorno al cibo ed a tutto ciò che ne deriva, è ragionevole formulare delle aspettative per quanto concerne l'eventualità che anche questo aspetto della vita quotidiana e dei comportamenti umani sia soggetto ad una serie di disturbi.

I disturbi correlati al comportamento alimentare si contraddistinguono per essere patologie estremamente totalizzanti, caratterizzate da diverse sfaccettature che coinvolgono numerosi ambiti della vita quotidiana dell'individuo. La medesima peculiarità si applica anche ai meccanismi che causano l'insorgenza di questa categoria di psicopatologie: è controproducente ricercare un'unica ed inequivocabile motivazione all'origine dell'instaurarsi di un disturbo alimentare, al contrario sarebbe opportuno assumere una prospettiva più estesa e più inclusiva circa l'analisi di svariati fattori, tra loro interagenti, responsabili per la manifestazione della malattia.

La letteratura, scientifica e non solo, offre ampie possibilità di carpire informazioni riguardo al mondo dei disturbi del comportamento alimentare e della relativa eziologia soprattutto rispetto al versante clinico ed a quello socio-culturale, probabilmente a causa della centralità pressoché indiscussa delle questioni legate al corpo nella società odierna. Tuttavia, la disponibilità di approfondimenti riguardo alla relazione tra disturbo alimentare e contestuale funzionamento cognitivo è piuttosto scarsa.

L'obiettivo del presente elaborato consiste nel fornire una sintetica panoramica rispetto a questo rapporto tra psicopatologia e processi mentali di natura cognitiva attraverso l'integrazione di parte della letteratura esistente in merito. La potenziale vastità della discussione ha determinato una selezione per quanto concerne sia i disturbi alimentari presi in considerazione, sia i processi cognitivi evidenziati. Nel corso del primo capitolo verranno presentati i disturbi di Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa con la relativa eziopatogenesi. Nel secondo capitolo verranno invece approfondite le modalità di funzionamento cognitivo che si associano a queste patologie: verranno trattate, in particolare, componenti mentali quali l'Attenzione, la Cognizione Sociale e la Memoria.

CAPITOLO 1

I DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

1.1 DEFINIZIONE

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione o disturbi del comportamento alimentare (DCA) comprendono tutte quelle diagnosi caratterizzate da persistenti comportamenti difsuzionali nei confronti dell'assunzione e/o dell'espulsione del cibo, associati ad un vasto e complesso corollario di emozioni, credenze e pensieri morbosi che perpetuano il disturbo e contribuiscono ad inasprirne la gravità. Data la natura pervasiva e totalizzante con cui si presentano, tali disturbi compromettono non solo la sfera psicologica e mentale dell'individuo che ne è affetto, ma anche il suo stato di salute fisiologico e le relazioni sociali di cui si circonda. Non sorprende, dunque, che anche questo aspetto della vita quotidiana e dei comportamenti umani sia, da tempo, oggetto di una serie di disturbi.

La prima classificazione di questa tipologia di disturbi si ebbe all'interno del Manuale Diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, terza edizione, (DSM-III) nel 1980 in qualità di sottocategoria dei disturbi dell'infanzia o della prima adolescenza. Con la stesura e pubblicazione del DSM-IV, essi divennero una categoria a sé stante, fino a che, nel DSM-5, furono inseriti nel capitolo "*Disturbi dell'alimentazione e della nutrizione*".

Si tratta di una classe di disturbi che negli ultimi decenni ha subito un livello di attenzione crescente a causa di un'innegabile accelerazione nella loro diffusione e dell'evidente esplosione della frequenza con cui si osservano.

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono intrinsecamente legati all'immagine corporea che ognuno ha di sé e degli altri, divenuta questione di estremo interesse, se non addirittura di ossessione, nella società odierna. Pare non risulti più così immediato riuscire a delineare ed a distinguere un confine netto tra quanto viene arbitrariamente ritenuto desiderabile, in relazione alle forme corporee degli individui, e quanto sfocia invece nel campo del patologico.

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione che compaiono nella classificazione del DSM-5 sono la Pica, il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da binge-eating, una categoria inedita annessa con la pubblicazione del DSM-5. Le patologie più conosciute e dalla prevalenza e

diffusione più elevate all'interno dell'ambito dei DCA sono l'Anoressia Nervosa e la Bulimia Nervosa, entrambe psicopatologie estremamente gravi e, nelle casistiche più severe, potenzialmente letali.

Segue la descrizione clinica dei disturbi del comportamento alimentare Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa sulla base della classificazione del Manuale Diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, quinta edizione (DSM-5).

1.2 ANORESSIA NERVOSA

Il termine anoressia comparve ufficialmente nella storia della psichiatria verso fine Ottocento, attraverso la pubblicazione di alcuni articoli da parte di studiosi dell'epoca. Esso deriva dal greco e si può tradurre letteralmente come mancanza di appetito, formulazione che lascia presagire il comportamento distintivo di questo disturbo, ossia la mancata assunzione di cibo, nonostante non sia del tutto corretto. I soggetti affetti da anoressia nervosa, infatti, non esperiscono l'assenza dello stimolo della fame, bensì il contrario: seppur affamati, essi si prostrano in un caparbio rifiuto di mangiare, implementando moltissime risorse nel tentativo di aderire a questo durissimo regime.

Criteri diagnostici (American Psychological Association, 2014 DSM-5, Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, p. 391):

A- "Restrizione dell'assunzione di calorie in relazione alle necessità che porta ad un peso corporeo significativamente basso nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica. Il peso corporeo significativamente basso è definito come un peso inferiore al minimo normale oppure, per bambini e adolescenti, al minimo previsto".

Il primo criterio si concretizza, quindi, in un decremento ponderale spropositato attraverso dieta e/o condotte di eliminazione e/o attività fisica eccessiva;

B- "Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso";

C- *“Alterazione del modo in cui viene vissuto dall’individuo il peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell’attuale condizione di sottopeso”.*

Il terzo criterio si individua nella percezione distorta della propria immagine corporea da parte del malato. Per valutare dimensioni e peso corporeo le persone affette da anoressia nervosa si pesano continuamente, misurano le varie parti del corpo che giudicano “troppo grasse” e si osservano costantemente allo specchio, svalutandosi.

Stando a quanto si legge all’interno dell’ICD-11, l’anoressia nervosa è caratterizzata da un significativo decremento ponderale rispetto all’età, l’altezza e lo stadio di sviluppo dell’individuo. Il calo non è dovuto ad alta condizione medica o all’indisponibilità di cibo. Normalmente, si parla di anoressia quando l’indice di massa corporea scende al di sotto di 18.5 kg/m². Oltre alla rapida perdita di peso, si accompagnano solitamente comportamenti atti ad evitare di riottenere un peso normale, adeguato, tra cui restrizione alimentare, comportamenti di eliminazione e comportamenti atti ad un dispendio eccessivo di energia (attività fisica incontrollata). Si associa tipicamente un’intensa paura di riacquisire peso. Il mantenimento di un peso drasticamente ridotto e la forma del proprio corpo sono elementi centrali nell’autostima e autovalutazione della persona anoressica. ICD-11 aggiunge come criterio il fatto che il calo ponderale non derivi da altre condizioni mediche o dalla mancanza di cibo di cui nutrirsi.

Sempre facendo riferimento a quanto illustrato all’interno del DSM-5, nella formulazione di una diagnosi di anoressia nervosa è bene specificare quale sottotipo soddisfi i sintomi riportati dall’individuo. Specificare se:

- *“Con restrizioni: durante gli ultimi tre mesi, l’individuo non ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione. Perdita di peso ottenuta principalmente attraverso dieta, digiuno e/o attività fisica eccessiva”;*
- *“Con abbuffate/condotte di eliminazione: durante gli ultimi tre mesi, l’individuo ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione”*(American Psychological Association, 2014).

La distinzione in questi due sottotipi è attualmente mantenuta nella declinazione del DSM-5, nonostante la sua validità sia limitata: numerose ricerche dimostrano come non solo sia possibile, ma sia frequente assistere ad un crossover delle due sottotipologie dell'Anoressia Nervosa. Ciò si traduce pertanto nella probabilità per la quale a distanza di tempo da una prima diagnosi di anoressia nervosa con restrizioni, il disturbo di una importante percentuale di pazienti tende, sulla base della ricerca scientifica condotta in merito, ad evolversi nel sottotipo con abbuffate/condotte di eliminazione.

Come è possibile indicare la severità dell'anoressia nervosa al momento della diagnosi? *“Il livello di gravità si basa sull'indice di massa corporea (IMC/Body Mass Index, BMI) per gli adulti oppure sul percentile di tale indice per bambini e adolescenti”* (American Psychological Association, 2014). L'indice di massa corporea si calcola dividendo il peso in kg per il quadrato dell'altezza in metri. Per gli adulti, sia l'Organizzazione Mondiale della Sanità, sia il Centers for Disease Control and Prevention (CDC) hanno stabilito il valore 18,5 kg/m² come soglia minima da cui è generalmente possibile ed opportuno parlare di peso normale. Tuttavia, i vari livelli di gravità del disturbo di AN partono, secondo le direttive dell'OMS, da un BMI inferiore a 17 kg/m² (American Psychological Association, 2014)

- ✓ Lieve: BMI inferiore a 17
- ✓ Moderata: BMI compreso tra 16-16,99
- ✓ Grave: BMI compreso tra 15-15,99
- ✓ Estrema: BMI inferiore a 15

L'indice di massa corporea non è una misura perfetta: ad esempio, soggetti con una muscolatura sviluppata e conseguente indice di massa corporea più alto non risultano essere sovrappeso. Tuttavia, si presenta come utile indicatore nel consentire al clinico di determinare se il primo criterio postulato all'interno del DSM sia o meno soddisfatto nel caso preso in considerazione e, pertanto, considerare l'eventualità di formulare una diagnosi di anoressia nervosa.

Ribadiamo dunque i criteri diagnostici necessari affinché si possa formulare una diagnosi di anoressia nervosa: la considerevole e preoccupante riduzione della quantità di cibo assunto; la paura che deriva dall'idea di aumentare di peso e/o la messa in atto di comportamenti che impediscono l'incremento ponderale; una significativa alterazione da

parte dell'individuo nei confronti del proprio corpo, della propria immagine di sé e del proprio peso corporeo. Il presente elaborato si pone come obiettivo una la presentazione di una breve analisi del disturbo e delle sue implicazioni sui processi mentali dell'individuo a partire precisamente da quest'ultima caratteristica diagnostica, corrispondente al criterio C per la diagnosi di anoressia nervosa secondo il DSM-5. Di fatti, *“percezione e significato attribuiti al peso e alla forma del corpo sono distorti in questi individui”* (American Psychological Association, 2014, DSM-5, Disturbi della Nutrizione e dell’Alimentazione) La visione del mondo di soggetti anoressici è alterata: nonostante con l’espressione “visione del mondo” sia, nello specifico, relativa alla dimensione “corpo”, “immagine corporea”, “forme del corpo”, essa diventa a tutti gli effetti comparabile ad una visione globale in quanto tali elementi acquisiscono per l’individuo un’importanza spropositata che li porta a sovrastare, persino oscurare qualsiasi altro fattore della vita quotidiana. La sfera cognitiva e percettiva di tali individui risulta compromessa.

L’attenzione di coloro che soffrono di anoressia nervosa è totalmente catalizzata dalla propria immagine, eppure, nonostante la quasi totalità delle loro risorse cognitive sia focalizzata sulla propria forma corporea, ne risulta una percezione distorta, manipolata e per nulla coerente con il dato oggettivo.

Individui che soffrono di anoressia nervosa raramente riconoscono di avere un disagio o comprendono la gravità della situazione in cui si trovano: mancano completamente di consapevolezza riguardo alla propria condizione: non sono in grado di rapportarsi con la realtà, bensì tendono a distorcerla in quanto incapaci di comprendere l’obiettività che viene mostrata loro. Qualsiasi sia il loro peso, qualsiasi sia il numero sulla bilancia a cui assistono, non sarà mai abbastanza basso, non incontrerà mai la loro soddisfazione, tantomeno desterà mai la loro preoccupazione. Ogni riscontro di calo ponderale è un trionfo che si esaurisce immediatamente nel bisogno di proseguire lungo questo percorso di auto-annichilazione, sollecitato dal terrore di arrestare il processo di dimagrimento, o, più precisamente, dalla paura totalizzante di ingrassare.

Prevalenza

Secondo il DSM-5, la prevalenza dell’anoressia nervosa è del 0.4% negli individui di sesso femminile. Risulta invece più difficile fornire un dato per il sesso maschile in quanto

si tratta di un disturbo estremamente più pervasivo nelle donne/bambine, con un rapporto di incidenza femmina-maschio approssimabile a 10:1. Solo in anni più recenti, i dati relativi ai disturbi alimentari, tra cui in particolare all'anoressia nervosa, veicolano un aumento della loro incidenza anche nella popolazione di sesso maschile.

Insorgenza e prognosi

L'insorgenza del disturbo da anoressia nervosa si verifica generalmente in età pre-adolescenziale, adolescenziale e durante i primi anni di vita adulta.

