



UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI
CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2025/2026

TESI DI LAUREA

Reti sociali e salute nei disturbi alimentari:
fattori di rischio e risorse di guarigione nelle adolescenti

RELATORE: Prof. Luca Scacchi

STUDENTE:

Emanuela Arnolfo

Matricola 23 D03 549

SOMMARIO

INTRODUZIONE	5
CAPITOLO 1 – PANORAMICA SUI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE	7
1.1 Definizione e classificazione dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione	7
1.1.1 Anoressia nervosa	8
1.1.2 Bulimia nervosa	10
1.1.3 Disturbo da alimentazione incontrollata	12
1.2 Panoramica sui molteplici fattori di rischio dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione	14
CAPITOLO 2 – RETI SOCIALI, SUPPORTO SOCIALE E CAMBIAMENTI DURANTE L'ADOLESCENZA	19
2.1 Reti sociali – <i>Social network</i> : origine del concetto	19
2.2 Caratteristiche delle reti sociali	22
2.3 Supporto sociale	24
2.3.1 Effetto tampone ed effetto <i>buffering</i>	25
2.3.2 Quando il supporto sociale può fallire	27
2.4 Adolescenza e pubertà: i cambiamenti biopsicofisici e la costruzione di nuove reti sociali	29
2.4.1 Pubertà e cambiamenti fisici	29
2.4.2 Cambiamenti sociali e costruzione di nuove reti sociali	31
CAPITOLO 3 - RETI SOCIALI NEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE: FATTORI DI RISCHIO E DI PROTEZIONE NELLE ADOLESCENTI	34
3.1 Quando le reti sociali possono diventare fattori di rischio nei disturbi alimentari	34
3.1.1 La trasmissione familiare dei disturbi alimentari attraverso alcuni aspetti relazionali significativi	35
3.1.2 Gli amici, la pressione normativa e il modellamento	38
3.1.3 Far parte di una élite sportiva	40

3.2 Reti sociali e supporto sociale come fattori di protezione di fronte ai disturbi alimentari	41
CONCLUSIONE	47
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	48

INTRODUZIONE

L'adolescenza è oggi riconosciuta come il periodo del ciclo di vita in cui si ha una maggiore possibilità di sviluppare un *disturbo dell'alimentazione e della nutrizione*. Ogni tipologia differente di disturbo alimentare presenta le sue peculiarità, o meglio, i suoi sintomi caratteristici. La forza e l'invadenza, con cui questi disturbi agiscono, lascia però segni indelebili sul corpo e sulla mente di chi ne è sofferente, ma anche di chi tenta di accompagnare i pazienti, i figli o gli amici verso una via per la guarigione. Conoscere l'origine di questi disturbi permette non solo di comprendere meglio la malattia, ma anche di costruire delle strategie di prevenzione e di trattamento efficaci.

In questa tesi, si è tentato di mostrare una parte più "sociale" e "relazionale" di questi disturbi. Dal momento che i disturbi alimentari colpiscono quasi, se non tutti, gli aspetti della vita di chi ne è affetto, anche i rapporti e le relazioni sociali ne risentono. Il tentativo dello studio di queste pagine è stato, però, quello di provare a guardare "oltre" il singolo paziente e i sintomi della malattia, per analizzare come le persone e le relazioni che circondano il malato possono influenzare la comparsa, lo sviluppo o il recupero dei disturbi alimentari stessi. Per questo motivo si è scelto di indagare le motivazioni e i fattori attraverso i quali le reti sociali possono diventare fattori di rischio, ma anche di protezione e supporto rispetto alla comparsa di un disturbo alimentare.

Si è cercato, inoltre, di fornire un quadro di questi aspetti relazionali, di rischio e protettivi tenendo conto della fascia di persone che maggiormente sembra essere colpita da questi disturbi. Così lo studio è stato declinato, per quanto possibile, verso le giovani ragazze in età adolescenziale.

Nel primo capitolo, partendo dai criteri e dalle definizioni fornite dal DSM-5-TR, sono stati analizzati i singoli disturbi della nutrizione e dell'alimentazione ad oggi formalmente riconosciuti dall'*American Psychiatric Association* (2022). Si è scelto in questo capitolo di dare maggiore spazio alla descrizione delle tre categorie meglio caratterizzate tra i disturbi alimentari: l'*anoressia nervosa*, la *bulimia nervosa* e il *disturbo da alimentazione incontrollata*. Successivamente si è passati ad una presentazione dei più noti fattori di rischio, sottolineando l'eziologia multifattoriale caratteristica dell'insorgenza di questi disturbi.

Nel secondo capitolo, l'analisi è stata rivolta alle reti sociali. Attraverso un *excursus* che parte dalle principali teorie legate alle reti sociali e alla *social network analysis*, si è arrivati a sostenere l'importanza delle reti e delle relazioni sociali nella costruzione del benessere

individuale della persona. È stato possibile definire la funzione del supporto sociale emotivo, strumentale, informativo e valutativo, con un effetto diretto ma anche come tampone di fronte ai fattori di vita stressanti. È però anche emersa la fallibilità del sostegno sociale e delle relazioni stesse che, talvolta, non solo non supportano chi è in difficoltà, ma possono rientrare esse stesse tra le cause dello sviluppo di queste difficoltà. All'interno di questo capitolo sono stati inoltre analizzati i cambiamenti che i bambini e i ragazzi affrontano durante il periodo dell'adolescenza. Inizialmente sono stati presi in considerazione i cambiamenti fisici e la pubertà. In un secondo momento, invece, sono state analizzate le dinamiche relazioni adolescenziali, ponendo particolare attenzione allo spostamento di significatività ed influenza dalla famiglia al gruppo di pari ed amici.

Infine, nel terzo capitolo, è stata proposta un'intersezione di tutti questi fattori. Così l'analisi si è concentrata sulle principali relazioni adolescenziali, in particolare la famiglia, gli amici e i gruppi sportivi che si sono dimostrati essere rilevanti ed influenti anche di fronte alla comparsa di disturbi alimentari. Queste reti sociali, primarie e secondarie, possono infatti mitigare la rilevanza di possibili fattori di rischio, esterni a queste relazioni, o, al contrario, diventare una base solida per lo sviluppo dei sintomi di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

CAPITOLO 1 - PANORAMICA SUI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono patologie complesse e multifattoriali, con rilevanti conseguenze sulla salute mentale e fisica e con un potenziale esito letale (Suarez-Albor et al., 2022). In questo capitolo vengono ripresi i criteri diagnostici proposti dal DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) delle tre sottocategorie di disturbi alimentari più tipici e meglio caratterizzati: anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbo da alimentazione incontrollata. Vengono inoltre presentati i principali fattori biopsicosociali che contribuiscono all'insorgenza di questi disturbi, in accordo con la loro eziologia multifattoriale.

1.1 DEFINIZIONE E CLASSIFICAZIONE DEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

Il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali degli psichiatri statunitensi, usato come testo di riferimento in tutto il mondo, definisce i *disturbi della nutrizione e dell'alimentazione* come comportamenti caratterizzati da un'alterazione del comportamento alimentare o dei comportamenti correlati al consumo o all'assorbimento del cibo, con significative conseguenze sulla salute fisica o sul funzionamento psicosociale della persona. Il manuale fornisce criteri diagnostici per la pica, il disturbo di ruminazione, il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa e il disturbo da alimentazione incontrollata (*binge eating*) (American Psychiatric Association, 2022).

Sono inoltre presenti criteri per due ulteriori disturbi di natura più generica, applicabili in casi in cui i sintomi caratteristici di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono causa di disagio clinicamente significativo o compromissione in aree sociali, occupazionali o altre aree di funzionamento predominanti, ma non soddisfano completamente i criteri diagnostici specifici per nessun disturbo dell'alimentazione precedentemente elencato. Queste ultime due classi diagnostiche proposte comprendono il disturbo della nutrizione e dell'alimentazione con altra specificazione e il disturbo della nutrizione e dell'alimentazione senza specificazione (American Psychiatric Association, 2022).

La *Pica* è un disturbo che comporta l'ingestione compulsiva di materiali non edibili (Johnson, 1990). Queste sostanze vengono solitamente consumate in grande quantità e senza riguardo per le loro conseguenze nutrizionali. Secondo Johnson (1990), il termine deriva dal latino *pica*,

gazza, riferendosi al comportamento tipico, attribuito a questo uccello, di raccogliere oggetti in maniera indiscriminata per *saziare* la propria curiosità.

Nella versione più recente del DSM-5-TR, anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbo da *binge eating* sono indicati come i tre disturbi dell'alimentazione e della nutrizione più tipici e i meglio caratterizzati (Galmiche et al., 2019). Per questo motivo, in questo capitolo, si è scelto di dare particolare spazio a queste tre sottocategorie di disturbi alimentari.

1.1.1 ANORESSIA NERVOSA

I tre principali criteri diagnostici presentati dal DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) per l'*anoressia nervosa* sono:

1. Restrizione prolungata dell'apporto calorico, con un conseguente peso corporeo significativamente basso, valutato in rapporto all'età, al sesso, alla traiettoria di sviluppo e alla salute fisica dell'individuo. Il parametro consigliato per valutare l'adeguatezza del peso corporeo è il BMI (*body mass index* o *indice di massa corporea*, calcolato come il rapporto kilogrammi/altezza in metri; Smith & Doe, 2016). Nel contesto dei disturbi del comportamento alimentare in età evolutiva, il DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) raccomanda di determinare sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesità in rapporto all'età, utilizzando il calcolatore dei percentili di *indice di massa corporea* per bambini e adolescenti – CDC (Hampl et al., 2023). Secondo le linee guida dell'*American Academy of Pediatrics* un *indice di massa corporea* inferiore al 5° percentile, rappresenta un indicatore critico del peso del bambino o dell'adolescente (dai 2 ai 19 anni), considerabile *sottopeso* e con potenziali significative conseguenze sul normale e sano sviluppo dell'individuo. (Hampl et al., 2023)
2. Intensa paura dell'aumento del peso o di diventare *grassi*
3. Distorsione nella percezione del proprio peso corporeo o della propria forma fisica, spesso accompagnata da un'eccessiva attenzione data alla percezione del proprio corpo che incide sui livelli di autostima dell'individuo. La distorsione dell'immagine corporea può compromettere la capacità dell'individuo nel riconoscere la gravità del disturbo, mantenendo così comportamenti a rischio quali una grave restrizione dell'assunzione di cibo, vomito, uso di pillole dimagranti o lassativi, iperattività fisica.

Esistono due sottotipi di anoressia nervosa: il tipo restrittivo e il tipo purgativo. Molti soggetti affetti da questo secondo sottotipo di disturbo utilizzano vomito auto-indotto o altro tipo di misure purgative quali, ad esempio, lassativi o diuretici, sia in presenza che in assenza di situazione di *binge eating* e dopo un'assunzione di cibo, anche minima.

L'American Psychiatric Association (2022) segnala che l'anoressia nervosa raramente insorge prima della pubertà o dopo i 40 anni, ma sono comunque presenti casi di insorgenza precoce o tardiva. Questi, come altri dati riportati nel DSM-5-TR (2022), sembrano riferirsi ad un *pattern* epidemiologico generale osservato perlopiù in paesi occidentali ed industrializzati, tra cui anche l'Italia. Allo stesso modo, infatti, la Società Italiana di Psicopatologia dell'Alimentazione (2023), rileva che l'età più a rischio per l'insorgenza di un disturbo alimentare sia tra i 15 e i 25 anni.

Spesso la comparsa di sintomi è associata ad eventi di vita stressanti, come l'uscita di casa in concomitanza con l'inizio dell'università negli adolescenti. Nei casi di esordio tardivo, invece, i fattori scatenanti possono presentarsi in seguito alla menopausa o al ricorso di diete restrittive per evitare l'aumento di peso legato all'avanzamento dell'età (Società Italiana di Psicopatologia dell'Alimentazione, 2023). In ogni caso, le cause della comparsa del disturbo sono molto variabili.

L'eziologia dell'anoressia nervosa è, infatti, multifattoriale (Paolacci et al., 2020): i fattori di rischio e prognostici sono molteplici e vari, tra cui fattori genetici, ambientali e caratteristiche del temperamento dell'individuo, come livelli di ansia elevata o lo sviluppo di tratti ossessivi durante l'infanzia, che aumentano la possibilità di insorgenza del disturbo.

Recentemente, sono stati condotti diversi studi genetici che sostengono l'evidenza di una spiccata componente genetica ereditaria del disturbo (Paolacci et al., 2020; Strober et al. 2000; Noon & Pathan; 2025): è noto che soggetti con pazienti consanguinei affetti da anoressia nervosa presentino una maggiore probabilità di sviluppare la medesima patologia. L'American Psychiatric Association (2022) sottolinea inoltre che sono stati individuati specifici loci di rischio, alcuni associati anche ad altri disturbi psichiatrici e tratti metabolici, quali la resistenza insulinica e il profilo lipidico. Inoltre, tecniche di *neuroimaging* funzionale suggeriscono la presenza di alcune anomalie cerebrali, ad esempio nell'elaborazione della ricompensa, come ulteriori fattori genetici di rischio. Significativa può anche essere la provenienza da contesti socioculturali che valorizzano la magrezza e il controllo del peso, come in attività quali moda, danza e sport agonistici.

Il DSM-5-TR (2022) specifica inoltre l'esistenza di difficoltà nel riconoscimento del disturbo, a causa di differenze culturali nella comparsa e modalità di presentazione dell'anoressia nervosa. La definizione biomedica dell'anoressia nervosa enfatizza il ruolo giocato dalla *grassofobia* - paura dell'aumento di peso – come uno degli elementi principali diagnostici (Simpson, 2002). Questo, però, restringe il campo di analisi e diagnosi del disturbo, riducendolo ad una patologia perlopiù confinata alla cultura occidentale (Simpson, 2002). Studi interculturali, come quello condotto da Agüera et al. (2017), hanno infatti dimostrato che l'espressione generale della psicopatologia può variare tra culture diverse. La ricerca di Agüera et al. (2017) ha messo in evidenza la diversità degli atteggiamenti e della presentazione dell'anoressia nervosa in pazienti provenienti da Cina, Regno Unito e Spagna. Così è stato rilevato che i pazienti cinesi affetti dal disturbo riportavano una minore insoddisfazione corporea, assenza o ridotta grassofobia e comportamenti di controllo del peso diversi rispetto alle due culture occidentali, prese di riferimento. Sebbene quindi la diagnosi del disturbo possa essere la stessa, le differenze dell'espressione e della presentazione della psicopatologia potrebbero suggerire e sottolineare la necessità di adattare i criteri diagnostici e i trattamenti di cura alla cultura.

1.1.2 BULIMIA NERVOSA

I tre criteri essenziali, secondo il DSM-5-TR (2022), perché possa essere fatta una diagnosi di *bulimia nervosa* sono:

1. Ricorrenti episodi di *binge eating*: assunzione, in un ridotto lasso di tempo (solitamente inferiore a due ore), di un ingente quantità di cibo, considerabile decisamente superiore a quella che la maggior parte delle persone mangerebbe in un simile periodo di tempo, nelle stesse circostanze. Spesso, i soggetti che soffrono di questo disturbo riportano una sensazione di perdita di controllo, provata durante le *abbuffate*, descritta non solo come un'incapacità di smettere di mangiare, una volta iniziato, ma anche come un vero e proprio stato dissociativo, che perdura fino alla fine dell'episodio di *binge eating*. L'abbuffata avviene solitamente di nascosto e continua finché l'individuo non si sente eccessivamente pieno, fino al fastidio. Ciò porta il paziente a provare un senso di imbarazzo e vergogna per l'azione compiuta.
2. Ricorrente uso di condotte compensatorie inappropriate per prevenire l'aumento di peso. Tra queste, la più frequente, è il vomito auto-indotto, ma possono essere usate

anche altre *strategie* quali l'uso di lassativi, diuretici, l'assunzione di alcuni tipi di ormoni e l'esercizio fisico eccessivo – che interferisce in maniera significativa con altre importanti attività, in momenti e luoghi inappropriati, fino a causare possibili lesioni o complicazioni mediche

3. Auto-valutazione fortemente influenzata dalla taglia e dal peso corporeo

L'ultima versione del manuale diagnostico dei disturbi mentali (American Psychiatric Association, 2022) indica tra i *triggers* più comuni: *stressor* interpersonali; diete restringenti; sentimenti negativi legati al proprio peso corporeo, alla propria forma fisica o nei confronti del cibo stesso; noia. Inoltre, tra un'abbuffata e l'altra, i soggetti tendono a mantenere diete restringenti, preferendo cibi con un basso apporto calorico ed evitando la consumazione di alimenti percepiti *grassi* o identificati come possibili *triggers* di *binge eating*.

Secondo il DSM-5-TR, i soggetti affetti da bulimia nervosa tipicamente sono normopeso o leggermente sovrappeso (criteri valutati attraverso l'*indice di massa corporea*), ma raramente il disturbo si presenta in persone obese. Uno studio condotto da Mesheb e White (2011), condotto su 1964 donne affette da bulimia nervosa, ha mostrato però che due terzi del campione di riferimento aveva un *indice di massa corporea* pari o superiore a 25, supportando così l'evidenza di un aumento del rischio di bulimia nervosa nei gruppi sovrappeso e obesi.

Questo disturbo può portare una serie di complicanze fisiche. Ad esempio, non è raro che le donne presentino un ciclo mestruale irregolare o amenorrea, anche se non è ancora chiaro se questo dipenda da fluttuazioni di peso costanti, da deficit nutrizionali o da distress emotivo (American Psychiatric Association, 2022). Mehler & Rylander (2015) riportano che le complicanze possono dipendere dal modo, ma anche dalla frequenza dei comportamenti compensatori messi in atto. Il vomito auto-indotto e l'abuso di lassativi, che si riscontrano nel 90% dei pazienti affetti dal disturbo e le conseguenze secondarie derivanti da questi comportamenti sono dannose e potenzialmente fatali. Le più comuni riguardano manifestazioni cutanee (ad esempio per l'introduzione della mano in bocca, per indurre il vomito, che può provocare traumi e abrasioni al tessuto cutaneo); emorragie sottocongiuntivali; epitassi; anomalie nella cavità orale ed erosioni dentali; danni esofagei; problemi gastrointestinali, tra cui reflusso esofageo, disfagia e odinofagia; squilibri elettrolitici, problemi cardiaci, polmonari e riproduttivi.

