



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

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

ANNO ACCADEMICO 2025-2026

TESI DI LAUREA

**La riduzione dello stigma legato al peso attraverso interventi basati sulla dissonanza
cognitiva: una rassegna della letteratura**

DOCENTE relatore: Prof. Luca Scacchi

STUDENTE: Francesco Santoro
Matricola 3D03605

Indice

Introduzione.....	3
Capitolo 1: La dissonanza cognitiva: fondamenti, sviluppi teorici e applicazioni	5
1.1 Origini e fondamenti teorici della dissonanza cognitiva	5
1.2 Modalità di riduzione della dissonanza e sviluppi teorici	8
1.3 Dissonanza cognitiva e cambiamento di atteggiamento: meccanismi applicativi	11
1.4 La dissonanza cognitiva come strumento applicativo: interventi per il cambiamento di atteggiamenti e comportamenti	15
Capitolo 2: Lo stigma legato al peso	17
2.1 Il concetto di stigma	17
2.2 Lo stigma legato al peso	23
Capitolo 3: Gli interventi di riduzione dello stigma legato al peso	28
3.1 Il paradigma della discrepanza tra valori e atteggiamenti	29
3.2 L'advocacy contro-attitudinale e la dissonanza autogenerata	35
3.3 Intervento multicomponente: la dissonanza di gruppo	42
Conclusioni	45
Bibliografia	47

Introduzione

La scelta di approfondire il tema dei tentativi di riduzione dello stigma legato al peso attraverso interventi basati sulla dissonanza cognitiva nasce da un interesse sviluppato nel corso del mio percorso universitario, in particolare durante l'insegnamento di Psicologia Sociale frequentato al primo anno. La teoria della dissonanza cognitiva di Festinger (1957) è un argomento che ha immediatamente suscitato la mia curiosità. Mi sono interrogato sulle possibili applicazioni pratiche di questo meccanismo psicologico e sulla sua potenziale utilità nel promuovere cambiamenti cognitivi e comportamentali. Nello stesso corso è stato inoltre affrontato in maniera approfondita il tema del pregiudizio, anche attraverso la lettura del volume *Il pregiudizio. Che cos'è, come si riduce* di Alberto Voci e Lisa Pagotto (2010). La lettura di questo testo ha contribuito a consolidare il mio interesse per lo studio degli stereotipi e delle dinamiche che alimentano la discriminazione sociale, stimolandomi a riflettere sulle possibili strategie di intervento volte a ridurre l'impatto.

Rispetto alle identità sociali tradizionalmente studiate dalla letteratura sullo stigma, quella legata al peso presenta alcune anomalie che la rendono un caso istruttivo: colpisce un gruppo che negli Stati Uniti costituisce una maggioranza numerica; è rivolta a una condizione ritenuta controllabile, e dunque imputabile alla responsabilità individuale; non produce favoritismo verso il proprio gruppo, poiché le persone di ampia corporatura tendono a interiorizzare gli stessi atteggiamenti di cui sono bersaglio; e proviene con particolare frequenza da familiari, amici e professionisti sanitari (Tomiya, 2014). A ciò si aggiunge un dato che ne restituisce la misura: mentre i *bias* impliciti razziali e quelli relativi all'orientamento sessuale sono in costante declino a partire dal 2007, i *bias* anti-grasso impliciti sono rimasti stabili (Charlesworth & Banaji, 2022).

La dissonanza cognitiva rappresenta, una candidata plausibile per due motivi. Il primo è teorico: se il disagio prodotto dall'incoerenza deriva, come sostiene la revisione di Aronson (1968), dalla contraddizione tra il comportamento e la propria immagine di persona moralmente integra, allora un intervento che renda saliente la distanza tra i valori egualitari che la maggior parte delle persone dichiara di condividere e gli atteggiamenti negativi che nei fatti nutre dovrebbe attivare esattamente quel disagio. Il secondo è applicativo: gli interventi fondati sulla dissonanza dispongono di un precedente solido nel *Body Project* di Stice e Presnell (2007), che ha dimostrato come la dissonanza possa essere indotta in modo controllato e riproducibile su popolazioni non cliniche, con effetti misurabili sugli atteggiamenti, sui comportamenti e sulla reattività neurobiologica.

Da queste premesse discende la domanda di ricerca che orienta il presente lavoro: gli interventi fondati sull'induzione della dissonanza cognitiva sono efficaci nel ridurre lo stigma legato al peso e, in caso affermativo, attraverso quali procedure, su quali componenti dello stigma e a quali condizioni? La domanda si articola in tre interrogativi più circoscritti. Il primo riguarda la procedura di induzione; il secondo riguarda il bersaglio: quali componenti dello stigma risultino effettivamente modificabili; il terzo riguarda la tenuta del cambiamento.

Il primo capitolo ricostruisce il percorso teorico e applicativo della dissonanza cognitiva. I primi due paragrafi ne presentano i fondamenti, dall'esperimento di Festinger e Carlsmith (1959) e dal paradosso della ricompensa minima alle strategie di riduzione e ai fattori che ne moderano l'intensità, per poi ripercorrere gli sviluppi teorici successivi: la revisione di Aronson (1968), che sposta il fulcro esplicativo dalla coerenza logica al concetto di sé, il *self-standards model* di Stone e Cooper (2001) e il *self-affirmation model* di Steele (1988). Il terzo paragrafo costituisce il ponte con l'applicazione ed esamina le condizioni alle quali la dissonanza può essere deliberatamente indotta: il ruolo della scelta percepita, la generatività attiva che distingue l'*advocacy* contro-attitudinale dall'esposizione a messaggi persuasivi e il paradigma dell'ipocrisia indotta. Il quarto passa agli interventi, dalla rassegna di Freijy e Kothe (2013) al *Body Project*.

Il secondo capitolo circoscrive l'altro polo del lavoro. Il primo paragrafo ricostruisce il concetto di stigma nelle sue principali sistematizzazioni: la teorizzazione di Goffman (1963), con la distinzione tra identità sociale virtuale e reale e tra persona screditata e screditabile; la revisione di Link e Phelan (2001), che riconduce lo stigma alla co-occorrenza di etichettamento, stereotipizzazione, separazione, perdita di status e discriminazione entro una situazione di potere; il modello socio-cognitivo di Corrigan (2000), che collega le attribuzioni di controllabilità alle risposte emotive; e l'*identity threat model* di Major e O'Brien (2005). Il secondo paragrafo applica questo apparato al dominio del peso: la definizione e le specificità teoriche del costrutto, la ricostruzione storico-culturale di Farrell (2011), l'interiorizzazione del *bias*, il modello COBWEBS di Tomiyama (2014), che rappresenta lo stigma come un ciclo a *feedback* positivo, e i dati sull'esperienza di stigmatizzazione nel contesto italiano raccolti da Muscogiuri e collaboratori (2023).

Il terzo capitolo esamina gli studi sperimentali che hanno tradotto in procedura applicativa i principi della teoria della dissonanza, ordinati secondo la logica di induzione che li accomuna. Il primo paragrafo è dedicato al paradigma della discrepanza tra valori e atteggiamenti, dallo studio fondativo di Ciao e Latner (2011) alla replica estesa di Breithaupt, Trojanowski e Fischer (2020), che vi aggiunge una misura implicita e una verifica della persistenza, fino al

raffinamento fattoriale di Meaney e Rieger (2021), che integra la dissonanza con una componente di consenso sociale. Il secondo esamina i disegni che restituiscono al partecipante la generazione delle cognizioni dissonanti, con gli studi di Kramer, Pietri e Bryan (2024) e di Montemarano, Firasta, Deska e Cassin (2025). Il terzo si chiude con un intervento multicomponente di gruppo, il *Body Advocacy Movement* di Pictor e collaboratori (2024), confrontato in un disegno di *benchmarking* con il *Body Project*.

Capitolo 1: La dissonanza cognitiva: fondamenti, sviluppi teorici e applicazioni

Il seguente capitolo ricostruisce il percorso teorico e applicativo della dissonanza cognitiva. Particolare attenzione sarà dedicata al ruolo della dissonanza come motore del cambiamento di atteggiamento e alle condizioni che ne favoriscono l'attivazione. Verrà inoltre illustrato come i principi alla base di questo costrutto siano stati tradotti in interventi concreti volti a promuovere cambiamenti individuali e sociali in diversi ambiti.

1.1 Origini e fondamenti teorici della dissonanza cognitiva

Il contesto storico: la sfida al comportamentismo e la rivoluzione cognitiva in psicologia sociale

Gli anni 50 per la psicologia statunitense furono un periodo di profonda trasformazione paradigmatica (Miller, 2003). Nella prima metà del Novecento, negli Stati Uniti, la disciplina era dominata dal comportamentismo (Watson, 1924; Skinner, 1938; Hull, 1943), una corrente che relegava i processi mentali interni a variabili non osservabili e dunque scientificamente irrilevanti. Secondo questa prospettiva, il comportamento umano era spiegabile esclusivamente attraverso la relazione stimolo-risposta, senza necessità di ricorrere a costrutti cognitivi o motivazionali. A partire dagli anni Quaranta e Cinquanta del Novecento, tuttavia, la psicologia sociale americana iniziò a sviluppare un crescente interesse per i processi cognitivi che mediano tra stimolo e risposta. Studiosi come Kurt Lewin (1935; 1936; 1948; 1951), con la sua teoria del campo (Lewin, 1951), e Solomon Asch (1952; 1956), con i suoi esperimenti sulla conformità (Asch, 1956), avevano già dimostrato che le rappresentazioni soggettive della realtà esercitano un'influenza determinante sul comportamento (Ross, Lepper & Ward, 2010). In questo contesto prese forma la rivoluzione cognitiva: un riorientamento che riportava al centro

dell'indagine scientifica i processi di pensiero, le credenze, le aspettative e le strutture di significato con cui gli individui organizzano la propria esperienza (Miller, 2003).

È in questo fermento teorico che Leon Festinger, allora professore alla Stanford University, pubblicò nel 1957 *"A Theory of Cognitive Dissonance"*, un'opera destinata a diventare uno dei testi più citati nella storia della psicologia sociale. Festinger propose un modello radicalmente diverso da quello comportamentista: non era il rinforzo esterno a guidare primariamente il comportamento umano, ma il bisogno interno di coerenza nelle proprie conoscenze. La dissonanza cognitiva, il disagio psicologico derivante dall'inconsistenza tra cognizioni, in questa impostazione divenne così il motore di gran parte della condotta umana, capace di spiegare fenomeni che il comportamentismo faticava ad affrontare.

Definizione di cognizione, consonanza e dissonanza secondo Festinger

Festinger nel suo libro parte dalla la nozione di cognizione. Lo psicologo la definisce in termini ampi, come qualsiasi conoscenza, opinione o credenza che l'individuo possiede riguardo a sé stesso, al proprio comportamento o all'ambiente circostante. Le cognizioni comprendono quindi credenze fattuali («la sigaretta fa male alla salute»), valutative («fumare mi piace»), comportamentali («ho appena fumato») o percezioni di sé («mi considero una persona razionale»).

Tra due o più cognizioni possono sussistere diversi tipi di relazione. Festinger ne identifica tre fondamentali. In primo luogo, due cognizioni sono irrilevanti l'una rispetto all'altra quando non hanno alcun legame logico o psicologico («piove oggi» e «preferisco il caffè al tè»). In secondo luogo, due cognizioni sono consonanti quando l'una segue dall'altra in modo coerente: il fumatore che sa che il fumo fa male e tuttavia non fuma si trova in uno stato di consonanza su quel piano comportamentale. In terzo luogo, e questo è il caso teoricamente centrale, due cognizioni sono dissonanti quando l'opposto dell'una segue dall'altra: una persona sa che il fumo è nocivo (cognizione A) ma continua a fumare (cognizione B).

L'esperimento Festinger e Carlsmith (1959): il paradigma della forced compliance

La dimostrazione empirica più celebre e teoricamente dirompente della teoria della dissonanza cognitiva fu fornita dall'esperimento condotto da Festinger e Merrill Carlsmith nel 1959, pubblicato nel *Journal of Abnormal and Social Psychology* con il titolo *Cognitive Consequences of Forced Compliance* (Festinger & Carlsmith, 1959). Come testimonia la disamina di Cooper (2007) lo studio è diventato una pietra miliare della storia della psicologia sociale.

Il paradigma sperimentale

I partecipanti all'esperimento, studenti universitari di Stanford, erano inizialmente coinvolti in due compiti deliberatamente noiosi e ripetitivi: riempire e successivamente svuotare un vassoio con delle bobine e girare dei pioli su una tavola. Al termine del compito (della durata di un'ora), lo sperimentatore chiedeva al partecipante di sostituire un assistente assente e di convincere il prossimo soggetto in lista, in realtà un complice, che il lavoro era stato interessante e piacevole, ovvero esattamente il contrario di quanto il partecipante aveva appena sperimentato.

I partecipanti venivano assegnati in modo casuale a due condizioni sperimentali: a un gruppo veniva offerto un compenso di un dollaro per compiere questa dichiarazione contraria all'atteggiamento reale (condizione "bassa ricompensa"); all'altro gruppo veniva offerto un compenso di 20 dollari (condizione "alta ricompensa"). Al termine dell'interazione con il complice, ai partecipanti veniva chiesto di esprimere il proprio reale giudizio sull'attività (quanto la ritenessero interessante) attraverso un questionario somministrato, da un ricercatore apparentemente indipendente.

I risultati e il paradosso della ricompensa minima

I risultati dello studio produssero un effetto sorprendente, detto *insufficient justification* (Aronson, 1968). Contrariamente a quanto avrebbe previsto la teoria del rinforzo, secondo cui una ricompensa maggiore avrebbe prodotto un atteggiamento più positivo, i partecipanti che avevano ricevuto un solo dollaro valutarono il compito come significativamente più interessante rispetto a quelli che ne avevano ricevuti venti. Il gruppo dei 20 dollari, al contrario, non si discostava in misura rilevante dal gruppo di controllo (che non veniva invitato a mentire sul compito) nel valutare come noioso l'incarico.

Chi aveva ricevuto 20 dollari disponeva di una giustificazione esterna sufficiente per la propria dichiarazione menzognera («l'ho fatto per i soldi»), e quindi non sperimentava una dissonanza significativa tra la propria cognizione comportamentale e le proprie credenze sul compito. Chi invece aveva ricevuto un solo dollaro non poteva attribuire la propria condotta a un incentivo esterno adeguato, trovandosi pertanto in una condizione di dissonanza. Per ridurre questa tensione modificava l'atteggiamento verso il compito, rivalutandolo genuinamente come più piacevole.

Questo meccanismo costituisce il nucleo del paradigma della *forced compliance* e illustra in modo diretto il principio secondo cui la dissonanza cognitiva genera cambiamento di atteggiamento proprio quando la giustificazione esterna è minima. Ad una minore pressione

esterna corrisponderà una maggiore necessità di trovare una coerenza interna; sarà così più profondo il cambiamento attitudinale.

1.2 Modalità di riduzione della dissonanza e sviluppi teorici

Il principio di coerenza interna come fondamento motivazionale

Prima di esaminare le strategie attraverso cui la dissonanza viene ridotta, è necessario comprendere il principio che rende la sua riduzione una necessità psicologica. Festinger sostiene che gli esseri umani possiedono un bisogno fondamentale di coerenza interna tra le proprie cognizioni. Questo bisogno non è riducibile a un semplice desiderio di accuratezza epistemica, non si tratta di voler possedere credenze vere in senso logico, ma di mantenere un senso di integrità e consistenza del proprio sistema cognitivo e identitario. “Leon Festinger [...] formulò un’osservazione molto semplice sulla vita sociale degli esseri umani: non ci piace l’incoerenza. Essa ci turba e ci spinge ad agire per ridurla. Maggiore è l’incoerenza che affrontiamo, più agitati saremo e più forte sarà la nostra motivazione a ridurla.” (Cooper, 2007, p. 2).

Per illustrare questo aspetto, Festinger ricorre esplicitamente all’analogia con la fame e altri stati di privazione biologica. Così come la fame produce un disagio fisiologico che motiva il comportamento di ricerca del cibo, anche la dissonanza produce un disagio psicologico che motiva il comportamento di ricerca della coerenza cognitiva. La riduzione della dissonanza è, in questo senso, funzionalmente equivalente alla soddisfazione di un bisogno primario: entrambe eliminano uno stato avversivo e ripristinano un equilibrio.

La dissonanza non è un fenomeno puramente cognitivo, un semplice “rendersi conto” di una contraddizione, ma ha una componente affettivo-motivazionale che ne determina l’impatto sul comportamento. Le ricerche successive hanno confermato questa intuizione, mostrando che la dissonanza si accompagna a misure fisiologiche di arousal e a stati di disagio soggettivo (Elkin & Leippe, 1986).

Questa premessa è indispensabile per comprendere la logica delle strategie di riduzione: ciascuna di esse rappresenta un percorso diverso attraverso cui l’individuo può ristabilire la coerenza del proprio sistema cognitivo.