Una buona parte di chi riceve una diagnosi di anoressia nervosa riesce ad intraprendere un percorso di riabilitazione che si conclude con la guarigione completa. Si tratta, però, di un cammino che può richiedere tempistiche dilatate e che spesso include ricadute (Kring, Johnson, Davison, Neale, 2017). Questo accade in quanto non è raro che una prima diagnosi di anoressia nervosa con restrizioni si trasformi nel sottotipo con condotte di eliminazione e, successivamente, evolva in un disturbo di bulimia nervosa.

Per quanto l'intera categoria dei disturbi del comportamento alimentare abbia un elevatissimo potenziale debilitante per l'individuo, l'anoressia nervosa si aggiudica uno tra i tassi di mortalità più elevati tra tutti i disturbi psicologici: un individuo con diagnosi di anoressia corre un rischio di mortalità fino a 10 volte superiore rispetto a chi soffre di altri disturbi mentali. Un dato tanto importante è riconducibile agli scompensi organici derivanti dal disturbo in cui i pazienti rischiano di incorrere con diversi livelli di gravità possibili sulla base del decorso della malattia, il quale risulta "*estremamente variabile*" (American Psychological Association, 2014). Tuttavia, un ulteriore elemento che concorre a causare un tasso di mortalità tanto alto è il suicidio, il cui rischio di occorrenza è particolarmente acuto tra i pazienti affetti da anoressia nervosa.

Conseguenze fisiopatologiche

Sia per quanto riguarda il sottotipo con restrizione che per il sottotipo con abbuffate/condotte di eliminazione, il disturbo di anoressia nervosa concorre nell'aumentare esponenzialmente il rischio di insorgenza di numerose complicazioni mediche e biologiche. Privarsi dell'assunzione di cibo e ricorrere a comportamenti disfunzionali quali vomito autoindotto ed uso di lassativi genera inevitabilmente uno

stress fisico che è importante non sottovalutare e che, protratto, può portare a condizioni di gravità irreversibili.

Le conseguenze a livello fisico possono essere svariate in quanto lo stile di vita della persona anoressica va a coinvolgere tutti i suoi circuiti organici, con il reale pericolo che vengano compromessi. Tra i disturbi fisiologici più comuni come effetto dell'anoressia nervosa troviamo bradicardia, ipotensione, problemi renali e gastrointestinali, osteoporosi, amenorrea, comparsa della cosiddetta lanugo, ossia una peluria diffusa su tutto il corpo per proteggerlo dal freddo in mancanza di assunzione calorica, alterazione dei livelli ormonali e dei livelli di elettroliti.

Comorbidità con altri disturbi mentali

Anche sul piano psicologico e collegato alla salute mentale l'anoressia può associarsi ad altre psicopatologie con cui statisticamente risulta, difatti, trovarsi spesso in una situazione di comorbidità. Soggetti affetti da anoressia riportano frequentemente sintomi depressivi, tra cui tono dell'umore depresso, irritabilità, ritiro sociale, apatia, calo di desiderio sessuale.

Assidui sono anche indicatori del disturbo ossessivo compulsivo, con manifestazione di ossessione e successiva compulsione relative solitamente all'alimentazione, ma non solo.

Tra i disturbi psicologici possibilmente riscontrabili in caso di diagnosi di anoressia nervosa si evidenziano anche i disturbi d'ansia, i cui retaggi possono risultare evidenti attraverso l'osservazione di comportamenti caratteristici delle persone anoressiche, tra cui l'ansia all'idea di mangiare in pubblico, elementi che richiamano il disturbo d'ansia sociale tra cui la preoccupazione nell'affrontare situazioni di socialità ed il conseguente meccanismo di evitamento, il bisogno di controllare la realtà circostante per costruire un fittizio senso di sicurezza rispetto a ciò che si deve affrontare, il timore all'idea di abbandonare la propria zona di comfort e la successiva rigidità sociale ed esperienziale, anche rispetto ai cibi la cui assunzione è tollerata o meno.

Interessante ai fini di questo elaborato è la possibile comorbidità del disturbo di anoressia nervosa con il disturbo di dismorfismo corporeo, ad esso associato a causa del comune elemento di intensa preoccupazione ed ansia nei confronti di un difetto percepito da soggetto malato relativo ad un preciso distretto corporeo oppure all'intera figura corporea

il quale risulta, però, inesistente nell'accezione di incompatibile con il dato esterno fornito dalla realtà oggettiva.

1.3 BULIMIA NERVOSA

La bulimia nervosa è, insieme all'anoressia nervosa, uno dei disturbi alimentari più comuni e pervasivi, la cui incidenza ha subito una sensibile crescita nel corso degli ultimi decenni. Si contraddistingue dall'anoressia principalmente a causa di un elemento essenziale perché sia possibile confermarne la diagnosi, ossia il circolo vizioso tra abbuffate e consecutive condotte di compensazione, generalmente manifestate attraverso l'autoinduzione di vomito da parte del paziente. Inoltre, un estremo calo ponderale non risulta essere caratterizzante all'interno della declinazione di questo disturbo, bensì sposterebbe l'attenzione dalla bulimia ad una possibile anamnesi di anoressia nervosa. Pertanto, i fattori necessari perché si parli di bulimia nervosa, e che contraddistinguono questo disturbo da quello di anoressia nervosa tipica, sono il mantenimento di un peso corporeo solitamente compreso nella norma ed il riscontro di frequenti abbuffate.

Il termine bulimia deriva dal greco ed è traducibile letteralmente come "*fame da bue*" (Kring et al., 2017). Si ritiene sia stato utilizzato per la prima volta da Gerard Russell il quale, nel corso di uno studio sull'anoressia svolto nel 1979, aveva osservato in alcune delle donne prese in esame comportamenti di assunzione incontrollata di cibo e di successiva eliminazione di quanto ingerito attraverso vomito o lassativi per contrastare l'aumento di peso ed il senso di colpa, tentando di porre in questo modo rimedio all'abbuffata appena verificatasi (Spitoni e Aragona, 2019). Con la parola "abbuffata" si indica un "*episodio di assunzione di grandi quantità di cibo che si verifica in risposta ad uno stimolo differente dalla sensazione di fame*" (Spitoni e Aragona, 2019). L'episodio descritto presenta necessariamente due elementi caratterizzanti: il primo legato alla quantità eccessiva del cibo ingerito, il secondo alla modalità attraverso cui ciò si verifica, ossia in completa assenza di controllo. È possibile delineare la bulimia nervosa come un disturbo in presenza di cui il paziente sperimenta una sensazione totalizzante di perdita del controllo, a cui seguono vergogna, senso di colpa, disgusto verso sé stessi e paura di ingrassare, ossia vissuti estremamente negativi che si esasperano in un tentativo di ripristino della percezione di controllo.

Così come il fatto di mantenere un indice di massa corporea che rientra della norma risulta essere un distinguo importante tra una diagnosi di bulimia nervosa ed anoressia nervosa, allo stesso modo la manifestazione di condotte di eliminazione è essenziale per escludere una diagnosi di binge-eating disorder.

Il disturbo dell'alimentazione da bulimia nervosa viene inserito per la prima volta all'interno del DSM-III nel 1980; compare invece nella classificazione dell'ICD solo nel 1997, ovvero all'interno dell'ICD-9.

Criteri diagnostici: (American Psychological Association, 2014 DSM-5, Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione, p. 398)

- A- *“Ricorrenti episodi di abbuffata. Un episodio di abbuffata è caratterizzato da entrambi questi aspetti:*
 - 1- *Mangiare, in un determinato periodo di tempo, una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili*
 - 2- *Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio”;*
- B- *“Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva”;*
- C- *“Le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi”*
- D- *“I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo”;*
- E- *“L'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa”.*

Come per il disturbo di anoressia nervosa, anche in merito alla bulimia nervosa il DSM-5 riporta i criteri attraverso cui è possibile specificare il livello di gravità della malattia, in questo caso sulla base della frequenza con cui il paziente ricorre all'uso di condotte di compensazione:

- ✓ Lieve: una media di 1-3 episodi a settimana
- ✓ Moderata: una media di 4-7 episodi a settimana

- ✓ Grave: una media di 8-13 episodi a settimana
- ✓ Estrema: una media di 14 o più episodi a settimana

Ai fini del presente elaborato, il criterio diagnostico D del DSM-5 assume particolare rilevanza. Le persone che soffrono di bulimia nervosa si associano a coloro che soffrono di anoressia sia per l'intensa paura di ingrassare, sia per l'ossessione che dimostrano nei confronti del proprio peso e della propria forma corporea: in entrambi i disturbi, il livello di attenzione che gli individui dedicano alla propria immagine di sé è talmente totalizzante da sfociare nella morbosità. Ne consegue che gli elementi "corpo" e "peso" assumano un ruolo chiave nel determinare l'autostima e la soddisfazione di sé, la quale diventa pressoché irraggiungibile in quanto l'alterazione percettiva dei pazienti non consente loro di giudicare la propria immagine attraverso evidenze obiettive.

Prevalenza e insorgenza

Secondo quanto indicato all'interno del DSM-5, la prevalenza della bulimia nervosa si aggira intorno ad una percentuale compresa tra l'1 e l'1,5%, dunque più elevata rispetto al disturbo di anoressia nervosa. Inoltre, l'insorgenza della bulimia si verifica tipicamente ad un'età media più avanzata rispetto a quanto accada per l'anoressia, ossia nei primi anni dell'età adulta.

Prognosi

Un buon numero di individui affetti da bulimia nervosa raggiunge uno stadio di completa regressione, tuttavia la percentuale di soggetti il cui disturbo e/o alcune sue manifestazioni sintomatiche persistono si colloca tra il 10 e il 20% (Kring et al., 2017).

Come si evince dalla lettura del DSM-5, il rischio a cui i pazienti bulimici sono sottoposti è quello di incorrere in un processo di cronicizzazione dei sintomi, oppure di sviluppare un disturbo bulimico di tipo intermittente, con un'alternanza di periodi di remissione e periodi di ricaduta. Anche in quest'ultimo scenario, però, l'alimentazione dell'individuo, lo stato di salute che ne consegue ed il suo rapporto con il cibo permangono fortemente disfunzionali ed irregolari.

Comorbidità con altri disturbi mentali

Lo sviluppo e le potenziali possibilità di remissione del disturbo sono, ovviamente, profondamente influenzate dalla presenza di una comorbidità con altri disturbi mentali o dalla fragilità dell'individuo rispetto alle dinamiche di questi stessi disturbi. Come accennato a proposito dell'anoressia nervosa, anche il disturbo alimentare da bulimia nervosa si potrebbe associare a numerose altre diagnosi: i disturbi d'ansia, i disturbi dell'umore tra cui spiccano il disturbo bipolare e la depressione maggiore ed i disturbi da uso di sostanze. È facile intuire che in presenza di una sintomatologia complessa che prende in causa diverse diagnosi, diviene più faticoso conquistare una completa guarigione.

Conseguenze fisiopatologiche

Le persone affette da bulimia nervosa presentano tendenzialmente un indice di massa corporea normale o classificabile come sovrappeso. Nonostante ciò, i comportamenti alimentari disfunzionali messi in atto risultano estremamente dannosi per l'organismo e possono determinare la comparsa di conseguenze severe anche per quanto concerne la fisiopatologia dell'individuo.

Lo squilibrio elettrolitico che si viene a creare in seguito all'alimentazione incontrollata ed alla sua compensazione è spesso causa di importanti complicanze mediche. Molto frequente è la manifestazione di irregolarità del ciclo mestruale o amenorrea nelle donne. Inoltre, aumenta drasticamente il rischio di ipopotassiemia, irregolarità cardiache a causa delle frequenti condotte di compensazione e, a causa degli acidi gastrici che giungono al cavo orale durante il vomito, perdita dello smalto dentale ed erosione dei denti, lesioni a carico della gola e dell'esofago e, nei casi più drammatici per quanto più rari, rottura del tessuto dello stomaco (Kring et al., 2017).

Nonostante l'anoressia nervosa sia considerato uno dei disturbi mentali più fatali, il tasso di mortalità della bulimia nervosa non è da sottovalutare e si aggira intorno al 2%, percentuale inclusiva di tutte le possibili motivazioni, tra cui anche il suicidio (DSM-5). Per quanto concerne quest'ultima casistica, i tassi di suicidio risultano sensibilmente più elevati rispetto alla popolazione normale, eppure più bassi se comparati alla mortalità causata dal suicidio tra coloro che soffrono di anoressia nervosa.

1.4 EZIOLOGIA dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

È opportuno considerare i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e la loro sintomatologia come disturbi di natura multifattoriale. Secondo una visione filtrata da un modello di tipo bio-psico-sociale, sono infatti molteplici e dinamici gli elementi che concorrono all'insorgenza di un DCA. Sono state individuate influenze in campo della genetica, della neurobiologia, un forte ascendente di tipo socioculturale: una moltitudine di fattori che si intersecano tra loro e contribuiscono allo sviluppo del disturbo. Non è dunque conveniente pensare ad "*una causalità lineare*", bensì è più corretto formulare una diagnosi analizzando il disturbo come frutto di una molteplicità di fattori interagenti (Kring et al., 2017).

