



UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA

Dipartimento di Scienze Umane e Sociali

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2022/2023

TESI DI LAUREA

LA PSICOPATOLOGIA DEL PERFEZIONISMO E SINTOMI EMERGENTI

Docente 1° relatore: Prof. GIUSEPPE DI MARIA

Docente 2° relatore: Prof.ssa LAURA FERRO

Candidata: FEDERICA SANNA

N. Matricola: 20 D03 291

INDICE

INTRODUZIONE	2
CAPITOLO 1	
VERSO UNA COMPrensIONE DEL PERFEZIONISMO	4
1.1. Cos'è il perfezionismo e come si sviluppa	4
1.1.1. Predisposizione genetica e influenze ambientali	9
1.2. La società perfezionista	12
CAPITOLO 2	
PERFEZIONISMO E PATOLOGIA	15
2.1. Il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità	16
2.2. I disturbi d'ansia	22
2.2.1. Disturbo d'ansia sociale	27
2.2.2. Disturbo d'ansia generalizzato	29
CAPITOLO 3	
PERFEZIONISMO E CORPO	32
3.1. I disturbi dell'alimentazione	32
3.1.1. Anoressia	38
3.1.2. Bulimia	40
3.2. La vigoressia: un disturbo del nuovo Millennio	42
CONCLUSIONE	48
BIBLIOGRAFIA	50

INTRODUZIONE

Il perfezionismo è un concetto altamente indefinito, che acquisisce significato solo se analizzato come una sfumatura di aspetti più ampi di cui può esser parte e su cui potrebbe svolgere un'influenza. La scelta di tale argomento è nata da un interesse rispetto all'indagine dei fattori che possono portare l'individuo ad agire in maniera perfezionista, quindi sia l'eventuale presenza di una predisposizione genetica, sia l'influenza di fattori ambientali e socio-culturali; ma soprattutto, da un desiderio di ricerca relativo al perfezionismo come sintomo di psicopatologie.

Il presente elaborato ha quindi l'obiettivo di chiarire il costrutto di perfezionismo, andando ad individuare una definizione che ne delimiti i confini operativi e sciolga tale complessità.

Prima di tutto, l'aspetto centrale che contribuisce a rendere difficile la comprensione del perfezionismo è che esso non può essere considerato né positivo né negativo a priori. Appare infatti necessario differenziare tra un tipo di perfezionismo sano e uno patologico, in quanto le caratteristiche tipiche del perfezionismo, quali ad esempio gli standard elevati e l'estrema organizzazione, non sempre sono disfunzionali. Dunque, è necessario sottolineare che si parla di perfezionismo patologico solo nel caso in cui esso comporti un effetto sul funzionamento e sul benessere psicofisico del soggetto. Per tale motivo, questo lavoro si apre con un'esposizione generale sul perfezionismo e delle teorie maggiormente influenti sul tema (Hollander, 1965; Hamachek, 1978; Burns, 1980; Frost, Marten, Lahart e Rosenblate, 1990; Hewitt e Flett, 1991; Slaney e Ashby, 1996; Slade e Owens, 1998; Shafran, Fairburn e Cooper, 2002; Stoeber e Otto, 2006; Egan, Wade e Shafran, 2011). Successivamente mi soffermerò sui disturbi di cui il perfezionismo sembra essere un componente, indagando il suo ruolo nell'insorgenza e nel mantenimento degli stessi. In primo luogo, mi concentrerò sul disturbo di personalità ossessivo-compulsivo (DOCP), degno di analisi se si considera che il perfezionismo rigido è uno dei criteri diagnostici del disturbo (DSM 5), per poi occuparmi dei disturbi d'ansia, in quanto l'ansia intensa è uno degli elementi maggiormente associati al perfezionismo patologico. In seguito, tratterò del gruppo di disturbi dell'alimentazione (DCA), che viene sempre più associato al perfezionismo in quanto elemento che influenza l'insorgenza e il mantenimento dei DCA, e concluderò con l'analisi di un disturbo relativamente nuovo, la vigoressia, che per questo motivo propongo di definire come "disturbo del nuovo Millennio", e ulteriormente il ruolo del perfezionismo in tale patologia. La vigoressia implica infatti la percezione del proprio corpo come insufficientemente muscoloso e porta l'individuo a mettere in atto condotte volte al continuo miglioramento del proprio aspetto fisico.

Questo elaborato prende spunto primariamente da articoli scientifici e studi in merito, e durante tutto il lavoro la mia riflessione riguarderà anche il ruolo della società contemporanea nelle condotte perfezioniste e nell'insorgenza dei disturbi che presento. Tale aspetto mi permette di indicare la necessità di ulteriori studi e di un'indagine attenta degli elementi ambientali e socio-culturali, in quanto le patologie di cui tratterò dimostrano di essere in crescita nella popolazione occidentale. Viviamo in una società che crea individui perfezionistici? O abbiamo solamente raffinato le tecniche per la loro rilevazione?

1. VERSO UNA COMPRESIONE DEL PERFEZIONISMO

1.1. Cos'è il perfezionismo e come si sviluppa

La definizione di perfezionismo proposta dall'Enciclopedia *Treccani* è la seguente: “tendenza nevrotica (generalmente di tipo ossessivo) che consiste nel richiedere da sé stessi e dagli altri prestazioni al di sopra delle proprie o delle altrui possibilità”. Il perfezionismo è un'espressione nota a tutti e ampiamente utilizzata nel linguaggio quotidiano, ma ciò che dovremmo chiederci è se il significato di tale termine è davvero racchiuso in questa definizione o se si può andare oltre. Come possiamo capire se una persona è perfezionista o se la sua è solo una tendenza alla ricerca di eccellenza?

Innanzitutto, non esiste una definizione specifica e condivisa di perfezionismo, e sembreremmo essere lontani da una concettualizzazione teorica che metta d'accordo l'intera comunità scientifica. Questo è dovuto all'estrema complessità del costrutto, che non è inscrivibile all'interno di limiti specifici e ben delimitati. Una definizione su cui molti studiosi del tema sembrano concordare (Frost, Marten, Lahart e Rosenblate, 1990; Flett e Hewitt, 2002) è che il perfezionismo è la propensione ad una ricerca di raggiungimento di livelli di prestazione eccessivamente elevati, affiancata alla tendenza ad una valutazione ipercritica rispetto ai propri insuccessi, o almeno a prestazioni percepite come tali.

Il perfezionismo è quindi una forma di rigidità che allontana l'individuo dalla possibilità di sentirsi soddisfatto, e al contrario lo porta ad una percezione di sé come inadeguato. Il perfezionista è terrorizzato dalla possibilità di sbagliare e per questo tende spesso a procrastinare, il che può influire sulla sua capacità di portare a termine un compito. Un piccolo errore è infatti sufficiente perché consideri la sua intera prestazione un fallimento. Utilizza un pensiero del tipo “tutto o niente” (Burns, 1980), per lui una *performance* può rappresentare solamente un successo totale o un insuccesso. Questa sua rigidità e razionalità è stata anche discussa nel cosiddetto *nirvana fallacy* (Demsetz, 1969), che si può definire come la convinzione che ci sia sempre, per qualunque problema, una soluzione “perfetta” possibile. I perfezionisti, inoltre, provano molto spesso senso di colpa, solitamente relativo alla loro percezione di non fare abbastanza o di aver sbagliato, oltre a vergogna, bassa autostima e forte senso di incertezza. L'eccessiva ruminazione rende anche difficile per il perfezionista perdonare sé stesso in seguito ad un fallimento e un meccanismo di difesa molto comune messo in atto è l'evitamento. Inoltre, numerosi studi mostrano la forte correlazione che il perfezionismo ha con diverse psicopatologie, quali ansia, depressione e disturbi alimentari

(tema che verrà affrontato in modo approfondito nel capitolo 3).

Quindi si nota come il perfezionismo abbia delle implicazioni significative sul benessere psicologico del soggetto, ma non per questo è da intendere sempre e solo come un fattore di vulnerabilità. Infatti in alcuni casi “essere perfezionisti” induce a lavorare duramente e consente il raggiungimento degli obiettivi. I perfezionisti sono spesso considerati come persone altamente affidabili in numerosi contesti, ad esempio quello lavorativo, grazie alla loro estrema precisione e al bisogno di organizzazione. Quand’è quindi che il perfezionismo è da considerarsi un ostacolo al benessere e per questo necessita di un intervento?

La risposta a questa domanda potrebbe sembrare piuttosto ovvia, ossia che il perfezionismo diventa un problema quando le conseguenze a cui conduce sono altamente invalidanti, ovvero quando interferisce sull’abilità di svolgere compiti della vita quotidiana e sullo sviluppo psicofisico dell’individuo. Appare quindi importante soffermarsi su un primo aspetto fondamentale, vale a dire la necessità di distinguere tra perfezionismo “positivo” e “negativo” (Slade e Owens, 1998). Il primo è caratterizzato dalla presenza di standard elevati e da una estrema organizzazione; questi aspetti rappresentano anche dei benefici: il perseguimento dei propri obiettivi, in quanto il soggetto è in grado di sentirsi soddisfatto di ciò che ottiene, e la sua ricerca di perfezione, la quale è volta al miglioramento personale. Al contrario, il tipo negativo implica tutti quegli aspetti disfunzionali, come l’incapacità di raggiungere i propri obiettivi e il senso costante di insoddisfazione, descritti precedentemente. In questo caso, l’attenzione smisurata per i dettagli non lascia spazio al miglioramento.

Inizialmente gli studi definivano il perfezionismo un costrutto unidimensionale (Hollander, 1965; Hamachek, 1978; Burns, 1980) concentrandosi sulle sue implicazioni disfunzionali. Tra le prime definizioni troviamo quella di David Burns che definisce i perfezionisti come: “coloro le cui norme sono al di sopra della portata o della ragione, persone la cui tensione è compulsiva e incessante verso obiettivi impossibili e che misurano il loro valore interamente in termini di produttività e realizzazione” (*Psychology Today*, 1980, p. 34). Il perfezionismo fu definito un tratto¹ della personalità che influenza aree specifiche della vita dell’individuo, sarebbe quindi una disposizione ad agire avente delle basi biologiche, e Hamachek fu il primo studioso a distinguere due tipi di perfezionismo in base alla loro valenza

¹Gordon Allport (1977) si riferiva ai tratti come aspetti della personalità che rendono un soggetto unico, in quanto presentati in una combinazione sempre diversa in ogni individuo. Il tratto veniva quindi definito dallo psicologo come stabile e indipendente da fattori esterni che non viene modificato, bensì ereditato.

positiva o negativa (1978).

Molti autori hanno però messo in discussione questa differenziazione, domandandosi in che modo sia possibile arrivare ad una categorizzazione di due modalità dettasi “adattive” o “disadattive” (Gaudreau e Thompson, 2010). Secondo questi studiosi non sarebbe corretto considerare un tratto di personalità adattivo o disadattivo a priori, così come non possiamo considerarlo presente o assente. Sarebbe invece più corretto disporre il perfezionismo su un continuum, differenziando i diversi tipi in base all’intensità con cui si presenta il tratto, e vari studi supportano questa ipotesi (Broman-Fulks, Hill e Green, 2008).

Se consideriamo quindi le prime concettualizzazioni proposte, la prospettiva in uso è caratterizzata da unidimensionalità ed evidenzia solamente gli aspetti auto-riferiti del costrutto. Tuttavia, la prospettiva unidimensionale è stata gradualmente sostituita da una prospettiva che considera diverse dimensioni del perfezionismo, e gli studi condotti negli ultimi 15 anni concordano con l’affermazione che il perfezionismo sia una caratteristica multidimensionale della personalità.

Uno dei modelli multidimensionali più conosciuti e maggiormente utilizzati nella ricerca è quello di Frost, Marten, Lahart e Rosenblate (1990), che introduce uno strumento di valutazione definito *multidimensional perfectionism scale* (FMPS) per misurare quantitativamente il perfezionismo. Questo modello permette la misurazione di sei dimensioni: preoccupazione eccessiva di commettere errori, insicurezza rispetto le proprie azioni, standard eccessivamente elevati, organizzazione, percezione di valutazioni critiche da parte dei genitori e aspettative genitoriali rigorose.

Un altro modello da includere quando trattiamo la prospettiva multidimensionale è quello di Hewitt e Flett (1991), in questo caso la *multidimensional perfectionism scale* (HMPS) valuta il perfezionismo su tre dimensioni: il perfezionismo autodiretto, caratterizzato da standard personali irragionevolmente elevati e da una valutazione ipercritica del proprio comportamento; il perfezionismo eterodiretto, in cui il soggetto definisce degli standard eccessivamente elevati per gli altri ed effettua una valutazione ipercritica delle loro prestazioni; e infine il perfezionismo socialmente imposto, che comprende la tendenza del soggetto a credere che gli altri abbiano delle aspettative irreali su di lui. La discriminante individuata da questi studiosi, che determinerebbe lo sviluppo di uno dei tre tipi di perfezionismo, è l’aspetto motivazionale. Una motivazione interna sembrerebbe maggiormente correlata al perfezionismo autodiretto, mentre gli individui esternamente motivati sono associati più comunemente ad un perfezionismo socialmente imposto. Non dovrebbe quindi sorprendere che il perfezionismo autodiretto sia per lo più connesso a disturbi

depressivi e a frustrazione. Nel caso, invece, del perfezionismo eterodiretto, questo ha principalmente delle implicazioni relazionali poiché il soggetto non è in grado di delegare compiti ad altri, oltre a causare una maggior aggressività. Infine, il perfezionismo socialmente imposto può portare a fobia sociale e anche in questo caso, benché in modo nettamente maggiore, a depressione. Quest'ultimo tipo sembrerebbe il più invalidante dei tre, in quanto è stato spesso associato all'insorgenza di psicopatologie (Flett, Hewitt, Martin, Krames e Szanto, 1996), tra cui ideazione suicida, bulimia nervosa, insoddisfazione corporea e disturbi d'ansia.

Frost et al., e Hewitt e Flett sono quindi stati in grado di misurare singolarmente il perfezionismo adattivo e quello disadattivo (Slaney e Ashby, 1996), affermando che la differenza sostanziale tra queste due forme di perfezionismo è che se il primo può portare il soggetto alla ricerca costante di miglioramento, e dunque può avere una forte valenza motivazionale, questo non avviene per il perfezionismo disadattivo. Il perfezionismo adattivo implica degli standard elevati di *performance* e una ricerca costante di organizzazione e ordine, ma comporta un livello di stress decisamente inferiore rispetto al disadattivo quando la prestazione non rispetta gli standard personali del soggetto. Infatti, in quest'ultimo, l'individuo si troverà sempre in una condizione di insoddisfazione, indipendentemente da quanto ha lavorato per raggiungere l'obiettivo prefissato. Questa insoddisfazione è legata alla percezione di non essere in grado di raggiungere standard elevati di *performance*, ed è la determinante per identificare il perfezionismo clinico. Inoltre, nessuno studio ha evidenziato che i perfezionisti clinici (o in questo caso disadattivi) abbiano più successo rispetto agli altri, anzi spesso queste loro caratteristiche sono controproducenti. Una ricerca condotta da Shim e colleghi (2019) ha dimostrato che il perfezionismo adattivo è correlato a maggiori successi nelle prestazioni scolastiche al contrario del perfezionismo disadattivo, che invece è correlato a minor autoefficacia. Infatti, se pensiamo che tra gli attributi centrali del perfezionismo patologico ci sia una preoccupazione eccessivamente elevata di commettere errori (Frost, 1990) e un'attenzione estremamente minuziosa ai dettagli, non sorprende che questa rigidità abbia anche delle implicazioni sulla qualità del risultato finale. Il perfezionista disadattivo si trova in un circolo vizioso in cui, indipendentemente dagli obiettivi raggiunti, cercherà di raggiungerne di sempre più elevati, tanto da non riuscire ad apprezzare ciò che ha già ottenuto. Il perfezionista patologico farebbe di tutto per raggiungere questi standard di *performance*, anche se vuol dire sacrificare ogni altra cosa, e questo ha inevitabilmente delle implicazioni sulle sue relazioni. Spesso sono individui isolati, la loro rigidità e costante ricerca di perfezione possono scontrarsi con le necessità o i desideri altrui. Un perfezionista non è in grado di cambiare facilmente i

propri programmi per andare in contro all'altro, è troppo esigente e ha difficoltà a bilanciare la vita lavorativa con quella privata, tutto questo ha delle conseguenze negative sulle sue relazioni interpersonali. Si potrebbe quindi affermare che il perfezionista disadattivo costituisce un problema per gli altri tanto quanto gli altri sono un problema per il perfezionista (Ellis, 2002).

Un'ulteriore scala di misurazione che permette di differenziare tra perfezionismo adattivo e disadattivo è la *almost perfect scale-revised* (Slaney, Rice, Mobley, Trippi e Ashby, 2001). Questo strumento di valutazione considera tre dimensioni: ordine, standard elevati e discrepanza e, insieme agli altri due strumenti di misurazione multidimensionali precedentemente descritti, vanno a costituire le tre principali scale di valutazione del perfezionismo utilizzate oggi nell'ambito di ricerca.

Il perfezionismo è stato anche definito dominio-specifico (Stoeber e Stoeber, 2009) in quanto, nonostante nella maggior parte dei casi abbia un effetto in diversi ambiti della vita quotidiana dell'individuo, non ha un impatto su ognuno di essi. Tutti possiamo "agire da" perfezionisti in specifici momenti, ma questo non ci rende tali. A questo proposito, sarebbe più corretto considerare il perfezionismo non più come caratteristica di personalità (o tratto), ma come caratteristica di comportamento. Il perfezionismo andrebbe quindi analizzato su diverse dimensioni, così come affermano i modelli multidimensionali, che vanno a comporre i comportamenti, pensieri ed emozioni del soggetto. Si potrebbe dunque concludere che il perfezionismo è una caratteristica di comportamento che tutti abbiamo, ma che si presenta in contesti e livelli di intensità diversi in ognuno di noi.

La prospettiva multidimensionale ha pertanto dato maggior rilevanza agli aspetti interpersonali, oltre a quelli auto-riferiti, mettendo in luce la considerabile influenza che il bisogno di affiliazione e la ricerca di validazione da parte dell'altro possono avere sull'insorgenza del perfezionismo. Spesso, infatti, il desiderio di ricevere amore e rispetto da parte di un altro significativo sembrerebbe contribuire allo sviluppo del perfezionismo. Evidenze a supporto di questa ipotesi sono state ottenute grazie a ricerche svolte basandosi sul *perfectionism social disconnection model* (PSDM) di Hewitt et al. (2017) che dimostra la difficoltà degli individui perfezionisti nel costruire relazioni significative con gli altri. Queste molteplici misure di variabili specifiche ci permettono di analizzare un ambito (o dominio) della vita dell'individuo, senza fermarci ad una conoscenza generale e poco informativa del costrutto più vasto indicato sotto il nome di "perfezionismo".