Come per l'anoressia nervosa, anche la bulimia nervosa solitamente insorge durante l'adolescenza e raramente dopo i 40 anni. Frequentemente si presenta durante o a seguito di

diete particolarmente restrittive, spesso aggravate dall'esposizione a eventi di vita stressanti. È possibile che alcune persone sperimentino *crossover* tra anoressia nervosa e bulimia nervosa. Altre, invece, potrebbero continuare ad avere episodi di *binge eating*, senza condotte compensatorie successive (American Psychiatric Association, 2022).

Fitcher e Quadflieg (2007), in uno studio di *follow-up* di 12 anni, hanno seguito il decorso clinico di un campione (n=311) di pazienti donne affette da anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbo da alimentazione incontrollata dai quali è emerso un tasso di passaggio tra le diverse diagnosi nel tempo. Un numero maggiore di pazienti è passato da anoressia nervosa o disturbo da alimentazione incontrollata a bulimia nervosa rispetto al contrario e non è stato riscontrato nessun passaggio da anoressia nervosa a disturbo da alimentazione incontrollata. L'anoressia nervosa è risultata il disturbo con maggiore stabilità nel tempo ed esiti a lungo termine peggiori. Sono state inoltre notate numerose somiglianze nell'esito e nelle fluttuazioni tra bulimia nervosa e disturbo da alimentazione incontrollata, che potrebbero indicare la presenza di processi biologici e psicologici comuni tra i due disturbi.

Poiché sono possibili *crossover* tra diversi tipi di disturbi alimentari è necessario analizzarne i sintomi a livello longitudinale: per compiere una diagnosi di disturbo di bulimia nervosa è necessario ricordare che gli episodi di *binge eating* e le condotte compensatorie inadeguate, devono verificarsi almeno tre volte a settimana (American Psychiatric Association, 2022).

Inoltre, in individui affetti da bulimia nervosa, è possibile che si presenti una comorbidità con almeno un altro disturbo mentale come: sintomi depressivi (ad esempio bassa stima di sé); disturbi bipolari o depressivi; disturbi o sintomi d'ansia (ad esempio, paura delle situazioni sociali); disturbi della personalità, soprattutto disturbo della personalità borderline; abuso di sostanze, soprattutto di alcol o stimolanti (riscontrato almeno nel 30% degli individui con bulimia nervosa). Dalla Grave et al. (2023) stimano che ad oltre il 70% delle persone con disturbo alimentare venga fatta una diagnosi anche per un altro disturbo mentale. Tra le condizioni più frequenti riportano: disturbi d'ansia (> 50%), disturbi dell'umore (>40%), autolesionismo (>20%), disturbo da uso di altre sostanze (>10%).

1.1.3 DISTURBO DA ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA

Per una diagnosi di *disturbo da alimentazione incontrollata*, il manuale diagnostico dei disturbi mentali (American Psychiatric Association, 2022) indica, come criterio essenziale, la presenza

di episodi di *binge eating*, almeno tre volte alla settimana. Durante questi momenti devono presentarsi almeno tre dei seguenti aspetti di disagio clinicamente significativo:

1. Mangiare molto più rapidamente del normale
2. Mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni
3. Mangiare grandi quantità di cibo anche quando non si ha fame
4. Mangiare da soli o di nascosto a causa di un senso di imbarazzo percepito per la quantità di cibo ingerita
5. Sentirsi disgustati da sé stessi, depressi e colpevoli dopo le abbuffate

Diverse caratteristiche tipiche del disturbo di *binge eating* si ritrovano anche nelle persone affette da bulimia nervosa: la frequenza e le modalità con cui avvengono le abbuffate, il senso di perdita di controllo, il senso di vergogna e depressione. Ciò che però permette di fare una diagnosi distinta dei due disturbi è la mancanza, nel disturbo di *binge eating*, di condotte compensatorie inadatte per evitare l'aumento del peso o diete particolarmente restrittive tra un'abbuffata e l'altra. Piuttosto, sono più probabili solo frequenti tentativi di diete. Inoltre, i criteri diagnostici dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa includono disturbi legati all'immagine corporea (come sovra-valutazione del peso e della forma fisica) che non sono però richiesti per una diagnosi di disturbo dell'alimentazione incontrollata (Giel et al., 2022).

Questo disturbo, si riscontra solitamente in persone normo/sovrappeso o obese (criteri valutati attraverso l'*indice di massa corporea*). È stato rilevato che, rispetto agli individui che soffrono solamente di obesità, le persone affette da disturbo dell'alimentazione incontrollata assumono più calorie, hanno una maggiore compromissione del funzionamento generale, una minore qualità di vita rilevata, un superiore disagio soggettivo percepito (legato anche alla maggiore rilevanza data al peso e alla forma corporea) ed è una maggiore possibilità di comorbidità con altri disturbi psichiatrici (American Psychiatric Association, 2022). Spesso questo disturbo è infatti associato all'obesità e all'obesità grave (Udo & Grilo, 2018). Più del 30% degli individui obesi che cercano un trattamento comportamentale o chirurgico per la perdita di peso presenta anche un disturbo dell'alimentazione incontrollata (Dawes et al., 2016). Questo elemento sottolinea l'importanza clinica odierna del disturbo dell'alimentazione incontrollata, considerando il fatto che la media dell'*indice di massa corporea* globale è in continua crescita e che l'Organizzazione della Salute Mondiale (*World Health Organization* 2000) ha identificato l'*epidemia* di obesità come uno dei maggiori problemi sanitari a livello mondiale. Ad ogni modo, nonostante un alto *indice di massa corporea* sia associata al disturbo dell'alimentazione incontrollata, un trattamento di questo disturbo basato semplicemente sulla perdita di peso è controverso. Le

linee guida, infatti, segnalano di attribuire priorità a trattamenti mirati alla modificazione comportamentale, per esempio privilegiando trattamenti che pongono come primo obiettivo la riduzione o l'astinenza dagli episodi di *binge eating* (Giel et al., 2022). L'American Psychiatric Association (2022) sottolinea inoltre che esistono evidenze di differenze anche nelle risposte ai trattamenti psicologici di coloro affetti da disturbo da alimentazione incontrollata, che solitamente risponde meglio rispetto a coloro che soffrono di bulimia nervosa.

È possibile che l'esordio di episodi di abbuffate sia seguito da diete più restrittive, diversamente da come avviene nella bulimia nervosa, dove solitamente le diete disfunzionali precedono l'esordio del *binge eating* (American Psychiatric Association, 2022).

1.2 PANORAMICA SUI MOLTEPLICI FATTORI DI RISCHIO DEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

I *fattori di rischio* rappresentano un complesso insieme di variabili associate all'insorgenza, lo sviluppo e l'andamento di un disturbo. In epidemiologia, per fattore di rischio si intende una caratteristica individuale, un comportamento, una condizione biologica o un'esposizione ambientale associata a una maggiore probabilità di insorgenza di una malattia o di un altro esito sfavorevole per la salute (Porta, 2014; World Health Organization, 2009). Comprendere quali sono i possibili fattori di rischio e il loro potenziale contributo legato all'insorgenza dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione è di cruciale importanza per l'identificazione dei potenziali gruppi a rischio, ma anche per una progettazione e promozione di programmi di prevenzione mirati, interventi su gruppi *target* maggiormente a rischio e *screening* tempestivi. Per questo motivo è necessaria la creazione di modelli eziologici, che riassumano le evidenze esistenti (Barakat et al., 2023).

È importante sottolineare che il riferimento a fattori di rischio non indica la causalità di questi ultimi: alcuni di questi, infatti, sono solamente correlati o associati all'aumento del rischio di un possibile disturbo alimentare, senza però un'evidenza di causa (Barakat et al., 2023). Facendo riferimenti ai criteri definiti da Kraemer et al. (2001), è possibile fare una distinzione dei seguenti termini tecnici: *correlato* (misura legata all'*outcome*), *fattori di rischio* (misura che precede l'insorgenza dei sintomi), *fattore di rischio causale* (fattore di rischio che, quando manipolato, causa un cambiamento nell'esordio del disturbo).

I soggetti che soffrono di disturbi del comportamento alimentare sono maggiormente esposti a rischio di suicidio, mortalità è una peggiore qualità di vita, sia rispetto alla popolazione in generale, ma anche rispetto alla popolazione che presenta altri disturbi psichici (Jenkins et al., 2011; Stice et al. 2013). Data la pervasività di questi disturbi, è necessario comprendere le condizioni che rendono gli individui più fragili e più vulnerabili allo sviluppo di disturbi legati al comportamento alimentare.

Barakat et al., 2023 hanno definito nove categorie generali di potenziali fattori di rischio per i disturbi dell'alimentazione e della nutrizione. Le categorie individuate in questa *review* letteraria analizzano i seguenti fattori di rischio: (1) genetici, (2) microbiota gastrointestinale e reazioni autoimmuni, (3) esposizione infantile e nella prima adolescenza, (4) tratti della personalità e comorbidità con le condizioni di salute mentale, (5) genere, (6) status socioeconomico, (7) minoranze etiche, (8) immagine corporea e influenza della società, (9) appartenenza ad élite sportiva.

1. *Fattori genetici.* I fattori di rischio genetici e i polimorfismi (variazioni nell'espressione genetica), legati alla comparsa dei disturbi alimentari, sono stati ampiamente studiati dalla letteratura scientifica. Le ricerche condotte sui gemelli e sui gruppi familiari, così come studi genomici su larga scala, hanno individuato una componente genetica nel rischio di comparsa di anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbo da alimentazione incontrollata (Thornton et al., 2011). Le incidenze mostrano che i soggetti, con genitori con un passato segnato da disturbi del comportamento alimentare, hanno più del doppio delle possibilità di sviluppare anch'essi un disturbo alimentare (Bould et al., 2015). Nello specifico: per il disturbo di anoressia nervosa, la probabilità di insorgenza del disturbo è 11 volte superiore, rispetto alla popolazione generale; per la bulimia nervosa la probabilità è di 9.6 e scende a 2.2 per il disturbo di *binge eating* (Thornton et al., 2011). Considerando gli specifici fattori genetici che possono diventare fattori di rischio per i disturbi del comportamento alimentare, quelli con maggiore significatività sono i geni portatori di altri disturbi psichici. I tipi di comorbidità che si possono presentare differiscono in base alla tipologia di disturbo alimentare sviluppato: ad esempio, per i disturbi alimentari che presentano *binge eating*, è stata dimostrata una forte correlazione genetica con l'ADHD (Yao et al., 2019), mentre per l'anoressia con il disturbo ossessivo-compulsivo, gli istinti suicidi, la schizofrenia, il nevroticismo, l'autismo e altri (Yilmaz et al., 2017).

2. *Microbiota gastrointestinale e reazioni autoimmuni.* Per i fattori di rischio biologici, diversi studi si sono concentrati sull'influenza di proteine prodotte dai batteri intestinali, implicati nella disregolazione dell'appetito e della sazietà negli individui affetti da disturbi alimentari. Rilevante è il ruolo giocato da questi batteri nei casi di anoressia nervosa, che producono una sensazione di sazietà prolungata, e di bulimia nervosa, con assenza di sazietà (Fetissov et al., 2019; Carbone et al., 2020). Altre ricerche hanno invece mostrato che la presenza di malattie autoimmuni o autoinfiammatorie, come il morbo di Crohn, malattie infiammatorie intestinali, diabete di tipo 1 e 2 e celiachia sono associati ad un aumento del rischio soprattutto di bulimia nervosa, disturbi dell'alimentazione e della nutrizione non altrimenti specificati e, in misura minore, anoressia nervosa (Nip et al., 2019; Conviser et al., 2018; Peterson et al., 2015).
3. *Esperienze nell'infanzia e nella prima adolescenza.* Per la comparsa di disturbi del comportamento alimentare è anche rilevante l'impatto delle esperienze precoci. In primo luogo, già l'esposizione in-utero ad alti livelli di cortisolo, testosterone o sostanze (ad esempio, nicotina e alcol), ma anche malnutrizione materna durante la gravidanza, sono stati associati ad un aumento di rischio dei disturbi alimentari. (Jones et al., 2017; Kothari et al., 2014; St-Hilaire et al., 2015). Esistono anche evidenze che legano un elevato peso alla nascita al disturbo di alimentazione incontrollata ed un basso peso alla nascita con l'anoressia nervosa (Watson et al., 2019). Possono anche poi essere significativi, durante l'infanzia e l'adolescenza, alte aspettative materne ed atteggiamenti genitoriali negativi riguardo al peso e alla forma fisica (Canals et al., 2009). Significativa è inoltre la percezione della qualità e della natura della relazione tra i genitori: individui con anoressia nervosa o bulimia nervosa riportano una percezione inferiore del calore o della connessione emotiva parentale, rispetto a fratelli sani (Huemer et al., 2012; Krug et al., 2016). Altri fattori di rischio rilevanti sono: le esperienze di avversità infantili, importanti rotture del contesto familiare e traumi infantili (tra cui trascuratezza e abuso emotivo o sessuale), con evidenze che dimostrano il contributo di questi fattori alla comparsa di disturbi alimentari di tipo purgativo/*binge eating* (Caslini et al., 2016; Larsen et al., 2017; Latzer et al., 2020)

4. *Tratti della personalità e comorbidità con le condizioni di salute mentale.* La prevalenza di tratti della personalità differisce in accordo con la categoria diagnostica di disturbo della nutrizione e dell'alimentazione: ad esempio, il perfezionismo è solitamente legato all'anoressia nervosa e alla bulimia nervosa, l'ossessività marcata all'anoressia nervosa, una forte disregolazione emotiva e impulsività a comportamenti di *binge eating* (Farstad et al., 2016; Joyce et al., 2012; Robinson et al., 2020). Esistono anche evidenze che suggeriscono la possibilità di una diagnosi di disturbo d'ansia infantile, che precede la comparsa di disturbi alimentari in età maggiore (Degortes et al., 2014).
5. *Differenze di genere.* I fattori di rischio legati al genere, quali bassa stima di sé, grande rilevanza data all'aspetto corporeo e al peso impattano sia uomini che donne ma, in generale, i comportamenti alimentari coinvolgono un maggior numero di ragazze e donne, con un maggior livello di severità. Gli uomini sono inoltre meno soggetti a mettere in atto diete e comportamenti particolarmente restrittivi e rischiosi. Griffiths et al., 2018 hanno dimostrato che il gruppo LGBTQI+ presenta un elevato rischio di disturbi alimentari e disturbi legati all'immagine corporea.
6. *Status socioeconomico.* Le ricerche hanno evidenziato che un elevato grado di educazione è associato a disturbi alimentari di tipo restrittivo, mentre l'esperienza di precarietà e incertezza di cibo a comportamenti di *binge eating* (Ahrén et al., 2013; Goodman et al., 2014).
7. *Minoranze etniche.* Sono state individuate particolari associazioni tra il gruppo etnico di provenienza e la probabilità di sviluppare un particolare disturbo alimentare. Ad esempio, è stato rilevato un tasso maggiore di disturbi di *binge eating* nella popolazione afroamericana, mentre nella popolazione asiatico-americana si riscontra più frequentemente un'internalizzazione marcata dell'ideale di magrezza (Hazzard et al., 2019; Shagar et al., 2019).
8. *Immagine corporea e influenza della società.* La preoccupazione e l'eccessiva importanza attribuita al peso, alla forma fisica e all'immagine corporea e la spinta alla

magrezza sono, in generale, aspetti centrali dei disturbi del comportamento alimentare. Dal momento che, i fattori sociali e culturali contribuiscono in maniera rilevante alla formazione della percezione dell'immagine corporea, questi fattori sono stati largamente indagati dalla ricerca come fattori di rischio per i disturbi alimentari. Le ricerche hanno particolarmente analizzato la percezione del peso e della forma fisica nelle ragazze e donne, con particolare focus sull'ideale di magrezza e basso peso corporeo. Per gli uomini, l'interesse si è invece concentrato sui fattori sociali complici della costruzione dell'ideale della muscolatura (Quiles Marcos et al. 2013; Vincent e McCabe, 2000; Canals, Sancho & Arija, 2009). Nello studio dei fattori di rischio sociali legati alla comparsa dei disturbi alimentari, ampio spazio è stato anche dato all'influenza dei *media* (Bould et al., 2016; Mulders-Jones 2017). L'esposizione all'ideale della magrezza, sia attraverso i *media* tradizionali che attraverso i *social media* è associato ad un aumento della probabilità di sviluppare un disturbo alimentare, con evidenze che suggeriscono un uguale impatto da parte di questi contenuti, sia per i ragazzi e gli uomini che per le donne e ragazze.

9. *Appartenenza ad élite sportiva*. Fra gli altri fattori di rischio valutati vi sono gli ambienti in cui viene data particolare rilevanza all'apparenza e ad un ideale di forma e peso corporeo specifico, come in certi ambienti sportivi, ad esempio universitari o professionali, che sostengono la cultura della magrezza e incoraggiano ad un'eccessiva attività fisica (Rojas-Padilla, Portela-Pino, & Martínez-Patiño, 2024; Thompson, Petrie & Anderson, 2017; Martinsen e Sundgot-Borgen, 2013).

CAPITOLO 2 - RETI SOCIALI, SUPPORTO SOCIALE E I CAMBIAMENTI DURANTE L'ADOLESCENZA

In questo secondo capitolo viene proposta un'analisi generale delle teorie legate alle reti sociali e alla *social network analysis* che permettono di studiare le relazioni e le influenze che esistono tra un individuo e gli attori con cui quest'ultimo entra in contatto (Moreno, 1934; Donati 2013). Vengono inoltre riconosciuti i cambiamenti che avvengono durante il periodo dell'adolescenza sia da un punto di vista fisico, durante la pubertà, ma anche relazionale (Santrock, 2021).

2.1 RETI SOCIALI – *SOCIAL NETWORK*: ORIGINE DEL CONCETTO

Una delle più potenti idee delle scienze sociali è la nozione secondo cui gli individui sono inseriti in fitte reti di interazioni e relazioni sociali (Borgatti et al., 2009).

La rete sociale è la rappresentazione delle relazioni esistenti in un insieme di unità, note come *nodi*, *attori (actors)* o *vertici*, collegati tra loro da linee che indicano i legami sociali che intercorrono tra di essi (O'Malley & Marsden, 2008). Solitamente le unità o i nodi sono persone o organizzazioni, ma possono anche essere considerati come tali tutti quegli aspetti che potenzialmente possono legarsi ad altri nodi (ad esempio, pagine web, articoli di riviste, paesi, quartieri, dipartimenti all'interno di organizzazioni; Marin & Wellman, 2011). Le relazioni possono comprendere aspetti quali la comunicazione, l'influenza, la fiducia o l'affetto (come nel caso dell'amicizia), ma anche la conflittualità (O'Malley & Marsden, 2008).