Fattori Genetici

L'influenza di determinate caratteristiche presenti fin dalla nascita, come ad esempio la vulnerabilità genetica, sull'insorgenza di disturbi del comportamento alimentare non è ancora stata chiarita e sufficientemente approfondita (Dalla Ragione e Mercandelli, 2012). Tuttavia, diversi studi suggeriscono la familiarità del disturbo come un elemento interessante da prendere in considerazione per potersi districare all'interno dell'eziologia dei DCA: pare che per i disturbi di Anoressia Nervosa e Bulimia Nervosa, la parentela di primo grado di un individuo con un soggetto malato incida aumentando notevolmente - di 10 volte per anoressia, di 4 volte per bulimia - il rischio che il soggetto sviluppi la medesima sintomatologia (Kring et al., 2017). Il pericolo diminuisce per quanto riguarda il genere maschile a causa della minore plausibilità con cui gli uomini tendono a sviluppare un disturbo alimentare, eppure sono state ritrovate evidenze circa il potenziale ruolo della familiarità nella comparsa di disturbi alimentari anche tra individui di sesso maschile.

Per poter approfondire ulteriormente la questione legata all'influenza dei fattori genetici nell'insorgenza di DCA, sono stati condotti anche diversi studi su gemelli, da cui traspare l'evidenza sia di un effettivo peso della genetica, sia di un contributo significativo dato dai fattori ambientali non condivisi.

Fattori biologici

Le sensazioni di fame e di sazietà sono regolate da una serie di meccanismi di natura chimica e neurochimica all'interno del nostro corpo, il cui ruolo è quello di mantenere un equilibrio che risulti funzionale. In un contesto di disturbi del comportamento alimentare, è lecito domandarsi se e come questo circuito di fame e sazietà sia compromesso. Una voluminosa mole di studi condotti su animali in merito al funzionamento ed alla regolazione della sensazione di fame ha individuato quale struttura cerebrale strettamente implicata l'ipotalamo: lesioni a carico di quest'area del nostro encefalo, infatti, sono state associate ad un'interdizione della sensazione di appetito e dunque della successiva urgenza di alimentarsi. Date tali evidenze, è stata ipotizzata una connessione tra un ipotetico malfunzionamento della struttura ipotalamica ed il disturbo dell'alimentazione che si caratterizza per la tenace fissazione di rifiuto nei confronti dell'assunzione di cibo: infatti, il livello di alcuni ormoni la cui regolazione è garantita proprio dall'ipotalamo, ad esempio il cortisolo, risulta, in persone affette da anoressia, non conforme alla norma. Sembra si tratti, però, di una condizione probabilmente transitoria in quanto si è osservato come i livelli di tale ormone, e le disfunzioni endocrine che ne conseguono, si ristabilizzano piuttosto velocemente nel momento in cui l'individuo anoressico riesce ad incrementare il proprio peso (Kring et al., 2017).

Inoltre, all'interno della panoramica presentata in precedenza riguardante il disturbo di Anoressia Nervosa, emerge un quadro clinico caratterizzato non tanto dall'assenza dello stimolo di fame e da un disinteresse nei confronti del cibo, bensì tutto il contrario: il paziente anoressico, nonostante trascini il suo corpo ad una condizione di inanizione, nutre una vera e propria ossessione per il cibo, tanto da manifestare alcuni comportamenti di ricerca indiretta osservando, per esempio, i propri familiari assumere alimenti che egli stesso si priva. L'ipotalamo è dunque una struttura importante in quanto implicata nei meccanismi di regolazione della fame, ma non risulta decisiva nel fornire una spiegazione circa l'insorgere di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (Kring et al., 2017).

Ulteriori filoni di ricerca hanno dedicato i propri strumenti al tentativo di determinare l'esistenza, o meno, di una relazione tra il livello di determinati oppioidi endogeni prodotti dal nostro organismo e la sviluppo di un DCA. Tali sostanze hanno la peculiarità di inibire sensazioni di dolore, di fame e di indurre il buon umore, per di più ne è stato individuato

il rilascio anche durante periodi di digiuno, caratteristici di una patologia quale l'anoressia nervosa. Pertanto, si è ipotizzato come la liberazione di questi oppioidi, in grado di accrescere un umore positivo, in contesto di un disturbo alimentare come l'anoressia costituiscano una sorta di rinforzo positivo che sollecita a perpetuare il digiuno forzato a cui i pazienti si sottopongono (Kring et al., 2017)

A livello neurochimico, invece, numerosi studi hanno individuato evidenze a favore dell'esistenza di un ruolo importante attribuito a disfunzioni dopaminergiche e serotoninergiche all'interno di un quadro psicopatologico di tipo alimentare: l'apparente carenza del neurotrasmettitore serotonina, legato al senso di sazietà, e l'irregolarità del circuito dopaminergico e dell'attivazione delle aree legate al neurotrasmettitore dopamina, collegato alla "*motivazione ad ottenere cibo*" (Kring et al., 2017) sono senz'altro elementi da indagare più a fondo in relazione ad una prospettiva psicobiologica attraverso cui approcciare l'eziologia dei disturbi del comportamento alimentare.

Fattori socio-culturali

Se dovessimo pensare ad una patologia che imperversi in modo preponderante all'interno della società attuale, sicuramente la classe dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione si aggiudicherebbe quantomeno una posizione sul podio. C'è persino chi sostiene che costituiscano una vera e propria epidemia sociale (Gordon, 1991* in Dalla Ragione e Mercandelli, 2012). È dunque possibile constatare come il costante aumento di interesse nei confronti del cibo che si è verificato negli ultimi anni stia avvenendo in parallelo ad una massiccia esplosione di casi di disturbi relativi all'alimentazione.

Il paradosso della società odierna risiede esattamente in questa duplice prospettiva dal carattere contraddittorio attraverso cui trattiamo e parliamo di alimentazione: l'attenzione riposta nei confronti del cibo, della cucina, della cultura alimentare, veicolata anche dagli ormai onnipresenti ed inamovibili mezzi di comunicazione, è massiva, talvolta eccessiva, esattamente alla pari di ciò che definisce tutte le questioni che assumono lo status di moda. Tuttavia, nonostante l'esaltazione a cui l'argomento culinario ed il cibo più in generale sono sottoposti, la relazione che l'essere umano sta sviluppando, in un meccanismo di movimento perpetuo, nei confronti del cibo assume sempre più tratti morbosi e patologici. Tale osservazione è convalidata non solo dalle evidenze a favore di una netta crescita di

disturbi del comportamento alimentare, bensì anche dall'incremento incontrollato di patologie quali l'obesità. Il cibo e tutte le sue declinazioni occupano una collocazione privilegiata all'interno dell'olimpio televisivo, eppure lo standard richiesto dai canoni estetici imperanti nella società di oggi è talmente estremo da richiedere necessariamente una severa restrizione dal punto di vista degli alimenti, e delle relative quantità, che è concesso assumere, con conseguente colpevolizzazione nel caso in cui ci si abbandoni ad un consumo meno restrittivo.

Nonostante il corpo, con peculiare accento sul corpo femminile, sia sempre stato oggetto di giudizi e pretese da parte di altri, oltre che di aspettative circa gli ideali di forme e misure a cui dovrebbe allinearsi e nonostante comportamenti disfunzionali relativi all'alimentazione siano riscontrabili anche in altri periodi storici, è innegabile come negli ultimi 50 anni si sia verificato un radicale cambiamento circa l'ideale estetico di corpo femminile, oggi tendente in modo inequivocabile ad una sempre più eccessiva magrezza. Il ribaltamento degli standard di perfezione corporea, avvenuto a partire da un corpo formoso fino ad affermarsi nel desiderio di osservare ed ottenere un corpo asciutto, è testimoniato dalla moltitudine di immagini e stimoli a cui siamo esposti costantemente tutti i giorni, attraverso pubblicità relative a diete o regimi alimentari creati con il fine di perdere peso, a creme snellenti e rimodellanti, o più in generale attraverso pubblicità di qualsiasi ambito i cui protagonisti esibiscono indiscriminatamente fisici perfettamente aderenti agli attuali canoni di bellezza.

La massiccia esposizione a questo tipo di immagini che veicolano standard di bellezza ben definiti non solo ha contribuito all'insorgenza nella popolazione di sensazioni di insicurezza ed insoddisfazione rispetto alle caratteristiche del proprio corpo, ha anche modificato in profondità la percezione di quale forma corporea corrisponda alla normalità e dunque di quel che si pensa sia legittimo aspettarsi e di ciò che invece trasgredisce tali canoni e pertanto diviene oggetto di critiche e valutazioni esterne. Inoltre, la manifestazione persistente e dilagante di stimoli relativi alla magrezza si presta ad accrescere la rilevanza della questione e la frequenza con cui essa si presenta: ne deriva un incremento anche dal punto di vista della preoccupazione che la mancata aderenza a certi canoni desta. Questa assidua apprensione si traduce in una modalità di iper-vigilanza da parte degli individui nei confronti della propria immagine corporea, la quale concorre nell'aumentare la probabilità di esperire sentimenti di insoddisfazione e scontento in

relazione ad essa; sensazioni simili possono con facilità sfociare in emozioni negative da cui deriva il rischio concreto di sviluppare una forma di disturbo dell'alimentazione.

Ulteriore fattore implicato all'interno della sfera socio-culturale dell'eziopatogenesi dei disturbi del comportamento alimentare risiede nella Teoria dell'Oggettivazione (Fredrickson e Roberts, 1997, Objectification Theory) e nelle sue ripercussioni sulla percezione, tipicamente da parte delle donne, che si ha del proprio corpo e della propria forma corporea. La teoria dell'oggettivazione, proposta nel 1997 dalle studiose Barbara Fredrickson e Tomi-Ann Roberts nel 1997, si fonda sulla consapevolezza relativa al modo attraverso cui la società osserva il corpo della donna, spesso riducendolo a mero oggetto sessuale, vale a dire separando l'elemento corpo, o qualsiasi sua parte, dalla persona a cui esso appartiene, evidenziandone esclusivamente l'aspetto strumentale (Fredrickson e Roberts, 1997). La presente teoria postula come crescere in un ambiente sociale che considera tanto normale da risultare scontata una simile visione del corpo femminile possa tradursi in una serie di rischi nei confronti della salute fisica e mentale di molte donne: vivere in un contesto del genere porta inevitabilmente ad interiorizzare determinate convinzioni, ne consegue dunque che ragazze e donne acquisiscano dalla cultura che esperiscono quotidianamente una modalità di monitoraggio nei confronti della propria immagine che corrisponde allo sguardo di un osservatore esterno.

Nonostante gli strumenti di cui ciascuno dispone per reagire a potenziali minacce esterne siano differenti e non tutte le donne siano vulnerabili ai rischi dell'oggettivazione sessuale, il pericolo che può derivare è che esse utilizzino il punto di vista esterno come metro di giudizio primario nei confronti della loro forma corporea, concentrandosi sulle caratteristiche su cui gli altri si focalizzano piuttosto che sulle proprie sensazioni ed impressioni rispetto alla propria immagine (Nolen-Hoeksema et al., 2014). L'impiego di tali parametri porta inevitabilmente ad una costante ed esagerata vigilanza del proprio corpo, alla quale seguono reazioni di ansia rispetto all'idea di dover essere all'altezza dello sguardo esterno e di vergogna, di paura nel momento in cui non ci si percepisce come aderenti al livello di piacevolezza di cui questo sguardo è alla ricerca.

È facile aspettarsi, di conseguenza, che l'accumulo di queste emozioni e sensazioni di stampo negativo possa sfociare in problematiche di carattere patologico, tra cui anche disturbi del comportamento alimentare (Fredrickson e Roberts, 1997).

Fattori cognitivi

La prospettiva cognitivo-comportamentale applicata ai disturbi del comportamento alimentare ci consente di riflettere sulle modalità di cognizione tipiche di individui affetti da questi disturbi: essa si sofferma sui pensieri, sulle emozioni e sui comportamenti di pazienti con disturbi del comportamento alimentare.

Come sottolineato in precedenza, denominatore comune di disturbi quali anoressia nervosa e bulimia nervosa è senza alcun dubbio l'intensa paura di ingrassare esperita, oltre ad un'attenzione eccessiva posta sull'immagine corporea, la quale è oggetto ad un'importante distorsione da parte del soggetto malato e diventa fattore preponderante nel determinare l'autovalutazione.

Questi elementi di natura emozionale e legati al pensiero ed alla sua distorsione acquistano una forza tale da divenire estremamente pervasivi e da fungere da motore principale della messa in atto di comportamenti disfunzionali caratteristici di queste patologie, quale il digiuno protratto nel tempo, abbuffate e/o condotte di eliminazione o compensazione.

In un quadro di anoressia nervosa, il terrore suscitato dall'idea di un eventuale incremento ponderale ed il successivo rifiuto del cibo, che porta, inevitabilmente, alla perdita di peso, assumono le caratteristiche di un vero e proprio rinforzo negativo che imprime cronicità a questo circolo vizioso: la paura di ingrassare mi porta a non mangiare, pertanto dimagrisco; questa perdita di peso attenua la paura e mi consente di esperire controllo nei confronti della mia situazione, il che si traduce in sensazioni di carattere positivo quali successo, autoefficacia ed orgoglio che mi motivano a ridurre ancora di più le calorie che assumo.