Fino ad ora abbiamo trattato il dualismo che caratterizza il perfezionismo e, indipendentemente dal fatto che questa differenziazione sia definita come perfezionismo positivo e negativo, funzionale e disfunzionale (Rhéaume, Freeston et al., 2000), o ancora

adattivo e disadattivo, si può notare la condivisione nell'assumere che il perfezionismo non sia sempre sinonimo di disturbo. In particolare, come abbiamo visto, se consideriamo il perfezionismo da una prospettiva motivazionale, la faccenda diventa ancora più complessa.

Dopo questa breve introduzione del tema, dovrebbe sembrare piuttosto chiaro al lettore come l'espressione "perfezionismo" in realtà non ci porti ad una definizione specifica, e men che meno stabile, del termine. Di conseguenza, la sua stessa rilevazione diventa difficile e questa complessità è rispecchiata dalle innumerevoli misurazioni proposte per la valutazione del perfezionismo. A questo punto, avendo dimostrato la possibilità di distinguere tra perfezionismo sano e patologico, o anche definito da Hamachek² "normale" o "nevrotico" (1978), parlare di perfezionismo in generale, senza sottolineare la sua valenza positiva o negativa, ci indurrebbe in errore (Shafran, Fairburn e Cooper, 2002). Da qui in avanti, con il termine "perfezionismo" mi riferirò unicamente alla sua forma disadattiva, quindi patologica. Possiamo concludere, dunque, che la gran differenza tra il perfezionismo e la tendenza volta ad eccellere sta proprio nell'aspetto emozionale. Il perfezionista è un eterno insoddisfatto, le sue azioni sono sempre accompagnate da un senso di inadeguatezza e autocriticismo e la sua abilità di raggiungere i propri obiettivi è spesso inibita, mentre la tendenza ad eccellere porta ad una maggiore soddisfazione, benessere psicologico e prestazioni elevate.

1.1.1. Predisposizione genetica e influenze ambientali

Perfezionisti si nasce o si diventa? Prendendo nuovamente in considerazione la differenziazione tra perfezionismo sano e patologico, potremmo ipotizzare che i due tipi seguano vie di sviluppo differenti e dedurre quindi che lo sviluppo del perfezionismo patologico si verifichi nello stesso modo in cui avviene per le forme psicopatologiche a cui è associato. Di conseguenza, seguendo la linea teorica diffusa oggi, sembrerebbe che alla base del perfezionismo ci sia un'eziologia multifattoriale. Associando però il perfezionismo a disturbi specifici, questo fa sì che la maggior parte degli studi che ne analizzano i fattori eziologici non si riferiscano direttamente al costrutto, ma ai disturbi ad esso correlati.

Nonostante le ricerche a riguardo siano ancora un numero limitato, si è arrivati a conclusioni

²Hamachek distingue tra perfezionismo "normale" e perfezionismo "nevrotico". Nel primo caso l'individuo è in grado di accettare un eventuale insuccesso; questo invece non avviene nel perfezionista nevrotico, che l'autore descrive come estremamente rigido e incapace di considerare l'errore una possibilità.

piuttosto interessanti.

Per quanto riguarda l'ereditarietà, studi condotti su gemelli hanno supportato l'ipotesi che la componente genetica assuma un ruolo importante nell'insorgenza del perfezionismo. Si è notato che i gemelli omozigoti hanno un tasso di concordanza nettamente superiore, rispetto ai gemelli eterozigoti, per tre dimensioni di perfezionismo della *multidimensional perfectionism scale* di Frost et al.: la preoccupazione rispetto agli errori, l'insicurezza e gli standard eccessivamente elevati (Tozzi et al., 2004).

Uno studio condotto a Valencia, Spagna (Iranzo-Tatay, Gimeno-Clemente, Barberá-Fons, Rodriguez-Campayo, Rojo-Bofill, Livianos-Aldana, Beato-Fernandez, Vaz-Leal e Rojo-Moreno, 2015) ha analizzato l'influenza di entrambe le componenti, sia genetiche che ambientali, rispetto a due dimensioni: il perfezionismo autodiretto e quello socialmente imposto. Per entrambe le dimensioni è stata trovata un'influenza statisticamente significativa delle componenti genetiche, sia nei gemelli maschi che femmine. Nello specifico, i risultati non solo portano a simili stime di ereditabilità, ma mostrano anche che i gemelli omozigoti condividono un simile contributo genetico. Questo può indurci a concludere che ci sia un vero e proprio substrato biologico comune che influenza lo sviluppo del perfezionismo negli individui. Per quanto riguarda le componenti ambientali, i dati ottenuti sono meno informativi rispetto a quelli rilevati per la componente genetica. L'ambiente, infatti, sembrerebbe avere maggior influenza sull'espressione di un tratto che sul suo sviluppo. Dunque, questo studio afferma che il perfezionismo ha delle forti componenti genetiche che caratterizzano specifici substrati biologici, ma che la sua manifestazione (secondo il perfezionismo autodiretto o socialmente imposto) dipenderebbe dalle esperienze di vita del soggetto.

Relativamente alle influenze ambientali, spesso la variabile più analizzata è quella dell'ambiente familiare e, in particolare, dello stile educativo genitoriale. Bowlby con la sua teoria dell'attaccamento (1969) parlava di "base sicura" che, interiorizzata, permette lo sviluppo di modelli operativi interni che costituiscono delle rappresentazioni di sé e delle relazioni con il genitore, e che influenzano anche i comportamenti futuri del soggetto. Bowlby sottolineava quindi l'importanza del legame del bambino con il *caregiver* e, nello specifico, affermava l'enorme influenza che le risposte della madre hanno sul suo stile di attaccamento³.

Studi su adolescenti, utilizzando strumenti *self-report*, hanno dimostrato che uno stile di

³Mary Ainsworth (1978) attraverso la *Strange Situation* ha individuato quattro stili di attaccamento: sicuro, insicuro evitante, insicuro ambivalente e disorganizzato (quest'ultimo fu aggiunto successivamente da Main).

attaccamento sicuro implica maggior senso di soddisfazione personale e maggior abilità di instaurare rapporti con gli altri (Nickerson e Nagle, 2005).

In una ricerca volta ad analizzare la correlazione tra il comportamento delle madri e attributi dei bambini, attraverso l'osservazione delle dinamiche madre-bambino durante lo svolgimento di compiti a casa (Kenney-Benson e Pomerantz, 2005), è stato evidenziato che il perfezionismo autodiretto e quello socialmente imposto sono correlati a comportamenti del genitore volti ad un eccessivo controllo. Inoltre, il criticismo genitoriale percepito dai figli è fortemente correlato alla preoccupazione rispetto agli errori e all'insicurezza, ed è quindi un importante predittore dello sviluppo del perfezionismo disadattivo.

Skinner, con la teoria del rinforzo (1969), ha dimostrato che uno stimolo, successivo ad un comportamento specifico, può avere valenza di rinforzo positivo o negativo e quindi aumentare o diminuire la probabilità che quello stesso comportamento venga ripetuto. Dunque, sembrerebbe fondamentale, anche nel caso della genesi del perfezionismo, il tipo di rinforzo di un comportamento specifico. Poniamo il caso di un bambino che per tutta l'infanzia ha ricevuto risposte incoerenti dal genitore oppure punizioni assidue. Sarà molto più probabile che da adulto questo soggetto metta in atto i comportamenti caratteristici del perfezionismo, quali estrema precisione e continue verifiche, per evitare le possibili critiche o punizioni che ne conseguirebbero.

Secondo il modello di Slade e Owens (1998), il perfezionismo positivo ha alla base un apprendimento in cui caratteristiche come l'impegno e l'organizzazione vengono rinforzate positivamente dalle figure genitoriali, mentre la storia di apprendimento del perfezionismo negativo si differenzia per il fatto che i ripetuti controlli sono stati rinforzati negativamente, in maniera predominante, attraverso la paura di una punizione. In questo modello troviamo nuovamente due aspetti fondamentali, già discussi precedentemente: in primo luogo, la visione del perfezionismo come caratteristica di comportamento; in secondo luogo, l'importanza degli aspetti emotivi in quanto, in base alla risposta esterna ad un comportamento del soggetto, questo sarà associato a stati emotivi diversi.

Oltre all'influenza delle figure genitoriali, però, è stata analizzata l'influenza del gruppo dei pari e anche in questo caso i risultati sono piuttosto informativi. I perfezionisti disadattivi provano un'intensa preoccupazione rispetto alla possibilità di errare, oltre ad essere molto insicuri della propria apparenza fisica, e tutto questo peggiora quando sono in presenza d'altri, condizionando le loro interazioni sociali. Dall'altro lato, i perfezionisti adattivi ricavano maggior soddisfazione dalle relazioni con i pari e quindi anche la qualità delle stesse sarà superiore. Buone relazioni con il gruppo di pari sono state associate negativamente

all'insicurezza rispetto la propria *performance* e alla paura di sbagliare (Livazović e Kuzmanović, 2022).

Alla domanda che ci siamo posti inizialmente rispetto all'innatismo del perfezionismo potremmo quindi rispondere che nessuno nasce perfezionista, ma che il perfezionismo è dato da una combinazione di fattori genetici e di componenti ambientali e che, dunque, partecipano entrambi, anche se in modo diverso, allo sviluppo della caratteristica.

1.2. La società perfezionista

La società occidentale contemporanea è una società in cui l'importanza data all'apparenza è in costante crescita, questo anche a causa dell'enorme impatto dei *social media*. Essi, infatti, costituiscono uno strumento che induce un incessante confronto tra sé e gli altri. Queste rappresentazioni digitali, spesso irreali, di stili di vita e canoni di bellezza non fanno altro che causare nel soggetto un senso di insoddisfazione di ciò che ha e di come appare. È chiaro, però, che gli standard di vita e di bellezza forniti dai *social media* non potranno mai essere interamente raggiunti dall'individuo. Le immagini postate sulle piattaforme digitali sono immagini ideali di una realtà spesso inesistente, a cui l'individuo è esposto giornalmente.

Festinger, con la sua teoria del confronto sociale (1954), affermava la tendenza dell'individuo a non utilizzare misure oggettive per confrontarsi agli altri. Solitamente sembrerebbe più funzionale utilizzare un metodo di confronto che tenda verso il basso, nonostante un metodo di confronto verso l'alto possa, in certi casi, spronare il soggetto a lavorare di più e quindi può apportare dei benefici. Contrariamente, però, confrontarsi con modelli irraggiungibili non può far altro che essere disfunzionale per l'individuo, e questo è il caso del confronto che spesso avviene sui *social media*. Confrontare se stessi ad uno standard inarrivabile, qualunque esso sia, può solo portare ad un senso di fallimento e ad un abbassamento di autostima.

Inoltre, la maggior parte delle società occidentali sono individualiste, e il soggetto ha come fine ultimo quello dell'autorealizzazione. Dunque, in un mondo in cui vi è una costante crescita di ineguaglianza economica e un'alta competitività, è piuttosto intuibile che questo abbia degli effetti sulla popolazione e sul modo di affrontare le sfide quotidiane. I giovani devono dimostrare di essere competenti a livelli decisamente superiori rispetto a quelli richiesti ai loro genitori. In aggiunta, sembrerebbe che la risposta dei genitori sia spesso quella di dare maggior importanza, e quindi dedicare più tempo, alle attività accademiche svolte dai figli che non a quelle dedicate agli hobby (Ramey e Ramey, 2010). Detto ciò, non dovrebbe sorprendere il lettore sapere che gli studi condotti a riguardo hanno

mostrato un incremento consistente nella diffusione del perfezionismo negli ultimi vent'anni.

Studi sulla popolazione giovanile in Canada, Stati Uniti e Regno Unito evidenziano la crescita di tutti e tre i tipi di perfezionismo descritti da Hewitt e Flett (Curran e Hill, 2019).

Tale crescita sembrerebbe riguardare in maniera maggiore il perfezionismo socialmente imposto che, come detto precedentemente, è la dimensione che può causare esiti decisamente più gravi rispetto alle altre due. Questi risultati sono particolarmente informativi per l'ampiezza della differenza tra i dati ottenuti: i risultati per il perfezionismo socialmente imposto erano il doppio di quelli ricavati dagli altri due tipi. Oltre a questo, il perfezionismo autodiretto ha sperimentato una crescita minore rispetto all'eterodiretto e al socialmente imposto, e questi risultati potrebbero essere legati alla componente genetica che, come abbiamo visto, è altamente predittiva dello sviluppo di tale dimensione di perfezionismo. Il fatto che i dati preoccupanti della crescita siano specifici dei Paesi occidentali ci permette di sottolineare l'importanza culturale, e quindi degli aspetti ambientali, sullo sviluppo del perfezionismo.

Basandosi sui risultati ottenuti, questi stessi autori hanno ipotizzato tre possibili motivi centrali della crescita del perfezionismo. Come primo motivo, individuano nel neoliberalismo la causa dell'elevata competitività e la ricerca costante di ottenere *performance* migliori degli altri. In secondo luogo, gli autori parlano di come la meritocrazia basata su procedure di *scoring* e graduatorie abbia un impatto negativo sulla soddisfazione degli individui rispetto alle loro prestazioni. Infine, l'ultimo motivo si concentra sull'influenza delle aspettative dei genitori che, anch'essi condizionati dalla società contemporanea e le sue proprietà, infondono pressione (e in casi gravi ansia) nei giovani adulti. I genitori sembrerebbero dunque sempre più concentrati sugli eventuali successi e fallimenti dei figli, elevando inoltre le loro aspettative.

Si può ipotizzare, però, che la direzionalità causale segua il senso opposto (Hewitt et al., 2017) e che non siano i genitori ad avere un'influenza diretta sul figlio attraverso le loro pratiche di controllo. Al contrario, queste pratiche potrebbero essere una risposta del genitore a comportamenti estremamente rigidi del figlio, legati alla necessità di raggiungere standard elevati, che quindi scatenano delle tendenze altrettanto rigide e criticanti nel genitore. È chiaro che, l'ipotesi più plausibile è che questa causalità segua entrambe le direzioni e che queste dinamiche si rinforzino reciprocamente.

I principi su cui si basano sempre più le società contemporanee occidentali, quali il duro lavoro, la meritocrazia e la realizzazione personale, implicano anche l'affermazione che l'individuo sia artefice del proprio destino e questo, intuitivamente, è molto poco realistico. L'idea che il soggetto sia in grado di raggiungere qualunque obiettivo abbia in mente a patto che lavori sodo (il cosiddetto "sogno americano") potrebbe quindi essere associata ad un *locus*

*of control*⁴ interno e alla percezione del soggetto di avere il comando della propria vita. In quanto il *locus of control* interno è associato anche all'abilità dell'individuo di perdonare, un recente studio ha cercato di analizzare gli aspetti del perdono e del *locus of control* insieme al perfezionismo (Camadan e Volkan Sari, 2021). Sembra che il *locus of control* esterno sia maggiormente correlato con il perfezionismo disadattivo, mentre quello interno con il perfezionismo adattivo. Il perfezionista adattivo, infatti, è in grado di comprendere in maniera più accurata le sue potenzialità e fissa degli standard da lui raggiungibili. Per quanto riguarda il perdono, si è dimostrato che un *locus of control* esterno influisce negativamente sulla capacità di perdonare, in quanto il soggetto attribuisce agli altri la causa dei propri insuccessi. La conclusione di questo studio, che viene supportata anche da ulteriori ricerche (Witvliet et al., 2001; Zandipour, Najafloyy e Yadgari, 2007; Conway-Williams, 2011), è che un *locus of control* esterno, e quindi un tipo di perfezionismo disadattivo, allontanerebbe l'individuo dalla possibilità di perdonare l'altro. Questa incapacità non può far altro che contribuire all'eccessivo isolamento del perfezionista, in una società che predispone già a principio gli individui ad allontanarsi dalla comunità per raggiungere i propri obiettivi individuali. Sembra quindi che il perfezionismo sia tanto una conseguenza della società capitalista quanto un fattore che contribuisce a rendere gli individui sempre più focalizzati sul mero raggiungimento degli standard richiesti.

Detto ciò, come possiamo intervenire con il tentativo di diminuire lo sviluppo di comportamenti perfezionisti quando la società contemporanea è sempre più interessata alla perfezione? O ancora, riprendendo Skinner e la teoria del rinforzo, come possiamo prevenire l'insorgenza del perfezionismo in un numero sempre maggiore di persone, quando coloro che ottengono *performance* che raggiungono o superano gli standard previsti sono sistematicamente premiati a discapito di tutti gli altri?

⁴Rotter (1954) distingue tra *locus of control* interno e esterno. Il *locus of control* interno consiste nella credenza di poter controllare gli eventi della propria vita; mentre un soggetto con *locus of control* esterno sente di non aver alcun controllo su ciò che accade e di non poter far nulla per cambiare la situazione.

2. PERFEZIONISMO E PATOLOGIA

Come abbiamo brevemente introdotto nel primo capitolo, il perfezionismo è stato spesso associato a numerose psicopatologie e questo ci permette di ipotizzare la sua funzione fondamentale nel contribuire al loro esordio.

Il perfezionismo può essere considerato come “*transdiagnostic process*”, vale a dire come una condizione presente e, in alcuni casi, necessaria alla diagnosi di diversi disturbi, e che può inoltre rappresentare un fattore di rischio o ancora un meccanismo di mantenimento di patologie psichiche (Egan, Wade e Shafran, 2011).

Una delle cause che potrebbe giocare un ruolo centrale nell’insorgenza e nel mantenimento di psicopatologie è che i perfezionisti possiedono degli schemi comportamentali, cognitivi ed emotivi di adattamento all’ambiente che provocano in loro un livello di distress⁵ maggiore rispetto ad altri individui quando devono affrontare eventi minacciosi e improvvisi. Sembrerebbe infatti che gli individui perfezionisti abbiano una distinta sensibilità a stimoli pericolosi, non facilmente riconducibile ad un fattore eziologico specifico, che potrebbe dunque renderli più vulnerabili ad esempio a critiche genitoriali o a sensazioni di sconfitta, e che stimolerebbe lo sviluppo di tali schemi di funzionamento. In effetti, coloro che percepiscono in maniera più intensa le aspettative genitoriali e le loro critiche sviluppano insicurezze maggiori rispetto alle proprie capacità e una paura significativamente elevata di commettere errori.