Le tre strategie di riduzione della dissonanza

Festinger (1957) individua tre percorsi fondamentali attraverso cui un individuo può ridurre la dissonanza una volta che questa si è attivata. Sebbene distinte sul piano concettuale, queste strategie non sono mutuamente esclusive e possono essere attivate in combinazione a seconda del contesto e delle risorse cognitive disponibili.

La prima strategia consiste nel cambiamento di una delle cognizioni dissonanti in modo da renderla compatibile con l'altra, producendo quindi anche un cambio di atteggiamento¹. Nel caso classico del fumatore, ciò può avvenire ridimensionando la gravità percepita dei rischi del fumo, oppure attribuendo minore efficacia probatoria alle evidenze scientifiche.

La seconda strategia è il cambiamento comportamentale: anziché modificare la cognizione che riguarda le credenze e gli atteggiamenti, l'individuo modifica il comportamento che genera la dissonanza, allineandolo alle proprie convinzioni preesistenti. Il fumatore che decide di smettere di fumare in risposta alla consapevolezza dei rischi è un esempio paradigmatico. Questa strategia è teoricamente ottimale ma spesso la più costosa in termini di sforzo e resistenza psicologica, specialmente quando il comportamento è consolidato o sostenuto da dipendenze.

La terza strategia consiste nell'aggiunta di nuove cognizioni consonanti: l'individuo non modifica nessuna delle cognizioni dissonanti esistenti, ma introduce nuovi elementi cognitivi che riducono il peso relativo della dissonanza nel sistema complessivo. Il fumatore può ad esempio ricorrere alla cognizione «fumare mi aiuta a gestire lo stress», oppure «conosco molti fumatori che sono vissuti fino a novant'anni». Queste cognizioni aggiuntive non eliminano la contraddizione originaria, ma ne riducono la magnitudine percepita aumentando il peso delle cognizioni consonanti con il comportamento.

Fattori moderatori: importanza soggettiva, rapporto tra cognizioni e resistenza al cambiamento

Festinger (1957) identifica una serie di fattori strutturali che moderano sia l'intensità della dissonanza sperimentata sia la direzione del cambiamento che ne consegue. Il primo fattore è l'importanza soggettiva delle cognizioni coinvolte. La magnitudine della dissonanza non dipende solo dal numero di elementi in contraddizione, ma dal loro peso psicologico per l'individuo: una dissonanza che coinvolge cognizioni centrali per l'identità personale (ad esempio credenze morali o la propria autoimmagine) produce un disagio molto più intenso

¹ “Un atteggiamento è uno stato di prontezza mentale e neurologica, organizzata nel corso dell'esperienza, che esercita un'influenza direttrice o dinamica su risposte di un individuo a tutti gli oggetti e situazione con cui è in relazione”. Allport, G.W. (1935) Attitudes. In: Murchison, C., Ed., *Handbook of Social Psychology*.

rispetto ad una che riguarda preferenze marginali. Questo principio avrà implicazioni rilevanti negli sviluppi teorici successivi, in particolare nella revisione di Aronson (1968).

Il secondo fattore è concettualizzato come il rapporto tra le cognizioni dissonanti e il totale delle cognizioni rilevanti per la questione in esame. Maggiore è la proporzione di elementi in contraddizione rispetto a quelli consonanti, maggiore sarà la pressione verso il cambiamento. Questo spiega perché la strategia dell'aggiunta di cognizioni consonanti sia efficace: non eliminando la contraddizione ma modificando il rapporto numerico tra elementi dissonanti e consonanti, essa riduce la magnitudine complessiva della dissonanza.

Il terzo fattore è la resistenza al cambiamento delle singole cognizioni. Alcune cognizioni sono più difficili da modificare di altre: quelle ancorate a esperienze sensoriali dirette («ho effettivamente fumato questa sigaretta»), quelle condivise socialmente e confermate dall'ambiente («il mio gruppo di pari fuma»), o quelle strettamente connesse ad altri elementi del sistema cognitivo tendono a essere più resistenti. La direzione del cambiamento seguirà generalmente il percorso di minore resistenza: verrà modificata la cognizione meno radicata e meno sostenuta socialmente.

La revisione di Aronson (1968): dalla coerenza logica al concetto di sé

Elliot Aronson, uno dei più brillanti allievi di Festinger, propose nel 1968 una revisione nella quale spostò il fulcro esplicativo dalla coerenza logica tra cognizioni, all'immagine di sé: la dissonanza non è prevalentemente il risultato di un'incoerenza astratta tra elementi cognitivi, ma di una contraddizione tra il comportamento dell'individuo e la propria visione di sé come persona moralmente integra e competente (Aronson, 1968). Fare una cosa stupida è più disturbante per chi si ritiene intelligente; compiere un'azione moralmente discutibile è più disturbante per chi si considera una persona perbene.

Questa revisione ha conseguenze teoriche di rilievo. In primo luogo, sposta la teoria della dissonanza verso una psicologia del sé, anticipando molti degli sviluppi successivi sulla *self-affirmation* (Steele, 1988) e i *self-standards* (Stone & Cooper, 2001). In secondo luogo, consente di predire con maggiore precisione quando e per chi la dissonanza sarà più intensa: le persone con una visione di sé particolarmente positiva, o con standard morali elevati, dovrebbero sperimentare una dissonanza più acuta di fronte a comportamenti incongruenti.

Il self-standards model di Stone e Cooper (2001)

Un ulteriore affinamento teorico è stato proposto da Jeff Stone e Joel Cooper nel 2001 con il *self-standards model*, un framework che cerca di integrare la versione originaria di Festinger

con la revisione di Aronson, risolvendo alcune ambiguità residue sulla natura degli standard che mediano l'attivazione della dissonanza.

Il modello distingue tra due tipologie di standard cognitivi che possono essere attivati quando l'individuo valuta il proprio comportamento. Gli standard normativi sono quelli condivisi socialmente, relativi a ciò che una persona "normale" o "ragionevole" farebbe in una determinata situazione. Gli standard personali sono invece quelli specifici dell'individuo, legati alla propria concezione di sé, ai propri valori e alle proprie aspettative di competenza morale. Stone e Cooper (2001) sostengono che l'intensità della dissonanza dipende da quale tipo di standard viene attivato dal contesto: quando sono accessibili gli standard personali, il comportamento viene confrontato con le proprie aspettative. In questo caso, l'attivazione della dissonanza è moderata dall'autostima. Quando sono accessibili gli standard normativi, il comportamento viene confrontato con ciò che la maggior parte delle persone ritiene corretto. In questo caso, la dissonanza è comune alla maggior parte delle persone.

Cenni al self-affirmation model di Steele (1988)

Una prospettiva complementare, che ha contribuito a precisare i confini della teoria della dissonanza, è il *self-affirmation model* elaborato da Claude Steele nel 1988. Steele non nega l'esistenza della dissonanza come stato motivazionale, ma propone che il disagio che essa genera non sia specifico rispetto alle cognizioni in contraddizione: ciò che l'individuo cerca di ripristinare non è tanto la coerenza tra due elementi particolari, quanto il senso complessivo di integrità e adeguatezza del sé.

La conseguenza più interessante di questa prospettiva è che la dissonanza può essere ridotta anche senza intervenire direttamente sulle cognizioni dissonanti: è sufficiente che l'individuo abbia l'opportunità di affermare la propria competenza o il proprio valore in un dominio completamente diverso da quello in cui è emersa la contraddizione. In termini concreti, un individuo che sperimenta dissonanza rispetto al proprio comportamento ambientale può ridurla non modificando le proprie abitudini né razionalizzando la contraddizione, ma semplicemente richiamando alla mente un valore importante per la propria identità, come l'essere un buon genitore o un professionista competente, in un dominio anche non correlato.

1.3 Dissonanza cognitiva e cambiamento di atteggiamento: meccanismi applicativi

Il percorso teorico tracciato nei paragrafi precedenti, dall'intuizione originaria di Festinger alla revisione di Aronson, fino ai modelli di Stone e Cooper e Steele, converge verso una domanda

di natura applicativa: in quali condizioni la dissonanza cognitiva può essere deliberatamente indotta per produrre un cambiamento di atteggiamento duraturo? È questa la questione centrale del presente paragrafo, che costituisce il ponte concettuale tra la teoria e gli interventi esaminati nel capitolo terzo.

Forced compliance e il ruolo della scelta

Festinger (1957) utilizzò il termine *forced compliance* per indicare una condizione di "acquiescenza pubblica senza accettazione privata", nella quale un individuo mette in atto un comportamento non coerente con i propri atteggiamenti o convinzioni. In questa prospettiva, la tecnica della conformità forzata consiste nell'indurre i soggetti a eseguire un comportamento contrario alle loro attitudini personali (Joule, 1991). L'esperimento classico di Festinger e Carlsmith (1959) mostrò che il cambiamento attitudinale dipendeva dall'entità della ricompensa ricevuta per tale comportamento: i partecipanti remunerati con 20 dollari non modificarono significativamente il proprio atteggiamento, poiché la ricompensa costituiva una giustificazione esterna sufficiente per aver espresso una posizione non autentica. Al contrario, una ricompensa minima risultava insufficiente a giustificare il comportamento discrepante, favorendo così l'insorgenza della dissonanza e il conseguente cambiamento di atteggiamento (Vaidis & Slegers, 2024). Coerentemente con questa interpretazione, Brehm e Cohen (1962) affermarono che il cambiamento attitudinale successivo all'obbedienza forzata è inversamente proporzionale all'entità della ricompensa ricevuta.

Successivamente, l'attenzione dei ricercatori si è progressivamente spostata dalla manipolazione dell'ampiezza della ricompensa alla percezione di scelta come elemento cruciale nell'attivazione della dissonanza cognitiva (Vaidis & Slegers, 2024). In tale prospettiva, Brehm e Cohen (1962) sostennero che la *forced compliance* potesse essere considerata una particolare forma di situazione di scelta, piuttosto che una categoria distinta. Gli autori distinguevano tuttavia le caratteristiche delle due condizioni: nelle situazioni di libera scelta il soggetto seleziona autonomamente tra alternative percepite come desiderabili, senza pressioni esterne, e la dissonanza deriva dagli aspetti a favore dell'alternativa scartata. Nelle situazioni di *forced compliance*, invece, l'individuo deve decidere se compiere o meno un atto contro-attitudinale sotto l'influenza di una forza induttrice esterna; in questo caso, la dissonanza dipende sia dall'incoerenza tra il comportamento e la posizione originaria del soggetto sia dal numero di cognizioni che favoriscono l'atto discordante oltre il minimo necessario per indurre il soggetto a compierlo (Brehm & Cohen, 1962). A conferma del ruolo centrale della percezione di scelta, Linder, Cooper e Jones (1967) dimostrarono che la dissonanza e il conseguente

cambiamento di atteggiamento emergono soltanto quando gli individui percepiscono di aver agito liberamente. In assenza di una scelta percepita come genuina, anche l'emissione di comportamenti o argomentazioni contrari alle proprie convinzioni non produce modificazioni attitudinali significative.

L'advocacy contro-attitudinale

In linea con il principio della forced compliance, in un tipico paradigma di *advocacy* contro-attitudinale (CAA), i partecipanti sostengono una posizione contraria a un atteggiamento o comportamento preesistente, il che li porta a sperimentare una dissonanza cognitiva. Tale dissonanza viene poi ridotta modificando i comportamenti o gli atteggiamenti futuri. I paradigmi CAA richiedono che un partecipante si ponga volontariamente in una posizione pubblica contraria alle proprie convinzioni o al proprio comportamento, attraverso esercizi come la registrazione di video, la stesura di un saggio o la presentazione di un discorso (DiBello, Carey & Cushing, 2018).

Un elemento cruciale che distingue *l'advocacy* contro-attitudinale dalla semplice esposizione a messaggi persuasivi è la generatività attiva del processo: il partecipante non riceve passivamente argomenti elaborati da altri, ma li costruisce in prima persona. Precedentemente alla teoria della dissonanza, Janis e King (1954) introducono il concetto di *active participation* come motore del cambiamento di opinione. Attraverso un esperimento controllato, i ricercatori hanno dimostrato che gli individui chiamati a sostenere pubblicamente una posizione contraria alle proprie convinzioni tendono ad accettare maggiormente tali nuove tesi rispetto a chi le ascolta passivamente.

Le applicazioni empiriche dell'*advocacy* contro-attitudinale si estendono a numerosi domini del pregiudizio e della discriminazione. Eisenstadt e Leippe (1994) hanno condotto uno studio in cui studenti bianchi erano invitati a scrivere saggi a sostegno di politiche per gli afroamericani, una posizione in contrasto con le proprie credenze iniziali. I risultati mostrarono un significativo cambiamento di atteggiamento nella direzione del saggio scritto, con effetti particolarmente pronunciati quando i partecipanti avevano firmato il testo con il proprio nome, aumentando così la responsabilità personale percepita. Heitland e Bohner (2010) hanno replicato ed esteso questi risultati in un contesto europeo (in Germania), documentando riduzioni del pregiudizio esplicito verso gruppi minoritari a seguito di *advocacy* contro-attitudinale.

Questi studi confermano l'*advocacy* contro-attitudinale come uno strumento di riduzione del pregiudizio con basi empiriche solide e applicabilità cross-culturale, ponendo le fondamenta per i successivi interventi rivolti specificamente allo stigma legato al peso.

Il paradigma dell'ipocrisia indotta

La struttura di base del paradigma dell'*ipocrisia indotta* formulato da Aronson e collaboratori nel 1991, prevede due fasi sequenziali. Nella prima, al partecipante viene chiesto di produrre pubblicamente argomenti pro-attitudinali, vale a dire in favore di una posizione che il partecipante già condivide a livello dichiarato (ad esempio, l'importanza di usare il preservativo per prevenire l'HIV). Nella seconda, al partecipante viene chiesto di richiamare alla mente situazioni passate in cui non ha agito in modo coerente con la posizione che ha appena sostenuto pubblicamente. Una volta che diventa consapevole dell'incoerenza tra le sue convinzioni riguardo al comportamento e i suoi precedenti fallimenti nel metterlo in pratica, il partecipante prova il disagio associato alla dissonanza cognitiva, che è motivata a ridurre. Stone e Fernandez (2008) sottolineano l'efficacia del paradigma dell'ipocrisia evidenziando come una discrepanza ipocrita motivi le persone a compiere i passi necessari per rendere il proprio comportamento coerente con gli standard comportamentali che essi stessi promuovono presso gli altri. "un atto di ipocrisia può indurre uno stato di attivazione emotiva negativa che le persone sono motivate a ridurre con qualsiasi mezzo possibile" (Stone & Fernandez 2008, p. 1032).

Lo studio di Aronson, Fried e Stone (1991) costituisce la dimostrazione empirica fondante del paradigma. I partecipanti, studenti universitari sessualmente attivi, erano invitati a registrare un breve discorso sull'importanza dell'uso del preservativo per la prevenzione dell'HIV, destinato a essere mostrato agli studenti delle scuole superiori. Ad un gruppo veniva poi chiesto di elencare le situazioni in cui avevano personalmente fallito nell'usare il preservativo (condizione d'ipocrisia); all'altro questo richiamo non veniva somministrato. I risultati mostrarono che i partecipanti nella condizione d'ipocrisia furono i più propensi ad ammettere di non aver usato abbastanza il preservativo in passato, dimostrando di aver abbandonato le difese psicologiche del diniego. Inoltre, in un follow up effettuato dopo 3 mesi gli stessi soggetti dichiararono di acquistare preservativi in misura significativamente maggiore rispetto alle altre condizioni, inclusa quella di sola *advocacy*. Lo studio dimostrò che la combinazione di impegno pubblico e richiamo alla propria incongruenza passata produceva un cambiamento comportamentale reale, non solo una modifica dichiarata degli atteggiamenti.

1.4 La dissonanza cognitiva come strumento applicativo: interventi per il cambiamento di atteggiamenti e comportamenti

L'obiettivo del seguente paragrafo non è offrire una rassegna esaustiva della letteratura sugli interventi applicativi della dissonanza cognitiva, che è assai vasta, ma individuare le linee di sviluppo più rilevanti e i casi paradigmatici che hanno dimostrato la potenza dello strumento, preparando il terreno per la comprensione degli interventi sullo stigma del peso che saranno esaminati nel capitolo terzo.

Interventi basati sulla dissonanza in ambito sanitario: una panoramica

La sistematizzazione delle evidenze sugli interventi basati sulla dissonanza in ambito sanitario è stata compiuta da Freijy e Kothe (2013) attraverso una revisione sistematica che ha identificato e analizzato gli studi pubblicati fino a quel momento su popolazioni non cliniche. La review ha documentato che la maggioranza degli studi ha prodotto almeno un effetto significativo su misure di comportamento, atteggiamento o intenzione comportamentale, e ha identificato il paradigma dell'*ipocrisia indotta* come il più frequentemente utilizzato e il più efficace nell'indurre cambiamento attraverso una varietà di comportamenti sanitari. Tra i domini applicativi documentati figurano: la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili e la promozione dell'uso del preservativo, la riduzione dell'esposizione solare e dei comportamenti di abbronzatura, la promozione dell'attività fisica, la prevenzione del consumo di droga e alcol, e la promozione di comportamenti alimentari salutari.