In un quadro di bulimia nervosa, il terrore suscitato dall'idea di un eventuale incremento ponderale guida gli individui all'auto-imposizione di un regime alimentare estremamente rigido a cui tentano di attenersi. Tuttavia, le regole che si auto-infliggono si dimostrano talmente severe da essere pressoché impossibili da rispettare e l'inevitabile fallimento nella loro osservanza sfocia in episodi di abbuffata, ossia di alimentazione incontrollata, ai quali seguono sensazioni quali vergogna, senso di colpa e disgusto. Per poter affrontare e lenire le ferite lasciate dall'abbuffata e dalle emozioni che ne conseguono, le persone

bulimiche mettono in atto comportamenti che assumono l'etichetta di condotte di compensazione quali vomito autoindotto, uso di lassativi, eccessiva attività fisica: queste condotte riducono le emozioni negative ripristinando una temporanea parvenza di controllo percepito dall'individuo che però si sgretola nuovamente nel momento in cui la presa di coscienza di quanto si è fatto incide sull'autostima dell'individuo scatenando ulteriori episodi di abbuffata e condotte di compensazione.

Da numerosi studi è anche emerso come i disturbi alimentari quali anoressia nervosa e bulimia nervosa siano correlati alla presenza di assidue emozioni di tipo negativo: non sorprende, dunque, l'alta comorbilità dei disturbi alimentari con disturbi dell'umore e disturbi d'ansia. Per quanto riguarda la bulimia, sono state riscontrate varie evidenze circa l'influenza di stati emotivi negativi quali stress, ansia, umore depresso sull'incremento dell'esordio di episodi composti da perdita di controllo e successivo tentativo di ripristinarlo. Anche in relazione a pazienti anoressici sono state registrate, come previsto, emozioni di stampo negativo, ma non solo: è stato possibile determinare come individui affetti da anoressia riescano effettivamente ad esperire emozioni positive, nonostante faticino nel riconoscerle (Kring et al., 2017) e nonostante spesso siano legate sensazioni di successo derivanti dall'aver perso ulteriore peso o dall'essere stati in grado di resistere ad una tentazione.

Il ruolo dei fattori cognitivi nell'eziopatogenesi dei disturbi alimentari e, in particolar modo, le disfunzioni e distorsioni a carico dei processi cognitivi che possiamo osservare in relazione a questi disturbi sono una questione di estrema rilevanza all'interno del presente elaborato. La correlazione tra disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, nello specifico anoressia nervosa e bulimia nervosa, e processi cognitivi verrà pertanto trattata, declinata e approfondita nel prossimo capitolo.

CAPITOLO DUE

IL FUNZIONAMENTO COGNITIVO IN RELAZIONE AD UN QUADRO CLINICO DI DISTURBO ALIMENTARE

2.1 IL PROFILO COGNITIVO DI ANORESSIA NERVOSA E BULIMIA NERVOSA

“(...) I Disturbi Alimentari non sono caratterizzati solo da sintomi di ordine strettamente alimentare. Piuttosto, questi si inscrivono all’interno di problematiche psicopatologiche più generali che coinvolgono (...) il modo di percepire e vivere sé stessi e il corpo, il modo di strutturarsi in base allo sguardo dell’altro (...)” (Spitoni & Aragona, 2019).

Nel primo capitolo del presente elaborato è stata trattata brevemente la complessa eziopatogenesi che caratterizza i disturbi del comportamento alimentare. Come è stato precedentemente esplicitato, questa categoria di disturbi mentali vanta un’eziologia di tipo multifattoriale: numerosi ed in interazione tra loro sono gli elementi che concorrono al tentativo di formulare una spiegazione esaustiva delle dinamiche e dei meccanismi che determinano l’insorgenza di patologie relate al comportamento alimentare.

Accanto ai più noti ed esplorati fattori socio-culturali, evolutivi, genetici e biologici, è possibile delineare l’influenza della sfera cognitiva e le conseguenze mediante cui i suoi diversi processi plasmano lo sviluppo di un disturbo alimentare. L’assunzione di una prospettiva concernente fattori di tipo cognitivo si concretizza nell’analisi del funzionamento mentale dei pazienti, il quale si esplicita attraverso l’operatività dei processi cognitivi sottostanti.

I processi cognitivi altro non sono che operazioni mentali attraverso cui prendiamo cognizione di ed affrontiamo il contesto ambientale all’interno del quale ci troviamo. Attraverso tali processi, ed il loro grado di efficacia, possiamo risultare in grado di percepire il mondo circostante, formulare ricordi, ragionare, prendere decisioni e dedicarci alla risoluzione di eventuali problematiche. Essi comprendono un’ampia selezione di funzioni mentali, tuttavia il contenuto di questo scritto verterà principalmente su attenzione, cognizione sociale, memoria e percezione.

In questo capitolo verrà esposta una sintetica panoramica circa le principali caratteristiche cognitive associate ai quadri clinico-diagnostici di disturbi alimentari quali anoressia nervosa e bulimia nervosa. Nello specifico, verranno riassunti alcuni dei risultati più interessanti ottenuti grazie alla ricerca per quanto concerne le compromissioni di funzionamento individuate nei processi cognitivi sopra citati di individui affetti da queste psicopatologie.

Una buona percentuale degli esiti sperimentali collezionati fino ad ora converge sull'esistenza di peculiari alterazioni di carattere neuropsicologico sia in presenza di un disturbo di anoressia nervosa, sia di bulimia nervosa. Inoltre, sono state anche riscontrate delle sovrapposizioni tra alcuni aspetti dei due disturbi, ad esempio in corrispondenza di specifiche funzioni esecutive osservate; ciò suggerisce che un certo numero di deficit cognitivi possano essere considerati trasversali ai vari disturbi alimentari e che possano giocare ruolo decisivo nella comparsa e nel mantenimento dello specifico disturbo. L'evidenza di elementi comuni nella compromissione di determinati aspetti cognitivi in individui anoressici e bulimici conferma quanto emerge dall'osservazione clinica relativa all'evoluzione dei due quadri patologici: si assiste con frequenza, infatti, ad un vero e proprio cross-over tra le due patologie, attraverso un percorso classico che solitamente prevede la trasformazione di un quadro clinico di tipo anoressico con restrizioni in una sintomatologia di tipo anoressico con annesse condotte di eliminazione, in un primo momento, per poi proseguire nell'affermazione di un quadro di tipo bulimico. Nonostante quanto appena descritto corrisponda al decorso più usuale, è possibile assistere anche al percorso inverso e ad altre variazioni rispetto alla statistica.

Di seguito, verranno esposti i dati più consistenti in merito al funzionamento ed all'eventuale compromissione dei processi cognitivi che è possibile individuare in concomitanza ai due disturbi ed al loro stadio di gravità. Seppur esistano chiare divergenze tra i due disturbi, relative anche al funzionamento cognitivo da cui sono caratterizzati, l'esistenza di meccanismi trasversali ad entrambe le patologie e di numerosissimi elementi comuni anche a livello di profilo cognitivo di anoressia nervosa e bulimia nervosa consentono di trattare insieme i fattori cognitivi implicati nell'eziopatogenesi dei due disturbi. Segue, pertanto, un breve resoconto concernente le disfunzioni che si evidenziano in relazione ad anoressia e bulimia, a carico di alcune delle

componenti di cui si struttura la cognizione quali attenzione, cognizione sociale e memoria.

La maggior parte degli studi presi in analisi per la stesura di questo elaborato descrivono esperimenti che hanno assunto come oggetto d'indagine varie compromissioni nei processi cognitivi del disturbo del comportamento alimentare di anoressia nervosa. Sono state riscontrate più difficoltà nella raccolta di paradigmi sperimentali il cui focus fosse esclusivamente concentrato sulla bulimia nervosa. Piuttosto, alcuni degli articoli consultati si riferiscono alla categoria di disturbi del comportamento alimentare nella sua interezza. È ipotizzabile che anche per il mondo della ricerca scientifica, oltre che per la popolazione "ingenua", una diagnosi di anoressia abbia un impatto più robusto rispetto ad una diagnosi di bulimia. Una possibile spiegazione a sostegno di tale speculazione riguarda l'elemento puramente estetico che caratterizza l'individuo anoressico e che, spesso, rende la sua patologia estremamente evidente e disturbante, tanto da attirare l'attenzione sul disturbo molto di più rispetto ad un individuo bulimico, il cui profondo disagio difficilmente è così lampante da un punto di vista di apparenza esteriore.

L'Anoressia Nervosa e la Bulimia Nervosa sono disturbi del comportamento alimentare estremamente pervasivi e dal carattere totalizzante: le conseguenze che scatenano non si limitano, infatti, a danneggiare la salute fisiologica dell'individuo, bensì degenerano nell'alterazione di numerosi meccanismi psicologici e di processi cognitivi, la cui severità è generalmente correlata al livello di gravità attraverso cui la malattia si esprime.

2.2 L'ATTENZIONE

La quantità di studi condotti al fine di indagare il funzionamento cognitivo di individui affetti dai due disturbi è decisamente ridotta se comparata alla vastità della letteratura riferita ai suoi aspetti clinici ed all'influenza a livello organico. Tuttavia, nell'ambito dei processi mentali, il meccanismo che più è stato preso in esame anche in relazione al disturbo di anoressia è senza dubbio l'Attenzione.

Caratteristica chiave, nonché criterio diagnostico necessario per formulare una diagnosi di anoressia o bulimia, è la distorsione della propria immagine corporea e l'eccessiva

importanza ad essa attribuita nel contribuire alla costruzione della propria stima di sé. Tra i meccanismi mentali responsabili per l'instaurazione di una simile dinamica primeggiano i processi attentivi e le relative anomalie che la ricerca scientifica ha dimostrato essere tipicamente associate ad un profilo di funzionamento del paziente bulimico e anoressico. Esistono, infatti, una moltitudine di assetti sperimentali i cui risultati hanno portato all'affermazione della tesi secondo la quale persone che soffrono di disturbi alimentari esperiscano diversi bias di tipo attentivo la cui conseguenza è un'eccessiva focalizzazione su stimoli che è possibile considerare salienti per le caratteristiche del disturbo: stimoli corporei, inerenti al peso, la forma del proprio corpo, il cibo.

Con l'espressione bias si intende un errore di natura procedurale in cui il nostro sistema cognitivo può incorrere. Nonostante si parli di "errore", l'azione di alcuni bias cognitivi ha l'obiettivo di favorire la sopravvivenza e la salute, fisica e psichica, dell'individuo. Un esempio di errore cognitivo, collegato alle dinamiche attentive e particolarmente adeguato agli argomenti qui affrontati, individuabile con un certo grado di probabilità all'interno della popolazione sana, riguarda la tendenza di concentrare la propria attenzione a elementi di noi stessi che incontrano la nostra soddisfazione ed aiutano la formazione di un buon livello di autostima, il quale favorisce il benessere psicologico dell'individuo.

Un bias di natura attentiva nel campo della psicopatologia, invece, si traduce in un eccesso di focalizzazione da parte del soggetto nei confronti di una categoria di stimoli che diventa prioritaria per il disturbo e che assume un ruolo molto importante sia nel determinarne l'insorgenza, sia nel favorirne il mantenimento (Fairburn et al., 1991* in Aspen, Darcy, Lock, 2013).

Prendendo in considerazione le caratteristiche diagnostiche necessarie affinché si possa parlare di disturbi alimentari quali l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa, gli errori procedurali che è facile individuare si sintetizzano in un ossessivo e continuo orientamento dell'attenzione nei confronti di stimoli prioritari per i soggetti malati, in quanto si tratta di elementi oggetto di immensa preoccupazione e pertanto di costante monitoraggio (Aspen et al., 2013). In relazione a questo tipo di meccanismi di carattere cognitivo-affettivo si associa una componente attentiva responsabile di svariate

dinamiche poste alla base dei disturbi del comportamento alimentare, ossia l'Attenzione Selettiva.

Con l'uso dell'espressione "attenzione selettiva" ci si riferisce alla capacità da parte dell'individuo di concentrarsi sull'oggetto di interesse e di elaborare le informazioni rilevanti per il raggiungimento di un eventuale scopo (Spitoni e Aragona, 2019).

Numerosi studi hanno condotto il mondo della ricerca e della clinica ad asserire, con ragionevole certezza, l'alterazione del funzionamento della componente selettiva, in particolare visiva, dell'attenzione in individui affetti da disturbi del comportamento alimentare, in generale, e disturbi affetti da anoressia nervosa, in particolare. In presenza di una diagnosi di un disturbo del comportamento alimentare, lo stimolo saliente e quindi con il potere di catturare interamente l'attenzione del soggetto si concretizza prevalentemente nell'elemento del corpo, della sua immagine e delle sue forme. L'alterazione dei meccanismi di attenzione selettiva porta all'esternazione di bias attentivi il cui risultato si evince nel perpetuo controllo e nell'iper-vigilanza da parte del paziente nei confronti del proprio corpo, instaurando una serie dinamiche che inevitabilmente sfocerà in un circolo vizioso per il quale l'estenuante monitoraggio della propria forma fisica determinerà profonda insoddisfazione, la quale a sua volta alimenterà ulteriormente la necessità di esercitare controllo e quindi di incrementare le risorse attentive dedicate a questo processo.