Una meta-analisi condotta recentemente ha dimostrato che tra le tre dimensioni di perfezionismo individuate da Hewitt e Flett (1991), il perfezionismo socialmente imposto è quello maggiormente associato all’insorgenza di ansia e depressione (Limburg et al., 2017), riconoscendo nuovamente il ruolo fondamentale di questa dimensione nell’insorgenza di disturbi mentali. Un ulteriore studio, anch’esso basato sulla *multidimensional perfectionism scale* di Hewitt e Flett, ha utilizzato la scala di auto-valutazione *children and adolescent perfectionism scale* (CAPS) per misurare in particolar modo il perfezionismo autodiretto e socialmente imposto in bambini e adolescenti dai 10 ai 14 anni. Questo studio ha indicato la relazione significativa tra il perfezionismo autodiretto e i disturbi d’ansia e depressivi; inoltre, ha dimostrato la forte associazione tra perfezionismo socialmente imposto e stress sociale,

⁵Lo stress viene distinto in eustress e distress. L’eustress può essere definito come stress positivo, che sta alla base della motivazione; mentre il distress è il corrispettivo negativo, che implica sentimenti negativi quali ansia e sintomi psicofisici, influenzando così la produttività del soggetto.

ansia, depressione e comportamenti aggressivi (Hewitt e Flett, 2002).

Tornando alla distinzione tra perfezionismo “positivo” e “negativo”, sono state individuate due ulteriori dimensioni: “*perfectionistic strivings*” e “*perfectionistic concerns*” (Stoeber e Otto, 2006). La definizione del primo tipo può essere considerata analoga a quella di perfezionismo adattivo, si riferisce infatti ad una dimensione di perfezionismo caratterizzato dalla ricerca di raggiungimento di standard elevati e che implica conseguenze positive, quali buone strategie di *coping*⁶ e maggiore soddisfazione. Di particolare interesse è il fatto che i “*perfectionistic strivings*” sono associati maggiormente a perfezionismo autodiretto, mentre la dimensione di “*perfectionistic concerns*” è da ricondurre ad una condizione di perfezionismo disadattivo, correlata in maniera significativa a perfezionismo socialmente imposto, ed è tale condizione ad essere rilevata sistematicamente in disturbi ossessivo-compulsivi, disturbi d’ansia, alimentari e depressivi (Thompson et al., 1987; Hewitt et al., 1989; Rasmussen e Eisen, 1992). In questo capitolo ci soffermeremo sui primi due, sottolineando come il perfezionismo sia uno dei principali fattori predisponenti.

2.1. Il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità

Il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità è classificato all’interno del cluster C nel DSM 5 (*Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, 2013), ed è definito come un disturbo che comporta preoccupazione per l’ordine, perfezionismo rigido e ricerca eccessiva di controllo, sia intrapersonale che interpersonale, con implicazioni gravi a livello della flessibilità, dell’efficienza e dell’apertura dell’individuo.

Un soggetto con disturbo di personalità ossessivo-compulsivo può porgere estrema attenzione a logica e intelletto, oltre ad essere intollerante a comportamenti altrui che esprimono affetto (APA, 2013). Tale individuo ha una percezione di sé come impotente, che viene compensata da un interesse eccessivo per i sistemi, in particolare doveri, regole e standard. Crede di poter fare affidamento solo su se stesso, gli altri vengono infatti visti come incompetenti e superficiali, dunque raramente delega loro un compito. Può inoltre esperire

⁶Le strategie di *coping* sono l’insieme di tutti quei comportamenti e pensieri che il soggetto mette in atto per affrontare situazioni stressanti, e si differenziano dai meccanismi di difesa per essere coscienti. Le strategie di *coping* possono essere reattive, ossia attivate immediatamente dopo un evento stressante, oppure proattive, volte invece ad impedire l’insorgenza di eventuali agenti stressanti futuri.

intensa aggressività che però non viene manifestata, in quanto inaccettabile e in contrasto con la sua spiccata moralità. Spesso prova paura intensa rispetto i propri istinti distruttivi, che si scontrano con il profondo desiderio di controllo e la costante ricerca di razionalità. Anche l'abilità di affrontare eventuali cambiamenti della routine è fortemente compromessa, è infatti un individuo caratterizzato da profonda rigidità e inflessibilità, che difficilmente cambia opinione ed è particolarmente ostinato e perseverante. I soggetti con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità hanno anche molta difficoltà a buttare via gli oggetti, spesso presentano disturbo da accumulo e un'attenzione smisurata al risparmio. Sono individui con carente fiducia in se stessi, e ciò può spesso condurli ad essere fortemente incerti nel prendere una decisione, in quanto spaventati dall'eventualità di commettere un errore che sarebbe percepito come una vera e propria catastrofe, passando molto tempo a rimuginare sulle scelte prese. Dimostrano inoltre di essere estremamente autocritici e raramente si sentono soddisfatti di ciò che ottengono. Come abbiamo precedentemente trattato, la rigidità è anche una delle condizioni principali del perfezionismo, e lo stesso vale per l'incertezza, la tendenza al rimuginio e l'autocriticismo, dunque la forte connessione con il perfezionista è evidente. Essendo un disturbo di personalità, gli elementi che lo caratterizzano sono definibili come veri e propri tratti, che restano quindi piuttosto stabili nel tempo. Il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità è comunemente associato a disturbi d'ansia, ma anche a disturbi depressivi, sessuali e psicosomatici.

Prima di procedere con un'analisi più accurata, però, è necessario compiere una distinzione fondamentale, ossia quella tra il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità (DOCP) e il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC). Quest'ultimo viene classificato dal DSM 5 all'interno di una categoria a parte e si distingue dal DOCP per la presenza di ossessioni e compulsioni. Le ossessioni implicano pensieri egodistonici⁷ e intrusivi ricorrenti che provocano estrema angoscia nell'individuo, tale angoscia viene alleviata attraverso le compulsioni, ossia azioni o comportamenti ritualizzati. Un soggetto con DOC sente l'incontenibile necessità di tenere tutto in ordine e pulito, oltre a ricercare spesso la simmetria, ad attribuire un'eccessiva rilevanza ai propri pensieri e alla costante ricerca di controllo su di essi. L'ottenere un risultato "perfetto", "*just right*", da un'azione specifica sta alla base dell'esordio dei rituali (Coles, Frost,

⁷Con il termine egodistonico ci si riferisce ad un pensiero che è in conflitto, ed è quindi incoerente, con la percezione e l'immagine di sé. All'opposto troviamo il pensiero egosintonico, che è invece congruente con la percezione e l'immagine che il soggetto ha di sé.

Heimberg e Rheume, 2003; Moretz e McKay, 2009).

L'individuo con disturbo ossessivo-compulsivo è consapevole di attuare comportamenti altamente invalidanti, in quanto questi hanno un forte impatto sulla sua capacità di svolgere attività quotidiane, condizionando anche le sue relazioni interpersonali, e li vive dunque con molta angoscia.

Il DOC era stato classificato come disturbo d'ansia fino al DSM IV-TR (2000), per poi guadagnarsi una categoria a sé nella quinta edizione del DSM (2013) insieme al disturbo da dimorfismo corporeo, da accumulo, da escoriazione compulsiva, tricotillomania, oltre al DOC indotto da sostanze, dovuto ad altra condizione medica e ancora DOC specifici o non specificati. Anche per quanto riguarda il disturbo ossessivo-compulsivo si ha solitamente a che fare con una componente aggressiva non rappresentabile, ma se nel soggetto con DOCP questa è contenuta attraverso la razionalizzazione e il distacco emotivo, nel caso del disturbo ossessivo-compulsivo essa viene controllata attraverso i rituali. Il perfezionismo che caratterizza l'ossessivo-compulsivo non è più orientato al raggiungimento di standard elevati, bensì punta a standard definibili come arbitrari, ponendo estrema attenzione a liste e dettagli, anche se spesso considerati come insignificanti da una prospettiva esterna, tanto da compromettere l'efficienza nel raggiungimento degli scopi finali. Si può aggiungere inoltre che il perfezionismo caratteristico del DOC ha come obiettivo quello di evitare situazioni spiacevoli, come ad esempio possibili critiche da parte di terzi o la perdita di controllo.

Dall'altro lato, un individuo che soffre di DOCP ha schemi di comportamento egosintonici, che non sono necessariamente considerati o percepiti dallo stesso come disadattivi, e anzi spesso portano a buoni risultati in ambito lavorativo e/o scolastico. Il disturbo di personalità ossessivo-compulsivo è stato definito un disturbo meno invalidante rispetto alla maggior parte degli altri disturbi di personalità, in quanto comprende numerosi aspetti adattivi, quali affidabilità e metodicità.

Da sottolineare è comunque l'alta comorbilità tra il DOCP e il DOC. Nonostante sia stata riscontrata la frequente presenza di sintomi ossessivo-compulsivi in pazienti con disturbi di personalità di diverso tipo, tali sintomi sono stati maggiormente rilevati in soggetti con DOCP. Infatti, anche coloro che soffrono di un disturbo di personalità ossessivo-compulsivo possono avere dei tratti caratterizzati da qualità compulsive, come ad esempio la ricerca di controllo e la ripetitività di alcuni comportamenti volti al raggiungimento di risultati specifici, anche se meno invalidanti. Ad ogni modo, in entrambi i casi gli individui sono particolarmente interessati all'ordine, hanno una ridotta flessibilità cognitiva e ambedue i disturbi insorgono piuttosto precocemente nel soggetto, tipicamente poco prima l'inizio dell'adolescenza. Il DOCP e il

DOC sono dunque considerati come due disturbi dello “spettro ossessivo-compulsivo”, viste le numerose caratteristiche che condividono e che affermano la loro interrelazione (De Caluwé, Verbeke, Van Aken, Van der Heijden e De Clercq, 2019). Il perfezionismo gioca un ruolo principale nella manifestazione di entrambi i disturbi, ma è uno dei criteri di diagnosi solo per il disturbo di personalità ossessivo-compulsivo e non per il DOC (APA, 2013). È tuttavia necessario citare il disturbo ossessivo-compulsivo in questo contesto, in quanto disturbo altamente associato alla condizione di perfezionismo.

Affermare pertanto che il perfezionismo può essere predittore sia di un disturbo ossessivo-compulsivo di personalità che di un disturbo ossessivo-compulsivo è di supporto all’ipotesi di Cicchetti e Rogosch (1996), che indicarono come il perfezionismo riscontrato già in età infantile e il suo sviluppo possa precedere l’insorgenza di numerose psicopatologie. A questo proposito, diversi studi trasversali hanno dimostrato che tutte le dimensioni della *multidimensional perfectionism scale* di Hewitt e Flett (1991), in particolare il perfezionismo socialmente imposto (che abbiamo visto essere causa degli esiti più gravi fra le tre dimensioni), sono associate all’insorgere sia del DOC che del DOCP in età adulta (Hewitt, Flett e Turnbull, 1992; Frost, Steketee, Cohn e Griess, 1994; Iketani et al., 2002; Buhlmann, Etcoff e Wilhelm, 2008; Sassaroli et al., 2008; Stoeber, 2014).

Oltre a condividere diversi profili psicopatologici, il DOC e il DOCP sembrerebbero anche rispondere in maniera simile agli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) e avere entrambi una considerevole ereditarietà (Fineberg, Saxena, Zohar, e Craig, 2007; Phillips et al., 2010). Gli SSRI sono farmaci antidepressivi, e nel caso del disturbo ossessivo-compulsivo sono indicati in particolar modo la Fluvoxamina e la Fluoxetina. I farmaci SSRI sembrano efficaci in pazienti con DOCP in quanto hanno un effetto sul livello di distress percepito, e quindi facilitano il trattamento psicoterapico. La terapia più comunemente utilizzata in soggetti con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità è quella cognitivo-comportamentale (TCC). La TCC si occupa di lavorare sulla modifica dei pensieri, emozioni e comportamenti disfunzionali, con l’obiettivo di promuovere un cambiamento a livello cognitivo, riducendo ed eventualmente eliminando i sintomi.

Uno studio condotto da Lei, Huang, Li, et al. (2019) si è occupato di sottoporre a risonanza magnetica funzionale (fMRI) 37 soggetti con disturbo ossessivo-compulsivo di personalità e 37 soggetti sani durante uno stato di riposo, con l’obiettivo di analizzare le attività cerebrali spontanee attraverso l’ampiezza delle fluttuazioni a bassa frequenza. Questo studio mostrò delle anomalie nell’ampiezza di tali fluttuazioni nel nucleo caudato degli individui con DOCP rispetto al gruppo di controllo. Tale aspetto è degno di nota se si considera come il

nucleo caudato sia stato associato a rigidità cognitiva (Knowlton et al., 1996, Shohamy et al., 2004; Montoya et al., 2006), elemento distintivo sia del disturbo ossessivo-compulsivo di personalità che del disturbo ossessivo-compulsivo. Ulteriore conferma è data dal fatto che le anomalie funzionali a livello del nucleo caudato sono presenti sia nel DOCP che nel DOC, suggerendo la presenza di differenze neurobiologiche condivise da entrambi i disturbi. Possiamo dunque ipotizzare che queste caratteristiche neurobiologiche comuni, inevitabilmente corrispondenti ad una vulnerabilità specifica, possano causare e/o contribuire alla formazione di schemi cognitivi e comportamentali perfezionistici in entrambe le patologie (Hollander et al., 2009; De Caluwé, Rettew e De Clercq, 2014).

Tornando dunque sullo scopo centrale di questo paragrafo, il perfezionismo sembra una componente essenziale del disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, tanto che il DSM 5 lo considera come elemento caratteristico. Tra i criteri diagnostici proposti dal DSM 5 troviamo infatti il perfezionismo rigido, che influisce sull'abilità di portare a termine compiti prefissati. Già Sigmund Freud (1920) aveva affrontato il tema, affermando come il perfezionista soffrisse di una "neurosi ossessiva". Freud riconosceva la causa nella prevaricazione del Super-Io⁸ sull'Io, quest'ultimo sarebbe alla ricerca costante di una conquista della perfezione, dal momento che è guidato e risponde all'istanza morale. Freud ipotizzava anche un secondo tipo di perfezionismo, risultante da un desiderio spropositato e irrealistico dell'Es di una gratificazione, che quindi indirizza l'Io alla ricerca di appagamento. In quest'ultimo caso le forme di perfezionismo associate sono più propriamente legate all'Es, e quindi all'auto-gratificazione, che non alla coscienza, alla colpa o all'autorità genitoriale interiorizzata. Fondamentale è inoltre citare il concetto di Ideale dell'Io (1914), volto ad una soddisfazione narcisistica secondaria e che ha l'obiettivo di arrivare ad una rappresentazione ideale di se stesso.

Possiamo ampliare il nostro vertice osservativo prendendo in analisi non solo il punto di vista biologico, ma anche quello mente-corpo e ambientale-culturale. Il DOCP è uno dei disturbi di personalità più diffusi, che riguarderebbe circa il 4% della popolazione generale. Questi dati

⁸S. Freud (1922) distingue fra tre istanze intrapsichiche: il Super-Io, che è il risultato di un'interiorizzazione dei valori genitoriali e corrisponde quindi ad ideali e norme; l'Es, che ha invece il compito di scaricare la tensione dell'individuo ed è volto al soddisfacimento dei bisogni pulsionali; e infine l'Io, istanza intrapsichica che permette di mediare tra l'Es e la realtà esterna, e tra l'Es e il Super-Io.

sono causa di forte preoccupazione soprattutto se consideriamo, come già accennato, che tra le conseguenze più comuni di questo disturbo troviamo depressione, disturbi psicosomatici e ansia cronica. Per quanto riguarda quest'ultima, che tratteremo in maniera più approfondita in seguito, uno studio longitudinale condotto da Tawakol, Ishai, Takx et al. (2017), su un campione di 293 individui, si è servito di tecniche neuroimaging per analizzare le possibili conseguenze di una peculiare attivazione di specifiche aree cerebrali. Premettendo che l'attivazione dell'amigdala è stata associata da numerosi studi neuroimaging all'ansia (Phelps e LeDoux, 2005; Kim, Loucks, et al., 2011; Ironside et al., 2019), questa indagine ha dimostrato che nei soggetti in cui l'attivazione della stessa era maggiore così lo era il rischio di insorgenza di disturbi cardiovascolari in osservazioni successive, indicando dunque che coloro che soffrono di DOCP, in quanto sperimentano vissuti di ansia che implicano un'attivazione maggiore dell'amigdala, abbiano il 60% di possibilità in più di soffrire di disturbi cardiovascolari.

Inoltre, la diffusione in apparente crescita del disturbo ossessivo-compulsivo di personalità non può che farci ipotizzare una sua relazione con elementi specifici che caratterizzano l'ambiente socio-culturale a cui il soggetto è esposto. Come abbiamo trattato nel capitolo precedente, la società capitalista in cui viviamo non lascia sufficiente spazio alla possibilità di creare relazioni con gli altri, ma punta invece alla produttività raggiungibile in assenza di collaborazione, promuovendo il successo individuale ottenibile attraverso prove di competenza. Questo contesto non farebbe altro che stimolare ulteriormente la messa in atto di comportamenti disfunzionali in coloro che presentano una vulnerabilità di base, come nel caso di pazienti con disturbo di personalità ossessivo-compulsivo. Tali individui non intraprendono spesso o con facilità attività di svago e non sono in grado di beneficiare di eventuali momenti di relax, essi infatti provocherebbero in lui notevole angoscia in quanto rappresentano un ostacolo alla produttività, oltre a questo sono soggetti che non riservano spazio per coltivare amicizie e relazioni. Risulta dunque intuibile come in soggetti con DOCP l'instaurazione di relazioni con l'altro sia compromessa, sono individui che hanno paura di essere sopraffatti dalle emozioni per la perdita di controllo razionale, e per questi motivi spesso appaiono come persone fredde e distanti. Nonostante ciò, la ricerca della perfezione nel soggetto con disturbo di personalità ossessivo-compulsivo è in realtà volta alla conquista di affetto e di stima da parte dell'altro. Tali individui hanno infatti un'autostima alquanto bassa e cercano assiduamente di provare a se stessi e agli altri di essere adeguati attraverso lo svolgimento delle attività in maniera impeccabile. La ricerca costante di approvazione, comune anche ai perfezionisti, appare quindi in contrasto con la loro costante tendenza al distacco

sociale, e questo ha un impatto importante sul loro benessere psichico (Hewitt et al., 2017). La riflessione già proposta alla fine del primo capitolo appare ancora una volta attinente per il DOCP. Come possiamo pensare di intervenire, ed eventualmente promuovere un cambiamento, quando la società stessa conduce gli individui al lavoro individuale, senza che venga stimolata la collaborazione con l'altro? E a tal proposito, è possibile che la crescita di diffusione del disturbo ossessivo-compulsivo di personalità evidenziata nella popolazione possa essere direttamente correlata ad una crescita di perfezionismo, visto il suo ruolo nell'insorgenza del disturbo? E ancora, è possibile che la società contemporanea sia un terreno fertile per lo sviluppo di perfezionismo? I dati finora raccolti ci invitano a tenere il quesito aperto.