Donati, nel suo libro "Sociologia della relazione" (2013), sottolinea che il concetto di rete non si riferisce solo ad un *insieme di individui in contatto tra loro*, ma all'*insieme delle loro relazioni*. Gli individui, infatti, non esistono solo in un contesto di relazioni, cioè attraverso i reciproci legami fra loro, ma anche nella relazione che c'è fra questi legami. Ciò che accade infatti fra due nodi della rete, influenza le relazioni fra gli altri nodi, da quelli più vicini (che hanno relazioni dirette), a quelli più distanti (relazioni indirette).

L'origine dell'*analisi delle reti sociali (social network analysis)* viene fatta risalire agli anni '50 e '60 del secolo scorso, a partire dall'antropologia struttural-funzionalista (Barnes, 1954; Nadel, 1957; Bott, 1957; Mitchell, 1969). Secondo Borgatti et al. (2009) negli ultimi vent'anni si è assistito ad un'esplosione di interesse per la ricerca riguardo alle teorie delle reti sociali (*social network theory*), che hanno permesso di spiegare fenomeni sociali in una grande vastità di discipline, dalla psicologia all'economia. La *network analysis* ha contribuito a rispondere ad

una delle questioni più rilevanti della filosofia sociale riguardo all'ordine sociale che, dai tempi di Platone, interroga gli studiosi: come individui autonomi si combinano tra loro, creando società funzionali e durature nel tempo.

In realtà, però, la ricerca sulle reti sociali affonda le sue radici negli studi dello psichiatra Jacob Moreno il quale, nel 1932 analizzò il fenomeno della fuga, osservato presso la *New York Training School for Girls* di Hudson. In due settimane, nell'autunno dello stesso anno, 14 ragazze fuggirono dall'istituto, con un tasso 30 volte superiore alla norma (Borgatti et al., 2009). Nel testo "*Who Shall Survive: A New Approach to the Problem of Human Interrelations*" (Moreno, 1934), lo studioso propose di cercare la spiegazione del fenomeno non tanto nei fattori individuali, quanto più nella posizione delle ragazze all'interno della rete sociale. Moreno mappò così la *social network* a Hudson usando la *sociometria*, una tecnica per rappresentare i sentimenti soggettivi degli individui, gli uni verso gli altri (Fig. 1). Secondo lo psichiatra, le connessioni all'interno delle reti sociali fornivano i canali per la trasmissione dell'influenza sociale e delle idee condivise tra le ragazze. Il modo in cui queste erano inserite all'interno della rete sociale determinava se e quando sarebbero fuggite.

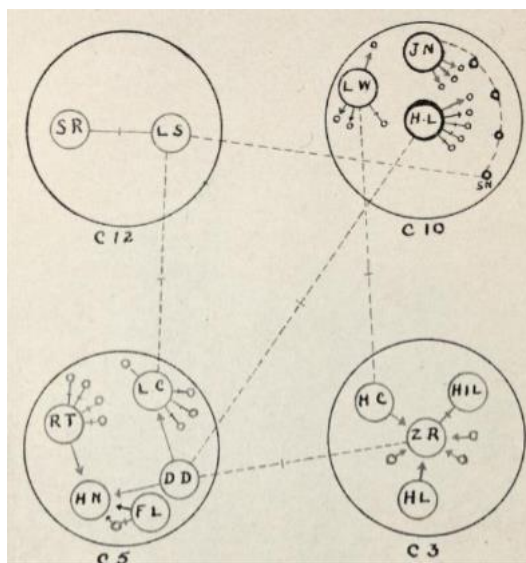


Figura. 1. *A Runaway Chain* (Moreno, 1934, p. 244). I quattro grandi cerchi (C12, C10, C5, C3) rappresentano i *cottage* in cui vivevano le ragazze. Ciascun cerchio più piccolo, all'interno di quelli più grandi, rappresenta una singola ragazza fuggita. Le 14 fuggitive sono identificate tramite le iniziali del nome e del cognome (ad esempio, SR). Tutte le linee non orientate, tra coppie di individui, rappresentano sentimenti di mutua attrazione. Le linee orientate rappresentano attrazione in una sola direzione. Adattato da *Who Shall Survive? A New Approach to the Problem of Human Interrelations* (p. 244), di J. L. Moreno, 1934, Beacon House.

Moreno progettò la sociometria come una sorta di *fisica*, parlando di *atomi sociali* e leggi della *gravitazione sociale* (Borgatti et al., 2009). L'idea di modellare le scienze sociali come le

scienze fisiche risaliva però già al filosofo sociale Auguste Comte, che per primo parlò di *fisica sociale* (Comte, 1830–1842). Successivamente anche il sociologo francese Durkheim concordò con l'idea che le società umane potessero essere paragonate ai sistemi biologici, con elementi interrelati tra loro. Per questo motivo, le spiegazioni delle regolarità sociali devono essere ricercate, non tanto nelle intenzioni dei singoli, quanto più nella struttura degli ambienti sociali in cui gli individui sono inseriti. In questo senso, la sociometria di Moreno contribuì a fornire una prova tangibile di questa struttura sociale astratta.

Negli anni '70 alcuni sociologi, tra cui Lorrain e White (1971), iniziarono ad interessarsi della *social network theory*, arrivando a sostenere la visione antropologica della struttura sociale. L'antropologia analizzava infatti le reti sociali come un insieme di ruoli, piuttosto che di individui. Si notò inoltre che gli individui, posti all'intero di reti equivalenti, si trovavano ad interfacciarsi con ambienti sociali simili, sviluppando così anche risposte, atteggiamenti o comportamenti simili.

Un ulteriore sviluppo dell'analisi della struttura sociale fu dato da Granovetter (1973), con la sua teoria della *forza dei legami deboli* (SWT – *Strength of Weak Ties*). Secondo lo studioso, legami forti tendevano ad *accorparsi* (*clumpy*): i contatti stretti di una persona tendevano a conoscersi tra loro. Così le informazioni trasmesse tra questi individui potevano risultare talvolta ridondanti - ciò che una persona poteva sentire da un contatto stretto A, poteva anche sentirla da un contatto stretto B. Al contrario, legami deboli (ad esempio una mera conoscenza) potevano rimanere distanti e sconosciuti tra loro, diventando però potenzialmente fonte di nuove informazioni. Grazie a queste scoperte, nei vent'anni successivi, si diffuse l'idea secondo cui i legami che una persona possedeva, e la connessione tra questi, permetteva al soggetto di accedere a determinate possibilità, ad esempio in termini di opportunità lavorative.

Dagli anni '80 la *social network analysis* è diventata un campo rilevante e consolidato nelle scienze sociali ed applicato in un gran numero di campi, tra cui la consulenza aziendale, la sanità pubblica e la lotta al crimine (Borgatti et al., 2009). In particolar modo nell'ambito della salute pubblica, lo studio delle reti sociali è utile sia per fermare la diffusione di malattie infettive, ma anche per fornire migliore assistenza sanitaria e supporto sociale.

2.2 CARATTERISTICHE DELLE RETI SOCIALI

Esistono tipologie di sottoreti interessanti. Una coppia di attori è detta *diade*, una terna *triade* (O'Malley & Marsden, 2008). Una *stella* descrive una rete formata da un attore e tutte le relazioni a lui unite. Una *rete egocentrica* è costituita da un attore, dagli attori nella sua immediata vicinanza o prossimità e dalle relazioni tra di essi.

Quando si parla di reti sociali è importante non solo identificare i membri del *network*, ma anche analizzare le possibili relazioni che possono formarsi tra i nodi delle reti (Marin & Wellman, 2011). Queste relazioni possono includere: rapporti di collaborazione, amicizia, legami commerciali, link web, citazioni, scambi di informazioni e risorse, scambi di supporto sociale o qualsiasi altro tipo di connessione che potrebbe legare le unità di una rete (Wasserman and Faust, 1994).

Borgatti et al. (2009) hanno individuato quattro ampie categorie di relazioni:

- Somiglianze, presenti quando gli attori condividono aspetti come caratteristiche demografiche, atteggiamenti, collocazione geografica o appartenenza a gruppi;
- Relazioni sociali, definite attraverso legami di parentela e specifiche relazioni di ruolo (ad esempio, amici, studenti); legami affettivi, basati sui sentimenti dei membri della rete nei confronti dell'altro (ad esempio antipatie o simpatie); consapevolezza cognitiva (ad esempio, conoscere qualcuno).
- Interazioni, basate su comportamenti come il parlare con il prossimo, aiutare, invitare;
- Flussi, all'interno di relazioni in cui avvengono scambi (di informazioni, risorse, conoscenze).

Le relazioni che caratterizzano le reti possono essere dirette o non dirette, binarie o valutate (Marin & Wellman, 2011). La condivisione di informazioni, il prestito di denaro, l'aiuto costituiscono relazioni dirette, poiché in questi casi i legami vanno direttamente da un nodo all'altro, sono interpersonali, faccia-a-faccia. I legami diretti possono inoltre essere reciproci, come nel caso di visita a casa di un amico, oppure unidirezionali, nel caso del sostegno emotivo nei confronti di altri. Le relazioni non dirette, invece, esistono tra due nodi senza particolare direzione, come la semplice condivisione di caratteristiche demografiche e di localizzazione. Entrambi i tipi di relazioni, dirette ed indirette, possono esser misurate come legami binari, esistenti o meno tra una diade, oppure valutati più forti o più deboli, con uno scambio maggiore o minore di informazioni, con una frequenza più alta o bassa di contatto. Un'amicizia può così essere valutata come più forte o più debole in base ai sentimenti provati dalle due persone coinvolte, o dalla frequenza di interazione (Granovetter, 1973; 1983).

Donati (2013) riassume, inoltre, diversi altri criteri classificatori delle relazioni, che possono essere ad esempio: statiche o dinamiche (Archer, 1995); di conflitto (antagoniste) o di integrazione (cooperazione) (Bajoit, 1992); di avvicinamento e distanziamento (Von Wiese, 1955/1968); primarie o secondarie (Moreno, 1956); personali o impersonali (Wellman et al., 1988); formali o informali (se richiedono un basso o alto grado di competenza tecnica e di standardizzazione delle procedure) (Litwak, 1985; Di Nicola, 1986; Bulmer, 1987); private o pubbliche (Huston e Robins, 1982); ugualitarie (simmetriche, fiduciarie) o non ugualitarie (gerarchiche, non fiduciarie) (Bajoit, 2009).

Altri due piani importanti, su cui può basarsi l'analisi dei legami, riguardano le reti totali e le reti egocentriche. Quando si analizzano i legami prendendo in considerazione reti totali, lo studio può ricadere su più tipi di legame: si considera infatti una visione d'insieme della struttura sociale, cercando di tenere in considerazione tutti i nodi possibili, piuttosto che uno solo specifico (Burt, 1992). I dati raccolti attorno a reti egocentriche riguardano invece, solitamente, la rete sociale che circonda un singolo nodo. Vengono quindi esaminate le relazioni esistenti tra l'attore a cui si riferisce la rete egocentrica e i nodi diretti con esso. Questo tipo di analisi può estendersi alla rete egocentrica di secondo ordine, andando così ad analizzare le relazioni che intercorrono tra i nodi che condividono relazioni con altri legati alla rete egocentrica di partenza (ad esempio, amici di amici; Wellman, 1979; Marsden, 1987). La *social network analysis* permette quindi di studiare le strutture delle relazioni che collegano gli individui (o altre unità sociali, come le organizzazioni) e le interdipendenze nei legami o atteggiamenti derivanti dalle configurazioni delle reti sociali. In ambito sanitario, questa ricerca risulta essere particolarmente rilevante poiché, in questo campo, entrano in contatto attori differenti, come pazienti, familiari, medici, psicologi (O'Malley & Marsden, 2008).

La ricerca scientifica ha quindi analizzato le reti sociali (in questo caso, nel campo del benessere e della salute) sotto punti di vista variegati. Alcuni esempi di studi differenti su questi aspetti hanno analizzato: i legami sociali come supporto per un miglioramento del benessere individuale attraverso risorse psicosociali o materiali e la loro associazione con la mortalità (Berkman e Syme, 1979); l'influenza da parte del gruppo dei pari, dei fratelli o genitori nell'aumentare, o diminuire, il rischio di iniziare a fumare (Unger e Chen, 1999); l'impatto delle reti familiari o amicali sulle abitudini alimentari, di esercizio fisico o altri comportamenti che incidono sull'obesità (Christakis e Fowler, 2007).

Tra i meccanismi attraverso cui le reti sociali possono influenzare la salute di un individuo, spicca il supporto sociale, che include aspetti emotivi, strumentali, di *appraisal* (assistenza nel *decision making*) ed informativi (House and Kahn, 1985).

2.3 SUPPORTO SOCIALE

Dalla metà degli anni Settanta del Novecento, l'idea di supporto sociale ha acquisito un grande successo (Song, Son, & Lin, 2011).

Cobb, nel 1976, vede il supporto sociale come un'informazione che porta le persone a credere di essere amate, stimate e membri di una rete sociale con mutue obbligazioni. Classifica tre tipi di informazioni in base alla loro funzione:

- Informazioni che portano il soggetto a credere di essere amato e considerato: supporto emotivo, trasmesso in situazioni che coinvolgono la mutua fiducia e l'intimità.
- Informazioni che portano il soggetto a credere di essere valutato e stimato: supporto di stima: porta l'individuo ad avere stima in sé stesso; più efficace se la stima per la persona è espressa in pubblico.
- Informazioni che portano l'individuo a credere di appartenere ad una rete sociale comunicativa e con obblighi reciproci: questa credenza deve essere comune (tutti all'interno del *network* devono possedere questa informazione) e condivisa (ogni membro deve essere consapevole che la credenza è condivisa anche dagli altri).

Così, nel 1991, Wills arriva a definire il *supporto sociale* come l'esperienza o la percezione di essere amati, stimati e valutati dagli altri, e di sentirsi parte di reti sociali caratterizzate da mutua assistenza e obblighi reciproci. La presenza degli altri è oggi ampiamente riconosciuta come risorsa fondamentale che favorisce l'adattamento e la gestione degli eventi stressanti di vita (Taylor, 2012).

La classificazione del supporto sociale, secondo il lavoro di House (1981), prevede la distinzione di quattro tipologie di funzioni differenti del supporto sociale:

- Supporto informativo: si verifica quando un individuo aiuta un altro a comprendere meglio un evento stressante e quali strategie di *coping* potrebbero essere necessarie per affrontarlo. È definito dal donare consigli, suggerimenti ed informazioni per assistere una persona nella risoluzione di problemi.

- Supporto strumentale: prevede un aiuto tangibile attraverso servizi, assistenza finanziaria o altri beni concreti, ad esempio aiutando un amico ferito.
- Supporto emotivo: è descritto come l'espressione di empatia, amore, fiducia e cura. Prevede di fornire calore e assistenza ad una persona, rassicurandola che sia una persona di valore e di cui gli altri si prendono cura e può essere espresso attraverso gesti di affetto.
- Supporto di *appraisal* (o valutativo): si realizza attraverso valutazioni accurate e *feedback* rispetto ad una determinata situazione, fornendo al prossimo autovalutazione, affermazione ed incoraggiamento

2.3.1 EFFETTO TAMPONE ED EFFETTO *BUFFERING*

Choen e Wills (1985) sostengono che le persone con *partner*, amici o parenti che forniscono risorse materiali e psicologiche risultano essere in una condizione generale di salute psicofisica migliore rispetto a coloro i quali non possiedono contatti sociali di grande sostegno. Sottolineano, inoltre, la presenza di un legame positivo tra il supporto sociale e la salute mentale e fisica, come dimostrano un numero rilevante di studi prospettici (Aneshensel & Frerichs, 1982; Billings & Moos, 1982; Henderson, Byrne, & Duncan-Jones, 1981; Holahan & Moos, 1981; Turner, 1981; Williams, Ware, & Donald, 1981)

Così, i due studiosi spiegano questa relazione tra sostegno sociale e stato di salute psicofisica attraverso due modelli (Choen & Wills, 1985).

- *Modello diretto (support as a main effect)*. Il primo modello sostiene che il supporto sociale produce un effetto benefico sulla salute generale perché le persone con un'ampia rete di connessioni sociali vivono regolari esperienze positive e possono assumere un insieme di ruoli stabili e socialmente riconosciuti dalla comunità. Di conseguenza il supporto sociale produce una serie di effetti positivi sulla salute psicofisica, quali un maggiore senso di stabilità e predittività; il riconoscimento del proprio valore personale; la possibilità di evitare o attenuare alcune esperienze negative, come problemi legali o economici, che potrebbero causare un aumento della probabilità di insorgenza di disturbi fisici o psicologici. Questo tipo di sostegno potrebbe avere effetti sul benessere dell'individuo poiché mitiga alcuni effetti indotti dalle emozioni sul sistema immunitario o neuroendocrino, o modificare alcuni modelli comportamentali che

porterebbero conseguenze negative sulla salute, come il fumo, l'abuso di alcol o il ricorso a cure mediche.