Per quanto concerne l'affermazione e la comprensione di questo circolo vizioso di screening ininterrotto tipico sia dell'anoressia, sia della bulimia, è utile citare il modello proposto da Fairburn e colleghi nel 1999 (Fairburn, Shafran e Cooper, 1999* in Aspen et al., 2013), specificamente costruito in relazione all'anoressia nervosa ma trasversale anche ad altre diagnosi caratterizzate da peculiarità simili. Essi sostennero il ruolo determinante assunto dal frequente monitoraggio delle parti del proprio corpo nel causare il rinforzo di comportamenti disfunzionali associati al disturbo. Il perpetuo processamento delle proprie forme corporee si instaura come dinamica altamente disfunzionale assumendo la funzione di bias di conferma, in quanto individui anoressici traggono da esso un riscontro rispetto alle proprie credenze, le quali sono intrise di negatività e contribuiscono alla radicalizzazione del disturbo. A causa di questo specifico errore cognitivo, gli individui elaborano esclusivamente informazioni che siano coerenti

con quanto già previsto dalle proprie strutture mentali, ignorando, tutte le dimostrazioni che provano il contrario rispetto a quanto immagazzinato e che potenzialmente potrebbero disconfermare determinate convinzioni irrealistiche.

Coerente con quanto assunto da Fairburn e colleghi, Heatherton e Baumeister proposero anche come donne anoressiche abbiano sviluppato standard eccessivamente elevati in relazione alle aspettative che nutrono verso sé stesse (Heatherton & Baumeister, 1991 in Aspen et al., 2013). Ciò porta all'estrema focalizzazione su sé stessi e sul proprio corpo, per verificare se i propri personalissimi canoni vengano raggiunti, e ad un costante confronto con gli altri. Trattandosi, però, di standard irrealizzabili in quanto permeati da un anelito alla perfezione, il continuo paragone e monitoraggio sfociano inevitabilmente in vissuti emotivi plasmati da crescente insoddisfazione verso di sé e verso la propria immagine corporea, oltre che ad un bias di attenzione selettiva rivolto a tutte le informazioni, realmente esistenti o esasperate dal soggetto, che avvalorano questa sensazione. Seguono poi componenti emotive negative che si traducono nella concretizzazione di comportamenti disfunzionali per il mantenimento del disturbo quali smodata restrizione alimentare, ricorso a pericolose condotte di eliminazione, ulteriore iper-vigilanza e focalizzazione rispetto al proprio corpo. Nel funzionamento cognitivo di pazienti anoressici, ma anche bulimici, si assiste all'instaurarsi di un circolo vizioso per il quale caratteristiche che causano sentimenti di forte preoccupazione in relazione all'immagine corporea nel soggetto malato portano ad aumentare il grado di monitoraggio, incremento a cui segue una crescente insoddisfazione, la quale a sua volta si traduce in un ulteriore accrescimento del comportamento di controllo ossessivo.

Molti dei disegni sperimentali realizzati con la finalità di approfondire il funzionamento cognitivo delle componenti attentive in individui affetti da disturbi del comportamento alimentare, spesso optando per l'anoressia nervosa come disturbo emblematico su cui concentrarsi, hanno adottato l'uso di paradigmi che permettessero di fare chiarezza riguardo alla componente implicita, inconscia dei meccanismi attentivi anomali che si associano a questo tipo di patologie, attraverso la presentazione di stimoli (parole e/o immagini) considerati salienti per l'individuo malato oppure dalla valenza neutra, privi dunque del potere di generare un potenziale effetto disturbante sul soggetto. I principali paradigmi presenti in questa classe di esperimenti sono sicuramente l'Emotional Stroop Test ed il Dot-probe Detection Task.

L'Emotional Stroop Test è una delle versioni scaturite dal più classico compito di Stroop (Stroop, 1935). Il paradigma sperimentale di Stroop fu sviluppato dall'omonimo studioso con l'obiettivo di sondare le competenze cognitive della popolazione relativamente ai processi attentivi. Esso prevede la presentazione di parole di colori, scritte attraverso l'uso di vari colori; al partecipante si richiede di svolgere il compito prestando attenzione solo al colore impiegato per scrivere la parola, ignorando il significato della parola stessa. L'individuo è dunque chiamato a rispondere correttamente selezionando l'informazione colore come prioritaria per il suo obiettivo ed inibendo l'informazione secondaria veicolata assolutamente irrilevante per i suoi scopi, eppure considerata un vero e proprio distrattore da considerare nell'analisi della performance, la quale è veicolata dai tempi di risposta (TR) dei partecipanti in seguito alla visione dei vari stimoli. La versione che più frequentemente viene applicata all'ambito della clinica, ossia l'Emotional Stroop Test, sostituisce i vocaboli relativi ai colori con parole di altro significato: vengono mescolati termini la cui definizione risulta rilevante per coloro affetti dal disturbo indagato e termini dal potere attrattivo nullo per i medesimi individui. In merito ai disturbi del comportamento alimentare, quindi, è possibile individuare quali vocaboli salienti parole relative all'immagine corporea, al peso, all'alimentazione. Numerosi assetti sperimentali nel campo del funzionamento cognitivo in un contesto di disturbi alimentari si sono serviti dello Stroop Test dedicato alla valutazione delle emozioni attraverso il processamento di informazioni e dai risultati è emerso un pattern ricorrente che vede crescere i TR dei pazienti con una diagnosi inerente al comportamento alimentare in concomitanza della presentazione di stimoli ritenuti per essi prioritari (Lee e Shafran, 2004* in Spitoni e Aragona, 2019; Brooks et al., 2011* in Aspen et al., 2013). I dati estrapolati da ricerche condotte attraverso l'uso dello Stroop Test, dunque, corroborano l'ipotesi secondo cui pazienti affetti da disturbi alimentari esperiscano bias di tipo attentivo che guidano le loro risorse cognitive in direzione di informazioni rilevanti in un'ottica di evoluzione e mantenimento della patologia. Questo pattern di risultati è compatibile con diversi disturbi alimentari, ma trova conferme soprattutto in relazione ai pazienti bulimici, per i quali i risultati sono netti, ed anoressici, riguardo ai quali i dati sono meno uniformi seppure illustrino, in generale, una forte influenza subita dalla componente attentiva ed esercitata da stimoli specialmente relativi al corpo, meno se concernente il cibo (Aspen et al., 2013).

Il Dot-probe Detection Task non si discosta di molto dall'Emotional Stroop Test, con il quale condivide alcune analogie, nonostante si concentri sulla componente attentiva spaziale e di esplorazione dello spazio. Durante lo svolgimento di questo test, il partecipante è posto di fronte ad uno schermo su cui compare uno stimolo (immagine e/o parola) dalla valenza neutra o rilevante per il soggetto, sulla base del disturbo di cui soffre. Successivamente, sullo schermo può apparire una tra due lettere, esattamente nel punto in cui fino a poco prima si trovava la parola/immagine-stimolo. Al partecipante è richiesto di indicare quale lettera ha osservato, mediante l'uso della tastiera ed i suoi tempi di risposta diventano indicatori della sua performance. Il costrutto teorico su cui si basa la costruzione di questo assetto sperimentale assume che i tempi di risposta siano più rapidi e di conseguenza la prestazione sia migliore quando il probe (la lettera) compare nella medesima regione spaziale in precedenza occupata dallo stimolo, in quanto trattasi di un punto verso cui l'attenzione dell'individuo era appena stata indirizzata, soprattutto in presenza di stimoli dotati di una più accentuata carica emotiva rispetto a quelli neutri. Diversi disegni sperimentali per i quali è stato fatto uso di questo paradigma con la finalità di indagare processi di attenzione ed elaborazione spaziale all'interno di una popolazione di individui affetti da disturbi del comportamento alimentare hanno permesso di collezionare evidenze che suffragano l'ipotesi di importanti bias attentivi sia in pazienti anoressici che bulimici: ad essi, infatti, sono associati tempi di reazione sensibilmente maggiori nei confronti di stimoli legati all'immagine corporea ed al peso, rafforzando la convinzione secondo cui elementi di questo genere fungono da distrattori e catalizzano le risorse cognitive di persone con diagnosi di un disturbo alimentare. Seppure le teorie sviluppate rispetto all'attenzione selettiva parlino di una celerità maggiore nell'elaborazione di stimoli importanti per il soggetto, in un contesto di salute psichica, entro una popolazione di individui affetti da patologie alimentari è stato possibile dedurre il pattern opposto, specialmente in relazione a stimoli concernenti il corpo, il cibo e le emozioni di valenza negativa (Spitoni e Aragona, 2019).

Un ulteriore schema tipico di soggetti affetti da disturbi alimentari emerso grazie a diversi studi all'interno dei quali compaiono i due paradigmi sperimentali appena citati riguarda l'occorrenza primaria di bias attentivi in questa classe di pazienti in concomitanza a parole, relative al peso ed alle forme del corpo, di carattere negativo rispetto a parole positive (Rieger, et al., 1998*; Shafran et al., 2007* in Aspen et al., 2013).

Sono state anche condotte ricerche (Aspen et al., 2013; Smith e Rieger, 2010* in Aspen et al., 2013) nel tentativo di approfondire le modalità attraverso cui l'umore negativo possa esercitare una notevole influenza nell'elicitare errori cognitivi di tipo attentivo nei confronti di parole che richiamano il peso e la forma corporea, suggerendo come persino lo stato emotivo può giocare ruolo importante circa il modo in cui l'informazione è processata e interpretata dai pazienti.

Si tratta di risultati interessanti se osservati in un'ottica di sintomatologia del disturbo alimentare, nello specifico del disturbo di anoressia nervosa, caratterizzato non solo da un drastico peggioramento dell'umore, ma anche da un importante livello di comorbidità con i disturbi depressivi.

Nonostante i due paradigmi rappresentati dall'Emotional Stroop Test e dal Dot-probe Detection Task siano indubbiamente i più consueti all'interno di disegni sperimentali legati all'ambito di ricerca preso in considerazione, alcuni ricercatori hanno scelto di adottare metodologie più dirette mediante cui approcciarsi alla componente cognitiva dell'attenzione selettiva in individui affetti da disturbi alimentari, tra cui la registrazione dei movimenti oculari. Un interessante, seppur datato, studio pubblicato nel 2004 da Jansen e colleghi (Jansen, Nederkoorn & Mulkens, 2004) sfrutta i dati veicolati dalla registrazione dei movimenti oculari per monitorare i vari spostamenti degli occhi e dello sguardo, i quali si affermano come indice diretto dell'operato dell'attenzione selettiva visiva, in risposta alla presentazione di stimoli costituiti dalle diverse parti del corpo di soggetti con sintomatologia di tipo alimentare e di altri individui sani partecipanti all'esperimento. I partecipanti, dunque, furono divisi in due gruppi sulla base dei risultati ottenuti dalla compilazione del questionario self-report Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), dai quali emersero soggetti sintomatici in merito a disturbi del comportamento alimentare, primo gruppo, e soggetti sani, secondo gruppo. I componenti di ambo i gruppi avevano acconsentito ai fini dell'esperimento, mesi prima dello svolgimento effettivo del compito durante il quale sarebbe avvenuta la registrazione dei movimenti oculari, allo scatto di alcune fotografie di varie parti del proprio corpo, le quali sono poi state inserite all'interno dello studio in veste di stimoli che elicitassero spostamenti oculari nei soggetti. Di fatti, ai partecipanti vennero mostrate, in un primo momento per 30 secondi, dopodiché per un minuto intero, tre diverse fotografie: due scattate ad altri individui, una del soggetto rispondente; in un secondo momento, venne

richiesto loro di esprimere una valutazione compresa tra lo 0 ed il 10 nei confronti delle parti del proprio corpo e del corpo degli altri, cosicché i ricercatori potessero disporre di una sorta di elenco degli elementi corporei ritenuti piacevoli e di quelli considerati poco attraenti da parte dei partecipanti di entrambe le condizioni sperimentali.

La registrazione ed il monitoraggio dei movimenti oculari e della dilatazione della pupilla come indice della direzionalità dello sguardo e del tempo di fissazione relativo alle diverse parti corporee ha consentito la raccolta di numerosi dati la cui interpretazione ed analisi successive hanno evidenziato la formazione di pattern opposti nei due gruppi sperimentali. I soggetti appartenenti al gruppo di controllo, ossia il campione rappresentativo della popolazione sana, spostano con più frequenza e fissano il proprio sguardo in corrispondenza delle parti del proprio corpo da loro stessi giudicate “più belle”; al contrario di fronte a fotografie di altri si focalizzano su elementi giudicati “più brutti”. I membri del gruppo le cui caratteristiche aderiscono alla sintomatologia propria di un quadro psicopatologico di tipo alimentare, invece, mostrano risposte del tutto incongruenti con i primi: soffermano il proprio sguardo, dunque la propria attenzione, sulle parti del proprio corpo che avevano in precedenza giudicato come negative, sorvolando invece sui propri aspetti migliori; al contrario, fissano con maggiore insistenza le sezioni corporee più attraenti degli altri partecipanti. I risultati ottenuti corroborano le ipotesi di partenza degli studiosi e costituiscono un’altra conferma circa il potere di bias attentivi disfunzionali in soggetti con disturbi alimentari nel mantenimento della patologia: indirizzare il proprio sguardo, pertanto focalizzare la propria attenzione sugli aspetti considerati più attraenti di sé stessi costituisce un bias di elaborazione positivo, in quanto supporta la costruzione di una buona autostima. Grazie alle evidenze che derivano da ricerche come questa, è possibile asserire con discreta certezza la mancanza di questa dinamica di auto-aiuto all’interno del funzionamento cognitivo di individui che presentano una sintomatologia coerente con un DCA. Per di più, dai dati collezionati si evince anche una prova a dimostrazione di un’attenzione selettiva preferenziale per stimoli di carattere negativo e carica emotiva negativa da parte di pazienti con disturbi alimentari.