2.2. I disturbi d'ansia

L'ansia è uno stato di tensione fisica e psicologica che comporta forte disagio, paura e irrequietezza, comune a tutti gli individui ed esperito varie volte nell'arco di vita. Comporta un'elevata vigilanza e reattività agli stimoli, e quindi anche una serie di comportamenti autodifensivi. L'ansia è fondamentale nello sviluppo del soggetto in quanto necessaria per rispondere a stimoli potenzialmente pericolosi, ed è quindi alla base della motivazione e funzionale alla sopravvivenza. Tale azione funzionale, però, è possibile solo quando l'ansia è di lieve o moderata intensità. Nel caso in cui il livello d'ansia raggiunga intensità estreme questa diventa disadattiva e disfunzionale, influenzando fortemente lo stato emotivo dell'individuo e la sua abilità di svolgere efficacemente attività quotidiane. Questo stato emotivo si accompagna anche a stati di attivazione fisiologica, come tachicardia, tremori, intensa sudorazione, difficoltà a respirare e senso di oppressione toracica. Se il livello di intensità viene mantenuto alto per lunghi periodi di tempo possono insorgere veri e propri disturbi d'ansia, e si ha dunque a che fare con una condizione patologica.

I disturbi d'ansia sono tra i disturbi mentali più diffusi nella popolazione, tanto da ricadere al quarto posto tra le malattie croniche maggiormente presenti nei Paesi altamente sviluppati (*The World Health Organization, 2015*), e iniziano a presentarsi solitamente durante l'infanzia e l'adolescenza. Nel DSM 5 vengono classificati undici disturbi d'ansia, tra cui il disturbo d'ansia sociale e il disturbo d'ansia generalizzato, che tratteremo più nello specifico in seguito. Da ricordare è che gli individui che soffrono di un disturbo d'ansia, come il disturbo ossessivo-compulsivo, il disturbo d'ansia generalizzato o il disturbo d'ansia sociale hanno anche una maggior probabilità di soddisfare i criteri diagnostici per il disturbo

ossessivo-compulsivo di personalità.

I disturbi d'ansia comportano uno dei più grandi impatti sull'individuo tra tutti i disturbi mentali, implicando una forte compromissione a livello funzionale e distress prolungato. Sono caratterizzati da un'elevata comorbidità, presente sia tra un disturbo d'ansia e l'altro che con ulteriori disturbi mentali. Oltre a questo, un individuo che soffre di un disturbo d'ansia è esposto ad un rischio maggiore di sviluppare ulteriori disturbi d'ansia in futuro (Beesdo-Baum e Knappe, 2012). Una meta-analisi fondata su studi riguardanti bambini con ansia da separazione, ha dimostrato che essi sono esposti ad un rischio tre volte superiore di sviluppare un disturbo da attacchi di panico in età adulta rispetto a bambini che non ne soffrono (Kossowsky, Pfaltz, Schneider, Taeymans, Locher e Gaab, 2013). Inoltre, un'indagine condotta in Danimarca ha individuato che i pazienti che soffrono di uno o più disturbi d'ansia hanno una prevalenza nettamente superiore rispetto alla popolazione generale di soffrire di disturbi depressivi (Meier, Petersen, Mattheisen, Mors, Mortensen e Laursen, 2015).

Per quanto riguarda l'eziologia dei disturbi d'ansia, sembrerebbe esserci una forte componente genetica, con stime di ereditarietà che vanno dal 30 al 50% (Shimada-Sugimoto, Otowa e Hettema, 2015). Infatti, a differenza delle malattie monogeniche, ossia malattie che hanno come eziologia l'alterazione di un singolo gene, anche dette mendeliane, i disturbi d'ansia hanno un'eziologia molto più complessa che implica sia fattori ereditari, quindi relativi ad una compromissione di molteplici geni in interazione tra loro, sia fattori ambientali (Vieland et al., 1996). Nonostante la rilevanza della base genetica nei disturbi d'ansia, questa non può essere considerata come unica causa d'insorgenza, bensì dev'essere associata ad aspetti ambientali, relazionali e socio-culturali. Uno dei fattori di rischio può essere vivere esperienze di vita negative, tali eventi stressanti possono comprendere ad esempio la violenza sessuale e/o fisica, la presenza di una malattia cronica o la morte di una persona cara. Dall'altro lato però, possiamo anche avere il caso in cui diverse esperienze di vita positive contrastino un'eventuale predisposizione genetica, come un efficace sistema di supporto e uno stile di attaccamento sicuro. In aggiunta, anche gli stili di personalità sembrerebbero avere un forte impatto nell'eziologia dei disturbi d'ansia, sia in positivo (resilienza) che in negativo (vulnerabilità). Il nevroticismo, associato in maniera significativa con un'alta reattività allo stress, è stato dimostrato avere una rilevante correlazione sia con ansia che con depressione (Barlow, Ellard, Sauer-Zavala et al., 2014). Gli studi dimostrano come si possano individuare specifici meccanismi psicologici intrinseci all'individuo che costituiscono fattori di resilienza, considerabile come estremo opposto della vulnerabilità, e che quindi predispongono l'individuo ad avere una resistenza maggiore ad eventuali fattori stressanti (Ingram e Price, 2001). Questo

spiegherebbe il motivo per cui molti soggetti non sviluppino disturbi psichici, nonostante l'alta esposizione ad esperienze avverse. Tali esperienze sembrerebbero avere un impatto maggiore durante specifici stadi di sviluppo, detti periodi critici o anche "finestre di vulnerabilità" (Andersen e Teicher, 2008), ossia momenti specifici durante l'infanzia caratterizzati da una spiccata sensibilità ad eventi potenzialmente traumatici e stressanti, che fondano le loro basi nei circuiti neurologici tipici dell'età evolutiva. Eventi altamente impattanti possono dunque avere delle conseguenze future a livello di funzionalità cognitiva, comportamentale ed emotiva, oltre a modificare il cervello in quanto sistema plastico e le sue connessioni neurologiche, e quindi compromettere lo sviluppo neurale. La chiave di comprensione di questo processo sembrerebbe essere l'epigenetica (Waddington, 1942), definibile come branca della genetica che si occupa dei processi biologici in grado di modificare l'espressione di un gene senza che la sequenza di DNA venga alterata. L'aspetto di nostro interesse è che i meccanismi epigenetici sono altamente influenzati e attivati da fattori ambientali a cui il soggetto è esposto, sia nel caso in cui essi abbiano valenza positiva che negativa. L'epigenetica ci permette dunque di comprendere più dettagliatamente le ragioni dietro il forte impatto delle esperienze di vita, in particolare quando tali esperienze avvengono durante le "finestre di vulnerabilità".

Diversi studi hanno dimostrato che traumi di diversa entità a cui il bambino è esposto durante l'infanzia incrementano notevolmente il rischio di insorgenza proprio di disturbi come il disturbo d'ansia sociale, generalizzato e i disturbi di personalità (Klauke et al., 2010; Fernandes e Osorio, 2015).

Se pensiamo all'influenza di stimoli provenienti dall'ambiente esterno però, non dobbiamo esclusivamente riferirci a veri e propri eventi traumatici, infatti anche per quanto riguarda gli stili di accudimento genitoriale, siamo di fronte ad una componente che ha implicazioni considerevoli. Rispetto a questo, Bion (1962) introdusse il concetto di funzione alfa per definire la capacità della figura di accudimento, o del *caregiver*, di attribuire significato a tutti quegli elementi protosensoriali e protoemotivi (elementi beta) che il bambino nei primi anni di vita non è in grado di definire. Il bambino nascerebbe inesperto riguardo l'aspetto emotivo e psicologico-relazionale, e attraverso la "*rêverie*", parte del processo di funzione alfa, la madre svolge un ruolo di contenimento dell'angoscia del bambino che le permette di metabolizzare gli elementi beta, trasformandoli in elementi alfa, e di restituirli al bambino attraverso azioni dotate di senso. Questi processi, però, avvengono in maniera efficace solo nel caso di una figura materna responsiva ed empatica, in grado di svolgere questo processo in modo adeguato. In caso contrario, ossia di un fallimento duraturo nella sintonizzazione tra *caregiver* e bambino, gli elementi beta in uno stato grezzo rimangono tali nella mente del soggetto nel corso del suo

sviluppo, e sono riscontrabili così in diverse patologie. Possiamo perciò notare quanto le influenze ambientali e relazionali possano avere un effetto considerevole già durante le prime fasi di vita. Bowlby (1969), di cui abbiamo già trattato nel primo capitolo, introdusse la teoria dell'attaccamento, che si riferisce alla relazione privilegiata tra madre e bambino e alle rappresentazioni mentali, o modelli operativi interni, che il bambino crea del legame di attaccamento e che determineranno le azioni future del soggetto. Anche in questo caso, perché l'attaccamento sviluppato sia sicuro (Ainsworth et al., 1978), è necessaria una figura di accudimento responsiva, stabile e sensibile, in grado di offrire un ambiente relazionale come base sicura da cui il bambino si senta protetto, contenuto e sostenuto verso l'esplorazione e la ricerca della sua autonomia. Queste teorie sono importanti da citare nella nostra indagine, in quanto mettono in luce l'enorme influenza e pervasività che le relazioni precoci, e quindi l'ambiente esterno primario, abbiano sullo sviluppo della personalità dei soggetti.

In aggiunta, uno studio condotto da Affrunti e Woodruff-Borden (2014) ha analizzato le conseguenze potenziali di comportamenti genitoriali ipercontrollanti e di tipo perfezionista su bambini dai 3 ai 12 anni, dimostrando che tali comportamenti aumentano significativamente il rischio per i bambini di sviluppare disturbi d'ansia. Notiamo come comportamenti di questo tipo se non trattati potrebbero influire su tratti di ansia in future generazioni.

Prendendo invece in considerazione gli aspetti neurobiologici, un ruolo fondamentale nei disturbi d'ansia è giocato dall'amigdala, struttura cerebrale definita come centro emozionale del cervello (LeDoux, 2000; Phillips et al., 2003), di centrale importanza nel circuito della paura⁹. La paura è infatti l'emozione a cui viene maggiormente associata, in quanto una delle numerose funzioni dell'amigdala è l'integrazione delle informazioni provenienti dall'esterno, con l'obiettivo di modulare risposte comportamentali e corporee di fronte alla minaccia di pericolo. Diversi studi hanno dimostrato che la stimolazione elettrica di quest'area porta il soggetto a sperimentare uno stato d'ansia, descritto come paura (Meletti et al., 2006), mentre coloro che riportano lesioni focali bilaterali dell'amigdala non provano paura, anche se posti in condizioni che tipicamente la evocano (Adolphs et al., 1994; Sprengelmeyer et al., 1999).

I neurotrasmettitori maggiormente implicati, e che sono stati più comunemente associati ai disturbi d'ansia, sono la serotonina, la norepinefrina e l'acido γ -amminobutirrico (altrimenti

⁹Il circuito della paura si riferisce alle aree cerebrali implicate in funzioni come le risposte di paura e la percezione del pericolo. Tra le aree coinvolte nel circuito della paura sono da citare in particolar modo la corteccia orbitofrontale, l'amigdala e alcune regioni del lobo temporale.

noto come GABA). Quest'ultimo sembrerebbe essere il neurotrasmettitore più importante e maggiormente correlato a questi disturbi, la cui insufficienza costituirebbe una delle cause di insorgenza dei disturbi d'ansia in quanto agisce come inibitore degli impulsi nervosi, placando lo stato di eccitazione.

L'eziologia dei disturbi d'ansia è quindi, come intuibile, multifattoriale e data dall'interazione tra meccanismi psicologici, fattori biologici e fattori ambientali.

Per quanto riguarda il trattamento farmacologico, abbiamo già introdotto l'utilizzo di SSRI in pazienti con DOC e DOCP, e anche nel caso dei disturbi d'ansia i farmaci più utilizzati nel trattamento sono proprio gli SSRI e gli SNRI, antidepressivi inibitori della ricaptazione della serotonina e noradrenalina, per il loro favorevole rapporto rischio-beneficio. Comune è anche l'utilizzo di benzodiazepine, i cui effetti sono mediati dall'azione antagonista sui recettori GABA_A (uno dei due recettori per il GABA), e l'utilizzo di antidepressivi triciclici (TCA) anch'essi, come gli SNRI, inibitori della ricaptazione della serotonina e noradrenalina.

Rispetto invece al trattamento psicoterapico, un gran numero di meta-analisi hanno dimostrato, come per il DOCP, la notevole efficacia della terapia cognitivo-comportamentale, in particolare rispetto alla qualità della vita in pazienti con disturbi d'ansia (Deacon e Abramowitz, 2004; Olatunji et al., 2010; Hofmann, Wu e Boettcher, 2014). Tra i metodi della psicoterapia cognitivo-comportamentale più utilizzati troviamo la tecnica di esposizione al sintomo, le cui basi sono radicate nella teoria del processamento emozionale. Secondo questa teoria la paura, che come abbiamo precedentemente discusso è una componente centrale dei disturbi d'ansia, non è altro che la conseguenza di associazioni tra lo stimolo che causa paura, le risposte ad esso e il loro significato. Dunque, ogni qualvolta che il soggetto è esposto allo stimolo, o ad uno stimolo simile, il circuito della paura viene attivato. La tecnica di esposizione ha quindi lo scopo di attivare tale circuito per promuovere nuove associazioni, in un ambiente sicuro e protetto.

Tornando al nostro tema d'interesse, è stato dimostrato che gli individui perfezionisti sperimentano un livello d'ansia nettamente superiore rispetto alla popolazione generale (Schuler, 2000; Kawamura, Hunt, Frost e DiBartolo, 2001). Abbiamo infatti già citato l'implicazione di un'alta sensibilità allo stress, e questo è particolarmente vero per il disturbo d'ansia sociale e per il disturbo d'ansia generalizzato, che tratteremo in seguito. Legata a tale sensibilità allo stress sembrerebbe essere la cosiddetta *anxiety sensitivity*, ossia la paura relativa alla sperimentazione di sintomi corporei e specifiche attivazioni fisiologiche associate ad esperienze di ansia intensa. Dunque la percezione stessa di sintomi di questo tipo, quali ad esempio dispnea, sudorazione e palpitazioni, sarebbe causa di forte ansia in quanto interpretati come altamente dannosi. I soggetti che soffrono di disturbi d'ansia di diverso tipo hanno livelli

nettamente superiori di *anxiety sensitivity* e questo potrebbe essere ulteriormente associato al già precedentemente citato pensiero di tipo “tutto o niente”, che implica l’idea di non dover mai perdere il controllo sulle proprie emozioni e di dover sempre essere liberi da qualunque tipo di esperienza ansiogena, e di conseguenza anche dalle caratteristiche fisiologiche che ad essa sono associate (Ellis, 2002). L’*anxiety sensitivity* è inoltre il motivo principale dietro la tendenza all’evitamento¹⁰ comune agli individui con disturbi d’ansia, ed è stata dimostrata la sua notevole ereditabilità (Stein, Jang e Livesley, 1999), aspetto che può quindi contribuire come fattore di rischio nell’insorgenza e nel mantenimento di questi disturbi.

2.2.1. *Disturbo d’ansia sociale*

Il disturbo d’ansia sociale, o fobia sociale, si contraddistingue per paura estrema di una possibile valutazione negativa da parte degli altri, oltre all’eventualità di trovarsi in una situazione imbarazzante e umiliante in contesti sociali. Un timore del giudizio negativo da parte di terzi non è però sufficiente perchè avvenga una diagnosi di disturbo d’ansia sociale, in quanto la componente determinante è una compromissione del funzionamento. Per tutti i disturbi d’ansia è infatti necessario che l’ansia sia sproporzionata rispetto alla situazione che l’ha causata e che comprometta una o più aree funzionali, quali ad esempio l’area sociale o lavorativa, in assenza di tali elementi non si può parlare di patologia.

Il disturbo d’ansia sociale è inoltre caratterizzato dalla paura di mostrare l’ansia sperimentata, e quindi di apparire deboli o incapaci agli occhi degli altri. Tra i sintomi più comuni troviamo palpitazioni, tremori, sudori, tensione muscolare e nausea. L’individuo che soffre di questo disturbo è consapevole dell’irrazionalità di questi sintomi e di reagire in maniera eccessiva rispetto alla situazione in atto, e questo lo induce ulteriormente ad autocolpevolizzazione e autosvalutazione. La consapevolezza del soggetto rispetto alle sue possibili reazioni in contesti specifici implica anche l’insorgenza di ansia anticipatoria, precedente a tali occorrenze. Inoltre, è comune per questi individui essere relativamente chiusi quando conversano con gli altri e tendono a parlare poco di sé (APA, 2013).

Possiamo distinguere principalmente due tipi di disturbi d’ansia sociale: il disturbo d’ansia sociale semplice, che è ridotto a specifiche situazioni sociali; oppure generalizzata, che è

¹⁰L’evitamento è un meccanismo di difesa tipico dei disturbi d’ansia, volto all’allontanamento e alla protezione da situazioni o stati mentali potenzialmente minacciosi e percepiti dal soggetto come intollerabili.

invece relativa ad ogni situazione sociale, e per questo risulta chiaramente più invalidante. La fobia sociale, per le sue caratteristiche, ha un'influenza sull'abilità dei soggetti che ne soffrono di costruire e mantenere relazioni con gli altri, e nei casi più gravi può portare a isolamento, depressione e suicidio.

La connessione tra il disturbo d'ansia sociale e il perfezionismo appare evidente se ricordiamo gli elementi definatori del perfezionismo, già precedentemente introdotti, quali l'attenzione eccessiva alle prestazioni, il desiderio di approvazione e l'alta sensibilità al rifiuto, aspetti centrali nel disturbo d'ansia sociale. Il perfezionismo sembra particolarmente distinguibile proprio in una delle cause più comuni e centrali dell'insorgenza d'ansia in questi pazienti, ossia l'aver standard elevati di *performance* in contesti sociali. I soggetti con disturbo d'ansia sociale hanno infatti aspettative degli standard sociali richiesti molto alte, e al tempo stesso percepiscono in maniera nettamente inferiore le loro abilità di soddisfarli. A questo proposito, Heimberg et al. (1995) hanno definito le convinzioni che distinguono i pazienti con disturbo d'ansia sociale e che contribuirebbero al suo mantenimento, e fra queste troviamo proprio standard sociali eccessivamente elevati, che devono essere raggiunti con l'obiettivo di scampare ad una possibile umiliazione. Tali standard elevati però, in quanto tali, non vengono mai soddisfatti causando vissuti di frustrazione tale da attivare sintomi fisici, comportamentali e cognitivi tipici dell'ansia, che a loro volta contribuiscono alla percezione negativa della propria prestazione. Questo è particolarmente significativo se prendiamo in considerazione come diversi studi abbiano rilevato percezioni significativamente più negative delle proprie prestazioni in pazienti con fobia sociale (Rapee e Lim, 1992; Abbott e Rapee, 2004).

Uno studio condotto da Juster e colleghi (1996) ha evidenziato come in pazienti con fobia sociale siano presenti livelli più alti in diverse scale delle dimensioni di perfezionismo rispetto al gruppo non clinico, quali preoccupazione eccessiva di commettere errori, insicurezza rispetto le proprie azioni e rigorose aspettative genitoriali (FMPS).