La review ha inoltre identificato genere e autostima come potenziali variabili moderatrici dell'effetto della dissonanza: le donne e gli individui con autostima elevata tendono a rispondere con maggiore intensità agli interventi di dissonanza, probabilmente perché la minaccia all'integrità del sé, che costituisce il mediatore psicologico centrale secondo la revisione di Aronson (1968), è più acuta per chi ha investito maggiormente nella propria immagine di persona coerente e competente. Questa osservazione è coerente con le previsioni del self-standards model di Stone e Cooper (2001) e ha implicazioni importanti per la selezione dei target di intervento.

Il Body Project: il caso paradigmatico dell'intervento dissonanza-based

Tra tutti gli interventi basati sulla dissonanza cognitiva sviluppati in ambito applicativo, il Body Project di Stice e Presnell (2007) rappresenta il caso più studiato, più replicato e più rilevante per il presente lavoro. Sviluppato nell'arco di 16 anni di ricerca empirica, inizialmente, presso la Stanford University e successivamente perfezionato presso l'università del Texas ad Austin e nelle scuole superiori di Austin, oltre che in quelle di Eugene nell'Oregon. Il Body Project è

un programma di intervento di dissonanza cognitiva basato sull'accettazione del corpo, volto a prevenire i disturbi alimentari. Si colloca all'intersezione tra psicologia sociale applicata e psicologia clinica.

Fondamento teorico e struttura dell'intervento

Il programma si basa su un modello teorico che identifica nell'interiorizzazione dell'ideale di magrezza (*thin-ideal internalization*) il fattore di rischio più rilevante per lo sviluppo di disturbi alimentari nelle adolescenti e nelle giovani donne. L'ideale di magrezza, veicolato dai media, dalla cultura dei pari e da pressioni sociali più diffuse, viene progressivamente incorporato come standard di riferimento per il proprio corpo, generando insoddisfazione corporea, comportamenti disfunzionali di controllo del peso e, nei casi più gravi, sintomatologia del disturbo alimentare.

La logica dell'intervento è quella dell'*advocacy* contro-attitudinale applicata al *thin ideal*: se le partecipanti vengono invitate a criticare volontariamente, verbalmente e per iscritto, i costi individuali e sociali del perseguimento dell'ideale di magrezza, una posizione contraria al proprio atteggiamento interiorizzato, la dissonanza che ne risulta le motiverà a ridurre la propria adesione a quell'ideale e ne conseguirà una diminuzione dei fattori di rischio e dei sintomi del disturbo alimentare.

Sul piano strutturale, il Body Project si articola in un intervento di gruppo suddiviso in 4 sessioni da un'ora per 4 settimane consecutive, nel corso delle quali le partecipanti si impegnano in una serie di esercizi verbali, scritti e comportamentali che le portano a esaminare criticamente e a confutare pubblicamente i presupposti culturali alla base dell'ideale di magrezza. Gli esercizi includono principalmente: l'analisi sui costi fisici, psicologici ed economici del perseguimento del *thin ideal*; il role-playing in cui le partecipanti assumono il ruolo di chi argomenta contro l'ideale di magrezza di fronte a una critica; la discussione sulle motivazioni che hanno portato le partecipanti a partecipare al progetto, cercando di identificare le preoccupazioni individuali riguardo al corpo.

Evidenze empiriche

L'efficacia del Body Project è supportata da un corpus di evidenze tra i più solidi disponibili nella letteratura sugli interventi psicosociali preventivi. Stice, Shaw, Burton e Wade (2006) hanno condotto un trial randomizzato controllato che ha confrontato l'intervento di dissonanza con un programma di peso sano e con condizioni di controllo (scrittura espressiva e sola valutazione): i risultati hanno mostrato che l'intervento basato sulla dissonanza produceva

riduzioni significativamente maggiori nell'interiorizzazione del *thin ideal*, nell'insoddisfazione corporea, nei comportamenti di dieta restrittiva, nelle emozioni negative e nella sintomatologia bulimica rispetto alle condizioni di controllo, con effetti mantenuti al follow-up a 6 mesi e un anno.

Un contributo di particolare rilievo teorico proviene dallo studio di Stice, Yokum e Waters (2015) che ha impiegato la risonanza magnetica funzionale (fMRI) per documentare le correlazioni neurali del cambiamento prodotto dal Body Project. I partecipanti al programma mostravano, rispetto ai controlli, riduzioni significativamente maggiori nella risposta del nucleo caudato, una struttura del circuito della ricompensa, all'esposizione a immagini di modelle molto magre rispetto a modelle di peso medio. Queste riduzioni nella reattività neurobiologica erano correlate con le riduzioni nell'insoddisfazione corporea, fornendo per la prima volta evidenza di un cambiamento a livello biologico oggettivo che non fosse dipendente dall'auto-report e dalle possibili distorsioni da domanda sociale caratteristiche dei trial randomizzati.

Rilevanza per gli interventi sullo stigma del peso

Il Body Project non è un intervento direttamente rivolto alla riduzione dello stigma legato al peso; il suo target primario è la prevenzione dei disturbi alimentari attraverso la riduzione dell'interiorizzazione del *thin ideal*. Tuttavia, esso costituisce il precedente applicativo più diretto e metodologicamente raffinato per gli interventi esaminati nel capitolo terzo. Il Body Project dimostra che la dissonanza cognitiva può essere indotta in modo controllato e riproducibile su popolazioni non cliniche, producendo cambiamenti misurabili non solo a livello di atteggiamenti espliciti ma anche di comportamenti reali e, come mostrato dallo studio di neuroimaging, di reattività biologica. Inoltre, il programma stabilisce un modello procedurale (*advocacy* contro-attitudinale pubblica, esercizi scritti e verbali, discussione di gruppo) che verrà adattato e modificato negli interventi sullo stigma del peso per indurre dissonanza rispetto agli atteggiamenti antigrasso piuttosto che rispetto all'ideale di magrezza.

Capitolo 2: Lo stigma legato al peso

Il seguente capitolo ricostruisce il concetto di stigma nelle sue dimensioni teoriche, per poi circoscrivere l'analisi allo stigma legato al peso.

2.1 Il concetto di stigma

Prima teorizzazione sociologica: Goffman (1963)

Il termine stigma ha origini etimologiche nella Grecia antica, dove indicava marchi corporei incisi o bruciati sulla pelle di schiavi, criminali e traditori per segnalare al resto della popolazione che il portatore era una persona moralmente compromessa, da evitare negli spazi pubblici (Goffman, 1963). Nell'accezione moderna, il termine ha conservato la valenza di marchio morale pur perdendo la sua dimensione fisica, spostandosi dal corpo al significato sociale che la collettività attribuisce a determinate caratteristiche di un individuo.

Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity (1963) del sociologo Erving Goffman è il contributo più noto e diffuso sul concetto di stigma (Hannem, 2022). Goffman definisce lo stigma come un attributo che scredita profondamente un individuo, riducendolo da una persona integra e ordinaria a una persona contaminata e svalutata (Goffman, 1963). È però lui stesso a precisare che “è necessario un linguaggio basato sulle relazioni, non sugli attributi” per comprendere come lo stigma emerga e operi attraverso l'interazione sociale (Goffman, 1963, p. 3). Questa precisazione è fondamentale: gli attributi che identifichiamo come stigmatizzanti non sono intrinsecamente negativi, ma sono il prodotto di definizioni sociali e giudizi di valore storicamente situati (Hannem, 2022).

Goffman distingue tre tipologie fondamentali di stigma. La prima riguarda le abominazioni del corpo, ovvero le deformità e disabilità fisiche visibili. La seconda comprende i difetti del carattere, percepiti come volontari o moralmente imputabili, tra cui le malattie mentali, le dipendenze, i comportamenti criminali e le condotte sessuali non normative. La terza categoria è quella dello stigma tribale, legato all'appartenenza razziale, etnica o religiosa, trasmissibile per via ereditaria e applicabile all'intero gruppo familiare del portatore (Goffman, 1963). Dal punto di vista microsociologico che caratterizza l'intero progetto intellettuale di Goffman, tuttavia, il tipo specifico di stigma è meno rilevante della forma in cui esso si manifesta nelle interazioni quotidiane: tutti e tre i tipi producono forme simili di interazione perturbata con i “normali” e simili sforzi di gestione dell'identità (Hannem, 2022).

L'autore distingue inoltre tra identità sociale virtuale e identità sociale reale. Con la prima, Goffman indica le categorie e gli attributi che il gruppo sociale impone preventivamente a un individuo al primo contatto (aspettative normative su chi quella persona dovrebbe essere). Con la seconda, indica gli attributi che la persona possiede effettivamente. Lo stigma emerge precisamente nella discrepanza tra queste due identità: quando la persona reale non corrisponde alle aspettative virtuali che la società ha proiettato su di lei, l'identità sociale viene screditata (*spoiled identity*; Goffman, 1963). Questa formulazione pone le basi per una distinzione operativa di grande importanza: quella tra la persona già screditata, il cui stigma è visibile o noto, e la persona screditabile, che possiede uno stigma ancora nascosto e vive nel timore che

esso venga rivelato (Hannem, 2022). Se questo accade le conseguenze possono essere più severe rispetto a quelle che avrebbe prodotto una trasparenza immediata: alla svalutazione originaria dello stigma si aggiunge la macchia morale dell'inganno percepito, e la persona può essere considerata non solo screditata ma anche inaffidabile (Hannem & Schneider, 2019). Esiste tuttavia la possibilità opposta: un'attesa prolungata può consentire agli altri di sviluppare una conoscenza più articolata dell'identità complessiva della persona, rendendoli più inclini al perdono di fronte alla rivelazione tardiva di un singolo attributo. In entrambi i casi, l'esperienza dello stigma rimane inesorabilmente intrecciata alle reazioni degli altri e non è mai una proprietà dell'attributo in sé (Hannem, 2022).

Goffman precisa che tanto le persone "normali" quanto quelle stigmatizzate condividono lo stesso sistema normativo e le stesse aspettative riguardo a quali attributi siano soggetti a discredito. Questo significa che la persona stigmatizzata è in grado di anticipare come un "normale" potrebbe reagire alla propria condizione e di agire di conseguenza per gestire la propria presentazione di sé, anche in assenza di qualsiasi episodio esplicito di discriminazione (Goffman, 1963). Il meccanismo alla base di questa anticipazione è quello che Charles Horton Cooley (1902) aveva chiamato il *looking-glass self*: vediamo noi stessi attraverso lo sguardo, reale o immaginato, degli altri (Hannem, 2022).

Scambler e Hopkins, nello studio del 1986 sull'impatto sociale dell'epilessia, mettono in discussione l'idea convenzionale che il disagio dei pazienti derivi principalmente da atti discriminatori esterni e formalizzano i concetti di *felt stigma* ed *enacted stigma*. Il primo consiste nel timore della discriminazione e indica il comportamento difensivo messo in atto in anticipazione del rifiuto: la vigilanza, la gestione selettiva delle informazioni o la restrizione degli spazi sociali frequentati. L'*enacted stigma* indica invece le esperienze effettive di interazione negativa, rifiuto e discriminazione. Questa distinzione nasce per superare la visione della letteratura medica dell'epoca, la quale assumeva che il disagio psicologico dei pazienti derivasse interamente dalle discriminazioni attive della società. "Alcune persone con identità *spoiled* non hanno mai sperimentato *enacted stigma* perché hanno occultato con successo la parte screditabile della propria identità, eppure la consapevolezza dello stigma condiziona ugualmente le loro interazioni sociali, rendendole vigilanti riguardo alla presentazione di sé e all'informazione personale che condividono" (Hannem, 2022, p. 56).

Pinel (1999) ha teorizzato l'anticipazione dello stigma nel costrutto di *stigma consciousness*: la misura in cui un individuo è cronicamente consapevole del proprio attributo stigmatizzato e del potenziale discredito che ne può derivare. Quanto più alto è lo *stigma consciousness* di una persona, tanto più è probabile che essa interpreti atti di scortesie o interazioni negative come

manifestazioni di discriminazione piuttosto che come eventi situazionali occasionali (Pinel, 2004).

Limiti della concettualizzazione originaria e revisione di Link e Phelan (2001)

Nonostante la sua influenza duratura, la teorizzazione di Goffman è stata oggetto di critiche significative che ne hanno evidenziato due limiti principali. Il primo riguarda la vaghezza definitoria: il termine stigma viene usato in letteratura in modi talmente diversi che spesso ricercatori differenti studiano fenomeni diversi sotto la stessa etichetta, rendendo difficile la cumulabilità dei risultati (Link & Phelan, 2001). Il secondo limite riguarda il focus individualistico: la ricerca tradizionale si è concentrata sulle percezioni individuali e sulle interazioni microsociali, trascurando le fonti strutturali e macrosociali dello stigma, ignorando l'impatto della stratificazione, della disuguaglianza, del potere e delle istituzioni nelle interazioni tra stigmatizzati e stigmatizzanti (Link & Phelan, 2001; Hannem, 2022).

Bruce Link e Jo Phelan, nel saggio *Conceptualizing Stigma*, pubblicato sull'*Annual Review of Sociology* nel 2001, propongono una definizione di stigma come co-occorrenza di componenti interrelate, riconoscendo esplicitamente che il termine stigma è in uso talmente ampio da richiedere chiarezza su cosa si intenda ogni volta che viene impiegato (Link & Phelan, 2001).

Gli autori identificano cinque componenti che devono convergere affinché si produca stigma. La prima è l'*etichettamento*: le persone distinguono e attribuiscono un'etichetta a differenze umane selezionate. Come sottolineano gli autori, la stragrande maggioranza delle differenze umane vengono ignorate e rimangono socialmente irrilevanti, come il colore degli occhi o le preferenze alimentari; altre, come il colore della pelle o il genere, sono invece state rese socialmente salienti attraverso processi storici e culturali che non hanno nulla di naturale. La seconda componente è la *stereotipizzazione*: le credenze culturali dominanti collegano le persone etichettate a caratteristiche negative e indesiderabili. Questo collegamento tra etichetta e stereotipo avviene spesso in modo automatico e preconciso: categorie e stereotipi funzionano come strumenti di efficienza cognitiva, consentendo di formarsi impressioni rapide con minimo sforzo elaborativo. La terza componente è la *separazione*: le persone etichettate vengono collocate in categorie distinte in modo da realizzare una certa misura di separazione tra "noi" e "loro". Questa separazione cognitiva ha conseguenze concrete: quando le persone etichettate vengono percepite come fondamentalmente diverse, diventa più facile attribuire loro ogni sorta di caratteristica negativa e trattarle di conseguenza. La quarta componente è la *perdita di status* e la *discriminazione*. La quinta componente, forse la più innovativa sul piano teorico, è il *potere*:

la stigmatizzazione è interamente dipendente dall'accesso al potere sociale, economico e politico.

Il *potere* non costituisce dunque un ulteriore anello di una successione temporale, ma la condizione che rende operative le quattro componenti precedenti: senza asimmetria di potere, la sequenza *etichettamento-stereotipizzazione-separazione* rimane un processo cognitivo privo di conseguenze discriminatorie significative, e la *perdita di status* non può realizzarsi. È questa la ragione per cui gli autori, pur elencando il potere per ultimo, gli attribuiscono una funzione trasversale all'intero processo.

Il modello di Link e Phelan (2001) ha due implicazioni analitiche. La prima è che lo stigma esiste come questione di grado, non come fenomeno tutto o niente: le singole componenti possono essere più o meno presenti, più o meno intense, e ciò permette di comprendere perché alcuni gruppi siano più stigmatizzati di altri. La seconda, con diretta rilevanza per le strategie di intervento, è che cambiare davvero lo stigma richiede di agire sulle sue cause fondamentali, le credenze e gli atteggiamenti dei gruppi dominanti, o le relazioni di potere che rendono operative quelle credenze, piuttosto che su singoli comportamenti discriminatori isolati. Come argomentano gli autori, qualsiasi intervento che affronti un solo meccanismo alla volta è destinato a fallire nel lungo periodo, perché il sistema dispone di meccanismi interscambiabili e mutuamente rinforzanti per produrre gli stessi esiti discriminatori.