- *Modello tampone (support as a stress buffer)*. Questo modello si riferisce primariamente, invece, all'impatto del supporto sociale sul benessere di persone sotto stress, sostenendo la sua funzione *protettiva* da possibili fattori patogeni causati da eventi stressanti. Choen e Wills (1985) fanno riferimento alla spiegazione di stress proposta da Lazarus (1966), secondo il quale lo stress si manifesta quando una persona valuta una situazione come minacciosa o impegnativa ma ritiene di non possedere una risposta di adattamento (*coping*) adeguata o immediatamente disponibile. Ad ogni modo, però, un singolo evento stressante potrebbe non richiedere elevate abilità e strategie di *coping* per la maggior parte delle persone. Quando però si accumulano una moltitudine di problemi e fattori particolari, persistenti e che richiedono una grande capacità di *problem-solving*, allora emergono potenziali fattori di rischio per lo sviluppo di disturbi. È importante sottolineare che questa analisi di *stress*, proposta da Choen e Willis (1985), lega la valutazione personale del fenomeno a due aspetti particolari che possono emergere: i sentimenti di impotenza (*feeling of helplessness*), derivanti dalla percezione di incapacità di far fronte alla situazione, e la perdita di autostima (*loss of esteem*), che nasce dall'attribuzione del fallimento nel rispondere adeguatamente all'evento stressante a tratti stabili della personalità e capacità (o incapacità), anziché a qualche causa esterna. Ad ogni modo, il supporto sociale può intervenire in due differenti momenti nella catena di meccanismi che legano l'evento stressante con le risposte maladattive, fino alla comparsa del disturbo (Figura 1). In primo luogo, il sostegno da parte della propria rete sociale può intervenire sull'evento stressante (o sulla percezione di questo), attenuandone la valutazione (*stress appraisal*). La percezione che gli altri possano fornire risorse supportive può, infatti, portare ad una generale ridefinizione della situazione e/o ad una maggiore percezione delle proprie capacità gestionali, fino alla prevenzione di una valutazione dell'evento come altamente stressante. In secondo luogo, il supporto sociale può agire tra l'esperienza stressante e l'insorgenza delle risposte psicologiche o dei comportamenti patologici, riducendone o eliminando la reazione allo stress, oppure influenzando direttamente i processi psicologici. Così la rete sociale di supporto può alleviare l'impatto dello stress fornendo una soluzione al problema, riducendo la percezione dell'importanza e della gravità della situazione, tranquillizzando il sistema neuroendocrino in modo tale che la persona abbia una percezione minima dello stress o facilitando e sostenendo comportamenti sani.

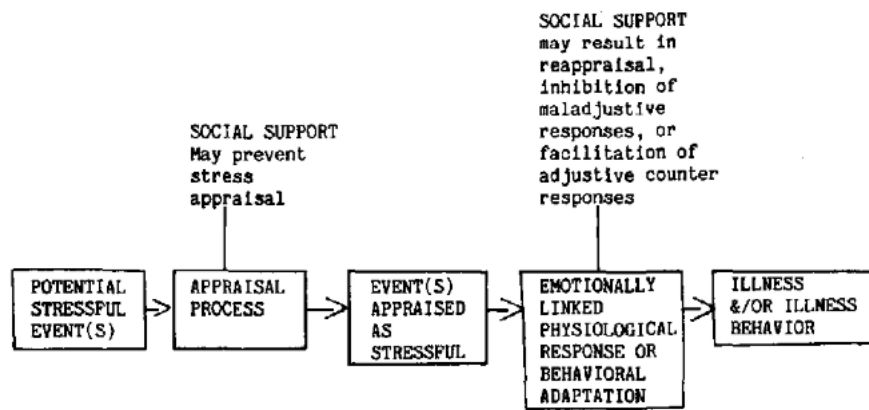


Figura 1. *Social support and the buffering hypothesis*, Choen & Wills (1985, p. 313). Rappresentazione grafica dei due punti in cui il supporto sociale può intervenire nel legame tra evento stressante e disturbo.

Dopo anni decenni di ricerche, sono emerse evidenze che sostengono la validità di entrambi i modelli proposti da Choen e Wills. Gli studi che riportano misure di integrazione sociale mostrano un'associazione diretta tra salute fisica e mentale e sostegno sociale, ma non effetti *buffering* (Thoits, 1995). Dall'altra parte, è dimostrato che la percezione del supporto emotivo disponibile porti benefici sia diretti che di protezione/tampone (Wethington & Kessler, 1986)

2.3.2 QUANDO IL SUPPORTO SOCIALE PUO' FALLIRE

I benefici del supporto sociale sono riscontrabili anche quando non vi è un'attivazione concreta dei legami di supporto. La percezione della disponibilità delle risorse (sapere di essere amati, di poter domandare aiuto a qualcuno in caso di necessità e di poter ricevere conforto), siano esse effettivamente utilizzate o meno, sembra essere sufficiente per ridurre lo stress con conseguenti benefici per il benessere e la salute (Taylor, 2012). In questo modo, quindi, anche solo pensare ai propri legami sociali può ridurre lo stress di fronte a minacce. Il fatto di sapere quanti legami sociali percepisce di avere una persona viene, così, considerato un fattore rilevante per trarre conclusioni sulla sua salute.

Il supporto sociale può provenire da *partner*, familiari, amici, colleghi, legami sociali e comunità, fino ad animali da compagnia (Allen, Blaschovich, & Mendes, 2002). Non tutte le tipologie di supporto sono egualmente efficaci. Tra quelle che presentano i maggiori benefici si trova la disponibilità di avere un confidente, specialmente nella quotidianità, come un coniuge, un *partner* o un amico stretto. Per il supporto che si può ricevere all'interno di un matrimonio, è necessario che quest'ultimo sia soddisfacente: un matrimonio insoddisfacente, un divorzio, ma anche non essere sposati affatto, può essere fonte di stress e potenziale fattore

di rischio per la salute, soprattutto per le donne (Taylor, 2018). Il supporto familiare risulta essere particolarmente significativo. Ricevere sostegno da almeno un genitore, durante gli anni precoci e crescere in un ambiente stabile e supportivo può avere effetti a lungo termine sulle strategie di *coping* e sulla salute (Puig, Englund, Simpson, & Collins, 2013). Anche la comunità di appartenenza può diventare una risorsa di supporto ma le ricerche riguardo ai meccanismi che uniscono il livello di sostegno da parte della comunità con la salute devono ancora essere ulteriormente approfondite (Taylor, 2018).

Può però accadere che coloro che dovrebbero fornire supporto offrano assistenza concreta, consigli o supporto emotivo inappropriati, poco utili o insufficienti, riducendo o annullando, così, l'efficacia del loro tentativo di sostegno (Bolger, Foster, Vinokur, & Ng, 1996; Burg & Seeman, 1994). Quando il supporto sociale è troppo intrusivo esiste il rischio di aumentare lo stress, anziché diminuirlo. Le persone che appartengono a reti sociali familiari o amicali molto dense, con un'alta frequenza di interazione, possono trovarsi sovra-stimolati dai consigli e dalle interferenze da parte di coloro che dovrebbero fornire supporto (Shumaker & Hill, 1991). Anche quando le intenzioni di supporto sono buone, se vengono percepite come controllanti o direttive possono perdere la loro funzionalità. Ad esempio, quando un coniuge viene coinvolto nella gestione di una malattia cronica, come una malattia coronaria, il *supporto* richiesto prevederebbe di incoraggiare il partner all'esercizio fisico e alla modificazione della dieta alimentare. Il paziente potrebbe però percepire questo incoraggiamento come un'intrusione o pressione (Franks et al., 2006). Così, anche per i tentativi meglio intenzionati di fornire supporto diretto alla modificazione di comportamenti verso una direzione più salutare, è comunque sempre presente il rischio di produrre conflitti interpersonali e *distress* psicologico (Taylor, 2012).

Quando il supporto della rete sociale è solamente legato all'espressione dei sintomi di una persona, questo *supporto* potrebbe rinforzare l'esperienza dei sintomi e persino aumentare il *distress* emotivo (Itkowitz, Kerns, & Otis, 2003). Cohen & Wills (1985) sostengono che l'efficacia del supporto sociale dipende da un equilibrio tra i bisogni del destinatario del supporto e ciò che riesce a prendere e riceve dalla sua rete sociale. Thoits (1995) parla di questa necessità riferendosi alla *matching hypothesis*, definendo, in questo modo, che per essere supportive, le azioni della rete sociale dovrebbero adattarsi ai bisogni specifici del ricevente. Così, diversi tipi di supporto potrebbero essere necessari da parte di diversi membri della rete sociale. Un supporto emotivo potrebbe essere più utile da amici o membri intimi della propria rete, ma percepito come più fastidioso se fornito da amici casuali. Dall'altra parte, informazioni

e consigli potrebbero essere accolti meglio se derivanti da esperti e specialisti ma ritenuti inappropriati quando a fornirli sono famiglia o amici (Taylor, 2012).

A volte, le resistenze al supporto potrebbero derivare proprio da chi dovrebbe ricevere aiuto. Le persone che vivono uno stress molto forte, ad esempio in caso di depressione, disabilità o malattia, potrebbero tendere ad esprimere con frequenza il *distress* provato e ciò potrebbe, con il tempo, a far allontanare proprio coloro che dovrebbero fornire supporto (Matt & Dean, 1993; McLeod, Kessler, & Landis, 1992). Ad esempio, le persone malate, disabili o depresse potrebbero inavvertitamente allontanare la propria famiglia o i propri amici esprimendo costantemente emozioni negative (Alferi, Carver, Antoni, Weiss, & Duran, 2001; Coyne et al., 1987).

2.4 PUBERTA' E ADOLESCENZA: I CAMBIAMENTI BIOPSIICOSOCIALI E LA COSTRUZIONE DI NUOVE RETI SOCIALI

L'adolescenza è un periodo del ciclo di vita difficile da definire. Durante questa fase l'individuo diventa fisicamente e sessualmente maturo; è un periodo dedicato allo sviluppo, alla maturazione e alle transizioni tra l'infanzia e l'età adulta. Da un punto di vista fisico, l'inizio dell'adolescenza dovrebbe corrispondere con la pubertà anche se, quest'ultimo processo complesso, è composto da una serie di elementi che si verificano tutti in momenti diversi. Non è possibile parlare di una fase adolescenziale universale, ma sono individuabili una serie di cambiamenti biologici, psicologici e sociali che affrontano tutti i bambini, dal secondo decennio della loro vita (Hendry et al., 2021).

2.4.1 PUBERTA' E CAMBIAMENTI FISICI

La pubertà è un periodo di rapida maturazione fisica, con cambiamenti ormonali e fisici che si verificano all'inizio dell'adolescenza. È spesso considerata come l'indicatore più importante dell'inizio di questo periodo. Le proporzioni e le caratteristiche del corpo cambiano e l'individuo diventa in grado di riprodursi. Generalmente l'inizio della pubertà coincide con il menarca per le femmine (il primo ciclo mestruale di una ragazza) e l'emergere dei peli pubici nei maschi. L'intervallo in cui ciò si verifica è ampio e può variare dai 10 fino ai 13 anni e mezzo. In particolare, per le ragazze l'intervallo di età in cui è considerato normale che avvenga il menarca va dai 9 ai 15 anni. La pubertà si conclude poi tra i 13 e i 17 anni (Santrock, 2021).

Durante la pubertà avviene lo scatto di crescita più importante durante lo sviluppo del ciclo di vita, dopo la prima infanzia. Lo scatto accrescitivo avviene solitamente due anni prima nelle ragazze che nei ragazzi. Durante questo periodo, in media le femmine crescono di circa 8 centimetri all'anno, mentre i maschi di circa 10 centimetri (Santrock, 2021).

I cambiamenti puberali sono introdotti da segnali ormonali che riguardano le ovaie e i testicoli, che a loro volta rilasciano una grande quantità di ormoni che influenzano tutto il resto del corpo. Sia nelle ragazze che nei ragazzi, si assiste ad un aumento del peso corporeo, alla maturazione degli organi riproduttivi e ai cambiamenti delle caratteristiche sessuali secondarie. Tutto questo processo è solitamente accompagnato dalla comparsa di peli e non raramente, acne e sudorazione maleodorante, vissuti con grande disagio dagli adolescenti (Hendry et al., 2021). Gli aspetti più visibili della maturazione sessuale maschile riguardano l'allungamento del pene, lo sviluppo dei testicoli, la crescita di barba e baffi, il cambiamento del tono della voce. Per le ragazze, i cambiamenti fisici in età puberale coinvolgono nell'ordine: l'aumento del seno, la crescita di peli pubici e ascellari, la crescita in altezza e l'allargamento sui fianchi (Santrock, 2021).

Un aspetto psicologico legato ai cambiamenti fisici durante la pubertà è dato dalla preoccupazione e dalle idee personali che gli adolescenti sviluppano in merito al proprio corpo (Mueller, 2009). Esistono differenze di genere nella percezione del proprio corpo tra gli adolescenti. In genere, durante l'adolescenza, le ragazze sono più insoddisfatte del loro corpo, sviluppando così idee corporee più negative rispetto ai ragazzi (Bearman et al. 2006). Smorti et al. (2019) hanno dimostrato che la soddisfazione per la propria immagine corporea è fortemente correlata a sintomi depressivi e, nella maggior parte dei casi, le adolescenti si percepiscono come troppo grasse, anche quando presentano un *indice di massa corporea* normale. L'entità della depressione nelle ragazze, che prima non differiva da quella dei ragazzi, diventa significativamente più elevata e rimane stabile per tutto il resto della vita (Vogt Yuan, 2007). Tra le ragioni di questa differenza vi potrebbe essere il confronto che le ragazze fanno tra il proprio corpo e un modello di corpo ideale. Infatti, nonostante i ragazzi di entrambi i sessi aumentino di peso, questo elemento sembra essere desiderabile per i maschi, ma non altrettanto per le femmine (Hendry et al., 2021). La soddisfazione per la propria immagine corporea e l'idealizzazione culturale della magrezza sono alcuni dei fattori coinvolti nello sviluppo di disturbi alimentari, che iniziano spesso durante l'adolescenza (Barakat et al., 2023; Ward et al., 2019). Contrariamente però a come sostiene l'opinione pubblica, vi sono elementi per ritenere

che tali disturbi, come ad esempio l'anoressia nervosa, non siano solamente un fenomeno "*moderno*", ma sussistano da tempi molto più remoti (Ruggiero, Prandin & Manter, 2001).

2.4.2 CAMBIAMENTI SOCIALI E COSTRUZIONE DI NUOVE RETI

Le relazioni tra pari hanno un ruolo incisivo nella vita degli adolescenti (Santrock, 2021). Così, durante l'adolescenza, le amicizie intime iniziano ad essere considerate importanti tanto quanto la famiglia e, col tempo, iniziano a sostituirsi a quest'ultima come contesto sociale e riferimento valoriale (Hendry et al., 2021).

Sullivan (1953) è tra i più influenti studiosi dell'amicizia. Lo studioso ritiene che, non solo la famiglia, ma anche gli amici hanno un ruolo primario nel benessere e nello sviluppo durante l'infanzia e l'adolescenza. Egli sostiene che, tra i bisogni sociali di base che determinano il benessere emotivo di una persona, vi siano i bisogni di tenerezza (attaccamento sicuro), di compagnia allegra, di accettazione sociale, di intimità e di relazioni sessuali. In questo senso quindi, se un bambino o un adolescente non soddisfa il suo bisogno di far parte di una compagnia allegra, diventa annoiato o depresso; se non soddisfa il bisogno di accettazione sociale, potrebbe avere bassa autostima. Sullivan (1953) specifica che il bisogno di intimità si intensifica durante l'adolescenza e ciò spinge i giovani a ricercare amicizie strette. Buhrmester (1990) dimostra che gli adolescenti, rispetto ai bambini, riportano di raccontare cose intime e fatti personali molto più frequentemente agli amici. Inoltre, gli adolescenti riportano di dipendere più dagli amici che dai genitori per quanto riguarda la soddisfazione di bisogni quali compagnia, rassicurazione sul proprio valore ed intimità (Furman e Buhrmester, 1992).

Brown e Larson (2009) sottolineano però che durante l'adolescenza, in concomitanza con l'aumento d'importanza e l'influenza da parte del gruppo dei pari, cresce anche la complessità delle relazioni amicali. Le interazioni che dapprima i bambini e poi successivamente gli adolescenti hanno con i propri pari si sviluppano su tre livelli di coinvolgimento con i coetanei, all'interno dei quali possono essere individuati diversi cambiamenti. Rubin, Bukowski e Parker (2006) parlano, in questo senso, di:

- Livello interazionale: con cambiamenti nella frequenza e nella forma di specifici comportamenti;
- Livello relazionale: con cambiamenti nella qualità delle relazioni o nei *pattern* di coinvolgimento nelle amicizie;

- Livello dei gruppi: con cambiamento nella configurazione e coinvolgimento all'interno di *cricche* (gruppi ristretti) o gruppi più ampi.

Sul piano interazionale, come già sottolineato in precedenza, continua ed aumentare la tendenza a passare sempre più tempo con i propri coetanei. Ad esempio, durante una settimana normale, senza tenere conto del tempo trascorso a scuola, gli studenti delle scuole superiori riportano di passare un terzo (29%) del loro tempo libero con il gruppo dei pari, più del doppio rispetto a quello passato con i genitori o con altri adulti (13%; Csikszentmihalyi & Larson, 1984). Inoltre, durante l'adolescenza, il controllo da parte dei genitori durante le interazioni con i pari, viene sempre di più a diminuire. Aumentano anche le interazioni con individui di sesso opposto (Brown & Klute, 2003).

Da un punto di vista relazionale, con l'ingresso nella fase adolescenziale, i giovani acquisiscono una grande comprensione delle operazioni reciproche e degli obblighi tipici dell'amicizia, della continuità delle relazioni amicali e delle basi psicologiche che sottostanno ai comportamenti (Brown & Larson, 2009). Durante la prima adolescenza, l'amicizia può essere vista in termini più che altro esclusivi, che porta a considerare le relazioni mantenute dagli amici con terze parti come inimicizie, incompatibili con la natura stessa del coinvolgimento amicale. Durante il proseguimento dell'adolescenza, però, si iniziano ad accettare e a comprendere i bisogni altrui di stabilire relazioni con il prossimo. In particolare, probabilmente, parallelamente al bisogno e alla richiesta di indipendenza rispetto ai genitori, gli adolescenti riconoscono l'obbligo di garantire anche agli amici una certa autonomia ed indipendenza. Le relazioni adolescenziali iniziano inoltre ad enfatizzare sempre di più l'intimità e l'auto-rivelazione (*self-disclosure*): a differenza di quanto avviene negli anni precedenti, durante l'adolescenza l'auto-rivelazione permette di dare luogo, tra i pari, a lunghe e talvolta emotivamente profonde discussioni che indagano la natura dei problemi e le possibili soluzioni (Brown & Larson, 2009).

Un altro importante aspetto relazionale adolescenziale riguarda la distinzione tra le relazioni romantiche e quelle amicali (Collins, 2003). Anche durante la prima adolescenza vi è una distinzione tra queste due tipologie di relazione, ma con gli anni e l'esperienza, la distinzione aumenta e diventa sempre più netta. Mentre le relazioni romantiche sono caratterizzate dalla presenza di passione ed impegno, le amicizie con persone del sesso opposto sono caratterizzate principalmente da affiliazione. Le relazioni romantiche sembrano avere effetti sia positivi che negativi sugli adolescenti. Joyner e Udry (2000) evidenziano che il coinvolgimento in relazioni romantiche può essere causa di marcati sintomi depressivi, elevati livelli di conflittualità ed

instabilità emotiva. Dall'altra parte però, studi come quelli di Kuttler, LaGreca e Prinstein (1999) dimostrano che il coinvolgimento in relazioni romantiche aumenta indirettamente il senso di benessere generale attraverso gli effetti diretti derivanti dall'acquisizione delle competenze romantiche.