Diversi studi hanno inoltre dimostrato che la dimensione di perfezionismo socialmente imposto è notevolmente maggiore in pazienti con disturbo d'ansia sociale a differenza di gruppi non clinici, rispetto ad esempio alla dimensione di perfezionismo autodiretto (Juster et al., 1996; Antony, Purdon, Huta e Swinson, 1998).

Anche in questo caso appare difficile identificare la direzione di causalità, da un lato è possibile che i processi cognitivi caratteristici del perfezionista lo inducano ad avvertire gli standard di *performance* sociale come più elevati di quanto non vengano considerati da altri, percependo di non avere risorse adeguate per rispondere (Frost, Glossner e Maxner, 2010). Dall'altro lato però, è anche probabile che la percezione e convinzione di una propria inadeguatezza porti il

soggetto ad attuare comportamenti perfezionisti, volti ad evitare giudizi negativi esterni (Frost et al., 2010).

Recentemente è stata sottolineata la considerevole influenza dello sviluppo di *mindfulness*, come mediatore del rapporto tra perfezionismo e fobia sociale. Con il termine *mindfulness* ci si riferisce all'abilità di stare nel momento presente, nel qui e ora, ed affrontarlo in uno spirito di accettazione, di non giudizio, curiosità ed apertura. La *mindfulness* permette al soggetto di affrontare la sofferenza, senza mettere in gioco meccanismi di fuga o evitamento, riducendo la reattività a potenziali stimoli stressanti e aumentando la riflessione. Dunque, mentre il perfezionismo è associato ad alti livelli di stress e all'insorgenza di disturbo d'ansia sociale, lo sviluppo di capacità di *mindfulness* è stato negativamente correlato a stress, fobia sociale e perfezionismo (Wang, Chen, Zhang, Lin et al., 2022).

2.2.2. Disturbo d'ansia generalizzato

Il disturbo d'ansia generalizzato (GAD) comporta un'ansia cronica e preoccupazione eccessiva, o "*pathological worry*"¹¹, relativa a diverse attività e avvenimenti, che persiste per diverso tempo e che ha un effetto sul funzionamento quotidiano dell'individuo. I pazienti che soffrono di GAD hanno una paura estrema dell'incertezza, e i criteri diagnostici di tale disturbo condividono ben 12 item con la dimensione di nevroticismo nel *Eysenck personality questionnaire* (Eysenck e Eysenck, 1975). Il nevroticismo è stato maggiormente associato alle donne rispetto agli uomini, dunque l'alta interrelazione tra disturbo d'ansia generalizzato e nevroticismo potrebbe spiegare il motivo per il quale il GAD abbia una prevalenza due volte superiore nelle donne. Oltre a ciò, tra le caratteristiche centrali del disturbo troviamo la presenza di sintomi come fatica, irritabilità, tensione muscolare e disturbi del sonno. La sua diagnosi è resa difficile dall'alta comorbidità che ha con altri disturbi, come ad esempio quello da attacchi di panico e il disturbo depressivo.

Come appena descritto, la preoccupazione è un elemento centrale e distintivo del disturbo d'ansia generalizzato, tanto che fu inizialmente proposto di rinominare il GAD come

¹¹Diversi autori hanno sottolineato come la traduzione italiana di "*pathological worry*" in "preoccupazione patologica" sia inadeguata (Morani, Pricci e Sanavio, 2012), in quanto non sottolineerebbe il carattere cognitivo insito nel termine "*worry*". Dunque, nel riferirci in questo contesto a "preoccupazione" indichiamo un processo patologico che è per questa ragione incontrollabile.

“disturbo di preoccupazione generalizzato” all’interno del DSM 5 (Andrews, Hobbs, Borkovec et al., 2010). In questo contesto appare altamente rilevante esplorare il ruolo del perfezionismo in tale disturbo, in quanto se da un lato diversi studi hanno indagato e affermato la presenza di una relazione tra perfezionismo e preoccupazione patologica in campioni di soggetti non clinici (Stöber e Joormann, 2001; Santanello e Gardner, 2006; Buhr e Dugas, 2006), pochissimi studi hanno indagato la possibile relazione tra preoccupazione e perfezionismo in soggetti clinici. Richiamando alla valenza del perfezionismo come di un “*transdiagnostic process*”, che sembra appunto essere alla base di numerose patologie, si rivela necessario approfondire l’indagine della correlazione tra disturbo d’ansia generalizzato e perfezionismo. Uno studio condotto da Handley, Egan, Kane e Rees (2014) ha esplorato il legame tra le dimensioni del perfezionismo (MPS) e la preoccupazione patologica, in soggetti con elevati livelli di perfezionismo e con una diagnosi di disturbo d’ansia generalizzato. Lo studio si prefiggeva di individuare un’eventuale correlazione tra perfezionismo e l’insorgenza del disturbo e dimostrò che il perfezionismo, misurato attraverso il *clinical perfectionism questionnaire*¹² (CPQ), predice in maniera significativa l’insorgenza di preoccupazione. Nello specifico, la dimensione relativa all’insicurezza rispetto le proprie azioni è stata positivamente associata ad una diagnosi di GAD. Questo studio indicherebbe quindi la necessità di porre maggiore attenzione alla valutazione del perfezionismo in coloro che presentano sintomi di un disturbo d’ansia generalizzato, eventualmente indagando la possibilità di agire sul perfezionismo con lo scopo di avere un effetto anche sulla sintomatologia del disturbo.

Anche rispetto al GAD, numerose sono le differenze anatomiche cerebrali. In diversi studi su tale disturbo è stato nuovamente dimostrato il ruolo fondamentale dell’amigdala, riscontrando un volume maggiore della materia grigia in quest’area cerebrale (Etkin, Prater, Schatzberg et al., 2009), e inoltre è stata registrata un’attivazione maggiore della stessa in pazienti pediatriche con disturbo d’ansia generalizzato (Monk, Telzer, Mogg et al., 2008).

Per quanto riguarda il trattamento farmacologico di tale disturbo, possiamo ancora una volta identificare la conformità agli altri disturbi d’ansia, in quanto vengono consigliati farmaci

¹²Il *Clinical Perfectionism Questionnaire* (Fairburn, Cooper e Shafran, 2003) è un questionario realizzato con l’obiettivo di misurare quantitativamente il costrutto qualitativo di perfezionismo patologico. Si tratta di un questionario auto-somministrato composto da 12 item, che indaga le componenti affettive, cognitive e comportamentali relative agli standard del soggetto, oltre alle conseguenze di un eventuale mancato raggiungimento di tali standard.

SSRI e benzodiazepine.

In conclusione, abbiamo potuto dimostrare attraverso numerosi studi come la presenza di aspetti neurobiologici costituisca una componente rilevante ma non necessaria nell'insorgenza dei disturbi d'ansia. Appare quindi centrale mantenere uno sguardo orientato anche alle relazioni e agli aspetti ambientali. Sembra infatti decisivo il ruolo delle dinamiche familiari, e in particolare dello stile di attaccamento con la figura di accudimento, ed è qui che notiamo l'importanza dell'epigenetica e di come fattori esterni possano avere un'influenza sull'espressione o mancata espressione di determinati geni. Infine, per tutti i disturbi affrontati, il trattamento comporta sia l'utilizzo di terapie farmacologiche quali i farmaci SSRI, che il trattamento psicoterapico, attraverso la terapia cognitivo-comportamentale.

3. PERFEZIONISMO E CORPO

Uno degli aspetti più comunemente associati al perfezionismo è quello relativo all'aspetto fisico e alla percezione del proprio corpo. Diversi studi hanno dimostrato che l'internalizzazione di ideali condivisi culturalmente, oggi più che mai influenti grazie alla diffusione dei *social media*, sarebbe predittiva dell'insoddisfazione corporea (Stice e Whitenton, 2002; Shroff e Thompson, 2006), oltre che delle preoccupazioni rispetto al peso e alla forma fisica (Low et al., 2003). Questi aspetti indurrebbero i soggetti ad attuare condotte volte alla modifica del proprio corpo, in modo da soddisfare tali ideali di bellezza estetica, e sono positivamente correlati a disturbi del comportamento alimentare (Aparicio-Martínez, Perea-Moreno, Redel-Macías, Pagliari e Vaquero-Abellán, 2019).

Homan (2010) ha evidenziato come in studentesse del college coesistano principalmente due ideali di bellezza fondamentali, quello relativo alla magrezza e quello relativo all'atleticità. In questo capitolo propongo un'esposizione delle possibili conseguenze di entrambi gli ideali, concentrandomi dunque sull'influenza delle richieste socio-culturali a cui gli individui sono esposti, ma anche sugli aspetti individuali, considerabili come elementi di vulnerabilità, più generalmente associati ai disturbi che mi appresto ad illustrare e che riguardano una ricerca costante di ottenere un corpo "perfetto".

3.1. I disturbi dell'alimentazione

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) sono caratterizzati da anomalie della condotta alimentare e da un'attenzione smisurata per il proprio peso e forma fisica. I DCA hanno un impatto notevole sulla qualità di vita, con implicazioni a livello sociale, relazionale e sulla salute psicologica e fisica del soggetto (Styer, Conviser, Washburn e Aldridge, 2014). Un individuo con disturbo del comportamento alimentare è soggetto ad alti livelli di distress, che possono comportare vissuti di depressione, o acting out come l'abuso di sostanze, fino ad arrivare nei casi più gravi alla morte. I DCA sono infatti associati ad alta mortalità (Arcelus, Mitchell, Wales e Nielsen, 2011), e questo è particolarmente vero per il disturbo di anoressia nervosa. Tale effetto è in parte dovuto ad un alto tasso di suicidio, e in parte alle complicazioni mediche che conseguono questo disturbo. Un disturbo alimentare può infatti comportare dei gravi danni permanenti, che si differenziano tra loro in base al DCA sofferto, ma comuni sono gli effetti sul sistema cardiovascolare, gastrointestinale e endocrino. Iwajomo e colleghi (2020) hanno condotto uno studio in Canada riguardante l'indice di mortalità successivo all'ospedalizzazione

in pazienti con diversi disturbi del comportamento alimentare, rilevando che il tasso di mortalità standardizzato¹³ era ben cinque volte maggiore rispetto alla popolazione non clinica.

Il DSM 5 introduce otto diagnosi differenti di DCA, tra cui il pica, il disturbo di ruminazione, di evitamento o restrizione dell'assunzione di cibo, l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa, il disturbo da alimentazione incontrollata (o *binge eating*), il disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con specificazione e senza specificazione. Tali disturbi sembrano essere molto più comuni nelle donne rispetto agli uomini, oltre ad essere maggiormente diffusi in adolescenza e in prima età adulta. L'insoddisfazione corporea, infatti, è stata riscontrata maggiormente in ragazze giovani (Polivy e Herman, 2002). Un elemento indicato in donne con anoressia e bulimia nervosa è la percezione di perdita di controllo, in queste pazienti è stato riscontrato una maggior presenza di *locus of control* esterno rispetto al gruppo non clinico (Williams, Chamove e Millar, 1990). L'aspetto di perdita di controllo è di fondamentale importanza, tanto da essere uno dei criteri diagnostici in più di un disturbo del comportamento alimentare (APA, 2013). Diversi studi hanno rilevato come condotte volte all'autocontrollo, ad esempio attraverso la soppressione di pensieri indesiderati, abbiano in realtà un effetto contrario a quello voluto, aumentando la possibilità che tali pensieri si ripresentino (Wenzlaff e Wegner, 2000). Per questo, anche se le condotte ipercontrollanti hanno come obiettivo primario quello di ridurre la tensione interna in un momento presente, queste aumenterebbero la tensione sperimentata dal soggetto nel lungo periodo (Haynos, Crosby, Engel, Lavender et al., 2015).

Alcuni aspetti che soddisfano i criteri di diagnosi per un disturbo del comportamento alimentare hanno delle similarità con aspetti tipici di disturbi da uso di sostanze, come ad esempio il *craving*¹⁴, tanto che il DSM 5 afferma la possibilità di un nesso neurale tra i due gruppi di disturbi (APA, 2013). Questo sembrerebbe particolarmente il caso dei processi legati alla ricompensa e all'autocontrollo, portandoci ad ipotizzare la presenza di reti neurali e genetiche comuni che hanno la funzione di regolare l'ansia, la nutrizione e la ricompensa.

Utilizzabile nella diagnosi dei disturbi alimentari è l'*eating disorder inventory* (Garner,

¹³Il tasso di mortalità standardizzato (TMS) indica il rapporto tra il numero di decessi osservati in una popolazione e il numero di decessi atteso. Si differenzia dunque dal tasso di mortalità grezzo perchè quest'ultimo si limita ad esprimere il numero di decessi in una popolazione durante un periodo specifico quindi non permette confronti, a differenza del TMS che è invece standardizzato per il sesso e l'età.

¹⁴Il *craving* è definibile come un desiderio persistente e incontenibile di una determinata sostanza o sostanze con simili effetti (APA, 2013).

Olmsted e Polivy, 1983), un questionario *self-report* inizialmente composto da 8 sub-scale, tra cui 4 relative ad aspetti psicologici, come il perfezionismo e l'inefficacia, mentre le altre sono relative a atteggiamenti e comportamenti associati al peso e all'alimentazione, come l'insoddisfazione corporea. Nell'edizione successiva (1991), all'EDI-2 vennero annessi 27 nuovi item ai 64 precedenti, mentre l'ultima revisione è avvenuta nel 2004 (EDI-3) e rappresenta un'espansione e un miglioramento delle prime due.

L'eziologia dei disturbi del comportamento alimentare è multifattoriale, e in primo luogo è stata dimostrata una forte componente genetica. Diversi studi hanno infatti individuato una correlazione significativa tra l'insorgenza di un disturbo alimentare e la presenza di almeno un caso di disturbo alimentare in famiglia (Stein et al., 1999; Strober et al., 2000). Le stime più alte di ereditarietà sono state rilevate per l'anoressia nervosa (43%) e la bulimia nervosa (41%), mentre il restante è stato associato alla varianza legata ad aspetti ambientali (Yao, Larsson, Norring, Birgegård et al., 2021). Questi due disturbi condividono inoltre numerose similarità, come il controllo del peso o la presenza di condotte quali abbuffate e comportamenti compensatori. Anche in questo caso, però, le dinamiche relazionali familiari svolgono un ruolo altrettanto centrale (Minuchin, Rosman e Baker, 1978; Bruch, 1985). Leung e colleghi (1996) hanno evidenziato che le dinamiche relazionali e la loro qualità possono influenzare il soggetto principalmente attraverso due aspetti: un eventuale eccessivo criticismo e il porre rilievo al peso e alla forma corporea. Abbiamo già introdotto l'importanza dello stile di attaccamento e dello sviluppo dell'autonomia nel figlio, e a questo proposito Kenny e Hart (1992) hanno dimostrato che nel caso in cui il genitore dia lo spazio all'adolescente di sviluppare la propria autonomia e crei una relazione con lui caratterizzata da affettività e supporto questo diminuisce l'insorgenza di sentimenti di inefficacia, di preoccupazioni rispetto al peso e di condotte alimentari anomale. Un ulteriore elemento evidenziato è quello relativo al funzionamento familiare generale, come ad esempio il livello di coesione tra i membri della famiglia che è stato associato allo sviluppo di autostima. Nel caso di una bassa coesione è infatti presente un'alta correlazione a disturbi depressivi e al comportamento alimentare (Leung et al., 1996). Inoltre, centrale sembra anche l'eventuale preoccupazione ed estremo interesse condiviso dai membri della famiglia per il regime alimentare da seguire. Uno studio condotto su bambine di 9 anni con apprensione per il cibo e la dieta ha dimostrato una correlazione con comportamenti quali la restrizione al cibo da parte della madre pochi anni prima (Sinton e Birch, 2005).

Oltre al ruolo delle dinamiche familiari, anche il ruolo dei pari si è dimostrato fondamentale nell'insorgenza di DCA, è stato infatti evidenziato come l'alienazione dagli amici e i conflitti con essi erano associati a insoddisfazione rispetto all'immagine corporea ed elementi tipici dei

disturbi del comportamento alimentare (Schutz e Paxton, 2007).

Abbiamo già introdotto il ruolo del perfezionismo nell'insorgenza e nel mantenimento di diverse patologie, e questo sembra particolarmente vero per i disturbi del comportamento alimentare (Fairburn, Cooper e Shafran, 2003; Bardone-Cone, Wonderlich, Frost et al., 2007). In primo luogo, pazienti che soffrono di bulimia nervosa e anoressia nervosa hanno ottenuto livelli maggiori in diverse dimensioni di perfezionismo (MPS) rispetto al gruppo di controllo in numerosi studi (Bastiani, Rao et al., 1995; Sassaroli, Lauro, Ruggiero et al., 2008). Nello specifico, sembrerebbe che l'anoressia e la bulimia nervosa siano una vera e propria espressione di perfezionismo, manifestata attraverso condotte alimentari disfunzionali e controllo del peso corporeo. Uno studio condotto da Minarik e Ahrens (1996) ha sottolineato come due dimensioni della scala del perfezionismo multifattoriale (MPS), quella relativa a preoccupazione eccessiva di commettere errori e all'insicurezza rispetto le proprie azioni, siano correlate in maniera significativa a disturbi dell'alimentazione.

Se riprendiamo nuovamente il concetto di "*transdiagnostic process*", il perfezionismo e la bassa autostima sarebbero due tratti fondamentali dei disturbi dell'alimentazione (Fairburn et al., 2003). Inoltre, uno degli aspetti di connessione tra perfezionismo e DCA sembrerebbe essere il desiderio di raggiungimento di standard elevati. Infatti, come abbiamo visto, gli standard eccessivamente alti che il perfezionista possiede nel caso dei disturbi del comportamento alimentare sono applicati in particolar modo alla forma fisica e al peso, per questo motivo hanno un'influenza importante sull'autostima e portano ad insoddisfazione per l'immagine corporea. Appare dunque evidente l'impatto considerevolmente disfunzionale dell'ambiente esterno sull'individuo, soprattutto quando i soggetti possiedono degli standard da raggiungere già eccessivamente elevati, quindi sono in una condizione di vulnerabilità preesistente, e vengono ulteriormente esposti a specifici ideali sull'apparenza e a circostanze di confronto tra sé e tali ideali. Questo sembra il caso della società odierna, che attraverso i *social media* contribuisce alla diffusione di standard estetici irraggiungibili.

Oltre al perfezionismo, però, ciò che viene considerato come fattore predisponente ad un disturbo del comportamento alimentare è il disturbo di personalità ossessivo-compulsivo. Infatti, uno studio condotto da Anderlueh, Tchanturia, Rabe-Hesketh e Treasure (2003) ha indicato che le probabilità di sviluppare un DCA sono significativamente più alte nel caso in cui ci sia anche la presenza di uno o più tratti caratteristici del DOCP. Inoltre, un'indagine basata sull'EDI ha indicato la presenza di punteggi più alti di perfezionismo in pazienti con bulimia o anoressia nervosa che avevano anche una diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo di personalità (Halmi et al., 2005).