Il modello socio cognitivo: Corrigan (2000)

Corrigan (2000) propone di organizzare la ricerca sullo stigma intorno a un paradigma socio cognitivo che identifichi la relazione tra stimoli discriminativi, mediatori cognitivi e risposte comportamentali. In una versione semplificata del modello, le persone con disturbi mentali segnalano al pubblico la propria condizione attraverso una serie di segnali (l'etichetta diagnostica, le manifestazioni sintomatologiche, i deficit nelle abilità sociali, l'aspetto fisico) che attivano stereotipi («le persone con malattia mentale sono pericolose»), i quali a loro volta producono reazioni discriminatorie («non permetterò a persone pericolose di trasferirsi nel mio quartiere»). Corrigan tratta il ruolo delle attribuzioni di controllabilità nella genesi delle risposte emotive e comportamentali allo stigma. L'autore prende come base la teoria dell'attribuzione² di Weiner (1980, 1983, 1985, 1993, 1995) per mostrare che il tipo di risposta emotiva, e quindi comportamentale, dipende in misura rilevante dalla percezione di quanto la condizione stigmatizzante sia sotto il controllo volontario della persona. Quando una condizione è percepita

²“La teoria dell'attribuzione è fondamentalmente un modello di motivazione ed emozione umana basato sul presupposto che gli individui cerchino una comprensione causale degli eventi quotidiani.” (Corrigan, 2000, p. 52).

come incontrollabile, l'emozione prevalente è la pietà, che genera comportamenti di aiuto. Quando invece è percepita come controllabile, ovvero quando la persona è ritenuta responsabile della propria condizione, l'emozione prevalente è la rabbia, che genera comportamenti punitivi.

Meccanismi di stigmatizzazione e identity threat model: Major e O'Brien (2005)

La prospettiva psicologica sul tema ha trovato una sistematizzazione particolarmente ampia nel contributo di Brenda Major e Laurie O'Brien (2005), pubblicato sull'*Annual Review of Psychology* con il titolo *The Social Psychology of Stigma*. Le autrici organizzano la letteratura all'interno di un *identity threat model* che sposta il focus dalle caratteristiche dello stigma alle sue conseguenze psicologiche per le persone che ne sono bersaglio.

Il punto di partenza di Major e O'Brien è una definizione di stigma convergente con quella di Link e Phelan: "stigma esiste quando etichettamento, stereotipizzazione negativa, separazione, discriminazione e basso status co-occorrono in una situazione di potere che consente a questi processi di dispiegarsi" (Link e Phelan, 2001, p. 382). Le autrici identificano quattro meccanismi attraverso cui lo stigma agisce direttamente sulle persone stigmatizzate. Il primo è la discriminazione diretta, che limita l'accesso a opportunità di lavoro, abitazione, istruzione e assistenza sanitaria. Il secondo è la conferma delle aspettative: gli stereotipi degli osservatori possono tradursi in comportamenti che influenzano le risposte dei bersagli, generando profezie che si autoavverano. Il terzo è l'attivazione automatica degli stereotipi: stereotipi culturalmente condivisi possono influenzare il comportamento della persona stigmatizzata anche in assenza di qualsiasi discriminazione esplicita da parte degli altri, attraverso processi ideomotori di natura preconsocia. Il quarto meccanismo è la minaccia all'identità (Steele & Aronson, 1995), una forma di paura situazionale di essere giudicati o di confermare attraverso il proprio comportamento uno stereotipo negativo relativo al proprio gruppo (Major & O'Brien, 2005).

Il modello della minaccia dell'identità indotta dallo stigma, formulato da Major e O'Brien (2005), integra i modelli di minaccia all'identità con i modelli transazionali dello stress e del *coping* (Lazarus & Folkman, 1984)³. Il modello postula che il possesso di un'identità sociale consensualmente svalutata (stigma) aumenta l'esposizione a situazioni potenzialmente stressanti. La minaccia all'identità si produce quando un individuo valuta le richieste poste da

³ Nel modello transazionale di Lazarus e Folkman (1984), lo stress è concettualizzato in termini relazionali come il rapporto in cui le richieste dell'ambiente vengono valutate dal soggetto come tali da "tassare o eccedere le proprie risorse e metterne in pericolo il benessere" (Lazarus & Folkman, 1984, p. 19). Tale processo è mediato da due valutazioni cognitive interdipendenti e non gerarchiche: la *valutazione primaria*, che definisce se l'evento costituisca un danno, una minaccia futura o una sfida per i propri scopi e la *valutazione secondaria*, volta a vagliare le opzioni e le risorse di coping disponibili per intervenire sulla situazione.

uno *stressor* legato allo stigma come potenzialmente dannose per la propria identità sociale e come eccedenti le proprie risorse di *coping* (Major & O'Brien, 2005).

Le conseguenze della minaccia all'identità si articolano in risposte involontarie (ansia, vigilanza aumentata, riduzione della memoria di lavoro) e risposte volontarie di *coping*. Le principali strategie di *coping* identificate da Major e O'Brien (2005) sono: attribuire gli esiti negativi alla discriminazione piuttosto che a cause interne (proteggendo così l'autostima a scapito della conoscenza accurata di sé); disimpegnarsi dai domini in cui il proprio gruppo è stereotipato negativamente (con possibili costi in termini di rendimento a lungo termine); aumentare l'identificazione con il proprio gruppo stigmatizzato (che può fungere da risorsa di supporto e validazione sociale); sforzarsi attivamente di più per smentire lo stereotipo o rafforzare le proprie abilità sociali (il che può associarsi a problemi di salute come l'ipertensione).

2.2 Lo stigma legato al peso

Definizione e specificità teorica dello stigma legato al peso

Tomiyama (2014) definisce lo stigma legato al peso, nelle società occidentali contemporanee, come la svalutazione e la denigrazione sociale delle persone percepite come portatrici di un peso corporeo eccessivo, un processo che genera pregiudizio, stereotipizzazione negativa e discriminazione nei loro confronti. Il contenuto degli stereotipi è documentato in modo omogeneo in tutta la letteratura: le persone con sovrappeso e obesità sono descritte come pigre, prive di motivazione e di autodisciplina, meno competenti, non aderenti alle prescrizioni e trascurate; si tratta di stereotipi diffusi e raramente contestati nella società occidentale (Puhl & Heuer, 2009).

Tomiyama (2014) individua una serie di elementi che rendono lo stigma del peso una deviazione significativa rispetto alle identità sociali tradizionalmente stigmatizzate. In primo luogo, le persone con sovrappeso e obesità costituiscono negli Stati Uniti una maggioranza numerica (Ogden, Carroll, Kit & Flegal, 2014), eppure sono stigmatizzate come se fossero un gruppo minoritario. In secondo luogo, il peso è comunemente considerato controllabile, e alle persone con obesità viene attribuita la responsabilità della propria condizione in una misura che non si osserva nel caso delle minoranze razziali o delle donne (Crandall, 1994; Weiner, Perry & Magnusson, 1988): è la traduzione, nel dominio del peso, del principio di attribuzione già esaminato attraverso Corrigan (2000), secondo cui la percezione di controllabilità orienta la risposta emotiva verso la rabbia e il comportamento punitivo anziché verso la pietà e l'aiuto. In terzo luogo, il fatto che gli esseri umani debbano nutrirsi per sopravvivere rende l'atto stesso di

mangiare un possibile contesto di stigmatizzazione, moltiplicando le occasioni quotidiane di esposizione. In quarto luogo, non si osserva favoritismo tra i membri dell'*in-group*: le persone con obesità tendono a interiorizzare il *bias*, mostrano atteggiamenti impliciti che preferiscono le persone magre e generalmente non traggono autostima dalla propria identità di gruppo basata sul peso (Crocker, Cornwell & Major, 1993; Schwartz, Vartanian, Nosek & Brownell, 2006). Infine, la stigmatizzazione più frequente proviene da familiari e amici stretti, ossia da persone che in altre condizioni rappresenterebbero fonti incondizionate di supporto sociale (Puhl & Brownell, 2006). A questi elementi si aggiunge il fatto che lo stigma legato al peso risulta socialmente più accettabile e, in alcuni casi, più prevalente del razzismo e del sessismo, al punto da essere stato descritto come l'ultima forma "accettabile" di pregiudizio (Brochu & Esses, 2011; Puhl & Brownell, 2001, 2009).

Le radici storiche dello stigma del peso: la ricostruzione di Farrell (2011)

Amy Erdman Farrell (2011) propone un'articolata ricostruzione storico culturale dello stigma legato al peso nel contesto angloamericano, condotta su vignette satiriche, pubblicità di prodotti dimagranti, cartoline, opuscoli dietetici e trattati medici pubblicati tra la metà dell'Ottocento e i primi decenni del Novecento e reperiti presso la *British Library*, la *Library of Congress* e collezioni d'archivio statunitensi.

Nel suo volume l'autrice rovescia una convinzione diffusa. Si tende a ritenere che lo stigma culturale associato al grasso sia emerso in seguito alla scoperta dei rischi sanitari dell'adiposità. Al contrario le connotazioni attribuite alla persona grassa sono attestate negli opuscoli dietetici e nella pubblicistica ottocentesca prima che la preoccupazione esplicita per la salute vi si aggiungesse, e in gran parte di quei testi lo stigma sociale coincide con la questione sanitaria o le si sovrappone (Farrell, 2011). Farrell corregge, inoltre, la cronologia consolidata secondo cui l'industria dietetica e i suoi ideali corporei nascerebbero attorno al 1920: riviste come *Harper's Weekly* e *Life* ospitavano già alla fine dell'Ottocento un numero cospicuo di pubblicità di prodotti dimagranti e di vignette che ridicolizzavano le persone grasse. Il 1920 va inteso semmai come il momento in cui le industrie pubblicitarie e consumistiche nascenti si appropriarono di una denigrazione già esistente e la esasperarono.

Farrell applica esplicitamente la tassonomia di Goffman (1963), esaminata nel paragrafo precedente, e mostra che il grasso occupa simultaneamente tutte e tre le categorie. È anzitutto uno stigma fisico, un'"abominazione del corpo" chiaramente visibile e, a differenza di molti altri attributi screditanti, non occultabile: alla persona grassa non è disponibile quella gestione selettiva dell'informazione che Goffman riservava agli screditabili. È al tempo stesso uno

stigma caratteriale, poiché la cultura attribuisce alla grassezza significati che eccedono il tratto fisico (incapacità di controllare gli impulsi, disturbo psicologico, difetto morale) e presume che la sua presenza dica qualcosa di negativo sull'individuo. È infine, nella retorica dell'“epidemia di obesità”, uno stigma tribale attribuito a un'intera collettività nazionale. “In termini odierni, se avesse un colore, il grasso sarebbe nero e se avesse un'origine nazionale, sarebbe immigrato clandestino, di certo non sarebbe statunitense né occidentale” (Farrell, 2011, p. 8).

L'interiorizzazione dello stigma

L'interiorizzazione del *bias* legato al peso (*weight bias internalization*, WBI), o *stigma del peso autodiretto*, si verifica quando gli individui applicano a sé gli stereotipi negativi relativi al peso e si auto svalutano a causa del proprio corpo (Pearl & Puhl, 2018). La definizione operativa è quella dello stigma interiorizzato in senso ampio, articolata in quattro componenti: consapevolezza degli stereotipi negativi relativi alla propria identità sociale; accordo con tali stereotipi; applicazione degli stereotipi a sé; autosvalutazione dovuta alla propria identità sociale (Corrigan, Watson & Barr, 2006). Le stime riportate nella rassegna di Pearl e Puhl (2018) indicano che circa il 40% degli adulti statunitensi con sovrappeso e obesità ha interiorizzato il *bias* sul peso e che circa il 20% presenta livelli elevati di WBI (Puhl, Himmelstein & Quinn, 2018).

Lo stigma del peso come stressor: il modello COBWEBS di Tomiyama (2014)

Il modello *cyclic obesity/weight-based stigma* (COBWEBS), elaborato da Tomiyama (2014) integrando psicologia sociale, psicologia della salute e neuroendocrinologia, rappresenta lo stigma del peso non come costrutto statico ma come circolo vizioso: un ciclo a *feedback* positivo in cui lo stigma genera aumento di peso, il quale espone a sua volta a un'esposizione maggiore allo stigma.

Tomiyama assume la definizione di stress di Baum (1990) come esperienza emotiva negativa accompagnata da cambiamenti biochimici, fisiologici, cognitivi e comportamentali prevedibili, diretti ad alterare l'evento stressante o ad accomodarsi ai suoi effetti. Poiché lo stigma del peso è per definizione svalutazione e denigrazione, esso costituisce un'esperienza emotiva negativa, e i suoi correlati psicologici sono quelli tipici delle condizioni correlate allo stress: depressione, ansia, *distress*, bassa autostima e insoddisfazione corporea. Major, Eliezer e Rieck (2012) hanno esposto le partecipanti a un compito potenzialmente stigmatizzante rilevando che le donne con indice di massa corporea elevato presentavano percezioni di stress e valori pressori più alti rispetto a una condizione in cui il peso non era reso saliente. Il modello si innesta

esplicitamente sul *social identity threat* di Major e O'Brien (2005), esaminato nel paragrafo precedente, e ne specifica le conseguenze a valle nel dominio specifico del peso.

I meccanismi comportamentali, fisiologici ed emotivi

Il primo meccanismo è comportamentale e riguarda l'alimentazione. Il consumo di cibo, in particolare ad alto contenuto di grassi e zuccheri, è una risposta consolidata allo stress e allo stato emotivo negativo, conservata attraverso le specie (Dallman et al., 2003).

Il secondo meccanismo è fisiologico e poggia sul modello biopsicosociale del *social-evaluative threat* di Dickerson, Gruenewald e Kemeny (2004): tra i molti *stressor* possibili, le situazioni sociali che comportano la possibilità di un giudizio negativo da parte degli altri sono quelle che attivano più efficacemente l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, con conseguente elevata secrezione di cortisolo. L'esposizione prolungata a livelli elevati di cortisolo media a sua volta condizioni come l'ipertensione e la malattia cardiovascolare e promuove il deposito adiposo addominale. La sindrome di Cushing, una condizione in cui i tessuti dell'organismo sono cronicamente esposti a livelli eccessivi di cortisolo, ne costituisce l'evidenza più forte nell'uomo.

Il terzo meccanismo è emotivo e ruota attorno alla vergogna. Dickerson e collaboratori (2004) sostengono che, così come la paura si è evoluta per proteggere dalle minacce all'autoconservazione fisica, la vergogna si sia evoluta per proteggere dalle minacce all'autoconservazione sociale, e che sia particolarmente efficace nell'attivare l'asse dello stress. La vergogna assume un ruolo teorico centrale nel modello perché il sovrappeso e l'obesità ne elicitano livelli elevati (Conradt et al., 2007) e perché la *objectification theory* di Fredrickson e Roberts (1997) mostra come gli ideali culturali di bellezza femminile concorrano ad aumentarla, in misura particolarmente marcata negli individui con indice di massa corporea più elevato. Inoltre, la vergogna può accrescere la consapevolezza dello stigma legato al peso favorendo una maggiore tendenza a percepire e anticipare atteggiamenti stigmatizzanti connessi al proprio peso corporeo. "Sia il costante stato di consapevolezza dello stigma legato al peso sia l'esperienza di eventi stigmatizzanti possono risultare stressanti e, di conseguenza, contribuire a perpetuare il ciclo" (Tomiya, 2014, p. 3). Tomiya precisa tuttavia che, sebbene la letteratura leghi solidamente da un lato gli atteggiamenti negativi verso l'obesità alla vergogna e dall'altro la vergogna al cortisolo, i tre elementi non sono ancora stati testati insieme in un unico modello meccanicistico.

L'effetto combinato della sovralimentazione e dell'accumulo di grasso mediato dal cortisolo porta inevitabilmente all'aumento di peso o a una forte difficoltà nel perderlo. Questo aumento

di peso, a sua volta, espone l'individuo a un'esperienza ancora maggiore di stigma sociale in futuro, facendo quindi ripartire il ciclo da capo.

Le esperienze di stigmatizzazione nel contesto italiano: lo studio di Muscogiuri et al. (2023)

Muscogiuri, Barrea, Verde, Docimo, Savastano, Di Pauli e Colao (2023) a fronte di dati internazionali secondo cui oltre il 50% degli adulti intervistati in sei paesi (Australia, Canada, Francia, Germania, Regno Unito e Stati Uniti) riferisce esperienze di stigma legato al peso, segnalano la mancanza di informazioni sistematiche relative all'Italia. Gli autori presentano il proprio lavoro come il primo a documentare fonti, domini di vita e luoghi in cui lo stigma del peso si manifesta in adulti italiani con obesità.

Lo studio ha disegno trasversale. Un questionario è stato somministrato *online* tramite Google Form e diffuso con metodo *snowball sampling* tra i soci di associazioni italiane di persone con obesità, invitati a coinvolgere a loro volta i propri conoscenti. Hanno partecipato 403 rispondenti, per il 94,8% donne, di età compresa tra 18 e 71 anni e con indice di massa corporea compreso tra 18,7 e 59,9 kg/m². Il 61,46% riferiva retrospettivamente una condizione di sovrappeso già nell'infanzia. Il 60% dei partecipanti dichiarava di essere in trattamento per l'eccesso ponderale, con il 71,18% sottoposto a chirurgia bariatrica e il 77,12% a trattamento nutrizionale.