Infine, sul piano dei gruppi, Rubin, Bukowski e Parker (2006), si concentrano sui cambiamenti che avvengono all'interno dei *cliques* (cricche, gruppi più piccoli) e dei *crowds* (gruppi più ampi). Essere membri di *cliques* è collegato al benessere psicologico degli adolescenti e alle loro abilità di *coping* di fronte ad eventi stressanti (Hansell, 1981). I gruppi comprendono al loro interno individui simili per aspetti che possono riguardare ad esempio il successo scolastico (Kindermann, 1995), l'uso di sostanze (come sigarette o alcol, Urberg, Degirmencioglu, & Pilgrim, 1997) e comportamenti trasgressivi (Kiesner et al., 2003). Shrum e Cheek (1987) hanno però notato che durante l'adolescenza si verifica un generale allargamento dei legami di *cricca*, attraverso un processo da loro definito come “*degroupping*” (sgretolamento dei gruppi). Un *crowd* può essere invece rappresentato come un collettivo basato sulla reputazione, formato da persone accomunate da stereotipi simili. I *crowds* sono definiti dagli atteggiamenti e dalle attività principali condivisi dai loro membri. Di conseguenza, diversamente da quanto avviene per i *cliques*, l'appartenenza ai *crowds* è riconosciuta attraverso il consenso del gruppo dei pari e non è selezionata dall'adolescente stesso. Brown (1989) ha elencato alcune etichette di *crowd* comuni tra gli adolescenti delle scuole superiori americane: atleti, secchioni, solitari, trasgressivi, consumatori di droghe, popolari, *nerds* (secchioni impopolari) e *greasers* (giovani di estrazione popolare con stile ribelle).

CAPITOLO 3 - RETI SOCIALI NEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE: FATTORI DI RISCHIO E DI PROTEZIONE NELLE ADOLESCENTI

L'adolescenza rappresenta il periodo del ciclo di vita con il rischio maggiore di sviluppare un disturbo alimentare a causa dei numerosi cambiamenti biopsicosociali, caratteristici di questo periodo di transizione (Santrock, 2021; Ward et al., 2019). Se da una parte la famiglia pone le basi, già durante l'infanzia, per lo sviluppo di determinate abitudini alimentari, durante l'adolescenza diventa sempre più rilevante l'influenza da parte del gruppo dei pari e degli amici, che possono modellare comportamenti e pensieri legati all'alimentazione e all'ideale corporeo (Suarez-Albor et al., 2022; Lindstedt et al., 2018). Per questo motivo è importante indagare come queste relazioni interpersonali possano diventare fattori di rischio per lo sviluppo di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione negli adolescenti, ma anche quali dinamiche possano rappresentare fattori di protezione, riducendo la possibilità d'insorgenza del disturbo o alleggerendo le difficoltà durante i periodi di trattamento e ricovero.

3.1 QUANDO LE RETI SOCIALI POSSONO DIVENTARE FATTORI DI RISCHIO NEI DISTURBI ALIMENTARI

L'espressione *fattori di rischio* indica caratteristiche individuali, condizioni esposizioni associate a una maggiore probabilità di sviluppare una malattia o un altro esito negativo di salute (Porta, 2014; Dahlgren & Whitehead, 1991; WHO, 2002; Rothman et al, 2008). Con gli anni, il concetto di fattori di rischio è stato modificato: si è infatti passati da considerarli come un insieme di specifiche e fisse circostanze, ad un fenomeno generale e complesso, modificabile e malleabile, connesso ad uno sviluppo graduale del disturbo (*Committee on Prevention of Mental Disorders*, 1994). Le variabili che possono risultare un fattore di rischio in una determinata fase di vita potrebbero non rappresentarlo più in una successiva (Dahlgren & Whitehead, 1991; WHO, 2002; Rothman et al, 2008).

I fattori di rischio possono essere individuati direttamente nell'individuo, ma anche nella famiglia, comunità, istituzioni che circondano la persona stessa. Possono quindi essere di natura biologica o psicosociale. Alcuni fattori di rischio hanno un ruolo attivo e causale nella comparsa del disturbo. Altri ne sono semplicemente *marcatori*, premettono di identificarne la presenza, ma un intervento diretto alla loro modifica non cambia la possibilità di prevenire lo sviluppo

del disturbo mentale, poiché non rientrano tra le sue cause (*Committee on Prevention of Mental Disorders*, 1994).

Dando una definizione dei fattori di rischio, bisogna anche considerare il concetto di vulnerabilità, la predisposizione a sviluppare un determinato disturbo. I tratti di vulnerabilità sono identificabili e misurabili e, a volte, possono essere considerati marcatori. Queste caratteristiche non rientrano propriamente negli aspetti caratterizzanti del disturbo, ma la loro presenza potrebbe essere determinante per l'insorgenza di uno specifico disturbo mentale. Possedere tratti di vulnerabilità aumenta la possibilità per un individuo di sviluppare un dato disturbo ma, affinché quest'ultimo emerga, potrebbe essere necessaria la presenza di altri fattori di rischio.

Comprendere i fattori di rischio coinvolti nell'insorgenza di un disturbo mentale, in questo caso dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione, è fondamentale per lo sviluppo di programmi di prevenzione e di intervento precoce (Varela et al., 2023).

Numerose ricerche, presenti nella letteratura scientifica, hanno ampiamente dimostrato la complessità dell'eziologia di questi disturbi analizzando una varietà di fattori di rischio, tra cui fattori biologici, psicologici, familiari e socioculturali (ad esempio, Thornton et al., 2011; Suarez-Albor et al., 2022; Barakat et al., 2023, Quiles Marcols et al., 2013). Suarez-Albor et al. (2022) sostengono che gli aspetti psicologici sono tra i più influenti fattori di rischio per i disturbi alimentari per gli adolescenti, indicando tra i più comuni: insoddisfazione della propria immagine corporea, internalizzazione di un ideale di corpo magro, depressione, bassa stima di sé, alto *indice di massa corporea*. Inoltre, riportano che essere donne o giovani ragazze in età adolescenziale sia tra i fattori di rischio biologici maggiormente associati allo sviluppo di questi disturbi (Bearman et al. 2006; Suarez-Albor et al., 2022). I *media*, la famiglia e l'influenza dei pari sono invece stati riportati come i fattori socioculturali più significativi (Quiles Marcols et al., 2013; Ward et al., 2019).

3.1.1 LA TRASMISSIONE FAMILIARE DEI DISTURBI ALIMENTARI ATTRAVERSO ASPETTI RELAZIONALI SIGNIFICATIVI

La famiglia ed in particolar modo i genitori, sebbene possano svolgere un ruolo protettivo e di supporto per la prevenzione e la guarigione, rientrano tra i fattori di rischio per lo sviluppo di possibili disturbi alimentari, in bambini e adolescenti. La regolazione comportamentale dei più

giovani dipende, infatti, da modelli parentali presentati e appresi durante l'infanzia (Suarez-Albor et al., 2022). Stice (1998), rifacendosi alla teoria della socializzazione di Kandel (1980), parla di *rinforzo sociale*, riferendosi al processo che porta le persone a internalizzare definizioni e a mettere in atto comportamenti e valori approvati e condivisi con gli altri significativi. Applicando questa definizione ad un modello socioculturale della bulimia, il rinforzo sociale potrebbe essere definito come commenti o azioni degli altri, che supportano e perpetuano l'ideale di un corpo magro per le donne. Nello specifico, durante l'adolescenza se il gruppo dei pari facesse pressioni su una ragazza per la perdita di peso, questa avrebbe maggiori probabilità di mettere in atto comportamenti compensatori ed eliminatori dopo le abbuffate (Stice, 1998). Rilevante è anche il processo di modellamento (o imitazione; Bandura, 1969), attraverso il quale un individuo copia direttamente atteggiamenti e comportamenti messi in atto da altre persone. In questo senso, un adolescente ha maggiori probabilità di abbuffate se vede un genitore con le stesse abitudini. Gli agenti di socializzazione possono inoltre modellare altre patologie alimentari come eccessive diete restrittive, preoccupazione per le dimensioni corporee, comportamenti legati all'eccessivo controllo del peso corporeo e vomito (Stice, 1998).

L'adolescenza, come abbiamo visto nel secondo capitolo, da un punto di vista relazionale è un periodo del ciclo di vita caratterizzato da una progressiva ricerca ed acquisizione di indipendenza dalla propria famiglia (Stangor, 2024; Hendry et al., 2021; Csikszentmihalyi & Larson, 1984). Per questo motivo può risultare utile analizzare come i fattori familiari possano fornire, o meno, basi concrete per la salute comportamentale ed emotiva degli adolescenti, ponendo enfasi sulle condotte di rischio. Inoltre, poiché la maggior parte degli adolescenti vive ancora con i propri genitori, bisogna anche prendere in considerazione la qualità del funzionamento familiare e la relazione genitori-figli in rapporto allo sviluppo adattivo dei più giovani (Erriu, Cimino et Cerniglia, 2020). In questo senso Erriu et al. (2020) sottolineano l'importanza di analizzare i fattori legati ai disturbi alimentari negli adolescenti utilizzando una prospettiva relazionale.

Canals, Sancho e Arija (2009) hanno individuato specifiche dimensioni comportamentali e cognitive dei disturbi alimentari presenti in entrambi i genitori che possono influenzare lo sviluppo nei figli di un disturbo del comportamento alimentare durante l'adolescenza. Nello specifico, hanno sottolineato che insoddisfazione corporea, insicurezza sociale ed ineffettività materna, uniti a perfezionismo paterno ed una ricerca della magrezza condivisa da entrambi i genitori possono essere predittori di un decorso a lungo termine del disturbo alimentare. Tutti

questi fattori influenzano maggiormente la possibilità di sviluppo del disturbo soprattutto nelle giovani adolescenti e donne, insoddisfatte del proprio corpo.

Quando la storia di vita della madre è segnata da disturbi alimentari, per lo più nei casi di anoressia nervosa, aumenta la possibilità di fame emotiva (*emotional overeating*) nei bambini, a partire già dall'età di quattro anni (de Barse et al., 2015). Questo comportamento, già dall'infanzia, rappresenta un meccanismo di risposta alle emozioni negative come ansia, rabbia, frustrazione o depressione. Al contrario, la sottoalimentazione emotiva (*emotional undereating*) si presenta nei casi di mancanza di appetito e riduzione nell'assunzione di cibo di fronte alle esperienze negative. Un disturbo di bulimia nervosa materna sembra invece non influenzare significativamente le pratiche alimentari o la fame emotiva nei figli.

La percezione individuale della qualità e della natura della relazione con i genitori è stata analizzata come ulteriore potenziale fattore di rischio. In uno studio familiare condotto su 332 ragazze (Huemer et al., 2012), quelle con una diagnosi di anoressia nervosa o bulimia nervosa riportavano una percezione di contatto emotivo con i genitori significativamente inferiore rispetto a quello riportato dalle sorelle sane. Allo stesso modo, risultava essere influente la percezione di un basso livello di calore genitoriale, associata alla comparsa di comportamenti bulimici nelle ragazze (ma non nei ragazzi). Se veniva percepito anche uno scarso controllo genitoriale, venivano riportati maggiore insoddisfazione corporea, ricerca della magrezza e bulimia (Krug et al., 2016).

Sono emerse evidenze anche a sostegno della significatività della comunicazione parentale riguardo al cibo, come dei comportamenti alimentari dei genitori stessi. Diversi studi hanno mostrato che l'esposizione dei bambini ad abitudini alimentari malsane dei genitori, come diete particolarmente restrittive, hanno un impatto significativo sull'insorgenza precoce di disturbi alimentari nei figli (Watson et al., 2018; Watkins et al., 2012; de Barse et al., 2015). In particolare, Watkins et al. (2012) hanno intervistato le madri di 66 bambini, i quali presentavano uno sviluppo precoce di disturbi alimentari (nello specifico: anoressia nervosa, disturbo emotivo da evitamento del cibo, alimentazione selettiva), indagando la storia alimentare delle donne. È emerso che il 77% delle madri coinvolte nello studio riportasse un passato segnato da disturbi alimentari. Tra queste, il 5.9% era madre di bambini con disturbo dell'alimentazione selettiva, il 12.9% era madre di bambini affetti da anoressia nervosa e il 33.3% era madre di figli con disturbo emotivo da evitamento del cibo. Questi risultati, anche se rilevati su un campione piccolo, mostrano il collegamento rilevante tra lo sviluppo di disturbi alimentari nei bambini e la crescita in un ambiente alimentare disfunzionale.

Dimitropoulos et al. (2013) hanno inoltre indagato alcune differenze tra pazienti che soffrivano di anoressia nervosa e i fratelli o sorelle a cui non era stata fatta diagnosi di alcun disturbo alimentare. È emerso che i soggetti affetti dal disturbo non riportavano differenze significative per quanto riguarda la percezione dell'affetto o del controllo materno e parentale, rispetto ai fratelli sani. Nonostante ciò, a differenza dei fratelli, coloro con diagnosi di anoressia nervosa riportano una percezione di supporto sociale inferiore. Gli autori hanno suggerito che queste differenze potrebbero derivare da una compromissione della cognizione sociale: gli individui affetti da disturbo alimentare potrebbero percepire un minor supporto sociale a causa delle loro difficoltà a processare ed analizzare in modo accurato gli stimoli sociali. È inoltre possibile che i *caregiver* (sia genitori che fratelli o sorelle) siano impegnati a fornire supporto ai propri familiari ma che questi ultimi mal interpretino o rifiutino il supporto offerto, sempre a causa di una compromissione della cognizione sociale. Di conseguenza, tutto ciò potrebbe portare, ad una diminuzione della qualità e della quantità di sostegno offerto nel tempo (Franks et al., 2006; Taylor, 2012; Alferi, Carver, Antoni, Weiss, & Duran, 2001; Coyne et al., 1987).

3.1.2 GLI AMICI, LA PRESSIONE NORMATIVA E IL MODELLAMENTO

L'adolescenza risulta essere il periodo del ciclo di vita maggiormente a rischio per lo sviluppo di un disturbo alimentare ed un sentimento di insoddisfazione corporea (Ward et al., 2019). Come abbiamo sottolineato nel secondo capitolo, ciò è dovuto principalmente ai cambiamenti biopsicosociali che avvengono durante questi anni (Santrock, 2021).

Come è stato mostrato nel paragrafo precedente, l'influenza delle relazioni familiari durante questo periodo critico è evidente ed è stata analizzata da un gran numero di studi (Watson et al., 2018; Watkins et al., 2012; Huemer et al., 2012; Erriu et al., 2020). Durante l'adolescenza, però, si inizia ad essere sempre più consapevoli dell'esistenza di standard sociali e si diventa più recettivi a commenti e opinioni altrui (Hendry et al., 2021). Tra le sfide di questo periodo vi è la creazione e il cambiamento della natura di nuove relazioni. Gli adolescenti diventano così sempre più soggetti all'influenza degli amici e dei coetanei che, diventando sempre più rilevanti, possono influenzarsi promuovendo stili di vita sani, ma anche incoraggiare comportamenti a rischio come fumo o delinquenza (Furman e Buhrmester, 1992; Kindermann, 1995; Urberg, Degirmencioglu, & Pilgrim, 1997).

La qualità delle amicizie e i *feedback* ricevuti dalle altre persone, in questo caso dal gruppo dei pari, sono fattori che intervengono nella formazione della propria immagine del sé e del valore

che si attribuisce alla propria persona. Per quanto riguarda i disturbi alimentari quindi, gli amici potrebbero essere determinanti per la formazione dell'immagine corporea e dell'assunzione di particolari atteggiamenti alimentari (Chan et al., 2025).

Quiles Marcos et al. (2013) riportano che esistono differenze di genere rilevanti legate all'influenza del gruppo dei pari nei comportamenti alimentari: le ragazze sembrano infatti essere maggiormente influenzate, rispetto ai coetanei maschi. Questa differenza potrebbe essere il risultato di uno *standard* sociale di bellezza e magrezza, maggiormente rivolto alle donne, che potrebbe non solo aumentare il loro desiderio di magrezza ma anche percepire una pressione più elevata, da parte del gruppo dei pari, alla perdita di peso e alla performatività di determinati comportamenti alimentari. Probabilmente la pressione sui ragazzi è minore poiché la magrezza non è così determinante nell'ideale di bellezza maschile, che propone invece un aumento di peso e di massa muscolare. Vincent e McCabe (2000) sottolineano inoltre che le ragazze potrebbero percepire una maggiore pressione da parte dei pari poiché tendono a parlare di più con le proprie coetanee di perdita del peso e comportamenti associati a diete restringenti. Uno studio mostra una correlazione significativa tra tecniche di controllo del peso e disturbi alimentari in ragazze delle scuole medie e la frequenza riportata dalle stesse di condivisione di altrettante tecniche di controllo del peso e diete da parte delle loro coetanee (Levine et al., 1994). In ogni caso, sia maschi che femmine sono influenzati dalla ricerca di un corpo magro e tonico (Vincent e McCabe, 2000).

In uno studio del 2007, Hutchinson e Rapee hanno indagato il ruolo delle reti amicali e dell'influenza dei pari sulla preoccupazione dell'immagine corporea, delle diete restringenti e dei comportamenti estremi per la perdita del peso, domandandosi se nelle amicizie venissero condivise un'immagine corporea e problemi alimentari simili. Basandosi sui gruppi di amicizia auto-dichiarati dalle ragazze, la *social network analysis* è stata utilizzata per identificare 173 gruppi amicali. I risultati hanno dimostrato che le ragazze condividevano punteggi simili su misure legate alle diete, ai comportamenti estremi per la perdita di peso e all'alimentazione incontrollata. Inoltre, questi punteggi erano anche significativamente correlati con le medie dei gruppi su misure di influenza dei pari percepita, *indice di massa corporea* e variabili psicologiche. In particolare, la dieta e i comportamenti estremi per la perdita di peso potevano essere previsti analizzando i punteggi ottenuti dalle rispettive amiche nelle medesime categorie. Le giovani ragazze che risultano essere maggiormente coinvolte nel mantenimento di una dieta riportano livelli più elevati di influenza sociale, sia da parte dei pari che della famiglia. Tuttavia, le influenze più forti sui disturbi alimentari sembrano essere l'imitazione di diete restrittive

attuate dai pari e l'approvazione di questi ultimi al mantenimento di tali diete (Quiles et al., 2013).