Dunque, dopo aver esposto la chiara multifattorialità dei disturbi del comportamento alimentare, sono identificabili gli aspetti specifici che sembrerebbero avere un ruolo centrale. Tra questi possiamo definire in primo luogo una percezione distorta del proprio fisico, bassa autostima, perfezionismo, senso di perdita di controllo, ansia, disregolazione emotiva, preoccupazione rispetto alle prestazioni, orientamento al risultato e inefficienza.

Nei DCA, così come avviene anche per i disturbi d'ansia (La Mela et al., 2004; Fontanelle et al., 2007), è spesso rilevata la presenza di dissociazione, definibile come “sconnessione delle funzioni, solitamente integrate, della coscienza, della memoria, dell'identità e o della percezione” (APA, 2013). I sintomi dissociativi, rilevati in pazienti con traumi infantili, sono infatti stati associati in maniera nettamente superiore a soggetti con disturbi del comportamento alimentare rispetto al gruppo di controllo (Dalla Grave, 1997; Waller, 2003). I sintomi dissociativi sembrerebbero correlati in maniera particolare ad episodi di abbuffate, caratteristici del disturbo bulimico (Engelberg et al., 2007; La Mela et al., 2010), ed avere un effetto sulla loro gravità (Waller et al., 2001; McShane et al., 2008; La Mela et al., 2010).

In aggiunta, per quel che concerne il trattamento psicoterapico, necessario è citare ancora una volta la terapia cognitivo-comportamentale, senza però dimenticare la possibilità di utilizzare la terapia psicodinamica e quella familiare. Nel primo caso, rispetto ai disturbi del comportamento alimentare, l'obiettivo può essere quello di sviluppare un piano nutrizionale adeguato, apprendere come ridurre condotte quali abbuffate e comportamenti compensativi, e in ultimo evitare possibili ricadute. La terapia psicodinamica si fonda invece sull'ipotesi della presenza di un conflitto inconscio che causa ansia e sofferenza nell'individuo e lo porta ad attuare specifici comportamenti volti a difendersi. In questo caso, la chiave della guarigione risiederebbe nel portare a galla tali conflitti inconsci, proponendo un lavoro sui possibili traumi esperiti, sulle emozioni, e analizzando il suo rapporto con il proprio corpo e con il cibo. Infine, la terapia familiare risulta anch'essa molto utile, la famiglia viene infatti sempre più considerata non solo come una delle cause di disturbo ma anche come risorsa di cura. La terapia familiare implica un sostegno alla famiglia ed è volta a sviluppare il benessere tra i suoi membri, ma dev'essere comunque sempre affiancata ad una psicoterapia individuale. L'utilità della terapia familiare è presente però solo in casi specifici, è stato infatti evidenziato da diversi studi che la terapia familiare è efficace principalmente in soggetti giovani e che soffrono da poco del disturbo (Russell, 1987; Eisler, 1997). In questi casi, l'adolescente non presenta una patologia cronicizzata e inoltre non può ancora vantare di un'acquisizione di autonomia e indipendenza dal genitore. Oltre al trattamento psicoterapico, però, consigliabile è un approccio integrativo che affianchi anche una terapia nutrizionale e farmacologica, quest'ultima comprendente

sempre in maniera maggiore antidepressivi triciclici, SSRI ed SNRI.

Ne risulta quindi una presa in carico che integri interventi provenienti da più fronti (psichiatrico, medico nutrizionista, psicologico, educativo...), in un regime che a seconda della gravità può essere ambulatoriale ma anche di ricovero o di *Day Hospital*¹⁵. Anche nel caso di minori che soffrono di DCA, siamo in presenza in un'equipe multidisciplinare che comprende un neuropsichiatra infantile, psicologi, psicoterapeuti, educatori, operatori socio-sanitari, fino ad arrivare ad un pediatra e un dietista. La psicoterapia effettuata alterna tra quella individuale e quella familiare.

I disturbi del comportamento alimentare si distribuiscono nella popolazione in maniera piuttosto omogenea, indipendentemente dalla classe socioeconomica di appartenenza. Un gruppo di popolazione che però sembra soffrire maggiormente di questi disturbi è il gruppo composto dagli atleti (Sundgot-Borgen e Torstveit, 2004; Glazer, 2008), anch'essi a rischio di sviluppare un'insoddisfazione per la propria immagine corporea, e di cui ci occuperemo in maniera più approfondita al termine del presente capitolo.

Sono state individuate però delle differenze di genere rispetto agli elementi più comunemente associati all'insorgenza di disturbi del comportamento alimentare. Infatti, nelle femmine si è riscontrata un'influenza maggiore svolta dal perfezionismo, dall'attaccamento con i genitori e dalle relazioni con i pari; mentre nei ragazzi maschi gli aspetti che si sono dimostrati maggiormente influenti sono le relazioni con i pari e l'insicurezza.

Si evidenzia una crescita significativa di disturbi alimentari nella popolazione, così come è stato evidenziato per il perfezionismo. A questo proposito occorre chiederci se l'aumento dei DCA sia relativo ad un aumento reale o se questo sia dovuto ad una incrementata consapevolezza di tali disturbi e ad una maggior accuratezza nel loro rilevamento. Dall'altro lato però, bisogna considerare i dati raccolti rispetto alla prevalenza dei disturbi del comportamento alimentare come approssimativi, e soprattutto riduttivi, a causa dell'eccessivo stigma ancora presente e particolarmente diffuso rispetto a questi disturbi, che quindi può portare i DCA ad essere sotto diagnosticati.

Concludiamo nuovamente il paragrafo con una riflessione rispetto al mondo contemporaneo, ricordando come la crescita del materialismo, caratteristica della società neoliberista, abbia inevitabilmente un'influenza significativa sui comportamenti, sui valori e sulle priorità dei

¹⁵Il *Day Hospital*, o ricovero diurno, dà la possibilità ai pazienti di usufruire di cure ospedaliere attraverso ricoveri programmati, di durata inferiore ad un giorno.

soggetti, soprattutto nei giovani. Gli individui in prima età adulta spendono molto di più in oggetti materiali volti all'ostentazione, rispetto ai loro genitori (Jiang e Dunn, 2013; Parment, 2013; Bricker, Ramcharan e Krimmel, 2014), e questo effetto sembra solo essere in aumento. In una società in cui viene data sempre maggior importanza all'estetica e all'apparenza, l'aspetto fisico e la forma fisica diventano dunque centrali, tanto che la ricerca di una forma fisica "perfetta" e del raggiungimento del peso ideale vengono sempre più percepiti come rilevanti, in special modo dalla popolazione di giovani adulti.

3.1.1. Anoressia

L'anoressia nervosa (Gull, 1873) implica tre aspetti centrali necessari per una diagnosi, come presentati dal DSM 5, ossia una restrizione dell'apporto energetico, paura estrema di prendere peso (Criterio B) e una percezione distorta del proprio corpo o del proprio peso (Criterio C). Questo disturbo comporta quindi un peso corporeo inferiore a quello minimo in un soggetto della stessa età, sesso e salute fisica (Criterio A), che viene mantenuto attraverso condotte specifiche. Si possono distinguere due sottotipi di anoressia nervosa: l'anoressia con restrizioni e l'anoressia con abbuffate o condotte di eliminazione. Nel primo caso, la perdita di peso è causata primariamente da diete, digiuni e/o esercizio fisico spropositato. Tale sottotipo si differenzia dall'anoressia con abbuffate, anche definibili come crisi bulimiche, o condotte di eliminazione in quanto il soggetto negli ultimi tre mesi non ha attuato comportamenti come le abbuffate e comportamenti di spurgo, è però comune che i pazienti oscillino tra questi due sottotipi in tempi diversi. L'anoressia nervosa occupa il terzo posto tra le malattie croniche più diffuse nelle ragazze adolescenti e il suo tasso di mortalità si aggira intorno a 5 su 1000 persone l'anno (Arcelus, Mitchell, Wales e Nielsen, 2011).

Abbiamo già precedentemente introdotto l'associazione tra anoressia nervosa e la bulimia, tanto che è stato riportato come pazienti che soffrono di anoressia abbiano un'alta probabilità di soffrire di bulimia nel corso della vita, la stessa cosa è stata rilevata per la bulimia (Tozzi et al., 2005; Eddy et al., 2008; Peat et al., 2009; Fichter et al., 2017), e in questo e nel prossimo paragrafo ci soffermeremo maggiormente sulla loro analisi. Entrambe sono associate ad un'insoddisfazione rispetto al proprio corpo ed entrambe condividono loci genici che hanno un'influenza su vie molecolari potenzialmente alla base dei due disturbi. Tra i loci genici che la ricerca ha evidenziato essere importanti nell'insorgenza dell'anoressia e della bulimia nervosa si possono identificare la serotonina, la dopamina, i recettori degli oppioidi endogeni e i geni di regolazione dell'appetito (Paolacci et al., 2020).

Per quanto riguarda i fattori di rischio nell'insorgenza non possiamo però non trattare di come diversi studi rilevino ancora una volta la centralità delle dinamiche famigliari nei pazienti anoressici, in particolare l'eventuale mancata capacità di risoluzione dei conflitti, presenza di irretimento e comportamenti iperprotettivi (Minuchin, 1978). Un'indagine con l'obiettivo di esaminare determinate caratteristiche familiari di pazienti con anoressia nervosa, ha evidenziato che questi individui avevano una percezione della propria famiglia come meno coesa, aspetto rilevato attraverso la *family adaptability and cohesion scale* (FACES II)¹⁶, e meno capace di reagire in modo funzionale ad eventi potenzialmente stressanti, a differenza del gruppo di controllo (Cunha, Relvas e Soares, 2008). Oltre a questo, i pazienti hanno ottenuto livelli minori sulle scale di attaccamento sia con la figura materna che con i pari, in questo caso venne utilizzato l'*inventory of parent and peer attachment* (IPPA), che è in grado di valutare la percezione dell'attaccamento dell'adolescente sia con i propri genitori che con i pari (Armsden e Greenberg, 1987). Ainsworth (1991) aveva infatti introdotto la possibilità di individuare l'elemento dell'attaccamento anche rispetto a dinamiche amicali, individuando l'importanza dell'essere compresi, della rassicurazione e del supporto che le amicizie possono fornire.

L'anoressia ha un'alta comorbidità con diverse patologie, in particolare con il disturbo depressivo (Halmi, Eckert, Marchi et al., 1991), il disturbo bipolare e i disturbi d'ansia. Tra i sintomi più comuni dei disturbi d'ansia in pazienti anoressici sono quelli ossessivo-compulsivi (Rothenberg, 1988), e questo sembra intuitivo se si pensa alle condotte tenute dai pazienti, come la ruminazione rispetto al cibo e all'alimentazione, o ancora l'atto di conteggiare morbosamente le calorie. Uno studio condotto reclutando venti pazienti guarite da anoressia nervosa, che avevano mantenuto un peso nella norma e avevano avuto menarca regolare da oltre un anno, aveva l'obiettivo di confrontare il loro comportamento con un gruppo di controllo composto da 16 donne sane (Srinivasagam, Kaye, Plotnicov, Greeno et al., 1995). Questa indagine ha evidenziato livelli più alti di perfezionismo nell'EDI e nel FMPS nelle donne guarite, e inoltre che questo gruppo continuava a mostrare un'estrema attenzione per l'ordine e l'esattezza anche successivamente alla guarigione dal disturbo. Tale studio si è fornito anche della *Yale-Brown*

¹⁶La *family adaptability and cohesion scale II* (Olson, Portner e Bell, 1982) permette di valutare da un lato l'adattabilità, ossia la capacità dei membri della famiglia di reagire, e quindi anche la loro flessibilità, ad eventi stressanti; dall'altro lato, questa scala misura la coesione, che si riferisce invece alla vicinanza, soprattutto affettiva, tra i membri della famiglia.

*scale*¹⁷ (Goodman, Price e Rasmussen, 1989), che ha nuovamente indicato un eccessivo desiderio di esattezza e simmetria nelle pazienti guarite.

L'anoressia è stata associata in maniera significativa ad aspetti quali rigidità, ritualità, meticolosità e perfezionismo. Uno studio volto ad analizzare la funzione del perfezionismo nell'anoressia nervosa, ha utilizzato dati provenienti da fonti diverse su un totale di 322 donne che soffrivano di anoressia. Queste pazienti riportavano livelli significativamente superiori sia nella *multidimensional perfectionism scale* che nella sub-scala del perfezionismo nell'*eating disorder inventory-2* rispetto al gruppo di controllo e ai dati normativi.

Infine, per quanto concerne il trattamento dell'anoressia nervosa ribadiamo l'importanza di un approccio multidisciplinare, che coinvolga una terapia individuale, in particolare applicando la terapia cognitivo-comportamentale, ma anche familiare, farmacologica e l'intervento di figure medico-nutrizionali.

3.1.2. *Bulimia*

La bulimia nervosa è caratterizzata da frequenti episodi di *binge eating*, ossia episodi di abbuffate, seguiti da condotte di eliminazione. Tra i criteri di diagnosi troviamo l'occorrenza di tali condotte che dev'essere di almeno una volta alla settimana, per una durata minima di tre mesi (DSM 5). La bulimia è un disturbo che implica un'autovalutazione altamente influenzata dal proprio peso e forma fisica. Anche in questo caso è possibile individuare due sottotipi del disturbo, quello caratterizzato da o privo di comportamenti di spurgo. Il comportamento di spurgo più comune è il vomito autoindotto, ma può comprendere anche l'uso di lassativi e diete restrittive. Il tasso di mortalità di questo disturbo è di circa 1.7 su 1000 all'anno (Arcelus, Mitchell, Wales e Nielsen, 2011).

Un aspetto da tener presente è che nel caso della bulimia nervosa, a differenza dell'anoressia, il peso corporeo del soggetto può essere totalmente nella norma, e in alcuni casi superiore al peso normativo in soggetti con la stessa età, salute e stesso sesso, ed è inoltre più comunemente ego distonica rispetto all'anoressia. Infatti, nonostante i pazienti bulimici rispondano ad un desiderio di controllo del proprio peso, come i pazienti anoressici, mettono però in atto condotte di abbuffate che non sono dunque in armonia con i bisogni dell'Io. Un

¹⁷La *Yale-Brown obsessive-compulsive scale* (Y-BOCS) è utilizzata per analizzare la gravità e il tipo di sintomatologia presente in un paziente con disturbo ossessivo-compulsivo.

ulteriore differenza individuabile tra la bulimia e l'anoressia nervosa è che nel primo caso il soggetto sembra di riuscire in maniera meno efficace a mantenere il controllo sulla propria alimentazione, e questo spiega le abbuffate seguite da comportamenti di compensazione.

Interessante è notare che il fattore relativo alla perdita di controllo, già precedentemente sottolineato, è uno dei criteri diagnostici della bulimia nervosa (APA, 2013). Sembra infatti che in questo disturbo, come nel caso dell'anoressia, la ricerca di mantenere il controllo sull'alimentazione e ciò che viene assunto sia un'espressione di perfezionismo applicato però al controllo dell'ingestione. Un ulteriore elemento di connessione con il perfezionismo è che le condotte tipiche dei pazienti bulimici rispecchiano un processo cognitivo caratteristico del perfezionismo patologico, ossia il pensiero "tutto o niente" (Burns, 1980), che spinge tali pazienti ad assumere quantità eccessive di cibo per poi liberarsene completamente attraverso metodi di spurgo.

Se da un lato, però, l'associazione tra perfezionismo e anoressia ha ricevuto un significativo supporto da parte della letteratura scientifica, la correlazione tra perfezionismo e bulimia è meno chiara. Si può ipotizzare il ruolo importante del tratto perfezionista anche in questo disturbo per la sua rilevante relazione con l'anoressia, la ricerca di un raggiungimento del corpo o peso "perfetto" accomuna infatti entrambi i disturbi. A supporto di questa ipotesi, diversi studi hanno rilevato livelli nettamente superiori nella dimensione del perfezionismo in pazienti anoressici e bulimici, rispetto a gruppi di controllo (Bastiani et al., 1995; Niv et al., 1998; Lilienfeld et al., 2000; Halmi et al., 2000; Cockell et al., 2002; Moor et al., 2004, Sassaroli et al., 2008). Alcuni aspetti comuni alla bulimia e all'anoressia nervosa sarebbero quindi intrinsecamente perfezionistici (Goldner, Cockell e Srikameswaran, 2002). Abbiamo infatti dimostrato come il perfezionismo giochi un ruolo chiave nell'insorgenza e nel mantenimento di tutti i disturbi del comportamento alimentare, interagendo con altri fattori di rischio (Vohs, Bardone, Joiner, Abramson e Heatherton, 1999; Lilienfeld, Wonderlich, Riso, Crosby e Mitchell, 2006).

Anche nel caso della bulimia nervosa, il trattamento psicoterapico dimostratosi più efficace è la terapia cognitivo-comportamentale, che permetterebbe di agire sui sintomi e sulla preoccupazione rispetto alla forma fisica, il peso e l'aspetto del controllo. Oltre a questo, però, diversi studi hanno dimostrato la necessità di promuovere un intervento focalizzato sulle esperienze dissociative che, come abbiamo introdotto al principio di questo capitolo, sono altamente correlate a tutti i disturbi del comportamento alimentare, e in particolare alla bulimia nervosa (Demitrack et al., 1990; Favaro et al., 2005; Davies e Jamieson, 2005). Sembrerebbe infatti che la dissociazione sia predittiva dell'insorgenza della stessa (Reto, Delenberg e Coe,

1993).

3.2. La vigoressia: un disturbo del nuovo Millennio

La vigoressia, anche detta bigoressia, comporta una preoccupazione eccessiva per il proprio aspetto fisico, nello specifico per la propria muscolatura. Se precedentemente abbiamo introdotto disturbi che più comunemente sono associati al genere femminile, la vigoressia è nettamente più diffusa negli uomini e comporta quindi metodi di controllo e modifica del proprio corpo differenti. Un soggetto affetto da vigoressia ha sempre la percezione di non essere sufficientemente muscoloso e per questo attua delle condotte volte al mantenimento della massa magra e alla crescita del tono muscolare, quali dieta rigida e allenamento intenso. La differenza di genere appare dunque significativa se si pensa a come la società odierna tenda ad elogiare le bambine per la loro bellezza fisica, e i bambini maschi quando dimostrano capacità atletiche (Striegel-Moore e Kearney-Cooke, 1994).