Lo strumento, costruito a partire da una rassegna della letteratura (Puhl, Moss-Racusin, Schwartz & Brownell, 2008; Puhl & Brownell, 2006), comprendeva 46 domande: le prime 7 relative alle caratteristiche sociodemografiche e antropometriche, dall'ottava all'undicesima relative alla gestione terapeutica in corso, dalla dodicesima alla quarantacinquesima relative al tipo di stigma (verbale, barriere fisiche, evitamento, esclusione, discriminazione lavorativa, aggressione), al contesto e alla fonte, con scala di frequenza a cinque livelli (mai, raramente, occasionalmente, spesso, sempre). L'ultima era una domanda aperta sull'episodio di stigmatizzazione ritenuto peggiore. La chiarezza degli *item* è stata verificata con una somministrazione pilota sui primi trenta rispondenti. I dati sono stati trattati con statistiche descrittive, analisi della varianza e confronti *post hoc* di Bonferroni.

Situazioni stigmatizzanti sono state riferite dal 98% dei partecipanti, con una distribuzione che cresce lungo il ciclo di vita: 75,39% nell'infanzia, 89,88% nell'adolescenza, 94,82% nell'età adulta. Quanto alla tipologia, il maltrattamento verbale risulta la forma più diffusa (92,43%), seguito dalle barriere e dagli ostacoli fisici (81,36%), dall'essere evitati, esclusi o ignorati (77,45%), dalla discriminazione lavorativa (67,42%) e dall'aggressione (37%).

Il genere di chi stigmatizza non differenzia le risposte (uomini 94%, donne 95%), mentre l'età sì: adulti (95,6%), adolescenti (88,28%), bambini (81,44%). La fonte più riferita sono gli sconosciuti (92,43%), seguiti da coetanei e amici (88,28%), professionisti sanitari (80,9%), altri familiari (77,84%), personale di vendita (77,75%), infermieri (66,75%), genitori (65,27%), superiori gerarchici (59,31%) e insegnanti (56,43%). Anche i contesti risultano diffusi, senza che alcun ambito scenda sotto il 74%: luoghi pubblici (88,08%), scuola (86,94%), strutture sanitarie (80,93%), luogo di lavoro (77,97%), abitazione (75,35%), mezzi di trasporto (75%) e impianti sportivi (74,72%). Le risposte alla domanda aperta collocano l'episodio peggiore prevalentemente in età adulta e per opera di un altro adulto; tra gli esempi riportati dagli autori figura una partecipante i cui sintomi al settimo mese di gravidanza furono attribuiti dalla ginecologa al peso corporeo e liquidati con un colloquio telefonico, mentre si trattava di preeclampsia.

Nella discussione gli autori sottolineano come il dato relativo ai medici, che dovrebbero essere immuni dal *bias* sul peso, li collochi invece tra le fonti più frequenti di stigma, in linea con quanto rilevato mediante *Implicit Association Test* su professionisti sanitari specializzati in obesità (Schwartz, Chambliss, Brownell, Blair & Billington, 2003; Teachman & Brownell, 2001). Gli stessi autori riconoscono che il campione è relativamente piccolo e che i dati, essendo autoriferiti, possono risentire di distorsioni. A questi limiti se ne aggiungono altri desumibili dalla sezione metodologica: la composizione quasi interamente femminile del campione, il reclutamento presso associazioni di persone con obesità e il ricorso allo *snowball sampling* configurano un'autoselezione che non consente di considerare i dati rappresentativi della popolazione italiana con obesità, mentre il disegno trasversale non autorizza inferenze causali. Ne consegue che le percentuali riportate vanno lette come descrizione dell'esperienza di un campione clinicamente coinvolto e consapevole della propria condizione, non come stime di prevalenza.

Capitolo 3: Gli interventi di riduzione dello stigma legato al peso

Il seguente capitolo esamina gli interventi sperimentali che hanno tradotto in procedura applicativa i principi della teoria della dissonanza cognitiva, allo scopo di ridurre lo stigma legato al peso. Il percorso muove dal paradigma fondato sulla discrepanza tra valori e atteggiamenti, prosegue con i disegni che restituiscono al partecipante la generazione delle cognizioni dissonanti attraverso l'*advocacy* contro-attitudinale e si chiude con un intervento multicomponente.

3.1 Il paradigma della discrepanza tra valori e atteggiamenti

Lo studio fondativo: Ciao e Latner (2011)

La premessa teorica dello studio di Ciao e Latner (2011) risale a Rokeach (1971), il quale aveva indotto dissonanza in ambito razziale informando i partecipanti, attraverso un falso *feedback*, che l'ordine in cui avevano gerarchizzato alcuni valori fondamentali mostrava come attribuissero alla propria libertà maggiore importanza che alla libertà altrui. I partecipanti manifestarono quindi insoddisfazione verso la propria collocazione valoriale e ne modificarono la gerarchia rispetto a un gruppo di controllo. L'autore ne concluse che gli statunitensi sperimentano insoddisfazione verso di sé quando vengono posti di fronte ad aspetti di sé incoerenti con i principi della democrazia e dell'uguaglianza (Rokeach, 1971).

Ciao e Latner (2011) osservano che, nonostante la maggior parte degli studenti universitari statunitensi si consideri egualitaria e creda nella parità di trattamento per tutti, lo stigma dell'obesità è in loro pervasivo: i due atteggiamenti sono fundamentalmente incoerenti e tuttavia entrambi diffusi. Un intervento che richiami l'attenzione su tale incoerenza ha dunque il potenziale di generare insoddisfazione verso di sé e, attraverso di essa, cambiamento di atteggiamento. La dissonanza non viene qui prodotta dal comportamento del partecipante, come nei paradigmi classici della *compliance* forzata, ma dalla presentazione di una discrepanza tra i valori che egli dichiara e gli atteggiamenti che gli vengono attribuiti.

Questo studio confronta la dissonanza con il consenso sociale, ossia con il paradigma di riduzione dello stigma che opera manipolando la percezione che i partecipanti hanno degli atteggiamenti dei propri pari, sul presupposto che la formazione delle credenze sia influenzata dalle credenze del gruppo di appartenenza (Puhl, Schwartz & Brownell, 2005; Zitek & Hebl, 2007). I partecipanti erano 64 studenti di psicologia dell'Università delle Hawaii, per il 78% donne, con età media di 21 anni e indice di massa corporea medio nella norma, etnicamente eterogenei, randomizzati a tre condizioni: dissonanza cognitiva, consenso sociale e controllo. La procedura si articolava in 2 visite a distanza di una settimana. Nella prima, per dissimulare che l'obesità fosse l'oggetto dell'esperimento, ai partecipanti veniva detto che lo studio riguardava l'influenza dei sistemi di valori su pensieri e azioni verso gruppi differenti e che avrebbero avuto uguale probabilità di essere interrogati su uno tra nove gruppi possibili; il partecipante estraeva una busta da una scatola, ma ogni busta conteneva i medesimi strumenti, ossia il *Portrait Values Questionnaire* sui sistemi valoriali di Schwartz (Schwartz et al., 2001), l'*Antifat Attitudes Test* (Lewis, Cash, Jacobi & Bubb-Lewis, 1997) sugli atteggiamenti anti-

grasso e una misura di desiderabilità sociale, la *Marlowe-Crowne Social Desirability Scale* (Crowne & Marlowe, 1960).

Alla seconda visita ai partecipanti veniva detto che i loro dati erano stati elaborati generando una «pagina dei risultati» con un'interpretazione personalizzata dei punteggi; lo sperimentatore la stampava in loro presenza e la esaminava con loro. In realtà la pagina era predeterminata sulla base della randomizzazione. Nella condizione di dissonanza essa attribuiva al partecipante valori elevati, con picchi su benevolenza e universalismo, e insieme atteggiamenti molto negativi verso le persone con obesità, concludendo che i due risultati erano inattesi in quanto reciprocamente incoerenti, poiché gli individui con valori forti di benevolenza e universalismo sono normalmente accoglienti verso ogni tipo di persona. Nella condizione di consenso sociale non veniva fornito alcun *feedback* sui valori: al partecipante si comunicava che i suoi atteggiamenti erano molto negativi e che l'88% degli altri studenti dell'ateneo aveva ottenuto punteggi migliori. Nella condizione di controllo si comunicava che valori e atteggiamenti erano coerenti e che i punteggi rientravano nella norma. Dopo la lettura, tutti compilavano nuovamente le misure e rispondevano a domande sul *feedback* ricevuto.

Il gruppo sperimentale riportava atteggiamenti anti-grasso complessivamente meno stigmatizzanti rispetto a quello di controllo, e lo stesso valeva per la sottoscala della denigrazione sociale e caratteriale; in entrambi i casi, tuttavia, non si raggiungeva una piena significatività statistica e il risultato emergeva soltanto dai contrasti pianificati a priori. L'unico effetto significativo riguardava la sottoscala dell'attrattività fisica e romantica, sulla quale il gruppo sperimentale risultava inferiore tanto al controllo quanto al consenso sociale. Sulla sottoscala del controllo del peso e della colpevolizzazione non si registrava invece alcun effetto. Il consenso sociale non differiva mai rispetto alla condizione di controllo su nessuna misura.

Due risultati ulteriori hanno particolare rilevanza teorica. Il primo riguarda la causa della riduzione: le valutazioni di disappunto verso di sé correlavano con la riduzione dello stigma al secondo incontro, mentre le valutazioni di turbamento non correlavano con alcun esito. Il secondo riguarda la direzione della riduzione: i punteggi valoriali non mostravano alcuna differenza tra i gruppi né alla prima né alla seconda visita. Posti di fronte all'incoerenza, i partecipanti modificarono dunque gli atteggiamenti e non i valori, risolvendo la dissonanza esattamente nella direzione prevista dalla logica dell'intervento.

Gli autori propongono infine una lettura del mancato effetto sulla controllabilità del peso. I valori attivati dall'intervento, ossia l'essere gentili con gli altri e trattarli in modo equo, sarebbero semanticamente affini alle sfaccettature dello stigma relative alla personalità e all'aspetto, ma non a quelle relative alla controllabilità del peso, i cui *item* potrebbero peraltro

essere percepiti come fondati su elementi fattuali anziché valoriali. A sostegno di questa lettura gli autori osservano che gli interventi che sono riusciti a modificare le credenze sulla controllabilità lo hanno fatto presentando conoscenze fattuali sull'obesità, come l'informazione che la genetica ne costituisce una causa probabile (Wiese, Wilson, Jones & Neises, 1992; Anesbury & Tiggemann, 2000), mentre il loro studio non forniva alcuna informazione di questo tipo. Quanto al mancato effetto della condizione di consenso sociale, gli autori rilevano un vantaggio comparativo della dissonanza, che richiede un inganno di minore entità e risulta complessivamente più credibile. Tra i limiti dichiarano l'omogeneità del campione e l'impiego di sole misure *self-report*, che riflettono un cambiamento di atteggiamento e non di comportamento effettivo (Ciao & Latner, 2011).

La replica estesa: Breithaupt, Trojanowski e Fischer (2020)

Lo studio di Lauren Breithaupt, Paige Trojanowski e Sarah Fischer (2020) impiega il medesimo copione di Ciao e Latner (2011) sull'induzione della dissonanza cognitiva, eliminando la condizione di consenso sociale ed estendendo il disegno lungo due direzioni: l'inclusione di una misura implicita e l'aggiunta di una terza visita destinata a verificare la persistenza del cambiamento.

Il razionale della prima estensione risiede nel *modello a doppio processo* (Wilson, Lindsey & Schooler, 2000), secondo cui l'individuo sviluppa verso un bersaglio atteggiamenti sia espliciti, ossia credenze consapevoli e accessibili formatesi attraverso processi inferenziali deliberati, sia impliciti, fondati su reti preesistenti di associazioni automatiche e inconsapevoli che richiedono scarsa capacità cognitiva per essere attivate. Gli autori osservano che le due componenti, pur correlando abitualmente in senso positivo, possono correlare negativamente su temi socialmente sensibili come lo stigma del peso. Ad esempio, gli interventi di dissonanza rivolti al pregiudizio razziale hanno rilevato associazioni modeste tra componenti implicite ed esplicite, a sostegno dell'idea che atteggiamenti automatici e atteggiamenti consapevoli originino da processi differenti.

Nello studio, 156 studenti universitari sono stati ripartiti in parti uguali tra condizione di dissonanza e condizione di controllo, con una ritenzione alla terza visita di poco superiore ai tre quarti del campione. L'inganno della prima visita replica quello dello studio originario. Gli atteggiamenti impliciti sono stati rilevati con lo *Implicit Association Test* grasso-magro sviluppato da Teachman e Brownell (2001), che confronta il tempo necessario a categorizzare immagini stilizzate di persone grasse e magre appaiate a parole positive e negative: una risposta mediamente più rapida quando la categoria «persone magre» è in relazione con «parole

positive» e «persone grasse» con «parole negative» viene interpretata come indice di *bias* anti-grasso implicito. Gli atteggiamenti espliciti sono stati misurati con l'*Anti-Fat Attitudes Questionnaire* di Crandall (1994). La desiderabilità sociale e le esperienze pregresse di discriminazione legata al peso sono state impiegate come covariate.

Alla seconda visita un assistente di ricerca comunicava che il sistema aveva generato una pagina dei risultati e la esaminava con il partecipante, illustrandone dapprima i valori, poi gli atteggiamenti verso le persone con obesità e infine veniva proposto il confronto tra i due, secondo lo schema di Ciao e Latner (2011). Ai partecipanti veniva consegnata una copia cartacea della pagina, ne veniva inviata una copia per posta elettronica e veniva chiesto loro di rifletterci nel corso della settimana; alla terza visita rileggevano i risultati e completavano nuovamente le misure.

I risultati hanno mostrato differenze significative su tutte le domande di controllo della manipolazione, con il gruppo sperimentale più turbato, più deluso e più sorpreso. Nessuno studente ha dichiarato di aver compreso l'inganno prima del *debriefing*. Sugli atteggiamenti espliciti l'interazione tra condizione e tempo non è risultata significativa rispetto alla seconda visita, mentre lo è divenuta alla terza. Il *pattern* che sottende questo risultato è teoricamente più informativo del risultato stesso: entrambi i gruppi riducevano lo stigma esplicito subito dopo il *feedback*, ma il gruppo di controllo tornava a una settimana di distanza su valori coerenti con quelli basali, mentre il gruppo sperimentale manteneva la riduzione conseguita. Le ampiezze d'effetto sono tuttavia contenute. Sugli atteggiamenti impliciti non è emersa alcuna interazione significativa, né alla seconda né alla terza visita, benché i punteggi si riducessero in entrambi i gruppi.

Nella discussione gli autori avanzano alcune ipotesi sulla riduzione osservata anche nel gruppo di controllo. La prima è che il campione riportasse atteggiamenti espliciti meno negativi rispetto agli studi precedenti, cosicché il fatto stesso di essere indotti a riflettere sui propri atteggiamenti anti-grasso potrebbe aver innescato un analogo monitoraggio in entrambi i gruppi. La seconda riguarda il confronto con lo studio originario: Ciao e Latner disponevano di gruppi assai più piccoli e un cambiamento marcato in pochi soggetti può avere inciso in misura rilevante sulle differenze tra medie, il che spiegherebbe le ampiezze d'effetto superiori da essi ottenute. Quanto al mancato effetto sugli atteggiamenti impliciti, gli autori richiamano la tesi di Gawronski e Strack (2004), secondo cui la risoluzione della dissonanza è un processo attivo di ragionamento che porta a un cambiamento negli atteggiamenti espliciti ma non in quelli impliciti.

Tra i limiti dichiarati figurano l'impiego di sole misure *self-report*, la prevalenza femminile del campione e, soprattutto, l'impossibilità di verificare se l'effetto sarebbe sopravvissuto alla rivelazione dell'inganno. Da qui l'indicazione conclusiva, che orienta gli sviluppi successivi della linea di ricerca: occorre esplorare interventi che non si fondino sull'inganno e che forniscano invece un *feedback* personalizzato (Breithaupt, Trojanowski & Fischer, 2020).

Il raffinamento fattoriale: Meaney e Rieger (2021)

Lo studio di Tomas Meaney ed Elizabeth Rieger (2021) persegue un duplice obiettivo: sottoporre la dissonanza a un'ulteriore verifica, impiegando una gamma di misure di stigma più ampia di quella utilizzata negli studi precedenti, e valutare un approccio nuovo nel quale la dissonanza viene potenziata da una componente di consenso sociale. L'argomento teorico a sostegno dell'integrazione è che, data l'importanza del concetto di sé nella genesi della dissonanza stabilita dalla revisione di Aronson (1968), l'aggiunta di una dimensione di consenso sociale dovrebbe amplificare l'impatto della discrepanza, creando dissonanza simultaneamente sul livello individuale e su quello gruppale.

Nello studio, 98 studenti dell'*Australian National University* sono stati assegnati a un disegno fattoriale 2×2 , con dissonanza presente o assente e consenso *in-group* presente o assente, da cui derivano quattro condizioni: dissonanza mista, dissonanza standard, controllo misto e controllo standard. Le variabili dipendenti comprendono quattro misure di stigma rivolte a uno specifico individuo di ampia corporatura⁴ e una misura di stigma generale, la *Universal Measure of Bias-Fat* (Latner et al., 2008). L'identificazione con l'*in-group*, riferita al gruppo degli studenti universitari, è stata rilevata come possibile moderatore mediante la *In-group Identification Scale* (Lin & Reynolds, 2011).