2.3 LA COGNIZIONE SOCIALE

Con l'espressione cognizione sociale ci si riferisce ai processi mentali che regolano la capacità degli individui di interpretare e reagire a stimoli sociali provenienti dall'ambiente circostante (Tauro, Wearne, Belevski, Filipcikova & Francis, 2022). Si tratta, pertanto, di una branca della psicologia cognitiva, ma da essa indipendente, che analizza le modalità attraverso cui *“arriviamo a conoscere il mondo sociale”* (Spitoni & Aragona, 2019).

La cognizione sociale non rientra nelle funzioni cognitive di base in quanto si identifica in un costrutto multi-dimensionale considerato a sé stante rispetto ad altri domini della cognizione (Fett et al., 2011* in Tauro et al., 2022), tuttavia è interessante osservare il modo in cui si inserisce in un contesto di anoressia nervosa e bulimia nervosa. Sono infatti numerose le evidenze accumulate a sostegno della compromissione dei processi cognitivi anche in relazione alla sfera socio-affettiva nei pazienti con diagnosi relativa alle abitudini alimentari: l'esistenza di carenze nel funzionamento sociale di questi individui è uno dei tratti distintivi del disturbo e da esse possono derivare comportamenti di auto-isolamento e di mancanza di interesse nei confronti di legami interpersonali, i quali rischiano di spingere il paziente all'interno di un circolo vizioso di mantenimento della patologia caratterizzato da un sempre maggiore ritiro dalle interazioni sociali ed inibizione della socialità (Tauro et al., 2022).

Dal punto di vista della sfera cognitiva sociale, alcune abilità necessarie per garantire uno scambio ed una comunicazione efficaci con i propri pari risultano deficitarie in individui affetti da anoressia nervosa: sono state riscontrate difficoltà in numerosi domini collegati al funzionamento interpersonale di questi soggetti, pertanto si assiste ad un consenso generale piuttosto vigoroso da parte della letteratura scientifica riguardo alla compromissione di determinate capacità relazionali in presenza di un disturbo di anoressia nervosa o bulimia nervosa.

Quali abilità fondamentali per stabilire una interazione sana e costruttiva risultano deficitarie? Sono emerse evidenze a favore di anomalie funzionali in relazione al riconoscimento delle emozioni, proprie e altrui, al mantenimento del contatto visivo con l'interlocutore e ad una minore sensibilità rispetto a segnali di tipo sociale veicolati da altri, come per esempio l'espressività emotiva trasmessa dalla mimica del volto, lo

sguardo o semplici gesti delle mani. A questo proposito, è appropriato ed importante parlare di attenzione, nonché del suo malfunzionamento in pazienti con anoressia nervosa, in un contesto di cognizione sociale.

La capacità di indirizzare la propria attenzione, di aggiornarne costantemente l'orientamento e di rispondere a stimoli a cui sono sottese azioni esercitate da persone esterne con cui dobbiamo interagire è assunta quale competenza di primaria importanza nell'affrontare con esito positivo le dinamiche relazionali umane e, di conseguenza, sopravvivere. Alcuni assetti sperimentali sono stati ideati con l'obiettivo di indagare il funzionamento, o la sua alterazione, di questa specifica abilità in presenza di un disturbo di anoressia nervosa ed hanno permesso di acquisire nozioni più precise specialmente rispetto alle difficoltà esperite da individui anoressici nel processare e conseguentemente reagire a determinati segnali provenienti da altri, come accade, ad esempio, in relazione allo sguardo ed ai movimenti oculari altrui. L'elaborazione di altre categorie di stimoli implementati da persone esterne, invece, risulta intatta, per esempio in risposta alla gestualità ed altre informazioni veicolate attraverso il corpo. Questo pattern di risultati rafforza l'ipotesi secondo cui individui con anoressia, ed affetti da disturbi alimentari più in generale, costruiscano uno schema cognitivo incredibilmente sensibile all'attivazione dell'oggetto di interesse "corpo", attraverso il quale selezionano e si focalizzano prioritariamente su informazioni ad esso relative. (Dalmaso, Castelli, Franchetti, Carli, Todisco, Palomba & Galfano, 2015). A tal proposito, sono state riscontrate diverse evidenze a dimostrazione della difficoltà da parte di soggetti anoressici nell'interpretazione di movimenti oculari riconducibile proprio al minore interesse che nutrono nei confronti delle caratteristiche del volto, rispetto alle forme del corpo, ed alla consuetudine con cui sono inclini ad evitare il contatto oculare con il proprio interlocutore che altre ricerche hanno individuato: essi tendono a dedicare un dispendio di risorse attentive maggiore e più prolungato nei confronti di parte del corpo altrui, piuttosto che focalizzarsi sul viso e sugli occhi (Cipolli et al., 1989*, Watson et al., 2010* in Dalmaso et al., 2015).

Un disegno sperimentale delineato al fine di indagare i meccanismi di attenzione sociale in presenza di un disturbo di Anoressia Nervosa è stato condotto da parte di Dalmaso e colleghi (Dalmaso et al., 2015). Principiando dall'assunto secondo cui l'elemento di una socialità proficua in un contesto di anoressia nervosa risulti notevolmente alterato,

formularono un'ipotesi in linea con quanto emerso fino ad allora dall'operato della ricerca scientifica: è possibile che processi mentali inerenti anche all'ambito della cognizione sociale e contraddistinti da una veste chiave negli scambi interpersonali, ad esempio lo spostamento del focus attentivo in risposta a stimoli esterni continuamente cangianti, sottendano irregolarità funzionali. La ricerca si concentra sul funzionamento delle dinamiche attentive proprie di individui affetti da un disturbo di anoressia nervosa in un contesto di cognizione sociale ed approfondisce la componente dell'attenzione sociale attraverso l'uso di una versione rivisitata del classico paradigma di Posner (Posner, 1980), la quale assume la denominazione di gaze-cueing paradigm e viene applicata frequentemente, e con esito vincente, in ambito clinico. La variazione metodologica che si può osservare al suo interno, rispetto al compito di Posner canonico, concerne la tipologia del cue utilizzato, ossia del segnale il cui contenuto è indicato come irrilevante ai fini dello svolgimento del compito e la cui apparizione sullo schermo posto di fronte al partecipante precede quella dello stimolo target, il quale può comparire in un punto dello spazio congruente o incongruente con quanto suggerito dal cue, senza che quest'ultimo sia in alcun modo predittivo di quanto accadrà realmente. A fianco del mantenimento, per qualche trial, di segnali rappresentati da figure dal carattere simbolico, si inseriscono volti molto stilizzati ma chiaramente riconoscibili come tali, il cui sguardo può variare da destra a sinistra, e persino parti del corpo che esprimano gestualità, ad esempio una mano che indica la destra oppure la sinistra. Attraverso questo tipo di variazione è possibile analizzare, grazie alla registrazione dei tempi di risposta degli individui, il funzionamento dei meccanismi attentivi di pazienti anoressici in risposta a stimoli sociali collegati alla mimica facciale, implementati tramite parti del corpo oppure di natura simbolica. I risultati ottenuti dallo studio condotto da Dalmaso hanno comprovato la validità del gaze-cueing paradigm anche in relazione a disturbi alimentari come l'anoressia nervosa, in quanto ha consentito di ricavare dati soddisfacenti circa le disfunzioni a carico di queste competenze sociali e delle modalità con cui si inseriscono nel quadro psicopatologico (Dalmaso et al., 2015). Le conclusioni tratte dagli sperimentatori sulla base di quanto osservato confermano l'ipotesi di partenza, secondo cui determinate abilità attinenti al mondo della socialità risultano deficitarie in un quadro psicopatologico di anoressia nervosa. Tuttavia, non si evince il medesimo pattern in risposta a tutti i cue utilizzati: se in presenza di stimoli volto e stimoli simbolici la performance di individui malati si

dimostra fallace, in quanto caratterizzata da tempi di reazione eccessivamente dilatati anche quando questi indicatori risultano congruenti con l'effettiva posizione di comparsa dello stimolo a cui reagire, lo stesso schema di risposta non si evince in relazione a segnali trasmessi con l'ausilio di parti del corpo (ad esempio, mano che indica una direzione). Questa divergenza suggerisce come vi sia un focus preferenziale relativo al corpo ed alle sue parti, elementi che costituiscono una categoria di stimoli particolarmente rilevanti per individui con disturbi del comportamento alimentare.

Oltre ad esplorare il dominio dell'attenzione e della cognizione sociale nei disturbi alimentari con paradigmi classici che prevedono la presentazione di input attraverso l'uso di un computer, dunque in assenza di un contesto laboratoriale ecologico dal punto di vista della socialità, è possibile sfruttare una situazione di reale interazione reale con un partner in carne ed ossa, senza sacrificare il grado di affidabilità e validità dell'esperimento. Esiste, a questo proposito, un paradigma formulato da Welsh e collaboratori che richiede la partecipazione di due individui, seduti uno di fronte all'altro, che devono muoversi indicando stimoli target che possono comparire a destra o a sinistra, su uno strumento di risposta situato tra di loro (Welsh et al., 2009* in Dalmaso, Castelli, Scatturin, Carli, Todisco, Palomba & Galfano, 2016). Ciascuno dei due deve rispondere per due volte consecutive e si ottengono, in questo modo, due misure: la prima relativa all'eventuale influenza della prima risposta di un partecipante sulla seconda elargita dallo stesso soggetto (misurazione entro soggetti); la seconda riguarda l'influenza di un'azione di un partecipante sul comportamento imminente dell'altro individuo (misurazione tra soggetti). Dall'esecuzione di individui sani ci si aspetta di osservare tempi di risposta (TR) maggiori in relazione a stimoli che compaiono nello spazio appena indicato dal cue, dunque appena indagato, rispetto a stimoli che si manifestano in una zona inedita dello spazio: questo effetto si verifica sulla base del fenomeno di inibizione di ritorno (Inhibition of Return IOR) per il quale il nostro sistema cognitivo-attentivo mette in atto un meccanismo di economicità rispetto alle risorse attentive dispiegate attraverso cui evita di riportare l'attenzione verso luoghi già esplorati, prediligendo la ricognizione di una regione inesplorata dello spazio.

Questo modello è stato utilizzato da Dalmaso e collaboratori (Dalmaso et al., 2016) all'interno di un disegno sperimentale il cui obiettivo si individua nello studio di meccanismi di cognizione sociale, con un focus peculiare sulla componente di attenzione

sociale e sul grado di elasticità manifestata nell'orientarla, propri di pazienti anoressici, in un contesto di reale interazione con altri individui. Nella revisione dei risultati ottenuti, si evince una forte asimmetria tra i pattern di risposta performati dai soggetti affetti da anoressia nervosa: si assiste ad un funzionamento più efficiente del meccanismo di inibizione di ritorno (IOR) in risposta ad azioni effettuate da altri; al contrario, l'efficacia del bias di IOR risulta inferiore quando l'azione proviene dal soggetto stesso. I dati appena descritti si sommano nell'avvalorare l'ipotesi secondo cui persone con un disturbo di anoressia nervosa sembrano essere particolarmente sensibili a stimoli inerenti all'immagine corporea altrui. Al contrario, essi manifestano una spiccata iposensibilità nei confronti del proprio schema corporeo e, pertanto, si ipotizza la comparsa del medesimo deficit anche in merito all'elaborazione di informazioni che derivano da esso: alcuni studi più recenti hanno formulato congetture riguardanti le modalità con le quali l'alterazione della percezione del proprio schema corporeo porti a confondere informazioni relative alla propria forma corporea ed al peso con dati di natura spaziale relativi alle singole parti del corpo ed alla loro collocazione nello spazio (propriocezione) (Gallagher, 2005* in Dalmaso et al., 2016). Un'ulteriore conclusione proposta dai ricercatori si esplicita nella possibilità che individui con anoressia nervosa performino un'azione del bias di inibizione di ritorno infruttuosa nei confronti di azioni commesse in prima persona in quanto devono scontrarsi con maggiori disagi, rispetto alla popolazione sana, nella costruzione di una rappresentazione del proprio corpo verosimile ed aggiornata, la quale si dimostra fallace anche nell'integrare l'elemento di consapevolezza rispetto ai suoi movimenti nello spazio (Dalmaso et al., 2016).

Restando in un contesto di cognizione sociale, i meccanismi legati alla componente attentiva, della cui alterazione si è discusso fino a qui, si accompagnano ad evidenze a sostegno di altre disfunzioni a carico di un dominio della socialità che ne esplicita anche il carattere emotivo. Competenze che pertengono la sfera emotiva e tutto ciò che ad essa si lega costituiscono un ulteriore fattore indispensabile nell'instaurazione di relazioni interpersonali positive, ad esempio il riconoscimento degli stati emotivi propri e altrui attraverso la lettura delle espressioni del volto, la regolazione emotiva, la manifestazione della propria espressività emotiva. Tra di esse, l'abilità di identificazione delle emozioni proprie ed altrui risulta particolarmente compromessa in concomitanza ad una diagnosi di anoressia nervosa. Numerose ricerche hanno individuato evidenti difficoltà da parte di

individui anoressici nel riconoscere le emozioni di altri, così come nella presa di coscienza delle proprie: si è infatti rilevato come in occasioni di ambiguità relativa alla richiesta di determinare l'emozione veicolata dall'espressione facciale di un individuo, il paziente anoressico tendesse, a prescindere dalla realtà, ad associarla alla rabbia (Tauro et al, 2021).