La percezione di non essere mai abbastanza muscoloso, nonostante questo non sia considerato vero da occhi esterni, induce il soggetto a cercare in tutti i modi di non esporre il proprio fisico. Tenderà dunque ad evitare luoghi come spiagge o spogliatoi, che provocherebbero in lui forte distress. Questo disturbo ha inevitabilmente un effetto sulla vita quotidiana dell'individuo in quanto le condotte rigide implicate, come il seguire una dieta rigorosa ed avere precisi programmi di allenamento, lo allontanano dalla possibilità di costruire e mantenere relazioni di qualità, e ha anche delle implicazioni sulla sua vita sociale e lavorativa. L'insorgenza della vigoressia solitamente avviene alla fine dell'adolescenza e in prima età adulta, quando l'individuo inizia a provare interesse nell'essere attraente agli occhi dell'altro.

La vigoressia è definita come una forma di dismorfismo corporeo¹⁸, riguardante in maniera specifica la massa muscolare (Pope C., Pope H., Menarda, Faya, Olivardia e Phillips, 2005). Nel DSM 5 il dismorfismo corporeo viene classificato all'interno dei disturbi ossessivo-compulsivi e correlati, introducendo tra i criteri diagnostici la presenza di comportamenti ripetitivi, come controllarsi continuamente allo specchio, e la necessità di attuare una diagnosi differenziale che escluda un disturbo alimentare (APA, 2013). La vigoressia può dunque essere considerata parte dello "spettro ossessivo-compulsivo" e definita

¹⁸Il dismorfismo corporeo, o dismorfofobia, implica la preoccupazione per una o più parti specifiche del proprio corpo che il soggetto percepisce come difetti (APA, 2013).

come un vero e proprio dismorfismo muscolare, analizzabile come polo apposto all'anoressia nervosa (Pope, Katz e Hudson, 1993). In questo caso però, l'ossessione è relativa al corpo e alla massa muscolare, mentre la compulsione riguarda la ricerca costante di un ideale di muscolarità e magrezza attraverso l'esercizio fisico, costante in quanto tale ideale risulta irraggiungibile. Adkins e Keel (2005) hanno evidenziato come l'esercizio compulsivo, volto al controllo e alla modifica del proprio aspetto, sia positivamente correlato a sintomi del disturbo alimentare. Nella vigoressia l'ideale del fisico muscoloso viene interiorizzato dal soggetto, così da entrar a far parte integrante della sua identità (Thompson, Heinberg, Altabe e Tantleff-Dunn, 1999), e per questo motivo si parla di disturbo egosintonico. Questi pazienti, infatti, molto raramente cercano un sostegno o ammettono di avere una difficoltà e sono altamente attratti da tale ideale fisico, facendo in modo che diventi uno standard da raggiungere per ottenere benefici fisici, sociali e psicologici (Pope, Phillips e Olivardia, 2000). Dunque, il raggiungimento di specifici obiettivi estetici non farebbe altro che rinforzare (Skinner, 1969) le condotte attuate per ottenerli ogni qual volta si dimostrino efficaci, rendendo difficile la loro riduzione.

Appare intuibile a questo punto come la vigoressia sia particolarmente diffusa tra gli atleti che, come abbiamo già precedentemente introdotto, hanno anche maggior possibilità di sviluppare un disturbo alimentare. I sollevatori di peso e i corridori hanno ottenuto livelli superiori nelle scale riguardanti la ricerca di magrezza, l'insoddisfazione corporea e la bulimia nell'*eating disorders inventory* (Pasman e Thompson, 1989). I sintomi tipici del dismorfismo muscolare sono stati rilevati con una prevalenza maggiore nei *bodybuilders* rispetto ad altri atleti (Mitchell, Murray, Cogley et al., 2016). Da sottolineare è che 5 *bodybuilders* con vigoressia su 15 presentano anche sintomi classici di dismorfismo corporeo generale, dimostrando che il dismorfismo muscolare può costituire solo una forma ed espressione di preoccupazioni più ampie rispetto all'immagine corporea generale (Hitzeroth et al., 2001). Uno studio condotto da Cerea, Bottesi, Pacelli, Paoli e Ghisi (2018) aveva l'obiettivo di analizzare i sintomi e i comportamenti caratteristici della vigoressia, e per farlo divise un campione di atleti italiani in tre gruppi: i *bodybuilders*, gli atleti che conducevano un allenamento di forza e i *personal trainers*. Interessante fu notare che, per quanto riguarda gli aspetti psicologici implicati, non vi era alcuna differenza fra i tre gruppi di atleti ad eccezione della dimensione relativa al perfezionismo autodiretto. Quest'ultima era infatti superiore tra gli atleti che conducevano allenamento di forza, anche detto di sollevamento pesi.

Oltre al rischio dovuto ad un allenamento eccessivo e al rigido regime alimentare che i pazienti con vigoressia conducono, è anche presente il rischio relativo alle eventuali sostanze assunte per mantenere tale ideale di forma fisica. Comune è infatti l'assunzione di steroidi

anabolizzanti androgeni¹⁹ o di altre sostanze, con l'obiettivo di aumentare la propria massa muscolare. I dati raccolti sulla diffusione dell'uso di anabolizzanti presentano stime che vanno dal 4% al 12% tra i maschi adolescenti (Bahrke, Yesalis e Brower, 1998). Inoltre, è stato rilevato che circa il 30% di coloro che assumono steroidi anabolizzanti sviluppano dipendenza dagli stessi (Kanayama, Hudson e Pope, 2009).

Al di là del rischio fisico dell'utilizzo cronico di steroidi, come ad esempio problemi cardiovascolari e renali, ci sono però anche delle ripercussioni a livello psichico. Tra le conseguenze principali troviamo infatti un aumento dell'irritabilità, spericolatezza e senso di grandiosità durante le fasi di assunzione, mentre nel caso di disintossicazione si sperimenta depressione e diminuzione della libido (Pope e Katz, 1994; Riem e Hursey, 1995).

La vigoressia è un disturbo riconosciuto da poco tempo (1993), dunque non è ancora stata al centro di un numero rilevante di ricerche. In Italia sono stati condotti pochi studi su di essa, e una stima recente parla di 60.000 italiani che soffrono di questo disturbo (Longobardi, Prino, Fabris e Settanni, 2017). Maggiori invece sono gli studi effettuati sul dismorfismo corporeo, di cui si è stimata una prevalenza che oscilla tra l'1.7% e il 3.6% nei giovani (Schneider, Turner, Mond e Hudson, 2016; Möllmann, Dietel, Hunger e Buhlmann, 2017).

Anche l'eziologia della vigoressia necessita di ulteriori studi, in quanto i dati a riguardo risultano inconsistenti. Si può ipotizzare con ragionevole certezza l'implicazione di una molteplicità di fattori, tra cui particolari fattori predisponenti, come le esperienze di vita, e le dinamiche familiari. Diversi studi non hanno però rilevato dati significativi a supporto dell'ipotesi che le dinamiche familiari e le esperienze infantili abbiano un impatto sull'insorgenza del dismorfismo muscolare, ma questo ci informa sulla necessità di andare ad indagare ulteriormente su tale aspetto. Dunque, nonostante alcune indagini dimostrerebbero la presenza in soggetti con vigoressia di esperienze avverse e traumi che possono portare allo sviluppo di sintomi dissociativi, di cui abbiamo già precedentemente parlato per i disturbi alimentari, questi studi non sono stati supportati da nuovi dati (Wolke e Sapouna, 2008; Fabris et al., 2017).

Dall'altro lato, però, è molto probabile che i fattori ambientali generali a cui l'individuo è

¹⁹Gli steroidi anabolizzanti androgeni sono derivati sintetici del testosterone, utilizzati più comunemente dagli atleti per migliorare le prestazioni fisiche incrementando la propria forza e massa muscolare. La loro assunzione non è però limitata agli atleti, infatti molti soggetti non atleti assumono steroidi anabolizzanti con l'obiettivo di migliorare il proprio aspetto fisico.

esposto giochino un ruolo centrale, se non decisivo. Questo sarebbe reso chiaro dal fatto che un intervento con tali pazienti risulta spesso difficile, in quanto l'ambiente in cui essi si trovano contribuirebbe al mantenimento di specifiche condotte. Nel caso di individui non atleti, è stato dimostrato che l'esposizione diretta ad influenze socioculturali esterne può avere un impatto enorme sull'insorgenza di condotte tipiche della vigoressia, oltre che sull'uso di steroidi. Tra le fonti di maggior influenza, in particolare rispetto all'assunzione di steroidi, troviamo il gruppo dei pari e i membri della famiglia (Sagoe, Andreassen e Pallesen, 2014). Per quanto riguarda invece gli atleti professionisti, vi è un'esposizione costante e significativa a determinati stili di vita, caratterizzati da schemi rigidi di allenamento, diete severe e anche incoraggiamento di condotte disfunzionali. La restrizione dell'assunzione di cibo è il modo più usato, sia in atleti che in non atleti, di controllare il proprio aspetto e forma fisica (Murray, Rieger, Hildebrandt et al., 2012). I disturbi da dismorfismo corporeo, di cui il dismorfismo muscolare è una sottocategoria, sono quindi considerabili come punto di contatto tra lo "spettro ossessivo-compulsivo" e i disturbi del comportamento alimentare.

Interessante è notare come comportamenti tipici della vigoressia non siano socialmente percepiti in maniera simile a quelli tipici dei comportamenti alimentari, quali l'anoressia. Se per quest'ultima, infatti, condotte come diete rigide volte al raggiungimento di un ideale di magrezza estrema sono socialmente patologizzate, lo stesso non avviene per le condotte volte ad un aumento di massa muscolare in pazienti con vigoressia. Al contrario, i media tendono ad esaltare tale forma fisica negli uomini, e questo è altamente rischioso rispetto alla diffusione di tale disturbo e alla possibilità di un suo trattamento. Come introdotto in precedenza, i pazienti con questo disturbo non sono consapevoli della loro situazione, il che rende rara la loro ricerca di aiuto professionale, ma oltre a questo il trattamento della vigoressia, e in particolare la sua rilevazione, sono resi difficili anche dal fatto che nella maggior parte dei casi tali soggetti godono di buona salute, anche se di breve durata. Fondamentale è quindi aumentare la conoscenza della vigoressia e dei potenziali rischi che essa implica, soprattutto tra la popolazione di atleti e i professionisti della cura.

La vigoressia, data la sua classificazione all'interno dei disturbi ossessivo-compulsivi, può rispondere ai trattamenti utilizzati per essi. Perciò, nonostante anche in questo caso le linee guida siano poco definite, comune è l'utilizzo di una psicoterapia individuale, in particolare la TCC, e la somministrazione di farmaci antidepressivi. Come abbiamo detto, la vigoressia è un disturbo egosintonico, quindi molti approcci d'intervento si focalizzano sul sviluppare una maggior consapevolezza del disturbo nei pazienti che ne soffrono.

Gli atleti possiederebbero gli stessi aspetti psicologici presenti nei disturbi alimentari,

quali necessità di controllo (Slade et al., 1991) e tendenze perfezioniste (Taub e Benson, 1992). Per quanto riguarda il disturbo da dismorfismo corporeo, la relazione con il perfezionismo è piuttosto intuitiva (Maida e Armstrong, 2005). Infatti, la preoccupazione ossessiva per una o più parti specifiche del proprio corpo è legata al desiderio di essere perfetti e di raggiungere uno standard fisico inottenibile. Il perfezionismo però, oltre allo sviluppo di standard eccessivamente elevati, potrebbe giocare un ruolo centrale nell'origine dell'insoddisfazione corporea. In questi pazienti troviamo infatti molti comportamenti possibilmente riconducibili al tratto perfezionista, tra cui l'evitamento, il rimuginio, in questo frangente relativo alla muscolatura (Cafri et al., 2008), e verifiche continue, anche in tal caso relative all'aspetto (Olivardia et al., 2000). Il perfezionismo è stato dimostrato essere un tratto di personalità che predisporrebbe il soggetto al rischio di insorgenza di disturbi da dismorfismo corporeo (Veale, 2004; Wilhelm, 2006). Nello specifico, il perfezionismo autodiretto implicherebbe un maggior auto criticismo, e numerosi studi hanno ulteriormente evidenziato dei livelli di perfezionismo significativamente più alti in soggetti con dismorfismo corporeo rispetto ai gruppi di controllo (Buhlmann et al., 2008; Schieber et al., 2013; Hartmann et al., 2014). Da specificare è infatti che, essendo il perfezionismo multidimensionale, solo alcune delle sue dimensioni sono considerabili disfunzionali. Ad esempio, una componente del perfezionismo è l'ansia intensa e pervasiva, che ha inevitabilmente degli effetti negativi sul soggetto e sul suo benessere, oltre ad influire sulla sua *performance*. Inoltre, atleti con un'autostima che dipende altamente dai successi e dalla qualità delle loro prestazioni hanno ottenuto livelli maggiori nelle dimensioni negative di perfezionismo (Koivula et al., 2002). Una bassa autostima è stata associata sia ad insoddisfazione per il proprio corpo che a disturbi alimentari (Bardone-Cone et al., 2007).

In sintesi, l'insoddisfazione corporea è un elemento in crescita nella popolazione, e se da un lato le donne sperimentano sempre più il desiderio di essere magre, dall'altro gli uomini concentrano la loro attenzione sulla muscolatura. Questo effetto sarebbe dovuto soprattutto da un ideale del corpo maschile diffuso dai *mass media* che valorizza il fisico muscoloso (Leit et al., 2001), diffondendo la concezione che "muscoloso" sia sinonimo di "mascolinità". I media avrebbero quindi contribuito, secondo numerosi autori, ad esasperare aspetti di vulnerabilità preesistenti in alcuni individui, causando dunque l'insorgenza di questa sintomatologia (Pope, Olivardia et al., 1999; Leit, Gray et al., 2002; Dryer, Farr et al., 2016).

Pertanto, non dovrebbe sorprendere il fatto che i Paesi in cui la vigoressia è stata rilevata maggiormente siano gli stessi in cui la muscolatura maschile viene culturalmente apprezzata in misura maggiore, ossia gli Stati Uniti, l'Australia, il Brasile e i Paesi del Nord Europa. Tali Paesi, inoltre, presentano un utilizzo significativamente superiore di steroidi anabolizzanti, a

differenza di Corea, Giappone e Cina (García-Arnés e García-Casares, 2022).

Phillips e Drummond (*Leisure Studies*, 2001) hanno parlato della cultura occidentale moderna come “promotrice di standard di bellezza e successo che si concentra sull’attrattività fisica e magrezza”. Da questa definizione è possibile rilevare un concetto chiave, che è anche stato al centro dell’analisi durante tutto il presente elaborato, ossia che nella società odierna vige il desiderio di raggiungimento di successo e di standard di bellezza estetici. Nel primo caso, che sia successo accademico o lavorativo, questo è riconducibile a sintomatologia e disturbi affrontati a principio di questo lavoro, quali il DOCP e i disturbi d’ansia. Dall’altro lato, l’ideale di bellezza estetica può scaturire in condotte volte al suo raggiungimento, che possono quindi implicare l’insorgenza di patologie come l’anoressia o la vigoressia. Ciò che accomuna tali disturbi e i sintomi affrontati sembrerebbe essere proprio il tratto perfezionista, che non è ancora individuabile né come causa né come conseguenza della loro insorgenza, ma che si presenta come un filo rosso o traccia latente presente, anche se in forme diverse, in tutti i disturbi qui trattati e che è stato rilevato come in costante crescita nella popolazione, soprattutto in quella occidentale.

CONCLUSIONE

A principio di questo elaborato ci siamo posti il quesito rispetto alla differenziazione tra il perfezionismo e la mera ricerca di eccellenza, ipotizzando la valenza patologica del primo e di tratto funzionale della seconda. Il nostro obiettivo è stato quello di descrivere in particolare il perfezionismo patologico e indagare il suo ruolo in diversi disturbi a cui può essere associato.

Ad oggi è possibile parlare di perfezionismo come di un costrutto multidimensionale, che si può presentare a diversi livelli di intensità, e definibile come un vero e proprio “*transdiagnostic process*”, vale a dire che il tratto perfezionista può essere correlato, e in alcuni casi necessario, alla diagnosi di diversi disturbi. Attraverso l’analisi e la raccolta di dati ottenuti da un gran numero di ricerche, possiamo affermare che il perfezionismo patologico, ossia la condizione di perfezionismo disadattivo, è associato a numerose patologie, tra cui il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità (DOCP), i disturbi d’ansia e del comportamento alimentare (DCA), sui quali abbiamo concentrato la nostra esposizione. Tutti i disturbi esposti nel presente lavoro hanno ottenuto livelli alti in diverse scale di misurazione del perfezionismo, e il nostro scopo non è stato solo quello di presentare i disturbi associati al tratto perfezionistico, come ad esempio il DOCP, ma anche disturbi necessitanti di ulteriori studi che prendano in considerazione in maniera maggiore la variabile del perfezionismo in relazione ad essi, come nel caso del disturbo d’ansia generalizzato. La ridotta lunghezza di questo elaborato non ci ha infatti permesso di proporre una lista completa dei disturbi associati al perfezionismo dalla letteratura scientifica, ma i dati qui riportati si sono dimostrati utili per svolgere un’analisi più dettagliata del perfezionismo in relazione a diverse psicopatologie e per approfondire la conoscenza rispetto ad alcuni quesiti centrali. Dai risultati emersi possiamo ipotizzare che il perfezionismo costituisca un aspetto di vulnerabilità presente in forma maggiore o minore nei soggetti, data l’importante componente biologica alla base del tratto, come evidenziato da ricerche condotte su gemelli omozigoti, ma che la sua insorgenza e il suo mantenimento siano determinati dalle esperienze di vita e dallo stile di attaccamento con il *caregiver*.

Nei disturbi qui presentati abbiamo potuto individuare diversi aspetti condivisi tra gli stessi, tra cui la ricerca di controllo, consueta sia in soggetti con DOCP sia in soggetti con disturbi del comportamento alimentare, così come la bassa autostima e l’insicurezza. Un ulteriore fattore degno di nota è quello relativo agli standard elevati, presente sia in soggetti con bulimia e anoressia nervosa che nei pazienti che soffrono di vigoressia. Il criticismo e l’ipercontrollo genitoriale, inoltre, sono stati correlati allo sviluppo sia di disturbi alimentari che di disturbi d’ansia nei bambini. L’elemento interessante è che tutti gli aspetti appena esposti

sono anche stati associati ad individui perfezionistici.

Questi risultati fanno ipotizzare che il perfezionismo costituisca un filo rosso tra diversi disturbi, influenzandone la loro sintomatologia in modi diversi. Tale ipotesi è supportata dal fatto che la crescita del perfezionismo nel mondo occidentale, rilevata in particolar modo per la dimensione del perfezionismo socialmente imposto, è stata registrata parallelamente alla crescita di disturbi quali l'ossessivo-compulsivo di personalità e del comportamento alimentare. La crescita del perfezionismo e delle patologie qui trattate, così come la nascita di nuove sintomatologie tra cui la vigoressia, denoterebbe un'influenza di specifiche caratteristiche del contesto socio-culturale contemporaneo, che attribuiscono sempre più rilevanza all'apparenza e al raggiungimento del successo individuale. Infatti, se da un lato gli standard elevati tipici del perfezionista e degli individui con DCA, ad esempio, costituirebbero un elemento di vulnerabilità, tale vulnerabilità sarebbe acuita dall'esposizione ad altrettanto elevati standard di vita e di bellezza proposti dai *social media*.