La seconda innovazione riguarda la salienza dello stigma. Muovendo dall'osservazione che la ricerca di Ciao e Latner (2011) potrebbe essere stata soggetta a un *effetto pavimento*, con livelli basali di stigma troppo bassi perché un intervento potesse ulteriormente ridurli, e dalla constatazione che lo stigma del peso è particolarmente intenso verso persone di ampia corporatura che dichiarino uno scarso impegno nella propria perdita di peso, gli autori hanno prodotto una videoclip di 4 minuti nella quale una giovane donna di ampia corporatura, chiamata Katie, espone le ragioni per cui non sta attualmente cercando di dimagrire: la difficoltà di trovare tempo sufficiente per modificare alimentazione e attività fisica a fronte di impegni

⁴Le quattro misure erano la *Affective Reactions Scale* sulle reazioni emotive e la *Characteristics Scale* sulle caratteristiche di personalità attribuite (Penn et al., 1994), la *Social Distance Scale* sulla disponibilità a interagire e la *Blameworthiness Scale* sulla colpevolizzazione (Zwickert & Rieger, 2013).

concorrenti, le proprie avversioni alimentari e un episodio di dolore alla colecisti verificatosi in seguito a un periodo di dieta. I dati pilota indicano che la clip evocava punteggi moderati sulle misure di stigma.

Dopo la visione della clip e la compilazione di una valutazione fittizia delle proprie reazioni a Katie, i partecipanti venivano randomizzati. Nella condizione di *dissonanza mista* apprendevano di aver ottenuto punteggi elevati sui valori denominati «gentilezza verso gli altri» e «trattare tutte le persone allo stesso modo» (riformulazione più comprensibile dei costrutti di benevolenza e universalismo impiegati nello studio del 2011 di Ciao e Latner) e tali valori venivano rappresentati graficamente come pressoché identici a quelli degli altri studenti universitari e nettamente superiori a quelli della popolazione generale; veniva poi comunicato che valori tanto elevati e condivisi con l'*in-group* erano incoerenti con gli atteggiamenti negativi riportati verso Katie. Nella condizione di *dissonanza standard* i partecipanti ricevevano i medesimi punteggi valoriali e la medesima comunicazione di incoerenza, ma nessuna informazione sul confronto con gli altri studenti. Le *due condizioni di controllo* replicavano rispettivamente la struttura mista e quella standard, comunicando però la coerenza tra atteggiamenti e valori. Tutti i partecipanti svolgevano infine un compito di scrittura riflessiva sul *feedback* ricevuto, rivedevano la clip e completavano le misure di esito.

I controlli di manipolazione restituiscono un risultato degno di nota: la dissonanza non ha prodotto alcun effetto sulla sorpresa, contrariamente alle attese, ma ha prodotto un effetto marcato sul disappunto, che gli autori considerano il test più accurato della presenza di dissonanza dato il ruolo teorico attribuito da Festinger (1957) al disagio emotivo.

Sugli esiti, la dissonanza ha prodotto effetti principali significativi su quattro delle cinque misure: caratteristiche negative attribuite, distanza sociale, colpevolizzazione e stigma generale, con ampiezze d'effetto da piccole a medie. Il beneficio si estende dunque sia alle misure rivolte al singolo individuo sia a quelle rivolte alle persone di ampia corporatura in generale, il che costituisce l'estensione principale rispetto a Ciao e Latner (2011). Sulle reazioni affettive, invece, non è emerso alcun effetto principale, bensì un'interazione a tre vie tra dissonanza, consenso *in-group* e identificazione con l'*in-group*: nella sola condizione mista, un'elevata identificazione si associava a reazioni affettive meno negative.

Il risultato teoricamente più significativo dell'intero studio è però di segno opposto a quello atteso. Quando l'identificazione con l'*in-group* era bassa, la condizione di dissonanza mista produceva reazioni affettive verso Katie più negative rispetto alla propria condizione di controllo. L'interpretazione avanzata dagli autori è che questi partecipanti abbiano risolto la dissonanza non modificando gli atteggiamenti negativi, bensì modificando i propri valori in

direzione di una minore gentilezza ed equità, così da prendere le distanze da valori loro presentati come appartenenti a un gruppo percepito come esterno. Gli autori sottolineano che il dato mette in luce le potenziali conseguenze iatrogene di alcuni tentativi di riduzione dello stigma e che gli interventi con una componente di consenso sociale devono accertarsi che i partecipanti si identifichino con l'*in-group* prescelto (Meaney & Rieger, 2021).

Tra i limiti dichiarati figurano la composizione del campione, costituito da studenti universitari giovani e con insufficiente rappresentanza maschile; l'impiego di sole misure *self-report*; il rischio che la clip su Katie, incentrata su una persona che ha deciso di non perseguire la perdita di peso, rinforzi inavvertitamente la credenza stigmatizzante secondo cui gli individui sono responsabili del proprio peso; e la mancata valutazione del cambiamento nel tempo.

3.2 L'advocacy contro-attitudinale e la dissonanza autogenerata

L'argomento della generazione autonoma delle cognizioni

Kramer, Pietri e Bryan (2024) osservano che Festinger (1957) aveva sottolineato l'importanza che sia l'individuo a generare le proprie cognizioni incongruenti rispetto alle credenze preesistenti affinché la dissonanza possa essere propriamente indotta. Molti degli interventi rivolti al *bias* autodiretto, e in primo luogo il *Body Project*, incorporano questo principio attraverso discussioni guidate da domande disegnate per suscitare risposte logiche incongruenti con le credenze esistenti: in uno degli esercizi le partecipanti scrivono una lettera a una ragazza più giovane in difficoltà con la propria immagine corporea, spiegandole i costi associati al perseguimento del corpo magro ideale. Gli interventi rivolti al *bias* eterodiretto, per contro, non chiedono ai partecipanti di generare le proprie cognizioni dissonanti: la dissonanza viene loro imposta attraverso un lieve inganno da parte del ricercatore, con la sola parziale eccezione di Meaney e Rieger (2021), che avevano aggiunto un compito di scrittura riflessiva.

Secondo gli autori i risultati degli studi precedenti potrebbero riflettere caratteristiche della domanda, ossia la reazione di chi è stato informato che le proprie risposte segnalavano livelli inusualmente elevati di *bias* anti-grasso, più che un effettivo cambiamento di atteggiamento; l'inclusione di misure implicite può risultare utile proprio per distinguere l'adesione alla domanda dal cambiamento genuino (Kramer, Pietri & Bryan, 2024).

Il modello associativo-proposizionale come quadro predittivo

La ragione per cui Kramer e collaboratori attribuiscono tanto peso alla misurazione implicita risiede in due osservazioni sulla natura del *bias* anti-grasso⁵. La prima è che un *bias* implicito elevato è stato rilevato anche in individui che sulle misure *self-report* non aderiscono affatto al *bias* esplicito, il che viene ricondotto alla persistenza di credenze negative interiorizzate a fronte della consapevolezza che esprimere apertamente atteggiamenti negativi verso i membri di gruppi marginalizzati è socialmente inaccettabile (Brochu & Morrison, 2007; Sabin, Marini & Nosek, 2012; Zabel & Seacat, 2023). La seconda è che, a differenza dei *bias* impliciti razziali e relativi all'orientamento sessuale, in costante declino a partire dal 2007, i *bias* anti-grasso impliciti sono rimasti stabili (Charlesworth & Banaji, 2022).

Il quadro entro cui gli autori collocano il proprio studio è il modello di valutazione associativo-proposizionale di Gawronski e Bodenhausen (2006), che consente di formulare previsioni differenziate su quali componenti del *bias* possano cambiare e con quale rapidità. Il modello postula due meccanismi interni distinti ma compresenti attraverso cui gli stimoli vengono valutati alla luce delle credenze preesistenti: il processo associativo, funzionalmente allineato allo sviluppo degli atteggiamenti impliciti, e quello proposizionale, allineato alla formazione degli atteggiamenti espliciti. Ciò che distingue i due processi è la presenza di una *valutazione di verità*: i processi associativi si attivano rapidamente a partire da credenze interiorizzate che non vengono sottoposte a verifica di verità, mentre i processi proposizionali richiedono che venga valutata la verità della credenza su cui l'atteggiamento si fonda. Un individuo che nutra la credenza secondo cui il peso in eccesso è diretta conseguenza della pigrizia reagirà con una valutazione automatica negativa nei confronti di una persona percepita come in sovrappeso incontrata in palestra; il processo proposizionale, più controllato, lo costringe però ad articolare una valutazione esplicita e a conciliare la propria risposta automatica con l'osservazione contraddittoria di chi si impegna con successo in sessioni di esercizio ad alta intensità. Poiché la credenza originaria viene sottoposta a valutazione di validità e respinta, è possibile che anche gli atteggiamenti impliciti si allineino progressivamente a quelli espliciti (Kramer, Pietri & Bryan, 2024).

Bias autodiretto ed eterodiretto: Kramer, Pietri e Bryan (2024)

Lo studio persegue due obiettivi congiunti: comprendere i percorsi cognitivi che sottendono la relazione tra *bias* anti-grasso autodiretto ed eterodiretto e verificare gli effetti di interventi di

⁵“Il *bias* anti-grasso e lo stigma del peso sono termini usati in modo intercambiabile per riferirsi alla svalutazione sociale degli individui percepiti come in sovrappeso; sono diffusi e dannosi per la salute e il benessere mentale e fisico delle persone che ne sono bersaglio”. (Kramer, Pietri & Bryan, 2024, p. 1).

dissonanza mirati specificamente all'uno o all'altro dominio. Il presupposto teorico della connessione tra i due domini è che le valutazioni negative del grasso corporeo altrui possano originare dal medesimo insieme di credenze che sottende le valutazioni negative del proprio; tale dualità, ossia la compresenza di una pressione interiorizzata a conformarsi a uno standard rigido e del giudizio verso chi non vi si conforma, è stata documentata in bambini di appena 8 anni e persiste nell'età adulta indipendentemente dal peso corporeo (Bissell & Hays, 2011; Schwartz, Vartanian, Nosek & Brownell, 2006).

Il campione era costituito da 200 studentesse universitarie dell'Università del Colorado a Boulder, di età compresa tra i diciotto e i 24 anni, in larga maggioranza bianche e con indice di massa corporea medio nell'intervallo classificato come normopeso. È rilevante, in vista dell'interpretazione dei risultati, che al basale il 70% delle partecipanti dichiarasse di voler perdere peso e che quasi la metà stesse attivamente perseguendo una perdita di peso. La partecipazione avveniva a distanza, in un'unica sessione di 30/45 minuti; dopo la valutazione basale le partecipanti venivano randomizzate a una delle tre condizioni e ricevevano i materiali, con l'obbligo di dedicare almeno 15 minuti all'attività di scrittura prima di poter proseguire.

Ciascuna condizione prevedeva la risposta a cinque stimoli di scrittura, modellati sulle componenti del *Body Project* e su altri interventi che sollecitano i partecipanti a generare cognizioni in grado di sfidare le proprie credenze. Nella condizione di dissonanza sul *bias* autodiretto venivano presentati cinque scenari attribuiti a bambine tra i 9 e gli 11 anni che chiedevano consiglio su questioni relative al proprio peso o alla propria immagine corporea, spesso includendo dilemmi sociali comuni come la gestione della pressione dei pari a restringere l'alimentazione a scuola o la risposta ai commenti incessanti dei familiari sul corpo. Alle partecipanti veniva chiesto di rispondere in modo onesto e approfondito attingendo alla propria esperienza. Gli argomenti così generati, ad esempio i consigli su come affrontare le pressioni della cultura della dieta, ci si aspettava potessero facilitare la dissonanza in quanto contraddicono le credenze su cui si fondano gli atteggiamenti anti-grasso autodiretti delle partecipanti stesse.

La condizione di dissonanza sul *bias* eterodiretto era strutturalmente analoga ma presentava cinque descrizioni di politiche legali specificamente discriminatorie verso le persone con sovrappeso e obesità, come gli algoritmi dei *social media* che favoriscono le immagini di corpi magri o le pratiche di assunzione basate sulla taglia corporea non pertinenti alle mansioni lavorative. L'istruzione era di argomentare contro la politica descritta, con la precisazione esplicita che ciò andava fatto a prescindere dalle proprie convinzioni effettive. La condizione di controllo, definita dagli autori *bias consistente*, presentava i medesimi scenari con istruzioni

identiche a eccezione della direzione dell'argomentazione, che doveva essere a favore di ciascuna politica: si tratta dunque di un confronto appaiato per attenzione, nel quale le partecipanti erano esposte alla stessa informazione e differivano soltanto per la posizione sostenuta.

Le misure comprendevano l'*Antifat Attitudes Test* (Lewis, Cash, Jacobi & Bubb-Lewis, 1997) per il *bias* esplicito eterodiretto e due strumenti distinti per quello autodiretto: la *Modified Weight Bias Internalization Scale* (Pearl & Puhl, 2014), che misura come il rispondente si autovaluta negativamente o anticipa l'ostracismo sociale a causa del proprio peso, e la *Goldfarb Fear of Fat Scale* (Goldfarb, Dykens & Gerrard, 1985), che misura invece la preoccupazione per un futuro aumento di peso. Il *bias* implicito è stato rilevato mediante *Implicit Association Test* (Teachman & Brownell, 2001).

Il *bias* esplicito eterodiretto correlava positivamente sia con quello esplicito autodiretto sia con quello implicito; le due misure di *bias* autodiretto correlavano fortemente tra loro ma nessuna delle due correlava con quello implicito. L'indice di massa corporea correlava positivamente con entrambe le misure esplicite autodirette e negativamente con quella implicita, a indicare che le partecipanti di peso corporeo maggiore presentavano *bias* espliciti autodiretti più negativi ma atteggiamenti impliciti più positivi, mentre non risultava associato al *bias* esplicito eterodiretto.

Quanto agli esiti, sul *bias* autodiretto i due gruppi sperimentali in cui veniva stimolata la dissonanza hanno superato il gruppo di controllo limitatamente alla scala sulla paura del grasso, senza differire tra loro, mentre sull'interiorizzazione del *bias* si è registrata una riduzione uniforme in tutte e tre le condizioni. Sul *bias* eterodiretto i due gruppi sperimentali hanno mostrato riduzioni maggiori del controllo, ma la differenza, seppur statisticamente significativa, è limitata su una scala a cinque punti. Le analisi esplorative sulle sottoscale mostrano che l'effetto si replica unicamente sulla sottoscala dell'attrattività fisica e romantica. Sul *bias* implicito, infine, si è registrata una riduzione del 6% uniforme in tutte le condizioni, dunque non attribuibile alla manipolazione. La convergenza con Ciao e Latner (2011) merita di essere segnalata: a 13 anni di distanza, con un paradigma di induzione radicalmente diverso e su un campione differente, la sola sottoscala a rispondere all'intervento sperimentale è nuovamente quella relativa all'attrattività.

Gli autori offrono per l'insieme dei risultati una lettura interna al modello associativo-proposizionale. Gli effetti osservati sul *bias* esplicito eterodiretto e sulla componente di paura del grasso ne confermano le previsioni, poiché tali atteggiamenti derivano da processi proposizionali, che possono mutare rapidamente a fronte di nuove informazioni. L'assenza di

differenze di condizione sul *bias* implicito e sulla componente di interiorizzazione si spiega invece con l'assunto secondo cui i processi associativi si formano lentamente e richiedono l'esposizione a numerosi appaiamenti ripetuti perché si produca un cambiamento effettivo. Quanto alla riduzione osservata in tutte e tre le condizioni, gli autori ipotizzano una simpatia saliente attivata dall'esposizione a uno qualunque degli stimoli di scrittura o persino alle sole misure basali, e ammettono per il *bias* implicito la possibilità di un *effetto di pratica*, ossia di un miglioramento della prestazione dovuto alla familiarità acquisita con il compito nel corso della seconda somministrazione; osservano tuttavia che la ricerca precedente aveva riscontrato stabilità dell'atteggiamento implicito a fronte di una riduzione significativa di quello esplicito. La mancata differenza tra i due gruppi sperimentali viene allora spiegata in termini contenutistici: la condizione autodiretta verteva su comportamenti tipicamente connessi al peso corporeo, come alimentazione ed esercizio, mentre quella eterodiretta verteva sulla discriminazione legata all'aspetto. Poiché le analisi sulle sottoscale si allineano a questa distinzione, gli autori concludono che gli atteggiamenti anti-grasso originati da cognizioni sul comportamento potrebbero essere di fatto confusi con cognizioni sull'aspetto, e che queste ultime sarebbero più facilmente manipolabili. Tra i limiti dichiarati figurano la mancata misurazione della desiderabilità sociale su un tema tanto sensibile, l'omogeneità del campione, interamente femminile e in larga maggioranza normopeso e bianco, e l'assenza di qualsiasi *follow-up*.