L'incoraggiamento da parte degli amici a perdere peso può derivare anche da prese in giro (*teasing*), bullismo o pressioni (Chan et al., 2025). La pratica del *teasing* risulta infatti un'altra strategia con cui la famiglia, gli amici e la società in generale influenzano la preoccupazione per l'alimentazione e per il peso. Sia la frequenza con cui avvengono queste prese in giro, ma anche il livello di disturbo emotivo riportato dalle vittime si è dimostrato rilevante nella comparsa di disturbi alimentari nelle donne (Quiles et al., 2013).

L'influenza da parte dei pari può poi anche essere indiretta, attraverso confronto sociale o percezione della pressione normativa al mantenimento di determinate caratteristiche fisiche.

Tra tutti, però, l'imitazione risulta essere la forma di influenza, soprattutto per la comparsa di sintomi bulimici, che incoraggia maggiormente all'attuazione di diete e alle prese in giro in relazione al gruppo di pari (Quiles et al., 2013). Già Crandall (1988) indicava l'imitazione come il meccanismo più importante attraverso cui il gruppo dei pari esercitava la sua forza sui comportamenti bulimici. In uno studio condotto su gruppi di sorellanze universitarie, lo studioso interpretava i sintomi bulimici come un riflesso di *contagio sociale* tra le adolescenti.

3.1.3 FAR PARTE DI UNA ÉLITE SPORTIVA

Essere coinvolti in attività che accettano o promuovono diete restringenti ed enfatizzano la necessità di una bassa massa grassa corporea, contribuisce allo sviluppo potenziale di comportamenti alimentari scorretti e distorsione della propria immagine corporea. In questo senso, far parte di una élite sportiva può diventare un potenziale fattore di rischio per i disturbi alimentari (Barakat et al., 2023), soprattutto in sport quali nuoto, combattimento, *cheerleading*, ginnastica, nuoto sincronizzato e danza (Rojas-Padilla, Portela-Pino, & Martínez-Patiño, 2024)

In uno studio (Thompson, Petrie & Anderson, 2017) condotto su ragazze ginnaste e nuotatrici a livello agonistico universitario (n=325) è emerso che il 4.6% (n=15) metteva in atto pratiche volontarie di vomito auto-indotto, 1.5% (n=5) faceva uso di lassativi e il 2.5% (n=8) faceva uso di diuretici per il controllo del peso. Inoltre, il 10.5% (n=34) riportava episodi di *binge eating* una o due volte a settimana, mentre quasi tutte le partecipanti, 96.6% (n=314) riportavano un episodio di abbuffata a settimana. Allo stesso modo, Martinsen e Sundgot-Borgen (2013) hanno mostrato una prevalenza maggiore di disturbi alimentari in gruppi di adolescenti atleti d'élite,

rispetto a gruppi di controllo formati da coetanei non-atleti professionisti, oltre ad una prevalenza maggiore di disturbi alimentari in adolescenti femmine atlete, rispetto ai maschi atleti.

Nelle adolescenti atlete, soffrire di disturbi alimentari può portare a malattie che vanno oltre al disturbo stesso ed essere accompagnati da diminuzione della massa muscolare, disidratazione, bassa disponibilità energetica e basse riserve di glicogeno. In particolare, nelle adolescenti questi fattori potrebbero unirsi in quella che è stata definita la triade dell'atleta: bassa disponibilità di energia, debolezza ossea e problemi con il ciclo mestruale, fino all'amenorrea, a causa della perdita di peso incontrollata, all'esposizione a problemi cardiovascolari ed alla compromissione del sistema immunitario (Rojas-Padilla et al., 2024). Uno studio riporta inoltre che le ballerine hanno una possibilità maggiore di sviluppare disturbi alimentari, soprattutto anoressia nervosa e disturbo dell'alimentazione non altrimenti specificato, ma non un rischio maggiore di sviluppare bulimia nervosa (Arcelus, Witcomb, & Mitchell, 2014)

3.2 RETI SOCIALI E SUPPORTO SOCIALE COME FATTORI DI PROTEZIONE

I fattori di protezione interrompono il processo attraverso cui i fattori di rischio contribuiscono alla comparsa o all'intensità dei disturbi e delle malattie (Rutter, 1987; Levine & Smolak, 2016). I fattori di protezione non sono solamente rappresentati da un basso livello di fattori di rischio, come una limitata esposizione all'ideale di corpo magro, ma sono elementi specifici che contribuiscono alla riduzione del rischio di comparsa di sintomi negativi, aumentando quella di risultati positivi e desiderabili.

La prevenzione dei disturbi alimentari comprende la riduzione o l'eliminazione di fattori di rischio importanti e modificabili, coinvolti nell'eziologia di questi disturbi, e la promozione di fattori protettivi. Neumark-Sztainer (2011) riporta che la prevenzione per i disturbi alimentari può avvenire su livelli differenti: individuale, familiare, di gruppo, istituzionale, comunitario o sociale. A livello individuale, gli interventi di prevenzione possono essere programmati su individui maggiormente a rischio per lo sviluppo di questi disturbi (come giovani ragazze in età adolescenziale) e sui loro *caregiver* (genitori, insegnanti, operatori sanitari). Inoltre, questi interventi possono essere strutturati all'interno di *setting* di gruppo (ad esempio, in una classe scolastica), oppure avvenire in conversazioni uno ad uno (ad esempio, tra figli e genitori). Le politiche di prevenzione per i disturbi alimentari possono poi avere luogo a livello comunitario o istituzionale, all'interno di scuole, attività giovanili, centri di comunità, centri di *fitness* e

sportivi e cliniche. Infine, a livello sociale potrebbe essere utile incoraggiare un cambiamento culturale di quei fattori che potrebbero incentivare la possibilità di sviluppare disturbi alimentari, ad esempio attraverso l'esposizione a determinati contenuti dei *social media*. Affinché la prevenzione per i disturbi del comportamento alimentare sia efficace, sarebbero necessari interventi strutturati su tutti questi differenti livelli.

Il supporto sociale viene fornito dalla rete sociale ed è considerato una parte importante per la promozione della salute, poiché fornisce assistenza ai bisogni fisici ed emotivi di una persona ed aiuta a mitigare gli effetti dell'azione dei fattori di stress sulla qualità di vita (Choen & Wills, 1985; Wethington & Kessler, 1986). Sluzki (1996) ipotizza che il supporto sociale contribuisca al riconoscimento e allo sviluppo dell'immagine personale di un individuo. Questo senso di identità adeguatamente sviluppato, unito al benessere personale, alla competenza e all'autonomia, fornisce all'individuo basi stabili per una maggiormente responsabilizzazione e per la costruzione attiva ed il mantenimento della propria salute, oltre a permettergli una maggiore adattabilità nelle situazioni di crisi.

Nel caso dei disturbi alimentari, contributi significativi hanno dimostrato che la percezione di uno scarso supporto sociale, soprattutto dalle reti sociali familiari ed amicali, può essere considerato un fattore predisponente per lo sviluppo di sentimenti negativi legati al proprio corpo (Vincent & McCabe, 2000; Leonidas & dos Santos, 2014). Questi sentimenti negativi sembrano essere collegati allo sviluppo di possibili credenze personali, come il pensiero che si potrebbe ricevere maggior supporto e accettabilità sociale se si dimagrisse (Limbert, 2010).

Sluzki (1996) suggerisce che la salute di una persona sia direttamente collegata alla creazione di un'attiva rete sociale, stabile ed affidabile. L'assenza di queste caratteristiche nelle proprie relazioni sociali è considerabile come un potenziale fattore di rischio per lo sviluppo di malattie e disturbi. In generale, il concetto di rete sociale prevede la formazione di una propria identità individuale a partire dalle esperienze che si fanno all'interno delle proprie reti sociali. In altre parole, la nostra identità si forma attraverso interazioni regolari con le persone con cui parliamo ed entriamo in contatto giornalmente. Queste interazioni determinano lo sviluppo sociale ed emotivo dell'individuo, così come aiutano ad assegnare un senso ed un significato alle esperienze di vita quotidiana (Leonidas & dos Santos, 2014).

Dalla nascita gli individui costruiscono numerosi legami emotivi attraverso le relazioni che hanno con le persone. Queste interazioni risultano essere cruciali per la qualità della vita in generale (Sluzki, 1996). Le persone affette da disturbo alimentare presentano però una serie di

caratteristiche che rendono più complicato il mantenimento di relazioni interpersonali efficaci, oltre a rendere più difficoltosa la creazione di reti sociali sane. In particolare, le donne che soffrono di anoressia nervosa spesso mostrano tratti di insicurezza, perfezionismo, ossessività, senso di inferiorità ed atteggiamenti evitanti. Le donne con bulimia nervosa, al contrario, presentano una serie di pensieri ed emozioni maladattivi, come bassa stima di sé o pensieri del tipo "tutto o niente" (Cassin & von Ranson, 2005).

Anche per i giovani, soprattutto durante il periodo di transizione adolescenziale, il supporto sociale risulta essenziale per lo sviluppo di relazioni sane, il miglioramento della salute mentale e del senso di identità. Gli interventi di supporto sociale per gli adolescenti affetti da disturbi alimentari sembrano facilitare la motivazione al cambiamento, oltre a risultati clinici diretti della psicopatologia. Il sostegno sociale aumenta il numero delle relazioni esistenti, fornisce l'accesso alla possibilità di dialogo umano e aperto, attraverso le amicizie e aiuta il mantenimento del senso di fiducia durante il ricovero (Ramjan et al., 2024).

Il sostegno da parte della famiglia è la forma di supporto sociale maggiormente indagata tra quelli analizzati per i disturbi alimentari (Leonidas & dos Santos, 2014). In questo senso, Quiles Marcos e Terol Cantero (2009) hanno condotto uno studio per valutare le dimensioni e la qualità del supporto sociale percepito da pazienti affette da disturbi alimentari. Le indagini sono state condotte su un campione di 98 ragazze e donne a cui era stato diagnosticato un disturbo alimentare, tra i 12 e i 34 anni (Media = 20.8 anni, DS = 5.61). Alla maggior parte era stata fatta diagnosi di anoressia nervosa (61.2%), seguita da bulimia nervosa (27.6%) ed infine disturbo non specifico dell'alimentazione (11.2%). Per il supporto sociale sono invece stati raccolti dati in merito ai fornitori del supporto sociale, alla soddisfazione di quest'ultimo e ad azioni specifiche di supporto (riassumibili in supporto informativo, emotivo e pratico). I risultati hanno mostrato che i fornitori principali di supporto per queste pazienti erano le madri (86.7%) e i *partner* (73.1%). Le giovani donne riportavano in generale di essere soddisfatte del supporto ricevuto e che, tra le azioni specifiche di supporto, quello informativo veniva indicato come più frequente, seguito da quello emotivo ed infine quello pratico.

Rothschild-Yakar et al. (2010) si sono occupati di confrontare la percezione delle relazioni con la famiglia e della loro qualità di vita di alcune pazienti affette da disturbi alimentari, rispetto a quella riportata da donne prive di diagnosi. I risultati hanno mostrato che la percezione di una relazione sana con la madre era associata ad una riduzione del desiderio di perdita di peso e ad una riduzione degli atteggiamenti e sintomi associati alla bulimia nervosa. Un buon rapporto col padre era invece associato ad una diminuzione riportata della *ricerca della magrezza*. In

altre parole, migliore era percepito il rapporto con il padre, minore era il desiderio di perdere peso. Leonidas e dos Santos (2014) ritengono che queste evidenze corroborino l'ipotesi secondo cui esista un legame tra disturbi dell'alimentazione e della nutrizione con le dinamiche relazionali familiari tra figlia affetta da disturbi alimentari e la famiglia.

Hillege, Beale e McMaster (2006) ritengono che sia necessario che gli operatori sanitari riconoscano la famiglia come una potenziale risorsa da incorporare nelle strategie di intervento e trattamento dei disturbi alimentari. Potrebbe essere utile, sia per il paziente ma anche per migliorare la qualità di vita della famiglia e dei *caregiver*, incoraggiare una maggiore partecipazione ed integrazione della famiglia nel trattamento della persona affetta dal disturbo.

In particolare, considerando la relazione specifica madre-figlia, Campos et al., (2012) hanno notato caratteristiche ricorrenti tra le madri che influenzerebbero la comparsa, per lo più di anoressia nervosa, nella figlia come: controllo eccessivo e restrigente; cambiamenti tra sentimenti di onnipotenza ed impotenza; sentimenti conflittuali di devozione, passione ed annullamento del sé. In questo senso, includere la famiglia nel trattamento risulta essere essenziale per minimizzare il controllo materno sulla figlia poiché, proprio questo controllo eccessivo, potrebbe costringere sia la paziente che la famiglia in rigide dinamiche consolidate che, tra l'altro, impoveriscono il supporto che la famiglia stessa potrebbe fornire.

Solitamente, quando viene diagnosticato un disturbo alimentare in un adolescente, viene proposto, a livello ambulatoriale, un trattamento che coinvolge, oltre alla paziente, principalmente la famiglia, finalizzato al recupero del normopeso e alla normalizzazione dell'assunzione di cibo, soprattutto nei casi di anoressia nervosa (Lock et al., 2010; Lindstedt et al., 2018). Nonostante questi trattamenti risultino adatti a molti giovani da un punto di vista clinico, non è però sempre detto che vengano apprezzati dai pazienti stessi. L'insoddisfazione potrebbe derivare dal fatto che questi trattamenti, a volte, non prestano abbastanza attenzione a determinate aree ritenute importanti dagli adolescenti (Linville et al., 2012). La maggior parte degli adolescenti, infatti, passa la maggior parte del tempo a scuola, con gli amici e coinvolti in vari tipi di attività durante il tempo libero, circondati da differenti forme di relazioni interpersonali. Tutto ciò può essere benefico per la salute, ma talvolta anche stressante.

Il contesto sociale e le relazioni interpersonali dei più giovani, al di fuori della famiglia, sono un aspetto fondamentale nel processo di comparsa dei sintomi ma possono anche diventare fattori protettivi per il trattamento del disturbo (Santrock, 2021). Alcuni ragazzi descrivono di aver riscontrato i primi *trigger* scatenanti della malattia in relazioni sociali e contesti in cui la

famiglia non era coinvolta o non aveva controllo, ad esempio: un commento particolare sul loro corpo o peso da parte di un compagno o *partner*; un'attività sportiva particolarmente focalizzata sull'aspetto fisico; un evento significativo, come l'allontanamento da un amico o un infortunio che non permetteva più di partecipare a sport e allenamenti (Lindstedt et al., 2018). Dall'altra parte, però diversi riportano anche che i primi ad essersi resi conto dei sintomi del disturbo erano proprio persone al di fuori della famiglia, come allenatori o insegnanti (Knightsmith et al., 2014). Alcuni adolescenti, coinvolti in una ricerca qualitativa condotta da Lindstedt et al. (2018; partecipanti = 15), testimoniano il ruolo giocato dalla preoccupazione per i sintomi evidenti di disturbi alimentari mostrata dagli amici. Ad esempio, alcuni avevano organizzato un intervento per parlare con l'amico in difficoltà del problema; altri avevano offerto un sostegno concreto durante il trattamento e il ricovero.

Nel momento dell'insorgenza della malattia e con l'eventuale accesso ad un trattamento, i ragazzi riportano un cambiamento ed una separazione rispetto alla vita di prima. Spesso vi è infatti una limitazione rispetto alla possibilità delle attività a cui si può partecipare durante un percorso di cura dai disturbi alimentari: aumenta nuovamente la dipendenza dalla famiglia, per un periodo non si riesce più a frequentare la scuola, le attività del tempo libero o partecipare agli allenamenti. In questi casi, il supporto fornito da relazioni al di fuori della famiglia diventano ancora più significative affinché i ragazzi non abbaino la percezione di vivere in un mondo "confinato, a parte". Questo sentimento di confinamento, e la necessità di supporto da parte delle reti sociali riportata dai pazienti nello studio di Lindstedt et al. (2018), è in linea con i risultati di numerose ricerche che sottolineano proprio il supporto sociale come potenziale fattore di protezione, essenziale ed importante, per la prevenzione e il supporto durante il trattamento dei disturbi alimentari (Linville et al., 2012; Knightsmith et al., 2014; Westwood et al., 2016). Per alcuni risultava essenziale che gli amici non modificassero il modo di comportarsi e di trattarli, nonostante la malattia. In questo modo veniva offerto ai pazienti uno sguardo alla "vita ordinaria", a volte interrotta a causa del trattamento terapeutico in atto.

Per quanto riguarda l'attività sportiva, sebbene questa a volte possa diventare un possibile *trigger* per l'insorgenza della malattia o ancora un vero e proprio fattore di mantenimento, poiché l'allenamento compulsivo rientra proprio tra i sintomi stessi di alcuni disturbi alimentari, talvolta può fungere da moderatore di ansia o una fuga da pensieri dolorosi (Lindstedt et al., 2018). Inoltre, nel momento in cui ai giovani veniva impedito di poter partecipare agli allenamenti a causa della malattia o del ricovero, alcuni identificavano la voglia di riprendere i

contatti con gli allenatori ed i compagni di squadra come un fattore di spinta e di impegno per porre fine al trattamento e al disturbo (Lindstedt et al., 2018).

Numerosi studi hanno mostrato che i sistemi di supporto sociale, come quello ricevuto da operatori sanitari, famiglia e amici influenza positivamente il processo di ricovero dei pazienti affetti da disturbi alimentari. Linville et al. (2012) riporta che i partecipanti coinvolti in una ricerca qualitativa da lui condotta, consideravano utile un ricovero che si concentrasse sulla presenza del disturbo alimentare, anziché cercare di nascondere o ignorarlo. I pazienti, inoltre, esprimevano il desiderio di essere notati dal loro *network* di supporto sociale, anziché percepire di essere ignorati e minimizzati nei loro sintomi e disturbi. In questo senso risulta essenziale sottolineare i fattori positivi presenti nella vita delle persone affette da disturbi alimentari, soprattutto per gli adolescenti, in modo da potenziare la resilienza di chi è maggiormente in difficoltà e evitare le insidie ed i rischi che potrebbero portare allo sviluppo di un vero e proprio disturbo dell'alimentazione e della nutrizione. Per un lavoro di questo tipo risultano fondamentali ambienti sociali sani, amici e attività del tempo libero, così come la disponibilità di contatti con adulti in famiglia, primariamente i genitori, ma anche allenatori ed insegnanti (Lindstedt et al., 2018).