L'aspetto dell'incremento di questi disturbi e del perfezionismo nella popolazione necessita però di ulteriore approfondimento in studi futuri, in quanto sia le cause sia la validità dei dati stessi possono risultare discutibili. Tale crescita potrebbe infatti essere dovuta ad una maggiore consapevolezza o abilità nell'individuazione e nella diagnosi, ma allo stesso tempo i dati rilevati potrebbero essere addirittura inferiori ai numeri reali, questo perchè lo stigma diffuso rispetto a queste sintomatologie è ancora elevato.

Un altro elemento che necessita di ulteriori ricerche è quello relativo all'eziologia del perfezionismo in quanto, siccome viene comunemente associato a patologie specifiche, la maggior parte degli studi non si dedicano al vaglio del perfezionismo come costruito a sé, ma offrono una sua analisi in relazione alle patologie ad esso associate.

Il perfezionismo appare dunque come un tratto presente in tutti i disturbi sopracitati, su cui è necessario indagare più approfonditamente in quanto non è ancora del tutto chiaro il suo ruolo rispetto all'insorgenza e al mantenimento delle diverse psicopatologie, e in particolare della direzione di causalità. Il presente lavoro ha voluto quindi indagare il ruolo del tratto perfezionistico in varie sue forme, allontanandosi dalla concezione dello stesso come di un costrutto dai confini ben definiti, e proponendo uno spunto di riflessione rispetto all'importanza di una conoscenza più accurata del perfezionismo, che potrebbe anche permettere lo sviluppo di trattamenti centrati su di esso che siano però capaci di intervenire su sintomatologie più ampie.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5) (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Caruana, F., & Viola, M. (2018). *Come funzionano le emozioni*. Bologna, IT: il Mulino.

Gabbard, G. O. (2015). *Psichiatria psicodinamica*. Milano, IT: Raffaello Cortina Editore.

Pinel, J. P. J., & Barnes, S. J. (2018). *Psicobiologia*. Milano, IT: Edra S.p.A.

SITOGRAFIA

Affrunti, N. W., & Woodruff-Borden, J. (2014). Parental Perfectionism and Overcontrol: Examining Mechanisms in the development of Child anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(3), 517-529. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9914-5>

Algorani, E. B., & Gupta, V. (2023, April 24). *Coping mechanisms*. StatPearls - NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559031/>

Antony, M. M., Purdon, C., Huta, V., & Swinson, R. P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 36(12), 1143-1154. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00083-7](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00083-7)

Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2018). Nessuno è perfetto: strategie per superare il perfezionismo (2nd ed.). *Static.erickson.it*. https://static.erickson.it/prod/files/ItemVariant/itemvariant_sfogliolibro/122723_9788859017516_y146_nessuno-e-perfetto.pdf

Aparicio-Martínez, P., Perea-Moreno, A., Redel-Macías, M. D., Pagliari, C., & Vaquero-Abellán, M. (2019). Social Media, Thin-Ideal, Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes: An Exploratory analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21), 4177. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214177>

Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality Rates in Patients with Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders: A Meta-analysis of 36 Studies. *Arch Gen Psychiatry*, 68(7), 724-731. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.74

Babaev, O., Chatain, C. P., & Krueger-Burg, D. (2018). Inhibition in the amygdala anxiety circuitry. *Experimental and Molecular Medicine*, 50(4), 1-16. <https://doi.org/10.1038/s12276-018-0063-8>

Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., et al. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 384-405. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.005>

Behar, R., & Molinari, D. (2010). Muscle dysmorphia, body image and eating behaviors in two male populations. *Revista médica de Chile*, 138(11), 1386-1394. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010001200007>

Burns, D. D. (1980, November). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*. <https://motamem.org/wp-content/uploads/2019/03/The-Perfectionist-Script-for-self-defeat.pdf>

Camadan, F., & Volkan Sari, S. (2021). Forgiveness, locus of control, and perfectionism: a mixed method study. *International Journal of Progressive Education*, 17(1). <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1286335.pdf>

Carraresi, C., & Melli, G. (2012). Assessment in psicologia clinica: strumenti di valutazione psicometrica. *Erickson.it*. https://d1q0teag7w3vb.cloudfront.net/didalabs/professionisti/Psicologia_clinica/assessment.pdf

Cerea, S., Bottesi, G., Pacelli, Q. F., Paoli, A., & Ghisi, M. (2018). Muscle Dysmorphia and its Associated Psychological Features in Three Groups of Recreational Athletes. *Scientific Reports*, 8(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-018-27176-9>

Cohen, E. D. (2020). The Psychoanalysis of perfectionism. *International Journal of Philosophical Practice*, 6(1), 15-27. <https://doi.org/10.5840/ijpp2020612>

Cohen, J. C. (1990). Family process in eating disorders: A test of Minuchin's Psychosomatic Family Model. *ETD Collection for Fordham University*.
<https://research.library.fordham.edu/dissertations/AAI9026730>

Conviser, J. H., Tierney, A. S., & Nickols, R. (2018). Essentials for best practice: Treatment approaches for athletes with eating disorders. *Journal of Clinical Sport Psychology*, *12*(4), 495-507. <https://doi.org/10.1123/jcsp.2018-0013>

Cox, S., & Chen, J. (2015). Perfectionism: A contributor to social anxiety and its cognitive processes. *Australian Journal of Psychology*, *67*(4), 231-240.
<https://doi.org/10.1111/ajpy.12079>

Curran, T., & Hill, A. P. (2019). Perfectionism is increasing over time: a meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, *145*(4), 410-429. <https://www.apa.org/pubs/journals/releases/bul-bul0000138.pdf>

Curran, T., & Hill, A. P. (2022). Young people's perceptions of their parents' expectations and criticism are increasing over time: Implications for perfectionism. *Psychological Bulletin*, *148*(1-2), 107-128. <https://doi.org/10.1037/bul0000347>

Davis, C., & Scott-Robertson, L. (2000). A psychological comparison of females with anorexia nervosa and competitive male bodybuilders: body shape ideals in the extreme. *Eating Behaviors*, *1*(1), 33-46. [https://doi.org/10.1016/s1471-0153\(00\)00007-6](https://doi.org/10.1016/s1471-0153(00)00007-6)

De Simoni, E. (2014). Il ruolo del perfezionismo maladattivo nel disturbo depressivo. *Apc.it*.
<https://www.apc.it/wp-content/uploads/2013/03/14-1DeSimoni-il-ruolo-del-perfezionismo.pdf>

Di Nardo, M. (2021). Trauma, dissociazione e disturbo alimentare. *Koinoneo*.
<https://www.koinoneo.it/dissociazione-disturbo-alimentare/>

Di Nocera, F., & Bevilacqua, A. (2011). Lo sviluppo del perfezionismo tra determinanti genetiche e apprendimento. *ResearchGate*. https://www.researchgate.net/publication/249010246_Lo_sviluppo_del_perfezionismo_tra_determinanti_genetiche_e_apprendimento

Donato, K., Ceccarini, M. R., Dhuli, K., Bonetti, G., Medori, M. C., Marceddu, G. et al. (2022). Gene variants in eating disorders. Focus on anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder. *Journal of preventive medicine and hygiene*, 63(2 Suppl 3), E297-E305. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2022.63.2S3.2772>

Edwards, C., Tod, D., Molnar, G., & Markland, D. (2016). Predicting muscularity-related behavior, emotions, and cognitions in men: The role of psychological need thwarting, drive for muscularity, and mesomorphic internalization. *Body Image*, 18, 108-112. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.06.005>

Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, Volume 31, Issue 2, 203-212, ISSN 0272-7358. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>.

Eren, H. K. (2021). Anxiety Disorders. *IntechOpen eBooks*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.93952>

Filippello, P., Sorrenti, L., Buzzai, C., & Costa, S. (2016). L'Almost Perfect Scale-Revised: un contributo all'adattamento italiano. *Giornale italiano di psicologia*, Rivista trimestrale, 911-932. <https://www.rivisteweb.it/doi/10.1421/85584>

Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2019). Reflections on Three decades of Research on Multidimensional Perfectionism: An introduction to the special issue on Further Advances in the Assessment of Perfectionism. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 38(1), 3-14. <https://doi.org/10.1177/0734282919881928>

Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual review of psychology*, 55, 745-774. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>

Gander, M., Sevecke, K., & Buchheim, A. (2015). Eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective. *Frontiers in psychology*, 6, 1136. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01136>

Ganesan, K., Rahman, S., & Zito, P.M. (2023). Anabolic Steroids. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482418/#>

García-Arnés, J. A., & García-Casares, N. (2022). Doping and sports endocrinology: anabolic-androgenic steroids. *Revista Clínica Española (English Edition)*, Volume 222, Issue 10, 612-620, ISSN 2254-8874. <https://doi.org/10.1016/j.rceng.2022.09.003>.

Garner, D. M. (1993). Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet*, 341(8861), 1631-1635. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(93\)90768-c](https://doi.org/10.1016/0140-6736(93)90768-c)

Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fichter, M. M. et al. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1799-1805. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.11.1799>

Handley, A. K., Egan, S. J., Kane, R., & Rees, C. S. (2014). The relationships between perfectionism, pathological worry and generalised anxiety disorder. *BMC Psychiatry*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244x-14-98>

Hans, E., & Hiller, W. (2013). A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies on outpatient cognitive behavioral therapy for adult anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 954-964. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.003>

Hewitt, P. L., Smith, M. M., Flett, G. L., Ko, A., Kerns, C. M. et al. (2022). Other-Oriented Perfectionism in Children and Adolescents: Development and Validation of the Other-Oriented Perfectionism Subscale-Junior Form (OOPJR). *Journal of Psychoeducational Assessment*, 40(3), 327-345. <https://doi.org/10.1177/07342829211062009>

Himmerich, H., Bentley, J., Kan, C., & Treasure, J. (2019). Genetic risk factors for eating disorders: an update and insights into pathophysiology. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 9, 2045125318814734. <https://doi.org/10.1177/2045125318814734>

Istituto A.T. Beck. (2022, December 27). *Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità, Sintomi, Cause, Conseguenze e Cura*. <https://www.istitutobeck.com/psicoterapia-disturbi-psicologici-terapie/disturbi-di-personalita/disturbo-ossessivo-compulsivo-personalita?sm-p=1853670829>

Jenkinson, P. M., Taylor, L., & Laws, K. R. (2018). Self-reported interoceptive deficits in eating disorders: A meta-analysis of studies using the eating disorder inventory. *Journal of Psychosomatic Research, 110*, 38-45. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.04.005>

Kalin, N. H. (2020). Novel Insights into Pathological Anxiety and Anxiety-Related Disorders. *American Journal of Psychiatry, 177*(3), 187-189. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20010057>

Klimek, P., & Hildebrandt, T. (2018). Psychosocial correlates of gap time to anabolic-androgenic steroid use. *The International journal of eating disorders, 51*(6), 535-541. <https://doi.org/10.1002/eat.22859>

Klump, K. L., Suisman, J. L., Burt, S. A., McGue, M., & Iacono, W. G. (2009). Genetic and environmental influences on disordered eating: An adoption study. *Journal of abnormal psychology, 118*(4), 797-805. <https://doi.org/10.1037/a0017204>

Krebs, G., Quinn, R., & Jassi, A. (2019). Is perfectionism a risk factor for adolescent body dysmorphic symptoms? Evidence for a prospective association. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, Volume 22*, 100445, ISSN 2211-3649. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100445>.

Laghi, F., Baiocco, R., Ghezzi, E., Petrocchi, N., Pace, C. S. (2012). La fiducia nell'attaccamento ai genitori e ai pari e i disturbi del comportamento alimentare in adolescenza. *Psicologia clinica dello sviluppo, Rivista quadrimestrale, 557-578*. <https://www.rivisteweb.it/doi/10.1449/38839>

La Mela, C., & Maglietta, M. (2011). Esperienze dissociative e disturbi dell'alimentazione: il ruolo di dissociazione e perfezionismo nell'alimentazione incontrollata. *Cognitivismo Clinico*. https://www.fioriti.it/riviste/pdf/2/03_la_mela.pdf

- Lei, H., Huang, L., Li, J., et al. (2019). Altered spontaneous brain activity in obsessive-compulsive personality disorder, *Comprehensive Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.152144>
- Leone, J. E., Sedory, E. J., & Gray, K. A. (2005). Recognition and treatment of muscle dysmorphia and related body image disorders. *Journal of athletic training*, 40(4), 352-359. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1323298/>
- Levinson, C. A., Rodebaugh, T. L., Shumaker, E. A., Menatti, A. R., Weeks, J. W., White, E. et al. (2015b). Perception matters for clinical perfectionism and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 29, 61-71. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.11.002>
- Livazović, G., & Kuzmanović, K. (2022). Predicting adolescent perfectionism: The role of socio-demographic traits, personal relationships, and media. *World Journal of Clinical Cases*, 10(1), 189-204. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v10.i1.189>
- Longobardi, C., Prino, L. E., Fabris, M. A., & Settanni, M. (2017). Muscle dysmorphia and psychopathology: findings from an Italian sample of male bodybuilders. *Psychiatry Research*, Volume 256, 231-236, ISSN 0165-1781. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.065>.
- Maia, B., Soares, M., Gomes, A. A., Marques, M., Pereira, A., Cabral, A. M. T. D. P. V., et al. (2009). Perfectionism in obsessive-compulsive and eating disorders. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 31(4), 322-327. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462009005000004>
- Maron, E., & Nutt, D. (2017). Biological markers of generalized anxiety disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 147-158. <https://doi.org/10.31887/dcons.2017.19.2/dnutt>
- Meno, C. A., Hannum, J. W., Espelage, D. E., & Low, K. S. D. (2008). Familial and individual variables as predictors of dieting concerns and binge eating in college females. *Eating Behaviors*, 9(1), 91-101. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2007.06.002>
- Olivardia, R., Pope, H. G., & Hudson, J. I. (2000). Muscle Dysmorphia in Male Weightlifters: A Case-Control Study. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1291-1296. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.8.1291>

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

Pauligk, S., Seidel, M., Fürtjes, S., King, J. A., Geisler, D., Hellerhoff, I., et al. (2021). The costs of over-control in anorexia nervosa: evidence from fMRI and ecological momentary assessment. *Translational Psychiatry*, 11(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01405-8>

Petisco-Rodríguez, C., Sánchez-Sánchez, L. C., Fernández-García, R., Sanchez-Sanchez, J., & García-Montes, J. M. (2020). Disordered eating attitudes, anxiety, self-esteem and perfectionism in young athletes and non-athletes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6754. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186754>

Phillips, K. A., Stein, D. J., Rauch, S. L., Hollander, E., Fallon, B. A., Barsky, A., et al. (2010). Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V?. *Depression and Anxiety*, 27, 528-555. <https://doi.org/10.1002/da.20705>

Pope, C. G., Pope, H. G., Menard, W., Fay, C., Olivardia, R., Phillips, K. A. (2005). Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body Image*, Volume 2, Issue 4, 395-400, ISSN 1740-1445. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.09.001>.

Riccobono, G., Pompili, A., Iorio, C., Carducci, G., Parnanzone, S., Pizziconi, et al. (2020). An instrument for the evaluation of muscle dysmorphia: The Italian validation of the adonis complex questionnaire. *Brain and behavior*, 10(7), e01666. <https://doi.org/10.1002/brb3.1666>

Riley, C., Lee, M., Cooper, Z., Fairburn, C. G., & Shafran, R. (2007). A randomised controlled trial of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2221-2231. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.12.003>

Sametoğlu, S., Denissen, J., De Clercq, B., & De Caluwé, E. (2021). Towards a better understanding of adolescent obsessive–compulsive personality traits and obsessive-compulsive symptoms from growth trajectories of perfectionism. *Development and Psychopathology*, *34*(4), 1468-1476. <https://doi.org/10.1017/s0954579421000195>

Sassaroli, S., Lauro, L. J. R., Ruggiero, G. M., Mauri, M. C., Vinai, P., & Frost, R. O. (2008). Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *46*(6), 757-765. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.02.007>

Schiele, M. A., & Domschke, K. (2017). Epigenetics at the crossroads between genes, environment and resilience in anxiety disorders. *Genes, Brain and Behavior*, *17*(3), e12423. <https://doi.org/10.1111/gbb.12423>

Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *40*(7), 773-791. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00059-6](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00059-6)

Stein, M. B., Jang, K. L., & Livesley, W. J. (1999). Heritability of Anxiety sensitivity: a twin study. *American Journal of Psychiatry*, *156*(2), 246-251. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.2.246>

Stoeber, J. (2014). Multidimensional perfectionism and the DSM-5 personality traits. *Personality and Individual Differences*, *Volume 64*, 115-120, ISSN 0191-8869. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.02.031>.

Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, *10*(4), 295-319. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1004_2

Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. H. (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>

Treccani.it. *Vocabolario Treccani on line*. Roma: Istituto dell'Enciclopedia Italiana. [https://www.treccani.it/enciclopedia/perfezionismo/#:~:text=In%20psichiatria%2C%20tendenza%20nevrotica%20\(generalmente,proprie%20o%20delle%20altrui%20possibilit%C3%A0](https://www.treccani.it/enciclopedia/perfezionismo/#:~:text=In%20psichiatria%2C%20tendenza%20nevrotica%20(generalmente,proprie%20o%20delle%20altrui%20possibilit%C3%A0).

Val-Laillet, D., Aarts, E., Weber, B., Ferrari, M., Quaresima, V., Stoeckel, L. E. et al. (2015). Neuroimaging and neuromodulation approaches to study eating behavior and prevent and treat eating disorders and obesity. *NeuroImage: Clinical*, 8, 1-31. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2015.03.016>

Van Eeden, A. E., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 515-524. <https://doi.org/10.1097/yco.0000000000000739>

Von Ranson, K. M., Klump, K. L., Iacono, W. G., & McGue, M. (2005). The Minnesota Eating Behavior Survey: A brief measure of disordered eating attitudes and behaviors. *Eating Behaviors*, Volume 6, Issue 4, 373-392, ISSN 1471-0153. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2004.12.002>.

Wang, Y., Chen, J., Zhang, X., Lin, X., Sun, Y., Wang, N., et al. (2022). The Relationship between Perfectionism and Social Anxiety: A Moderated Mediation Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12934. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912934>

Yao, S., Larsson, H., Norring, C., Birgegård, A., Lichtenstein, P., D'Onofrio, B. M., et al. (2021). Genetic and environmental contributions to diagnostic fluctuation in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychological medicine*, 51(1), 62-69. <https://doi.org/10.1017/S0033291719002976>