Questo stadio di problematicità esperito da coloro che soffrono di anoressia nervosa in situazioni in cui si richiede loro di disambiguare un qualche stato emotivo altrui si collega al disturbo di alessitimia, il quale, invece, inficia la capacità di riconoscere e comunicare emozioni esperite dal soggetto stesso. Dalla letteratura scientifica esistente in merito, emergono elementi consistenti riguardo all'esistenza di livelli assai più considerevoli relativi alla presenza di alessitimia in pazienti anoressici, rispetto a quanto si osserva nella popolazione sana (Dapelo et al., 2015*, Dapelo et al., 2016*, Gramaglia et al., 2016*, in Tauro et al., 2022)

In ultimo, anche in relazione alla capacità di regolazione emotiva il disturbo alimentare di anoressia nervosa sembra determinare importanti alterazioni: in particolare, è emerso che i pazienti anoressici tendano a sopprimere le proprie emozioni ed impieghino meno la rivalutazione cognitiva quale strategia per la regolazione emotiva attraverso cui regolare il modo in cui le persone valutano emotivamente diverse situazioni e plasmarne l'impatto emotivo (Tauro et al, 2022).

Alla luce di quanto riportato a proposito delle alterazioni e delle anomalie riguardanti le sfere emotiva ed attentiva della cognizione sociale nell'ottica di una diagnosi di anoressia nervosa, è ragionevole ipotizzare una mutua, reciproca influenza esercitata dai meccanismi attentivi ed emotivi. La spropositata preoccupazione rivolta alla propria immagine corporea conduce l'individuo malato ad un eccessivo, perpetuo monitoraggio del proprio corpo, catalizzando la quasi totalità delle risorse attentive di cui dispone. Ciò determina, pertanto, un massiccio dispendio di energie cognitive nel mantenere un costante esercizio di iper-vigilanza, tanto da implicare l'insufficienza di risorse che possano essere dedicate all'interpretazione dei fattori emotivi che caratterizzano l'interazione sociale. Di fatti, come si evince dagli studi elaborati per investigare l'attenzione sociale, individui affetti da anoressia nervosa tendono a focalizzarsi sul corpo dei propri interlocutori, tralasciando il volto, la sua espressività e le informazioni che esso

esprime: l'attenzione è interamente assorbita dallo stimolo saliente per il soggetto, ossia dallo stimolo corpo. È dunque lecito pensare che i deficit manifestati da individui anoressici in relazione al riconoscimento emotivo altrui ed alla regolazione delle proprie emozioni derivi, in parte, dalla mancanza di energie cognitive sufficienti per poter assolvere a questa tipologia di doveri relazionali, indispensabili per poter creare relazioni interpersonali stabili e soddisfacenti.

La quantità di dati consultabili e presenti in letteratura in merito alle disfunzioni che è possibile individuare all'interno di un quadro psicopatologico coerente con la bulimia nervosa, invece, è estremamente ridotta.

Anche in relazione al disturbo bulimico, sono state evidenziate diverse problematiche legate alla sfera socio-emotiva dell'individuo malato. Tuttavia, dai risultati emersi da alcuni studi si ipotizza un contributo delle difficoltà di natura relazionale che il soggetto riscontra in questo ambito nell'elicitare l'insorgenza della sintomatologia bulimica (Fairburn et al, 1997* in Spitoni & Aragona, 2019).

Attraverso l'uso di paradigmi sperimentali caratterizzati dall'impiego di immagini che veicolino svariati stati emotivi, per esempio il Reading the mind in the eyes test, sono state rilevati elementi a dimostrazione della compromissione, anche nei pazienti affetti da bulimia nervosa, della capacità di discernere e riconoscere le emozioni degli altri, nello specifico se manifestate attraverso espressioni del volto. Questa difficoltà nell'interpretazione di stati emotivi altrui non si estende alla totalità delle emozioni, traspare, però, in relazione alla rabbia, spesso scambiata per paura (Kuehnpast et al, 2012* in Spitoni & Aragona, 2019). Tuttavia, è stato anche ipotizzato che la motivazione di una scarsa performance in merito alla lettura di espressioni facciali associate a specifiche emozioni non sia da ricercarsi esclusivamente in una reale disfunzione di tipo cognitivo, ma possa risalire all'anedonia sociale tipica di chi soffre di un disturbo di bulimia nervosa. Sulla base di questa interpretazione, elevati livelli di anedonia sociale, ossia *“l'incapacità di trarre piacere da relazioni interpersonali e stimoli sociali”*, si collega alla *“mancanza di motivazione nel processare stimoli fondamentali per l'interazione sociale”* (Spitano & Aragona, 2019), come, per l'appunto, la mimica del volto, la quale contribuirebbe a determinare una prestazione scadente dal punto di vista dell'operato in ambito di cognizione sociale (Tchanturia et al, 2012* in Spitoni & Aragona, 2019).

Un altro pattern di particolare interesse evidenziato in presenza di un quadro clinico bulimico riguarda l'azione di bias attentivi che influenzano l'elaborazione di volti emotivi, indirizzando l'attenzione del soggetto bulimico nei confronti di visi arrabbiati e rifiutanti, allontanando, invece, lo sguardo da visi positivi e accoglienti. Questa predilezione per volti che veicolano emozioni negative si collega, plausibilmente, anche ad un bias di conferma che va alla ricerca di stati emotivi coerenti con il vissuto del paziente. Oltre a ciò, tendendo in considerazione il fatto che elaborare situazioni di tipo sociale richiede la competenza di dirigere il proprio focus attentivo in maniera flessibile verso diverse fonti di informazioni, un bias attentivo di questo tipo esercitato in contesti sociali rischia di scatenare prestazioni scadenti anche nell'esecuzione di compiti di cognizione sociale più complessi in cui si richiede un continuo spostamento dell'attenzione (shifting) tra vari stimoli inerenti al contesto ed alle emozioni altri ed è necessario il loro processamento per la comprensione della situazione in cui ci si trova (Spitoni & Aragona, 2019).

È possibile affermare, dunque, che ostacoli esperiti da individui affetti da bulimia nervosa nell'ambito della cognizione sociale non dipendono esclusivamente da difficoltà di carattere percettivo, piuttosto da vari elementi interagenti tra loro e che prevedono l'influenza anche di *meccanismi di ordine superiore, quali motivazione e shifting attentivo* (Spitoni & Aragona, 2019).

2.4 LA MEMORIA

Nonostante la letteratura scientifica esistente in merito all'eventuale alterazione delle facoltà cognitive mnemoniche in relazione a disturbi del comportamento alimentare non sia particolarmente corposa, sono state collezionate alcune evidenze in relazione ad una funzione deficitaria anche della memoria.

Alcune componenti mnemoniche, ad esempio, risultano compromesse dallo stato di malnutrizione che solitamente consegue la severa restrizione alimentare a cui si sottopongono i soggetti anoressici (Sutker et al, 1992* in Spitoni & Aragona, 2019).

Coerentemente a quanto già evidenziato, una delle peculiarità basilari, nonché un criterio diagnostico essenziale, di anoressia nervosa e bulimia nervosa risiede nell'eccessiva

preoccupazione esperita da parte dei soggetti affetti da questi disturbi nei confronti della propria immagine corporea, la quale non solo diviene elemento cruciale per la costruzione di una buona o fallace autostima, ma assume un ruolo di rilievo anche per quanto concerne la creazione e l'assimilazione di uno schema di sé e del proprio corpo che risulta in una visione distorta della realtà e specialmente degli stimoli prioritari per i pazienti anoressici e bulimici.

Nella sezione di questo capitolo relativa alla componente attentiva della cognizione, sono state indicate alcune modalità attraverso cui questo schema inverosimile frutto del disturbo guidi ed assorba la quasi totalità delle risorse attentive dell'individuo affetto da anoressia o bulimia. Tuttavia, si ipotizza anche che esso eserciti la sua influenza in merito alla formazione di nuove memorie, specialmente se relative al sé e dunque di natura autobiografica.

Si assume infatti che informazioni associate al cibo, al peso ed alla forma del corpo vengano immagazzinate con maggiore facilità e celerità (Williamson et al, 2004* in Legenbauer, Maul, Ruehl, Kleinstaeuber, Hiller, 2010). Ne consegue, pertanto, che stimoli coerenti con gli schemi già interiorizzati abbiano accesso privilegiato alle strutture di memoria. La stessa dinamica si pensa possa verificarsi anche in merito ad informazioni che combacino con il sistema di credenze dell'individuo malato, le quali avranno più probabilità di essere ricordate e dunque attivate da elementi inerenti al disturbo. L'analisi del funzionamento di schemi cognitivi disfunzionali relati al disturbo e associati alle componenti mnemoniche dei soggetti è essenziale per comprendere il modo attraverso cui queste strutture contribuiscono nel mantenimento di comportamenti disfunzionali associati alla patologia alimentare.

Per quanto riguarda il disturbo di anoressia nervosa in fase acuta, la componente di memoria verbale a breve termine risulta essere particolarmente intaccata, tuttavia sono state riscontrate anomalie anche nell'apprendimento di materiale verbale e nel recupero selettivo di memorie autobiografiche (Spitoni e Aragona, 2019).

Esistono dati a sostegno della tendenza da parte dei soggetti anoressici a soffermarsi sul processamento di ogni dettaglio piuttosto che acquisire una visione globale delle diverse situazioni: è ipotizzabile che si tratti di un errore cognitivo legato all'eccessivo perfezionismo e bisogno di controllo che solitamente si associano alle caratteristiche di

personalità dell'anoressico. Tuttavia, questa impellente necessità di “*organizzare e strutturare qualsiasi informazione dedicando un'importante quota attentiva ai dettagli*” (Spitoni e Aragona, 2019) potrebbe spiegare i bias evidenziati da alcune ricerche nel recupero selettivo di materiale: si ipotizza, infatti, che anomalie associate a questa funzione della memoria derivino dall'uso di una “*strategia mnemonica basata sul processamento dei dettagli del materiale e non sull'analisi globale*” dello stesso (Spitoni e Aragona, 2019).

Sono stati condotti anche alcuni studi con la finalità di indagare il ruolo della memoria autobiografica nel funzionamento di soggetti affetti da diverse psicopatologie, nonché nel loro mantenimento.

La memoria autobiografica costituisce il magazzino contenente tutti i ricordi relativi alle proprie esperienze personali, le quali contribuiscono a conferire forma e significato alla vita di ognuno; si tratta sostanzialmente della componente mentale presso cui la personalità, le funzioni cognitive, il sé, le capacità di narrazione e la regolazione emotiva si incontrano (Conway & Rubin, 1993* in Bomba, Marfone, Brivio, Oggiano, Broggi, Neri & Nacinovich, 2014).

Assetti sperimentali realizzati per indagare il funzionamento della memoria in presenza di un disturbo di anoressia nervosa hanno individuato evidenze a favore di un meccanismo di iper-generalizzazione della memoria autobiografica e, di conseguenza, di un minor numero di memorie specifiche che il soggetto è in grado di mantenere all'interno del magazzino autobiografico rispetto ad individui sani (Bomba et al, 2014; Huber, Salatsch, Ingenerf, Schmid, Maatouk, Weisbrod, Herzog, Friederich & Nikendei, 2015). La formazione di ricordi dalla connotazione così debolmente specifica potrebbe avere, secondo l'ipotesi dell'evitamento funzionale formulata da alcuni studiosi (Williams & Scott, 1988* in Huber et al, 2015) l'incarico di lenire l'impatto sulla psiche di questi individui delle esperienze di tutti i giorni. Da un esperimento condotto da Huber e colleghi è emerso come gli individui affetti da anoressia nervosa tendano a immagazzinare una minore quantità di ricordi specifici rispetto a quanto indicato dalla performance del gruppo di controllo. Si pensa che la presenza di un bias mnemonico riguardante la componente autobiografica di memoria supporti l'idea che i soggetti anoressici affrontino la propria regolazione emotiva attraverso l'evitamento cognitivo, ignorando una corretta adozione della strategia di rivalutazione cognitiva. Un altro pattern di risultati evidenziato

riguarda l'inclinazione dei pazienti anoressici ad immagazzinare memorie dal carattere emotivo in generale decisamente più negativo rispetto agli individui di controllo: ciò conferma quanto individuato da alcuni studi in relazione all'esistenza di un bias di tipo negativo rispetto alla formazione di memorie autobiografiche legate al proprio corpo.

La propensione nel mantenimento di ricordi negativi anche e soprattutto inerenti alla propria forma corporea potrebbe spiegare in parte la percezione disturbata e distorta che soggetti affetti da anoressia nervosa costruiscono del proprio corpo.