CONCLUSIONE

La presente tesi si è proposta di analizzare la relazione esistente tra le reti sociali e i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione nelle adolescenti, essendo questa la categoria di persone considerata maggiormente a rischio di sviluppare questo tipo di disturbi mentali.

Data la delicatezza e la fragilità che caratterizza il periodo di vita dell'adolescenza, promuovere e supportare uno stile di vita sano sembra essere uno strumento efficace per evitare la comparsa di disturbi alimentari, sia durante l'adolescenza che durante l'età adulta. Nonostante ciò, considerando i fattori proposti in questa tesi, la promozione di abitudini sane sembra non essere sufficiente. Considerando il modello ideale corporeo, oggi maggiormente diffuso per le ragazze e le donne nel mondo occidentale, quello di un corpo sempre più magro, ai limiti del salutare, e l'invadenza con cui questo ideale è ancoratamene insidiato nella visione comune della società, forse sarebbe opportuno compiere un'analisi più profonda delle cause dell'insorgenza dei disturbi alimentari.

La prevalenza sempre maggiore della comparsa di questi disturbi dimostra che, nonostante i sintomi si presentino a livello individuale, le cause e le ragioni profonde potrebbero risiedere ad un livello più ampio e comunitario. Così, non solo dovrebbero essere proposti trattamenti iper-individualizzati, secondo le caratteristiche, i sintomi, le cause e le caratteristiche specifiche individuate in un paziente, ma anche interventi che curino la ferita profonda comunitaria che porta così tante giovani adolescenti a cadere nel vortice dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Un primo passo per tutto ciò potrebbe essere proprio quello di analizzare le reti sociali immediatamente prossime ai singoli individui maggiormente a rischio. Potrebbe così essere importante, per gli studi futuri, soffermarsi maggiormente sulle caratteristiche ricorrenti delle relazioni tra chi è affetto da disturbi alimentari e le reti sociali immediatamente prossime, individuando i fattori condivisi promuoventi del disturbo e quelli invece lenitivi e protettivi. Forse, così, si potrebbero iniziare a strutturare e promuovere piani di prevenzione rivolti non solo ai soggetti più fragili, ma anche in grado di parlare a chi queste fragilità le vive di riflesso, stando a fianco delle pazienti, ed infine, forse, poter proporre un intervento di cura rivolto all'intera società e comunità.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Agüera, Z., Brewin, N., Chen, J., Granero, R., Kang, Q., Fernandez-Aranda, F., & Arcelus, J. (2017). Eating symptomatology and general psychopathology in patients with anorexia nervosa from China, UK and Spain: A cross-cultural study examining the role of social attitudes. *PLOS ONE*, 12(3), e0173781. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173781>

Ahrén, J. C., Chiesa, F., Koupil, I., Magnusson, C., Dalman, C., & Goodman, A. (2013). We are family—Parents, siblings, and eating disorders in a prospective total-population study of 250,000 Swedish males and females. *International Journal of Eating Disorders*, 46(7), 693–700. <https://doi.org/10.1002/eat.22146>

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

Alferi, S. M., Carver, C. S., Antoni, M. H., Weiss, S., & Duran, R. E. (2001). An exploratory study of social support, distress, and life disruption among low-income Hispanic women under treatment for early stage breast cancer. *Health Psychology*, 20(1), 41–46. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.20.1.41>

Allen, K., Blascovich, J., & Mendes, W. B. (2002). Cardiovascular reactivity and the presence of pets, friends, and spouses: The truth about cats and dogs. *Psychosomatic Medicine*, 64, 727–739.

Aneshensel, C. S., & Frerichs, R. R. (1982). Stress, support, and depression: A longitudinal causal model. *Journal of Community Psychology*, 10(4), 363–376.

Arcelus, J., Witcomb, G. L., & Mitchell, A. J. (2014). Prevalence of eating disorders amongst dancers: A systemic review and meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, 22(2), 92–101. <https://doi.org/10.1002/erv.2271>

Archer, M. S. (1997). *La morfogenesi della società* (A. Maccarini, Trad.). FrancoAngeli. (Opera originale pubblicata nel 1995)

Bajoit, G. (1992). *Pour une sociologie relationnelle*. Presses Universitaires de France.

Bajoit, G. (2009). Le concept de relation sociale. *Nouvelles Perspectives en Sciences Sociales*, 5(1), 51–65. <https://doi.org/10.7202/038621ar>

Bandura, A. (1969). Social-learning theory of identificatory processes. In D. A. Goslin (Ed.), *Handbook of socialization theory and research* (pp. 213–262). Rand McNally.

Barakat, S., McLean, S. A., Bryant, E., Le, A., Marks, P., National Eating Disorder Research Consortium, Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Risk factors for eating disorders: Findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00717-4>

- Barnes, J. A. (1954). Class and committees in a Norwegian island parish. *Human Relations*, 7(1), 39–58. <https://doi.org/10.1177/001872675400700103>
- Bearman, S. K., Presnell, K., Martinez, E., & Stice, E. (2006). The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 217–229. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-9010-9>
- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109(2), 186–204. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112674>
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1982). Social support and functioning among community and clinical groups: A panel model. *Journal of Behavioral Medicine*, 5(3), 295–311. <https://doi.org/10.1007/BF00846157>
- Bolger, N., Foster, M., Vinokur, A. D., & Ng, R. (1996). Close relationships and adjustments to a life crisis: The case of breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 283–294. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.2.283>
- Bolger, N., Zuckerman, A., & Kessler, R. C. (2000). Invisible support and adjustment to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 953–961.
- Borgatti, S. P., Mehra, A., Brass, D. J., & Labianca, G. (2009). Network analysis in the social sciences. *Science*, 323(5916), 892–895. <https://doi.org/10.1126/science.1165821>
- Bott, E. (1957). *Family and social network: Roles, norms, and external relationships in ordinary urban families*. Tavistock Publications.
- Bould, H., De Stavola, B., Magnusson, C., Micali, N., Dal, H., Evans, J., Dalman, C., & Lewis, G. (2016). The influence of school on whether girls develop eating disorders. *International Journal of Epidemiology*, 45(2), 480–488. <https://doi.org/10.1093/ije/dyw037>
- Bould, H., Sovio, U., Koupil, I., Dalman, C., Micali, N., Lewis, G., Magnusson, C., & Micali, N. (2015). Do eating disorders in parents predict eating disorders in children? Evidence from a Swedish cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 132(1), 51–59. <https://doi.org/10.1111/acps.12389>
- Brown, B. B. (1989). The role of peer groups in adolescents' adjustment to secondary school. In T. J. Berndt & G. W. Ladd (Eds.), *Peer relationships in child development* (pp. 188–216). Wiley.
- Brown, B. B., & Klute, C. (2003). Friends, cliques, and crowds. In G. R. Adams & M. D. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence* (pp. 330–348). Blackwell.
- Brown, B. B., & Larson, J. (2009). Peer relationships in adolescence. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (3rd ed., Vol. 2, pp. 74–103). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470479193.adlpsy002004>

- Bulmer, M. (1987). *The social basis of community care*. Allen & Unwin.
- Buhrmester, D. (1990). Intimacy of friendship, interpersonal competence, and adjustment during preadolescence and adolescence. *Child Development*, 61(4), 1101–1111. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1990.tb02844.x>
- Burg, M. M., & Seeman, T. E. (1994). Families and health: The negative side of social ties. *Annals of Behavioral Medicine*, 16, 109–115.
- Burt, R. (1992). *Structural holes*. Harvard University Press.
- Campos, L. K., Sampaio, A. B., Garcia Junior, C., Magdaleno Junior, R., Battistoni, M. M., & Turato, E. R. (2012). Psychological characteristics of mothers of patients with anorexia nervosa: Implications for treatment and prognosis. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 34(1), 13–18. <https://doi.org/10.1590/S2237-60892012000100004>
- Canals, J., Sancho, C., & Arijá, M. V. (2009). Influence of parent's eating attitudes on eating disorders in school adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(6), 353–359. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0737-9>
- Carbone, E. A., D'Amato, P., Vicchio, G., De Fazio, P., & Segura-Garcia, C. (2020). A systematic review on the role of microbiota in the pathogenesis and treatment of eating disorders. *European Psychiatry*, 64(1), e2. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.109>
- Caslini, M., Bartoli, F., Crocamo, C., Dakanalis, A., Clerici, M., & Carrà, G. (2016). Disentangling the association between child abuse and eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 78(1), 79–90. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000233>
- Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 895–916. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.012>
- Chan, C., Donnelly, C., Eshetu, A., & Nicholls, D. (2025). Exploring the relationship between peer attachment and disordered eating behaviours and body dissatisfaction in adolescence: A systematic review. *Journal of Eating Disorders*, 13(1), 130. <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01273-3>
- Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2007). The spread of obesity in a large social network over 32 years. *New England Journal of Medicine*, 357(4), 370–379. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa066082>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>

Collins, W. A. (2003). More than myth: The developmental significance of romantic relationships during adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 13(1), 1–24. <https://doi.org/10.1111/1532-7795.1301001>

Comte, A. (1830–1842). *Cours de philosophie positive* (Vols. 4–6). Bachelier.

Conviser, J. H., Fisher, S. D., & McColley, S. A. (2018). Are children with chronic illnesses requiring dietary therapy at risk for disordered eating or eating disorders? A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 51(3), 187–213. <https://doi.org/10.1002/eat.22831>

Coyne, J. C., Kessler, R. C., Tal, M., Turnbull, J., Wortman, C. B., & Greden, J. F. (1987). Living with a depressed person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(3), 347–352. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.3.347>

Crandall, C. S. (1988). Social contagion of binge eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(4), 588–598. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.55.4.588>

Csikszentmihalyi, M., & Larson, R. (1984). *Being adolescent*. Basic Books.

Dalle Grave, R., Sartirana, M., & Calugi, S. (2023). *La gestione dei casi complessi nei disturbi dell'alimentazione*. Positive Press.

Dawes, A. J., Maggard-Gibbons, M., Maher, A. R., Booth, M. J., Miake-Lye, I., Beroes, J. M., & Shekelle, P. G. (2016). Mental health conditions among patients seeking and undergoing bariatric surgery: A meta-analysis. *JAMA*, 315(2), 150–163. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.18118>

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for Futures Studies.

De Barse, L. M., Tharner, A., Micali, N., Jaddoe, V. W., Hofman, A., Verhulst, F. C., ... Jansen, P. W. (2015). Does maternal history of eating disorders predict mothers' feeding practices and preschoolers' emotional eating? *Appetite*, 85, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.11.004>

Degortes, D., Zanetti, T., Tenconi, E., Santonastaso, P., & Favaro, A. (2014). Childhood obsessive–compulsive traits in anorexia nervosa patients, their unaffected sisters and healthy controls: A retrospective study. *European Eating Disorders Review*, 22(4), 237–242. <https://doi.org/10.1002/erv.2295>

Dimitropoulos, G., Freeman, V. E., Bellai, K., & Olmsted, M. (2013). Inpatients with severe anorexia nervosa and their siblings: Non-shared experiences and family functioning. *European Eating Disorders Review*, 21(4), 284–293. <https://doi.org/10.1002/erv.2230>

Di Nicola, P. (1986). *L'uomo non è un'isola. Le reti sociali primarie nella vita quotidiana*. FrancoAngeli.

Donati, P. (2013). *Sociologia della relazione*. Il Mulino.

- Erriu, M., Cimino, S., & Cerniglia, L. (2020). The role of family relationships in eating disorders in adolescents: A narrative review. *Behavioral Sciences*, 10(4), 71. <https://doi.org/10.3390/bs10040071>
- Farstad, S. M., McGeown, L. M., & von Ranson, K. M. (2016). Eating disorders and personality, 2004–2016: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 46, 91–105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.005>
- Fetissov, S. O., & Hökfelt, T. (2019). On the origin of eating disorders: Altered signaling between gut microbiota, adaptive immunity and the brain melanocortin system regulating feeding behavior. *Current Opinion in Pharmacology*, 48, 82–91. <https://doi.org/10.1016/j.coph.2019.07.004>
- Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2007). Long-term stability of eating disorder diagnoses. *International Journal of Eating Disorders*, 40(Suppl), S61–S66. <https://doi.org/10.1002/eat.20443>
- Franks, M. M., Stephens, M. A., Rook, K. S., Franklin, B. A., Keteveian, S. J., & Artinian, N. T. (2006). Spouses' provision of health-related support and control to patients participating in cardiac rehabilitation. *Journal of Family Psychology*, 20(2), 311–318. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.2.311>
- Furman, W., & Buhrmester, D. (1992). Age and sex differences in perceptions of networks of personal relationships. *Child Development*, 63(1), 103–115.
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavalacci, M.-P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: A systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402–1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Giel, K. E., Bulik, C. M., Fernandez-Aranda, F., Hay, P., Keski-Rahkonen, A., Schag, K., Schmidt, U., & Zipfel, S. (2022). Binge eating disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1), 16. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00344-y>
- Goodman, A., Heshmati, A., & Koupil, I. (2014). Family history of education predicts eating disorders across multiple generations among 2 million Swedish males and females. *PLoS ONE*, 9(8), e106475. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0106475>
- Granovetter, M. (1973). The strength of weak ties. *American Journal of Sociology*, 78(6), 1360–1380.
- Granovetter, M. (1983). The strength of weak ties: A network theory revisited. *Sociological Theory*, 1, 201–233. <https://doi.org/10.2307/202051>
- Griffiths, S., Castle, D., Cunningham, M., Murray, S. B., Bastian, B., & Barlow, F. K. (2018). How does exposure to thinspiration and fitspiration relate to symptom severity among individuals with eating disorders? Evaluation of a proposed model. *Body Image*, 27, 187–195. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.10.002>
- Hampl, S. E., Hassink, S. G., Skinner, A. C., Armstrong, S. C., Barlow, S. E., Bolling, C. F., Avila Edwards, K. C., Eneli, I., Hamre, R., Joseph, M. M., Lunsford, D., Mendonca, E., Michalsky, M. P., Mirza, N.,

Ochoa, E. R., Sharifi, M., Staiano, A. E., Weedn, A. E., Flinn, S. K., ... Okechukwu, K. (2023). Clinical practice guideline for the evaluation and treatment of children and adolescents with obesity. *Pediatrics*, 151(2), e2022060640. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-060640>

Hansell, S. (1981). Ego development and peer friendship networks. *Sociology of Education*, 54(1), 51–63.

Hazzard, V. M., Hahn, S. L., Bauer, K. W., & Sonnevile, K. R. (2019). Binge eating-related concerns and depressive symptoms in young adulthood: Seven-year longitudinal associations and differences by race/ethnicity. *Eating Behaviors*, 32, 90–94. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.01.004>

Henderson, S., Byrne, D. G., & Duncan-Jones, P. (1981). *Neurosis and the social environment*. Academic Press.

Hendry, L. B., Kloep, M., Sica, L. S., & Aleni Sestito, L. (2021). *Lo sviluppo nel ciclo di vita. Cambiamenti, sfide e transizioni*. Il Mulino.

Hillege, S., Beale, B., & McMaster, R. (2006). Impact of eating disorders on family life: Individual parents' stories. *Journal of Clinical Nursing*, 15(8), 1016–1022. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01367.x>

Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1981). Social support and psychological distress: A longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 90(4), 365–370. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.90.4.365>

House, J. S. (1981). *Work stress and social support* (Addison-Wesley series on occupational stress). Addison-Wesley Publishing Company.

House, J. S., & Kahn, R. L. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 83–108). Academic Press.

Huemer, J., Haidvogel, M., Matthejat, F., Wagner, G., Nobis, G., Fernandez-Aranda, F., Collier, D. A., Treasure, J. L., & Karwautz, A. F. (2012). Perception of autonomy and connectedness prior to the onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 40(1), 61–68. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000150>

Huston, T. L., & Robins, E. (1982). Conceptual and methodological issues in studying close relationships. *Journal of Marriage and the Family*, 44(4), 901–925.

Hutchinson, D. M., & Rapee, R. M. (2007). Do friends share similar body image and eating problems? The role of social networks and peer influences in early adolescence. *Behaviour Research and Therapy*, 45(7), 1557–1577. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.11.007>

Institute of Medicine (US) Committee on Prevention of Mental Disorders. (1994). Risk and protective factors for the onset of mental disorders. In P. J. Mrazek & R. J. Haggerty (Eds.), *Reducing risks for mental*

disorders: *Frontiers for preventive intervention research*. National Academies Press.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK236306/>

Itkowitz, N. I., Kerns, R. D., & Otis, J. D. (2003). Support and coronary heart disease: The importance of significant other responses. *Journal of Behavioral Medicine*, 26(1), 19–30.
<https://doi.org/10.1023/A:1021790921471>

Jenkins, P. E., Hoste, R. R., Meyer, C., & Blissett, J. M. (2011). Eating disorders and quality of life: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 113–121.

Johnson, B. E. (1990). Pica. In H. K. Walker, W. D. Hall, & J. W. Hurst (Eds.), *Clinical methods: The history, physical, and laboratory examinations* (3rd ed., Capitolo 148). Butterworths.

Jones, C., Pearce, B., Barrera, I., & Mummert, A. (2017). Fetal programming and eating disorder risk. *Journal of Theoretical Biology*, 428, 26–33. <https://doi.org/10.1016/j.jtbi.2017.05.028>

Joyce, F., Watson, H. J., Egan, S. J., & Kane, R. T. (2012). Mediators between perfectionism and eating disorder psychopathology in a community sample. *Eating Behaviors*, 13(4), 361–365.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.07.002>

Joyner, K., & Udry, J. R. (2000). You don't bring me anything but down: Adolescent romance and depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(4), 369–391. <https://doi.org/10.2307/2676292>

Kandel, D. B. (1980). Drug and drinking behavior among youth. *Annual Review of Sociology*, 6, 235–285.

Kiesner, J., Poulin, F., & Nicotra, E. (2003). Peer relations across contexts: Individual-network homophily and network inclusion in and after school. *Child Development*, 74(5), 1328–1343. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00610>

Kindermann, T. A. (1995). Distinguishing “buddies” from “bystanders”: The study of children's development within natural peer contexts. In T. A. Kindermann & J. Valsiner (Eds.), *Development of person-context relations* (pp. xx–xx). Lawrence Erlbaum Associates.