Montemarano, Firasta, Deska e Cassin (2025)

Lo studio di Vanessa Montemarano e collaboratori (2025) usa l'*advocacy* contro-attitudinale per indurre dissonanza finalizzata alla riduzione dello stigma del peso in studenti universitari. Il loro impianto di ricerca assume i limiti che abbiamo visto dei precedenti studi, a partire dal fatto che il ricorso a dei falsi *feedback* limita la validità ecologica e la praticabilità dell'approccio. L'alternativa elaborata consiste nel chiedere ai partecipanti di scrivere una dichiarazione di *advocacy* contro-attitudinale e di pronunciarla di fronte a un'altra persona, codificandone poi il contenuto per accertare la conformità alle istruzioni. Il razionale della componente vocalizzata risiede nella teoria dell'autopercezione di Bem (1972), secondo cui "gli atteggiamenti vengono inferiti dall'osservazione del proprio comportamento e una delle vie attraverso cui si osserva il proprio comportamento è il proprio eloquio" (Montemarano, Firasta, Deska & Cassin, 2025, p. 2).

Nello studio sono stati coinvolti 325 studenti di un'università canadese, randomizzati in tre gruppi: *advocacy* scritta, *advocacy* scritta e vocalizzata, controllo. Il campione era per tre quarti

femminile ed etnicamente assai eterogeneo. La procedura era interamente a distanza. Dopo la rilevazione basale dello stigma sul peso, effettuata con la *Universal Measure of Bias-Fat* (Latner et al., 2008) e mascherata dall'inserimento di *item* relativi ad altre condizioni stigmatizzate, a tutti i partecipanti veniva comunicato che avrebbero espresso opinioni su una politica a beneficio di un gruppo particolare, sorteggiato tra più possibilità; in realtà tutti ricevevano il medesimo tema. Seguiva un'informazione standardizzata sui danni sociali provocati dallo stigma del peso e la presentazione di una proposta dell'ateneo di istituire un seminario obbligatorio sul tema, da tenersi in orario serale e finanziato mediante un aumento delle tasse universitarie di 20 dollari, destinato a coprire i costi di sviluppo e la remunerazione di relatori con esperienza vissuta di ampia corporatura.

La determinazione dell'importo merita attenzione perché rappresenta l'operazionalizzazione diretta del *requisito di onerosità*. Gli autori richiamano infatti studi precedenti secondo cui l'onerosità percepita deve essere bilanciata, poiché costi troppo bassi come troppo alti possono compromettere il cambiamento di atteggiamento (Eisenstadt & Leippe, 2005). Inoltre, riferiscono di un test pilota nel quale un importo di 10 dollari era stato giudicato troppo contenuto e facilmente sostenibile, mentre 20 dollari erano stati percepiti come un impegno che induce maggiore riflessione.

Nelle due condizioni sperimentali veniva chiesto di scrivere in circa 10 minuti l'argomento più forte e convincente a sostegno della tesi secondo cui la partecipazione al seminario sarebbe stata di beneficio per gli studenti. I partecipanti venivano informati di essere stati scelti casualmente nella presentazione di argomenti a favore o contro la proposta e di essere risultati assegnati al gruppo favorevole, mentre in realtà a tutti veniva chiesto di argomentare a favore; veniva loro detto di assumere quella posizione e di argomentarla come se fosse la propria. Per indurre la condizione di alta scelta veniva ricordato che la partecipazione era del tutto volontaria e che potevano ritirarsi in qualunque momento senza perdere il credito formativo. I partecipanti della condizione vocalizzata recitavano poi il proprio argomento allo sperimentatore, mentre nella condizione di controllo veniva chiesto di scrivere le proprie opinioni personali sulla proposta anziché la dichiarazione di *advocacy*.

Ai partecipanti venivano in ogni caso sottoposte una serie di misurazioni *self-report*: cinque diversi indicatori di stigma, tra cui la già citata *Universal Measure of Bias-Fat*, articolata nelle quattro sottoscale del giudizio, della distanza sociale, dell'attrazione e dei diritti uguali, l'*Antifat Attitudes Test* (Lewis, Cash, Jacobi & Bubb-Lewis, 1997) e l'*Anti-Fat Attitudes Questionnaire* (Crandall, 1994); il grado di accordo con la proposta, rilevato con un *item* singolo su scala a undici punti e con sette scale di differenziale semantico; e una misura di impegno

comportamentale (si chiedeva quante ore i partecipanti sarebbero stati disposti a dedicare al volontariato presso un banchetto nel *campus* per promuovere l'accessibilità e l'inclusività a favore delle persone di ampia corporatura). Il contenuto delle dichiarazioni scritte veniva infine classificato come pienamente conforme, parzialmente conforme o non conforme alle istruzioni. La prima ipotesi è stata smentita: l'interazione tra condizione e tempo (pre e post intervento) sulla misura di stigma somministrata prima e dopo l'intervento non è risultata significativa, né sul punteggio totale né su alcuna sottoscala. È emerso però un effetto principale del tempo: nella seconda rilevazione, successiva al compito di scrittura o di scrittura e vocalizzazione, si sono registrate riduzioni significative del punteggio totale e di tre delle quattro sottoscale, ossia giudizio, attrazione e diritti uguali ma non distanza sociale, in tutti i gruppi. Quindi sia le condizioni sperimentali sia il gruppo di controllo hanno ridotto lo stigma dichiarato. La seconda ipotesi ha ricevuto un sostegno parziale e disomogeneo: su tre misure secondarie, ossia il punteggio totale dell'*Anti-Fat Attitudes Questionnaire* e le sue sottoscale dell'avversione e della forza di volontà, la sola condizione vocalizzata registrava uno stigma inferiore al gruppo di controllo dopo la prova, mentre la condizione scritta non differiva mai statisticamente né dalla vocalizzata né dal controllo e su nessuna delle restanti misure sono emerse differenze. La terza ipotesi è stata smentita senza sfumature: la condizione non ha influito in alcun modo sulla disponibilità a dedicare tempo alla causa.

La spiegazione avanzata dagli autori è un *effetto pavimento*: il campione riportava già in partenza atteggiamenti poco stigmatizzanti, cosicché la proposta che i partecipanti erano chiamati a sostenere potrebbe non essere stata realmente contro-attitudinale. Coerentemente a questa lettura, il grado di conformità al compito risultava assai elevato e fortemente sbilanciato, squilibrio che ha impedito di analizzare la variabile ma che, secondo gli autori, avvalorava l'ipotesi che il compito non fosse effettivamente contro-attitudinale per molti partecipanti.

Due risultati vengono esplicitamente segnalati come sorprendenti. Il primo è l'assenza di effetti sulla sottoscala dei *diritti uguali*, tanto più inattesa in quanto ai partecipanti era stato chiesto di scrivere una dichiarazione a sostegno dell'uguaglianza dei diritti e dell'accessibilità. Il secondo è il fatto che i partecipanti si dicessero in larga misura d'accordo con la proposta pur non valutandola positivamente. Tra i limiti dichiarati figurano l'impiego di sole misure *self-report*; inoltre, diverse di queste contengono un linguaggio a sua volta fortemente stigmatizzante. Ciò solleva la possibilità che tali strumenti non si limitino a rilevare gli atteggiamenti dei partecipanti, ma contribuiscano essi stessi a influenzarli, inducendo una riflessione sul tema dell'obesità e dei pregiudizi ad essa associati (Carels, Rossi & Taylor, 2015).

Le direzioni future indicate dagli autori riconducono il campo a due questioni già emerse. La prima è la necessità di selezionare preventivamente partecipanti che riportino livelli elevati di stigma, poiché la vera induzione della dissonanza mediante questo metodo richiede che gli individui sostengano posizioni contrarie agli atteggiamenti effettivamente nutriti. La seconda è la considerazione di approcci alternativi di induzione, e in particolare dell'*ipocrisia indotta*: poiché i partecipanti risultavano poco stigmatizzanti, si potrebbe chiedere loro di sostenere posizioni coerenti con le proprie credenze esplicitamente poco stigmatizzanti e successivamente di richiamare episodi specifici in cui si sono comportati in modo stigmatizzante, come l'aver nutrito stereotipi negativi verso una persona di ampia corporatura.

3.3 Intervento multicomponente: la dissonanza di gruppo

Dal Body Project al Body Advocacy Movement: Pictor e collaboratori (2024)

Il *Body Advocacy Movement* è un programma di prevenzione dei disturbi alimentari basato sulla dissonanza cognitiva e sull'esposizione, disegnato per agire direttamente sulla grassofobia, ossia la paura di aumentare di peso riferita a sé (Levinson et al., 2014), e sul *bias* anti-grasso, ossia la valutazione negativa degli altri in ragione del loro peso (Brownell et al., 2005). Il razionale della sua elaborazione muove dalla constatazione che, benché gli atteggiamenti anti-grasso costituiscano un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi alimentari (Paslakis et al., 2021) e benché la grassofobia sia implicata come meccanismo di mantenimento della patologia alimentare (Levinson et al., 2017; Ralph-Nearman et al., 2024), nessun programma fondato sulla dissonanza aveva fino a quel momento cercato di incidere direttamente su tali costrutti, che erano stati semmai incorporati in misure globali di patologia alimentare (Pictor et al., 2024). Il presupposto teorico è che grassofobia e interiorizzazione dell'ideale di magrezza costituiscano bersagli distinti: le indagini condotte su donne in età universitaria hanno mostrato che le due esperienze differiscono qualitativamente, poiché la paura dell'aumento di peso si associa a *pattern* di evitamento fondati sulla paura mentre il perseguimento della magrezza si associa tendenzialmente a una ricompensa. La paura della grassezza contribuisce quindi all'insoddisfazione corporea indipendentemente dall'interiorizzazione dell'ideale di magrezza (Rodgers et al., 2022). Da ciò discende la struttura del disegno, che è di tipo *benchmarking*: il *Body Advocacy Movement* viene confrontato non con una condizione di controllo inerte, ma con il *Body Project* stesso, e le ipotesi sono formulate in modo incrociato, prevedendo riduzioni della grassofobia e del *bias* anti-grasso nel primo e non nel secondo, e riduzioni dell'interiorizzazione dell'ideale di magrezza nel secondo e non nel primo.

Gli interventi sono stati condotti nell'arco di 6 semestri accademici. Ciascuno consisteva di 2 sedute di 2 ore a distanza di una settimana, con gruppi da 2 a 7 partecipanti, condotte da facilitatori *pari* (membri del laboratorio di ricerca e studenti volontari) formati mediante un programma di 12 ore sotto la supervisione di una psicologa clinica, che operavano sulla base di indicazioni precedentemente definite in uno specifico manuale. Le valutazioni erano previste prima dell'intervento, al termine di esso e a un *follow-up* a 8 settimane. I 66 partecipanti, in larghissima maggioranza donne, sono stati assegnati con procedura quasi-randomizzata al *Body Advocacy Movement* o al *Body Project*: l'assegnazione casuale avveniva quando il numero di iscritti a una coorte consentiva di attivare due gruppi, mentre nei periodi di reclutamento più scarso veniva attivato solo il primo, allo scopo di aumentare la potenza statistica sull'intervento nuovo.

I due programmi condividono l'architettura ma non il contenuto. Nel *Body Project* le due sedute sono occupate da una serie di esercizi volti a criticare gli ideali estetici socialmente sanciti, con l'obiettivo dichiarato di ridurre l'interiorizzazione dell'ideale di magrezza, e tra l'una e l'altra i partecipanti svolgono a casa compiti di tipo espositivo. Il *Body Advocacy Movement*, appaiato al primo per durata e struttura, sostituisce a quel contenuto il lavoro sulla grassofobia e sul *bias* anti-grasso.

Nella prima seduta del *Body Advocacy Movement* i partecipanti definiscono la grassofobia e il *bias* anti-grasso e ne individuano esempi su tre livelli: quello intrapersonale, ossia interno al sé; quello interpersonale, ossia attraverso le interazioni con gli altri; quello istituzionale, ossia entro le organizzazioni e i sistemi. Viene poi discusso come le paure associate all'aumento di peso si manifestino a ciascun livello e come incidano diversamente su persone di corporature differenti: alcune forme di stigmatizzazione risultano esclusive delle persone di ampia corporatura, mentre altre paure sono esperite lungo l'intero spettro ponderale, come il timore del giudizio sociale o le esperienze di derisione legata al peso in contesti sportivi, familiari o sentimentali. La seduta si chiude con un esercizio espositivo denominato «scenario peggiore», nel quale ai partecipanti si chiede di scrivere quali siano le peggiori conseguenze che temono possano derivare da un aumento di peso significativo.

Nella seconda seduta i partecipanti condividono il proprio scenario peggiore e individuano modi per sfidare le paure interiorizzate. Segue un'attività di *role-playing* nella quale rispondono e contrappongono argomenti a enunciati prodotti dai facilitatori: alcuni esprimono paure legate all'aumento di peso, altri il rifiuto della grassezza riferito a sé pur ammettendola per gli altri, altri ancora atteggiamenti anti-grasso espliciti relativi alla presunta inaffidabilità lavorativa delle persone di ampia corporatura. I partecipanti raccolgono infine collettivamente modalità

per contrastare il *bias* anti-grasso a livello istituzionale e ne condividono una che intendono mettere in atto; come esercizio conclusivo riscrivono una risposta al proprio scenario peggiore impiegando i temi emersi nelle discussioni.

Trattandosi di uno studio pilota con potenza limitata, gli autori hanno scelto di caratterizzare gli effetti mediante ampiezze d'effetto anziché mediante test di significatività. Sul piano della fattibilità e dell'accettabilità gli esiti sono positivi: l'abbandono tra le 2 sedute è stato pressoché nullo, l'aderenza dei facilitatori alle indicazioni previste dal manuale, verificata su registrazione audio da due valutatori indipendenti, ha superato in entrambi i programmi la soglia prefissata, e il gradimento medio riportato dai partecipanti è stato elevato sia al termine dell'intervento sia a 8 settimane.

Sulla grassofobia entrambi i programmi hanno prodotto riduzioni di entità media al termine dell'intervento, ma soltanto il *Body Project* ha mantenuto il livello di riduzione a 8 settimane. Sul *bias* anti-grasso il *Body Advocacy Movement* ha ottenuto una riduzione moderata contro una riduzione soltanto piccola del *Body Project*, in accordo con le ipotesi; a 8 settimane, tuttavia, l'effetto non si è mantenuto in nessuno dei due programmi, e solo i partecipanti del *Body Project* sono tornati a valori superiori a quelli registrati prima dell'intervento. Sull'interiorizzazione dell'ideale di magrezza si registra il risultato più inatteso: il *Body Advocacy Movement*, che non aveva questo costrutto tra i propri bersagli dichiarati, ha ottenuto una riduzione grande, superiore a quella moderata del *Body Project*, con mantenimento equivalente a 8 settimane per entrambi. Sulla patologia alimentare, valutata sui soli partecipanti al primo programma, si sono rilevate riduzioni piccole dell'insoddisfazione corporea, delle abbuffate e dell'esercizio eccessivo.

La spiegazione avanzata per la riduzione dell'interiorizzazione dell'ideale di magrezza in un programma che non la bersaglia è quella di un possibile effetto di ricaduta tra i due costrutti: le riduzioni nelle paure relative alla grassezza potrebbero indirizzare la dissonanza anche verso l'ideale di magrezza, e viceversa nel *Body Project*. Tra i limiti dichiarati figurano la ridotta numerosità campionaria propria di uno studio pilota, la scarsa diversità di genere ed etnia, il fatto che il campione risultasse relativamente ad alto rischio nonostante l'impostazione universale del programma, l'iterazione del manuale nel corso dello studio in risposta ai riscontri di partecipanti e facilitatori, con conseguente compromissione della validità interna, e la variabilità del formato delle sedute tra modalità telematica e in presenza dovuta alle interruzioni pandemiche.

Conclusioni

Il lavoro ha preso avvio da una domanda: gli interventi fondati sull'induzione della dissonanza cognitiva sono efficaci nel ridurre lo stigma legato al peso e, più precisamente, attraverso quali procedure, su quali componenti e a quali condizioni? La risposta che emerge dagli studi esaminati è affermativa entro confini piuttosto stretti.

Il paradigma della discrepanza tra valori e atteggiamenti ha prodotto i risultati più consistenti. In Ciao e Latner (2011) il gruppo esposto alla dissonanza riportava atteggiamenti meno stigmatizzanti, con piena significatività sulla sola sottoscala dell'attrattività fisica e romantica. Due dati collaterali hanno rilievo teorico maggiore: la riduzione correlava con il disappunto verso di sé e non con il turbamento generico, e i punteggi valoriali restavano invariati, a indicare che i partecipanti risolvevano l'incoerenza cambiando gli atteggiamenti anziché i valori. Breithaupt, Trojanowski e Fischer (2020) hanno mostrato che il dato rilevante non è la riduzione immediata, comune anche al controllo, ma la sua tenuta a una settimana. Meaney e Rieger (2021) hanno esteso il beneficio a quattro misure su cinque, con ampiezze d'effetto da piccole a medie.