Se la quantità di ricerche strutturate per approfondire le alterazioni mnemoniche in presenza di un disturbo di anoressia nervosa non è di certo copiosa, ancor meno lo è rispetto al disturbo di bulimia nervosa. Numerosi studi, piuttosto, si sono concentrati sulla tematica delle patologie del comportamento alimentare adottando una prospettiva più ampia e generalizzata. Ne sono risultate, come già accennato, evidenze a favore della formazione di un bias di memoria per il quale parole, immagini legati al cibo ed alla forma corporea siano oggetto di un recupero facilitato rispetto a quanto accade con stimoli di valenza neutra. Un dato simile è stato ottenuto da Hunt e Cooper nel 2001 (Hunt e Cooper, 2001* in Legenbauer, Maul, Ruehl, Kleinstaeuber, Hiller, 2010) rispetto ad un campione di pazienti bulimici la cui prestazione in un compito di rievocazione di parole legate all'immagine corporea è stata confrontata con la performance del gruppo di controllo. Inoltre, i due studiosi hanno effettuato un'osservazione interessante: pare che l'influenza di questo bias di memoria sia massima in relazione a vocaboli appartenenti alla classe semantica del corpo, rispetto a parole associate ad alimenti.

Attraverso ulteriori ricerche è stato possibile delineare anche una serie di difficoltà mostrate dai soggetti bulimici nel recupero di stimoli specifici: ad esempio, in un esperimento condotto da Bosanac e collaboratori (Bosanac et al., 2007* in Legenbauer et al., 2010) mediante l'impiego di un compito di rievocazione di parole senza particolare valenza emotiva, si è osservato come i pazienti bulimici, se confrontati con individui anoressici o sani, siano inclini a ricordare meno di quanto mostrato loro, sia immediatamente dopo l'esposizione, sia dopo qualche minuto (Spitoni & Aragona, 2019).

Persone affette da bulimia nervosa sembrano inoltre avere prestazioni scadenti anche in altri settori della memoria, tra cui in contesti di memoria autobiografica, proprio come è stato riscontrato con persone affette da anoressia nervosa. Pazienti con una diagnosi di

bulimia nervosa recuperano con difficoltà maggiore ricordi specifici inerenti al proprio passato, evocando per lo più immagini vaghe (Laberg e Andersson, 2004* in Spitoni & Aragona, 2019). Questo si verifica sia per eventi di carattere positivo, sia negativo, sia neutrale: ne consegue la congettura secondo cui i bias mnestici siano pervasivi e non strettamente legati alla valenza emotivo del ricordo autobiografico.

CONCLUSIONE

La stesura del presente elaborato si è basata sulla consultazione di diversi articoli e manuali scientifici, dai quali sono estrapolati alcuni dei dati più significativi in relazione alla questione primaria di questo scritto, ossia il funzionamento cognitivo di individui affetti da anoressia e bulimia nervosa. Entrambi i disturbi, così come tutte le psicopatologie alimentari più in generale, sono connotati da una sintomatologia ed un'eziologia estremamente complesse, peculiarità che si ripercuote poi anche sulla vastità delle conseguenze che ne derivano sia sul piano psicologico, sia sul piano fisiologico.

Quanto descritto fino ad ora costituisce un'analisi estremamente sintetica delle caratteristiche di funzionamento cognitivo che è possibile identificare in concomitanza di una diagnosi di una psicopatologia alimentare di anoressia nervosa o di bulimia nervosa. Nonostante numerosissimi aspetti della cognizione non siano stati citati e nonostante sia imperativo proseguire con l'evoluzione della ricerca in questo campo, è possibile sostenere la reale influenza da parte di alterazioni e bias relativi a questi processi nell'insorgenza e nel mantenimento dei disturbi del comportamento alimentare quali anoressia nervosa e bulimia nervosa.

Alla luce di quanto è emerso dalla letteratura scientifica fino ad ora circa la relazione esistente tra la compromissione funzionamento cognitivo e disturbi alimentari, è possibile sfruttare i dati ottenuti con la finalità di arricchire gli approcci terapeutici destinati a questo tipo di patologie mentali, incrementandone così l'efficacia sul breve e lungo termine.

BIBLIOGRAFIA

MANUALI DIRETTAMENTE CONSULTATI

Spitoni G.F. & Aragona M. (2019), *Manuale dei Disturbi del Comportamento alimentare*. Roma: Carocci Editore

American Psychological Association (2013), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5)*. Milano: Raffaello Cortina (2014)

World Health Organization (2019), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11)* (11a edizione).

Kring A.M., Johnson S.L., Davison G.C. & Neale J.M. (2017), *Psicologia clinica* (5a Edizione Italiana). Bologna: Zanichelli.

Dalla Ragione L. & Mercandelli S. (2012), *L'inganno dello specchio*. Milano: FrancoAngeli

Nolen-Hoeksema S., Fredrickson B.L., Loftus G.R. & Lutz C. (2014), *Atkinson e Hilgard's Introduction to Psychology*, (16a edizione). Padova: Piccin

ARTICOLI DIRETTAMENTE CONSULTATI

Aspen V., Darcy A.M. & Lock J. (2013) A review of attention biases in women with eating disorders, *Cognition & Emotion*, 27:5, 820-838, DOI: <https://doi.org/10.1080/02699931.2012.749777>

Bomba, M., Marfone, M., Brivio, E., Oggiano, S., Broggi, F., Neri, F., & Nacinovich, R. (2014), *Autobiographical memory in adolescent girls with anorexia nervosa*, *European Eating Disorders Review*, 22(6), 479-486. DOI: <https://doi.org/10.1002/erv.2321>

Dalmaso M., Castelli L., Franchetti L., Carli L., Todisco P., Palomba D., Galfano G. (2015), *Altered orienting of attention in anorexia nervosa*, *Psychiatry Research*, Volume 229, Issues 1–2, 2015, Pages 318-325. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.06.044>

Dalmaso, M., Castelli, L., Scatturin, P., Carli L., Todisco P., Palomba D. & Galfano G. (2016), *Altered social attention in anorexia nervosa during real social interaction*. *Sci Rep* 6, 23311 (2016). DOI: <https://doi.org/10.1038/srep23311>

Fredrickson, B. L., & Roberts, T.-A. (1997). Objectification theory. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173– 206. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x>

Huber, J., Salatsch, C., Ingenerf, K., Schmid, C., Maatouk, I., Weisbrod, M., Herzog, W., Friederich, H. C., & Nikendei, C. (2015), *Characteristics of disorder-related autobiographical memory in acute anorexia nervosa patients*. *European Eating Disorders Review*, 23(5), 379– 389. DOI: <https://doi.org/10.1002/erv.2379>

Jansen A., Nederkoorn C. & Mulken S. (2004), *Selective visual attention for ugly and beautiful body parts in eating disorders*, *Behaviour Research and Therapy*, Volume 43, Issue 2, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.01.003>

Legenbauer T., Maul B., Ruehl I., Kleinstaeuber M. & Hiller W. (2010), *Memory Bias for Schema-Related Stimuli in Individuals with Bulimia Nervosa*, *Journal of Clinical Psychology*, vol. 66(3), 302-316. DOI: <https://doi.org/10.1002/jclp.20651>

Tauro J.L., Wearne T.A., Belevski B., Filipčiková M. & Francis M.H. (2022), *Social cognition in female adults with Anorexia Nervosa: A systematic review*, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, Volume 132, 2022, Pages 197-210. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.11.035>

MATERIALE NON CONSULTATO DIRETTAMENTE(*)

* Bosanac, P., Kurlender, S., Stojanosvka, L., Hallam, K., Norman, T., McGrath, C., et al. (2007), *Neuropsychological study of underweight and weight recovered anorexia nervosa compared with bulimia nervosa and normal controls*, International Journal of Eating Disorders, 40, 613–621. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.20412>

*Brooks S., Prince A., Stahl D., Campbell I.C. & Treasure J. (2011), *A systematic review and meta-analysis of cognitive bias to food stimuli in people with disordered eating behaviour*, Clinical Psychology Review, Volume 31, Issue 1,2011, Pages 37-51, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.006>

*Cipolli, C., Sancini,M., Tuozi,G., Bolzani R., Mutinelli,P., Flamigni,C. & Porcu,E., (1989), *Gaze and eye-contact with anorexic adolescents*, Br.J.Med.Psychol.62, 365–369. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1989.tb02846.x>

* Conway, M. A., & Rubin, D. C. (1993), *The structure of autobiographical memory*. In A. F. Collins, S. E. Gathercole, M. A. Conway & P. E. Morris. Theories of memory. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 103-137.

*Dapelo M., Hart S., Hale C., Morris R., Lynch T.R. & Tchanturia K. (2015), *Facial expression of positive emotions in individuals with eating disorders*, Psychiatry Research, Volume 230, Issue 1,2015,Pages 70-77. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.08.019>

*Dapelo, M. M., Surguladze, S., Morris, R., & Tchanturia, K. (2016). Emotion recognition in blended facial expressions in women with anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 24, 34– 42. DOI: <https://doi.org/10.1002/erv.2403>

*Fairburn, C. G. (1991). *The heterogeneity of bulimia nervosa and its implications for treatment*. Journal of Psychosomatic Research, 35(Suppl 1), 3–9. DOI: [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(91\)90108-Z](https://doi.org/10.1016/0022-3999(91)90108-Z)

*Fairburn G.C., Shafran R. & Cooper Z. (1999), *A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa*, Behaviour Research and Therapy, Volume 37, Issue 1, 1999, Pages 1-13. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00102-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00102-8)

*Fairburn C.G., Welch S.L., Doll H.A., Davies B.A. & O'Connor M.E. (1997), *Risk Factors for Bulimia Nervosa: A Community-Based Case Control Study*, in “Archives of General Psychiatry”. DOI: [10.1001/archpsyc.1997.01830180015003](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830180015003)

*Fett A.J., Viechtbauer W., Dominguez M., Penn D.L., van Os J. & Krabbendam L. (2011), *The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: A meta-analysis*, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, Volume 35, Issue 3, 2011, Pages 573-588. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.07.001>

*Gallagher S. (2005), *How The Body Shapes The Mind*, Oxford University Press, Oxford.

* Gordon R.A. (1991), *Anoressia e Bulimia: anatomia di un'epidemia sociale*, trad. it., Milano: Raffaello Cortina

*Gramaglia C., Ressico F., Gambaro E., Palazzolo A., Mazzarino M., Bert F., Siliquini R. & Zeppegno P. (2016), *Alexithymia, empathy, emotion identification and social inference in anorexia nervosa: A case-control study*, *Eating Behaviors*, Volume 22, 2016, Pages 46-50. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.03.028>

*Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). *Binge eating as escape from self-awareness*. *Psychological Bulletin*, 110(1), 86–108. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.1.86>

* Hunt, J., & Cooper, M. (2001), *Selective memory bias in women with bulimia nervosa and women with depression*, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 93–102. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1352465801001102>

*Kuehnpast N., Gramann K., Pollatos O. (2022), *Electrophysiologic Evidence for Multilevel Deficits in Emotional Face Processing in Patients with Bulimia Nervosa*, I “Psychosomatic Medicine”. DOI: [10.1097/PSY.0b013e31825ca15a](https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31825ca15a)

*Laberg, S., & Andersson, G. (2004). Autobiographical memories in patients treated for Bulimia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12(1), 34–41. DOI: <https://doi.org/10.1002/erv.534>

*Rieger, E., Schotte, D. E., Touyz, S. W., Beumont, P. J. V., Griffiths, R. & Russell, J. (1998). *Attentional biases in eating disorders: A visual probe detection procedure*. *International Journal of Eating Disorders*, 23(2), 199–205. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.20375>

*Shafran R., M. Lee, Z. Cooper, R.L. Palmer & C.G. Fairburn (2007), *Attentional bias in eating disorders*, *International Journal of Eating Disorders*, 40 (4) (2007), pp. 369-380, DOI <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.12.003>

*Smith, E. & Rieger, E. (2009), *An investigation of the effect of body dissatisfaction on selective attention toward negative shape and weight-related information*. *International Journal of Eating Disorders*. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.20703>

*Sutker P.B., Allain A.N., Johnson J.L.& Butters N.M. (1992), *Memory and learning performances in POW survivors with history of malnutrition and combat veteran controls*, *Archives of Clinical Neuropsychology*, Volume 7, Issue 5, 1992, Pages 431-444. DOI: [https://doi.org/10.1016/0887-6177\(92\)90156-H](https://doi.org/10.1016/0887-6177(92)90156-H)

*Tchanturia K., Davies H., Roberts M., Harrison A., Nakazato M., Schmidt U., Treasure J. & Morris R. (2012), *Poor Cognitive Flexibility in Eating Disorders: Examining the Evidence using the Wisconsin Card Sorting Task*, *PLoS One*. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0028331>

*Watson K.K., Werling D.M., Zucker N.L. & Platt M.L. (2010), *Altered social reward and attention in anorexia nervosa*, *Front.Psychol.*1,36. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2010.00036>

*Welsh T.N., Ray M.C., Weeks D.J., Dewey D., Elliott D. (2009), *Does Joe influence Fred's action? Not if Fred has autism spectrum disorder*, *Brain Research*, Volume 1248, 2009, Pages 141-148. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2008.10.077>

*Williamson, D.A., White, M.A., York-Crowe, E., & Stewart, T.M. (2004), *Cognitive behavioral theories of eating disorders*, Behavior Modification, 28, 711–738.
DOI: <https://doi.org/10.1177/0145445503259853>

* Williams, J. M. G., & Scott, J. (1988), *Autobiographical memory in depression*, Psychological Medicine, 18, 689–695.
DOI: <https://doi.org/10.1017/20033291700008370>