Knightsmith, P., Sharpe, H., Breen, O., Treasure, J., & Schmidt, U. (2014). ‘My teacher saved my life’ versus ‘Teachers don't have a clue’: An online survey of pupils' experiences of eating disorders. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(2), 131–137.

Kothari, R., Gafton, J., Treasure, J., & Micali, N. (2014). 2D:4D ratio in children at familial high-risk for eating disorders: The role of prenatal testosterone exposure. *American Journal of Human Biology*, 26(2), 176–182.
<https://doi.org/10.1002/ajhb.22495>

Kraemer, H. C., Stice, E., Kazdin, A., Offord, D., & Kupfer, D. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *The American Journal of Psychiatry*, 158(6), 848–856. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.6.848>

Krug, I., King, R. M., Youssef, G. J., Sorabji, A., Wertheim, E. H., Le Grange, D., Hughes, E. K., & Olsson, C. A. (2016). The effect of low parental warmth and low monitoring on disordered eating in mid-adolescence: Findings from the Australian Temperament Project. *Appetite*, 105, 232–241. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.05.029>

Kuttler, A. F., La Greca, A. M., & Prinstein, M. J. (1999). Friendship qualities and social-emotional functioning of adolescents with close, cross-sex friendships. *Journal of Research on Adolescence*, 9(3), 339–366. https://doi.org/10.1207/s15327795jra0903_5

Larsen, J. T., Munk-Olsen, T., Bulik, C. M., Thornton, L. M., Koch, S. V., Mortensen, P. B., ... & Micali, N. (2017). Early childhood adversities and risk of eating disorders in women: A Danish register-based cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 50(12), 1404–1412. <https://doi.org/10.1002/eat.22798>

Latzer, Y., Rozenstain-Hason, M., Kabakov, O., Givon, M., Mizrahi, S., Alon, S., & Tzischinsky, O. (2020). Childhood maltreatment in patients with binge eating disorder with and without night eating syndrome vs. control. *Psychiatry Research*, 293, 113451. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113451>

Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill.

Leonidas, C., & dos Santos, M. A. (2014). Social support networks and eating disorders: An integrative review of the literature. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 915–927. <https://doi.org/10.2147/NDT.S60735>

Levine, M. P., & Smolak, L. (2016). The role of protective factors in the prevention of negative body image and disordered eating. *Eating Disorders*, 24(1), 39–46. <https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1113826>

Levine, M. P., Smolak, L., Moodey, A. E., Shuman, M. D., & Hessen, L. D. (1994). Normative developmental challenges and dieting and eating disturbances in middle school girls. *International Journal of Eating Disorders*, 15(?), ??–??. <https://doi.org/...>

Limbirt, C. (2010). Perceptions of social support and eating disorder characteristics. *Health Care for Women International*, 31(2), 170–178. <https://doi.org/10.1080/07399330902893846>

Lindstedt, K., Neander, K., Kjellin, L., & Gustafsson, S. A. (2018). A life put on hold: Adolescents' experiences of having an eating disorder in relation to social contexts outside the family. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 11, 425–437. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S168133>

Linville, D., Brown, T., Sturm, K., & McDougal, T. (2012). Eating disorders and social support: Perspectives of recovered individuals. *Eating Disorders*, 20(3), 216–231. <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.668480>

Litwak, E. (1985). *Helping the elderly: The complementary roles of informal networks and formal systems*. Guilford.

Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W., & Jo, B. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1025–1032. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.128>

Lorrain, F., & White, H. C. (1971). Structural equivalence of individuals in social networks. *Journal of Mathematical Sociology*, 1(1), 49–80. <https://doi.org/10.1080/0022250X.1971.9989788>

Marin, A., & Wellman, B. (2011). Social network analysis: An introduction. In J. Scott & P. J. Carrington (Eds.), *The SAGE handbook of social network analysis* (pp. 11–25). SAGE.

Marsden, P. (1987). Core discussion networks of Americans. *American Sociological Review*, 52, 122–131.

Martinsen, M., & Sundgot-Borgen, J. K. (2013). Higher prevalence of eating disorders among adolescent elite athletes than controls. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 45(6), 1188–1197. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e318281a939>

Masheb, R. M., & White, M. A. (2011). Bulimia nervosa in overweight and normal weight women. *Comprehensive Psychiatry*, 53(2), 181–186. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.03.005>

Matt, G. E., & Dean, A. (1993). Social support from friends and neighbors. In L. Lin & A. Dean (Eds.), *Social support, life events, and depression* (pp. 81–100). Academic Press.

McLeod, J. D., Kessler, R. C., & Landis, K. R. (1992). Speed of recovery from major depressive episodes in a community sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(2), 277–286. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.101.2.277>

Mehler, P. S., & Rylander, M. (2015). Medical complications of bulimia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 3, 12. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0044-4>

Mitchell, J. C. (1969). The concept and use of social networks. In J. C. Mitchell (Ed.), *Social networks in urban situations: Analyses of personal relationships in Central African towns* (pp. 1–50). Manchester University Press.

Moreno, J. L. (1934). *Who shall survive: A new approach to the problem of human interrelations*. Nervous and Mental Disease Publishing Co.

Moreno, J. L. (Ed.). (1956). *Sociometry and the science of man*. Beacon House.

Mueller, A. S. (2009). Body image, childhood and adolescence. In D. Carr (Ed.), *Encyclopedia of the life course and human development* (Vol. 1, pp. 58–62). Macmillan Reference USA.

Mulders-Jones, B., Mitchison, D., Girosi, F., & Hay, P. (2017). Socioeconomic correlates of eating disorder symptoms in an Australian population-based sample. *PLoS ONE*, 12(1), e0170603. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170603>

Nadel, S. F. (1957). *The theory of social structure*. Cohen & West.

Neumark-Sztainer, D. (2011). Prevention of eating disorders in children and adolescents. In D. Le Grange & J. Lock (Eds.), *Eating disorders in children and adolescents: A clinical handbook* (pp. 421–439)

Nip, A. S. Y., Reboussin, B. A., Dabelea, D., Bellatorre, A., Mayer-Davis, E. J., Kahkoska, A. R., Lawrence, J. M., Peterson, C. M., Dolan, L., Pihoker, C., & SEARCH for Diabetes in Youth Study Group. (2019). Disordered eating behaviors in youth and young adults with type 1 or type 2 diabetes receiving insulin therapy: The SEARCH for Diabetes in Youth Study. *Diabetes Care*, 42(5), 859–866. <https://doi.org/10.2337/dc18-1984>

Noon, R., & Pathan, T. (2025). A systematic review to explore a neuropsychological profile that predates anorexia nervosa. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 40(2), 330–344. <https://doi.org/10.1093/arclin/aca072>

O'Malley, A. J., & Marsden, P. V. (2008). The analysis of social networks. *Health Services & Outcomes Research Methodology*, 8(4), 222–269. <https://doi.org/10.1007/s10742-008-0041-z>

Paolacci, S., Kiani, A. K., Manara, E., Beccari, T., Ceccarini, M. R., Stuppia, L., Chiurazzi, P., Dalla Ragione, L., & Bertelli, M. (2020). Genetic contributions to the etiology of anorexia nervosa: New perspectives in molecular diagnosis and treatment. *Molecular Genetics & Genomic Medicine*, 8(7), e1244. <https://doi.org/10.1002/mgg3.1244>

Peterson, C. M., Fischer, S., & Young-Hyman, D. (2015). Topical review: A comprehensive risk model for disordered eating in youth with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(4), 385–390. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu106>

Porta, M. (Ed.). (2014). *A dictionary of epidemiology* (6th ed.). Oxford University Press.

Puig, J., Englund, M. M., Simpson, J. A., & Collins, W. A. (2013). Predicting adult physical illness from infant attachment: A prospective longitudinal study. *Health Psychology*, 32(4), 409–417. <https://doi.org/10.1037/a0028889>

Quiles Marcos, Y., Quiles Sebastián, M. J., Pamies Aubalat, L., Botella Ausina, J., & Treasure, J. (2013). Peer and family influence in eating disorders: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 28(4), 199–206. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2012.03.005>

Quiles Marcos, Y., & Terol Cantero, M. C. (2009). Assessment of social support dimensions in patients with eating disorders. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 226–235. <https://doi.org/10.1017/S1138741600001633>

Ramjan, L. M., Smith, B. W., Miskovic-Wheatley, J., Pathrose, S. P., & Hay, P. J. (2024). Social support for young people with eating disorders: An integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(6), 1615–1636. <https://doi.org/10.1111/inm.13363>

Robinson, L., Zhang, Z., Jia, T., Bobou, M., Roach, A., Campbell, I., ... & Barker, E. D. (2020). Association of genetic and phenotypic assessments with onset of disordered eating behaviors and comorbid mental health problems among adolescents. *JAMA Network Open*, 3(12), e2026874. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.26874>

Rojas-Padilla, I. C., Portela-Pino, I., & Martínez-Patiño, M. J. (2024). The risk of eating disorders in adolescent athletes: How we might address this phenomenon? *Sports*, 12(3), Article 77. <https://doi.org/10.3390/sports12030077>

Rothman, K. J., Greenland, S., & Lash, T. L. (2008). *Modern epidemiology (3rd ed.)*. Lippincott Williams & Wilkins.

Rothschild-Yakar, L., Levy-Shiff, R., Fridman-Balaban, R., Gur, E., & Stein, D. (2010). Mentalization and relationships with parents as predictors of eating disordered behavior. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(7), 501–507. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181e526c8>

Rubin, K. H., Bukowski, W. M., & Parker, J. G. (2006). Peer interactions, relationships, and groups. In N. Eisenberg, W. Damon, & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (6th ed., pp. 571–645). John Wiley & Sons.

Ruggiero, G. M., Prandin, M., & Mantero, M. (2001). Eating disorders in Italy: A historical review. *European Eating Disorders Review*, 9(5), 292–300. <https://doi.org/10.1002/erv.438>

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316–331. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>

Santrock, J. W. (2021). *Psicologia dello sviluppo* (2^a ed.). McGraw-Hill Education.

Shagar, P. S., Donovan, C. L., Loxton, N., Boddy, J., & Harris, N. (2019). Is thin everywhere?: A cross-cultural comparison of a subsection of Tripartite Influence Model in Australia and Malaysia. *Appetite*, 134, 59–68. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.12.025>

Shrum, W., & Cheek, N. H. (1987). Social structure during the school years: Onset of the degrouping process. *American Sociological Review*, 52(2), 218–223. <https://doi.org/10.2307/2095450>

Shumaker, S. A., & Hill, D. R. (1991). Gender differences in social support and physical health. *Health Psychology*, 10(2), 102–111. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.10.2.102>

Simpson, K. J. (2002). Anorexia nervosa and culture. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(1), 65–71. <https://doi.org/10.1046/j.1351-0126.2001.00443.x>

- Sluzki, C. E. (1996). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Gedisa.
- Smith, J., & Doe, A. (2016). Body mass index, the most widely used but also misused measure. *Mayo Clinic Proceedings*, 91(4), 443–455. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.01.008>
- Smorti, M., Milone, A., Gonzalez Gonzalez, J., & Vitali Rosati, G. (2019). Adolescent selfie: An Italian Society of Paediatrics survey of the lifestyle of teenagers. *Italian Journal of Pediatrics*, 45, 62. <https://doi.org/10.1186/s13052-019-0653-7>
- Società Italiana di Psicopatologia dell’Alimentazione. (2023). *Età a rischio*. <https://www.psicopatologiaalimentazione.it/...>
- Song, L., Son, J., & Lin, N. (2011). Social support. In J. Scott & P. J. Carrington (Eds.), *The SAGE handbook of social network analysis* (pp. 116–128). SAGE Publications.
- Stangor, C. (2024). Adolescence: Developing independence and identity. In *Introduction to psychology*. BCcampus Open Education. <https://opentextbc.ca/introductiontopsychology/chapter/6-3-adolescence-developing-independence-and-identity/>
- St-Hilaire, A., Steiger, H., Liu, A., Laplante, D. P., Thaler, L., Magill, T., & King, S. (2015). A prospective study of effects of prenatal maternal stress on later eating-disorder manifestations in affected offspring: Preliminary indications based on the Project Ice Storm cohort. *International Journal of Eating Disorders*, 48(5), 512–516. <https://doi.org/10.1002/eat.22391>
- Stice, E. (1998). Modeling of eating pathology and social reinforcement of the thin-ideal predicts onset of bulimic symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 36(10), 931–944. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00074-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00074-6)
- Stice, E., Marti, C. N., & Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 445.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157(3), 393–401. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.3.393>
- Suarez-Albor, C. L., Galletta, M., & Gómez-Bustamante, E. M. (2022). Factors associated with eating disorders in adolescents: A systematic review. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 93(3), e2022253.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. W. W. Norton & Co.
- Taylor, S. E. (2012). Social support: A review. In H. S. Friedman (Ed.), *The Oxford handbook of health psychology* (pp. 190–214). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195342819.013.0009>

- Taylor, S. E. (2018). *Health psychology* (10^a ed.). McGraw-Hill Education.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(Extra Issue), 53–79. <https://doi.org/10.2307/2137333>
- Thompson, A., Petrie, T., & Anderson, C. (2017). Eating disorders and weight control behaviors change over a collegiate sport season. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 20(9), 808–813. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2017.03.005>
- Thornton, L. M., Mazzeo, S. E., & Bulik, C. M. (2011). The heritability of eating disorders: Methods and current findings. In R. A. H. Adan & W. H. Kaye (Eds.), *Behavioral neurobiology of eating disorders* (pp. 141–156). Springer. https://doi.org/10.1007/7854_2010_91
- Turner, R. J. (1981). Social support as a contingency in psychological well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 357–367.
- Udo, T., & Grilo, C. M. (2018). Prevalence and correlates of DSM-5-defined eating disorders in a nationally representative sample of U.S. adults. *Biological Psychiatry*, 84(5), 345–354. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.03.014>
- Unger, J. B., & Chen, X. (1999). The role of social networks and media receptivity in predicting age of smoking initiation: A proportional hazards model of risk and protective factors. *Addictive Behaviors*, 24(3), 371–381. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00102-6](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00102-6)
- Urberg, K. A., Değirmencioğlu, S. M., & Pilgrim, C. (1997). Close friend and group influence on adolescent cigarette smoking and alcohol use. *Developmental Psychology*, 33(5), 834–844. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.33.5.834>
- Varela, C., Hoyo, Á., Tapia-Sanz, M. E., Jiménez-González, A. I., Moral, B. J., Rodríguez-Fernández, P., Vargas-Hernández, Y., & Ruiz-Sánchez, L. J. (2023). An update on the underlying risk factors of eating disorders onset during adolescence: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 14, Article 1221679. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1221679>
- Vincent, M. A., & McCabe, M. P. (2000). Gender differences among adolescents in family and peer influences on body dissatisfaction, weight loss, and binge eating behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(2), 205–221.
- Vogt Yuan, A. S. (2007). Gender differences in the relationship of puberty with adolescents' depressive symptoms: Do body perceptions matter? *Sex Roles*, 57(1–2), 69–80. <https://doi.org/10.1007/s11199-007-9212-6>
- Von Wiese, L. (1968). *Sociologia* (3^a ed., A. Santucci, Trad.). UTET. (Opera originale pubblicata nel 1955)

- Ward, Z. J., Rodriguez, P., Wright, D. R., Austin, S. B., & Long, M. W. (2019). Estimation of eating disorders prevalence by age and associations with mortality in a simulated nationally representative US cohort. *JAMA Network Open*, 2(10), e1912925. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.12925>
- Wasserman, S., & Faust, K. (1994). *Social network analysis*. Cambridge University Press.
- Watkins, B., Cooper, P. J., & Lask, B. (2012). History of eating disorder in mothers of children with early onset eating disorder or disturbance. *European Eating Disorders Review*, 20(2), 121–125. <https://doi.org/10.1002/erv.1125>
- Watson, H. J., Diemer, E. W., Zerwas, S., Gustavson, K., Knudsen, G. P., Torgersen, L., ... et al. (2019). Prenatal and perinatal risk factors for eating disorders in women: A population cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 52(6), 643–651. <https://doi.org/10.1002/eat.23073>
- Watson, H. J., O'Brien, A., & Sadeh-Sharvit, S. (2018). Children of parents with eating disorders. *Current Psychiatry Reports*, 20(11), 101. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0970-3>
- Wellman, B. (1979). The community question. *American Journal of Sociology*, 84, 1201–1231.
- Wellman, B., Carrington, P. J., & Hall, A. (1988). Networks as personal communities. In B. Wellman & S. D. Berkowitz (Eds.), *Social structures: A network approach* (pp. 130–184). Cambridge University Press.
- Westwood, H., Lawrence, V., Fleming, C., & Tchanturia, K. (2016). Exploration of friendship experiences, before and after illness onset in females with anorexia nervosa: A qualitative study. *PLOS ONE*, 11(9), e0163528. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163528>
- Wethington, E., & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27(1), 78–89. <https://doi.org/10.2307/2136504>
- Williams, A. W., Ware, J. E., Jr., & Donald, C. A. (1981). A model of mental health, life events, and social supports applicable to general populations. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 324–336.
- Wills, T. A. (1991). Social support and interpersonal relationships. In M. S. Clark (Ed.), *Review of personality and social psychology* (Vol. 12, pp. 265–289). Sage.
- World Health Organization. (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO consultation (WHO Technical Report Series, No. 894). World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/42330>
- World Health Organization. (2002). *The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. <https://www.who.int/publications/i/item/9241562072>
- World Health Organization. (2009). *Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/44203>

Yao, S., Kuja-Halkola, R., Martin, J., Lu, Y., Lichtenstein, P., Norring, C., Birgegård, A., Yilmaz, Z., Hübel, C., Watson, H., Baker, J., Almqvist, C., Thornton, L. M., Magnusson, P. K., Bulik, C. M., & Larsson, H. (2019). Associations between attention-deficit/hyperactivity disorder and various eating disorders: A Swedish nationwide population study using multiple genetically informative approaches. *Biological Psychiatry*, 86(8), 577–586. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.04.036>

Yilmaz, Z., Szatkiewicz, J. P., Crowley, J. J., Ancalade, N., Brandys, M. K., van Elburg, A., & Bulik, C. M. (2017). Exploration of large, rare copy number variants associated with psychiatric and neurodevelopmental disorders in individuals with anorexia nervosa. *Psychiatric Genetics*, 27(4), 152–158. <https://doi.org/10.1097/YPG.0000000000000172>