I disegni fondati sull'*advocacy* contro-attitudinale, elaborati per superare il ricorso all'inganno, hanno prodotto esiti più deboli. Kramer, Pietri e Bryan (2024) hanno rilevato riduzioni significative ma contenute del *bias* esplicito eterodiretto e della paura del grasso, senza differenze tra condizione autodiretta ed eterodiretta. Montemarano e collaboratori (2025) non hanno riscontrato alcuna interazione tra condizione e tempo (pre e post intervento), e la disponibilità a dedicare tempo alla causa è rimasta invariata. L'intervento multicomponente di Pictor e collaboratori (2024) ha ottenuto riduzioni medie sulla grassofobia e moderate sul *bias* anti-grasso, non mantenute a otto settimane.

Emergono tre regolarità. La dissonanza modifica gli atteggiamenti espliciti e non quelli impliciti: nessuno studio che abbia incluso l'*Implicit Association Test* ha rilevato un effetto attribuibile alla manipolazione, coerentemente con il modello associativo-proposizionale di Gawronski e Bodenhausen (2006). Gli effetti si concentrano poi sulle sfaccettature relative all'aspetto e non toccano le credenze sulla controllabilità del peso: la convergenza fra Ciao e Latner (2011) e Kramer e collaboratori (2024), a tredici anni di distanza e con paradigmi diversi, rende difficile attribuirli al caso. Infine, dove il campione riportava già atteggiamenti poco stigmatizzanti l'intervento non aveva margine di azione. Un ultimo risultato mostra che questi interventi non si limitano, nel peggiore dei casi, a non funzionare: con bassa identificazione con

l'*in-group* la dissonanza mista produceva reazioni affettive più negative del controllo, perché modificavano i valori anziché gli atteggiamenti (Meaney & Rieger, 2021).

Sul piano applicativo se ne ricavano due indicazioni. La prima riguarda la selezione dei destinatari: poiché il beneficio dipende dal livello basale di stigma, questi interventi vanno rivolti a popolazioni che ne riportino livelli elevati anziché somministrati in forma universale. La seconda riguarda l'integrazione con la prevenzione dei disturbi alimentari: il risultato più inatteso di Pictor e collaboratori (2024) è che il programma rivolto alla grassofobia ha ridotto l'interiorizzazione dell'ideale di magrezza più del programma che la bersagliava esplicitamente, il che suggerisce un effetto di ricaduta tra i due costrutti e apre alla possibilità di interventi che agiscano simultaneamente sullo stigma e sul rischio di patologia alimentare.

I limiti sono rilevanti e condivisi. I campioni sono composti quasi esclusivamente da studenti universitari, in prevalenza donne e di peso nella norma: chi lo stigma lo subisce è assente dalle ricerche che intendono ridurlo. Le misure sono quasi ovunque *self-report*, con il rischio di adesione alla domanda, e diverse scale contengono un linguaggio stigmatizzante che potrebbe influenzare le risposte anziché limitarsi a rilevarle. Il falso *feedback* impedisce di verificare se l'effetto sopravviva alla rivelazione dell'inganno; i *follow-up* sono brevi o assenti e le numerosità spesso ridotte.

Da qui le direzioni di ricerca. La più urgente è la selezione preventiva di partecipanti con stigma elevato, condizione perché un compito contro-attitudinale sia tale. Seguono l'esplorazione di paradigmi alternativi, in particolare l'ipocrisia indotta, la più efficace in ambito sanitario (Freijy & Kothe, 2013); l'aggiunta di misure comportamentali e di *follow-up* estesi, con la verifica se esposizioni ripetute modifichino anche gli atteggiamenti impliciti; l'estensione a partecipanti maschi, di ampia corporatura e non universitari; e la verifica della distinzione tra cognizioni relative all'aspetto e cognizioni relative al comportamento. Resta infine da indagare il versante iatrogeno, il rischio meglio documentato e meno compreso di questa famiglia di interventi.

La dissonanza cognitiva riduce dunque la componente esplicita e valutativa dello stigma del peso, in misura da piccola a moderata, presso chi quello stigma effettivamente nutre e per un tempo che le ricerche disponibili non hanno dimostrato superiore a poche settimane. Non modifica gli atteggiamenti automatici, non incide sulle credenze relative alla responsabilità individuale del peso e non si traduce in un impegno comportamentale misurabile. Un risultato parziale, ma non trascurabile in un dominio nel quale il declino spontaneo del pregiudizio non si è mai verificato.

Bibliografia

- Allport, G. W. (1935). Attitudes. In C. Murchison (a cura di), *Handbook of social psychology* (pp. 798-844). Clark University Press.
- Anesbury, T., & Tiggemann, M. (2000). An attempt to reduce negative stereotyping of obesity in children by changing controllability beliefs. *Health Education Research*, 15(2), 145-152.
- Aronson, E. (1968). Dissonance theory: Progress and problems. In R. P. Abelson, E. Aronson, W. J. McGuire, T. M. Newcomb, M. J. Rosenberg & P. H. Tannenbaum (a cura di), *Theories of cognitive consistency: A sourcebook* (pp. 5-27). Rand McNally.
- Aronson, E., Fried, C., & Stone, J. (1991). Overcoming denial and increasing the intention to use condoms through the induction of hypocrisy. *American Journal of Public Health*, 81(12), 1636-1638.
- Asch, S. E. (1952). *Social psychology*. Prentice-Hall.
- Asch, S. E. (1956). Studies of independence and conformity: I. A minority of one against a unanimous majority. *Psychological Monographs: General and Applied*, 70(9), 1-70.
- Baum, A. (1990). Stress, intrusive imagery, and chronic distress. *Health Psychology*, 9(6), 653-675.
- Bem, D. J. (1972). Self-perception theory. In L. Berkowitz (a cura di), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 6, pp. 1-62). Academic Press.
- Bissell, K., & Hays, H. (2011). Understanding anti-fat bias in children: The role of media and appearance anxiety in third to sixth graders' implicit and explicit attitudes toward obesity. *Mass Communication and Society*, 14(1), 113-140.
- Brehm, J. W., & Cohen, A. R. (1962). *Explorations in cognitive dissonance*. Wiley.
- Breithaupt, L., Trojanowski, P., & Fischer, S. (2020). Implicit and explicit anti-fat attitude change following a brief cognitive dissonance intervention for weight stigma. *Obesity*, 28(10), 1853-1859.
- Brochu, P. M., & Esses, V. M. (2011). What's in a name? The effects of the labels "fat" versus "overweight" on weight bias. *Journal of Applied Social Psychology*, 41(8), 1981-2008.
- Brochu, P. M., & Morrison, M. A. (2007). Implicit and explicit prejudice toward overweight and average-weight men and women: Testing their correspondence and relation to behavioral intentions. *The Journal of Social Psychology*, 147(6), 681-706.
- Brownell, K. D., Puhl, R. M., Schwartz, M. B., & Rudd, L. (a cura di). (2005). *Weight bias: Nature, consequences, and remedies*. Guilford Press.
- Carels RA, Rossi J, Taylor M, et al. Influencing weight bias: the impact of biased questionnaire anchors on stereotype beliefs and judgments. *Obes Res Clin Pract*. 2015;9(5):448-457.
- Charlesworth, T. E. S., & Banaji, M. R. (2022). Patterns of implicit and explicit attitudes: IV. Change and stability from 2007 to 2020. *Psychological Science*, 33(9), 1347-1371.
- Ciao, A. C., & Latner, J. D. (2011). Reducing obesity stigma: The effectiveness of cognitive dissonance and social consensus interventions. *Obesity*, 19(9), 1768-1774.
- Conradt, M., Dierk, J.-M., Schlumberger, P., Rauh, E., Hebebrand, J., & Rief, W. (2007). Who copes well? Obesity-related coping and its associations with shame, guilt, and weight loss. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1129-1144.
- Cooley, C. H. (1902). *Human nature and the social order*. Charles Scribner's Sons.
- Cooper, J. (2007). *Cognitive dissonance: Fifty years of a classic theory*. Sage.
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48-67.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 875-884.
- Crandall, C. S. (1994). Prejudice against fat people: Ideology and self-interest. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 882-894.
- Crocker, J., Cornwell, B., & Major, B. (1993). The stigma of overweight: Affective consequences of attributional ambiguity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(1), 60-70.
- Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24(4), 349-354.
- Dallman, M. F., Pecoraro, N., Akana, S. F., La Fleur, S. E., Gomez, F., Houshyar, H., Bell, M. E., Bhatnagar, S., Laugero, K. D., & Manalo, S. (2003). Chronic stress and obesity: A new view of "comfort food". *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100(20), 11696-11701.
- DiBello, A. M., Carey, K. B., & Cushing, V. (2018). Using counterattitudinal advocacy to change drinking: A pilot study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 32(2), 244-248.
- Dickerson, S. S., Gruenewald, T. L., & Kemeny, M. E. (2004). When the social self is threatened: Shame, physiology, and health. *Journal of Personality*, 72(6), 1191-1216.
- Eisenstadt, D., & Leippe, M. R. (2005). Dissonance and prejudice: Personal costs, choice, and change in attitudes and racial beliefs following counterattitudinal advocacy that benefits a minority. *Basic and Applied Social Psychology*, 27(2), 127-141.

- Elkin, R. A., & Leippe, M. R. (1986). Physiological arousal, dissonance, and attitude change: Evidence for a dissonance-arousal link and a “don’t remind me” effect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(1), 55-65.
- Farrell, A. E. (2011). *Fat shame: Stigma and the fat body in American culture*. New York University Press.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press.
- Festinger, L., & Carlsmith, J. M. (1959). Cognitive consequences of forced compliance. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58(2), 203-210.
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T.-A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women’s lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173-206.
- Freijy, T., & Kothe, E. J. (2013). Dissonance-based interventions for health behaviour change: A systematic review. *British Journal of Health Psychology*, 18(2), 310-337.
- Gawronski, B., & Bodenhausen, G. V. (2006). Associative and propositional processes in evaluation: An integrative review of implicit and explicit attitude change. *Psychological Bulletin*, 132(5), 692-731.
- Gawronski, B., & Strack, F. (2004). On the propositional nature of cognitive consistency: Dissonance changes explicit, but not implicit attitudes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 40(4), 535-542.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
- Goldfarb, L. A., Dykens, E. M., & Gerrard, M. (1985). The Goldfarb Fear of Fat Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(3), 329-332.
- Hannem, S. (2022). Stigma. In M. H. Jacobsen & G. Smith (a cura di), *The Routledge International Handbook of Goffman Studies* (pp. 51-62). Routledge.
- Hannem, Stacey and Christopher J. Schneider (2019): Stigma and the “Weinstein Effect”: A Comparative Analysis of Sexual Misconduct Allegations against Donald J. Trump and Harvey Weinstein in News Media’. In Shing-Ling S. Chen, Zhuojun Joyce Chen and Nicole Allaire (a cura di): *Building Sexual Misconduct Cases against Powerful Men*. London: Lexington Books, pp. 11–36.
- Heitland, K., & Bohner, G. (2010). Reducing prejudice via cognitive dissonance: Individual differences in preference for consistency moderate the effects of counter-attitudinal advocacy. *Social Influence*, 5(3), 164-181.
- Hull, C. L. (1943). *Principles of behavior: An introduction to behavior theory*. Appleton-Century.
- Janis, I. L., & King, B. T. (1954). The influence of role playing on opinion change. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 49(2), 211-218.
- Joule, R.-V. (1991). Double forced compliance: A new paradigm in cognitive dissonance theory. *The Journal of Social Psychology*, 131(6), 839-845.
- Kramer, E. B., Pietri, E. S., & Bryan, A. D. (2024). Reducing anti-fat bias toward the self and others: A randomized controlled trial. *Journal of Eating Disorders*, 12(1), 46.
- Latner, J. D., O’Brien, K. S., Durso, L. E., Brinkman, L. A., & MacDonald, T. (2008). Weighing obesity stigma: The relative strength of different forms of bias. *International Journal of Obesity*, 32(7), 1145-1152.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Leippe, M. R., & Eisenstadt, D. (1994). Generalization of dissonance reduction: Decreasing prejudice through induced compliance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(3), 395-413.
- Levinson, C. A., Rapp, J., & Riley, E. N. (2014). Addressing the fear of fat: Extending imaginal exposure therapy for anxiety disorders to anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 19(4), 521–524.
- Levinson, C. A., Zerwas, S., Calebs, B., Forbush, K., Kordy, H., Watson, H., Hofmeier, S., Levine, M., Crosby, R. D., Peat, C., Runfola, C. D., Zimmer, B., Moesner, M., Marcus, M. D., & Bulik, C. M. (2017). The core symptoms of bulimia nervosa, anxiety, and depression: A network analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(3), 340-354.
- Lewin, K. (1935). *A dynamic theory of personality*. McGraw-Hill.
- Lewin, K. (1936). *Principles of topological psychology*. McGraw-Hill.
- Lewin, K. (1948). *Resolving social conflicts*. Harper & Row.
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science*. Harper & Row.
- Lewis, R. J., Cash, T. F., Jacobi, L., & Bubb-Lewis, C. (1997). Prejudice toward fat people: The development and validation of the Antifat Attitudes Test. *Obesity Research*, 5(4), 297-307.
- Lin, H. Z., & Reynolds, K. (2011). *The impact of language and social identity on personality variability*. Canberra, Australia: (Unpublished Honours dissertation). Australian National University. Citata da Meaney e Rieger (2021).
- Linder, D. E., Cooper, J., & Jones, E. E. (1967). Decision freedom as a determinant of the role of incentive magnitude in attitude change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6(3), 245-254.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Major, B., Eliezer, D., & Rieck, H. (2012). The psychological weight of weight stigma. *Social Psychological and Personality Science*, 3(6), 651-658.
- Major, B., & O’Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Review of Psychology*, 56, 393-421.

- Meaney, T., & Rieger, E. (2021). Integrating cognitive dissonance and social consensus to reduce weight stigma. *Body Image*, 37, 117-126.
- Miller, G. A. (2003). The cognitive revolution: A historical perspective. *Trends in Cognitive Sciences*, 7(3), 141-144.
- Montemarano, V., Firasta, L., Deska, J., Cassin, S. E. (2025). Cognitive dissonance for weight stigma reduction: The development and effect of a counter-attitudinal advocacy intervention. *Clinical Obesity*, 15(5), e70024.
- Muscogiuri, G., Barrea, L., Verde, L., Docimo, A., Savastano, S., Di Pauli, D., & Colao, A. (2023). Weight stigma speaks Italian, too. *Journal of Endocrinological Investigation*, 46(4), 787-794.
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K., & Flegal, K. M. (2014). Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA*, 311(8), 806-814.
- Pasllakis, G., Scholz-Hehn, A. D., Sommer, L. M., & Kühn, S. (2021). Implicit bias to food and body cues in eating disorders: A systematic review. *Eating and Weight Disorders*, 26(5), 1303-1321.
- Pearl, R. L., & Puhl, R. M. (2014). Measuring internalized weight attitudes across body weight categories: Validation of the Modified Weight Bias Internalization Scale. *Body Image*, 11(1), 89-92.
- Pearl, R. L., & Puhl, R. M. (2018). Weight bias internalization and health: A systematic review. *Obesity Reviews*, 19(8), 1141-1163.
- Penn, D. L., Guynan, K., Daily, T., Spaulding, W. D., Garbin, C. P., & Sullivan, M. (1994). Dispelling the stigma of schizophrenia: What sort of information is best? *Schizophrenia Bulletin*, 20(3), 567-578.
- Pictor, L. E., Laboe, A. A., Dillon, K., Frank, M., Gavuji, M., Krawczyk, A., & Schaumberg, K. E. (2024). A pilot randomized trial of the Body Advocacy Movement: A novel, dissonance-based intervention designed to target fear of weight gain and anti-fat bias in young adults. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 32(6), 603-622.
- Pinel, E. C. (1999). Stigma consciousness: The psychological legacy of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(1), 114-128.
- Pinel, E. C. (2004). You're just saying that because I'm a woman: Stigma consciousness and attributions to discrimination. *Self and Identity*, 3(1), 39-51.
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*, 9(12), 788-805.
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: An investigation of overweight and obese adults. *Obesity*, 14(10), 1802-1815.
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*, 17(5), 941-964.
- Puhl, R. M., Himmelstein, M. S., & Quinn, D. M. (2018). Internalizing weight stigma: Prevalence and sociodemographic considerations in US adults. *Obesity*, 26(1), 167-175.
- Puhl, R. M., Moss-Racusin, C. A., Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2008). Weight stigmatization and bias reduction: Perspectives of overweight and obese adults. *Health Education Research*, 23(2), 347-358.
- Puhl, R. M., Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2005). Impact of perceived consensus on stereotypes about obese people: A new approach for reducing bias. *Health Psychology*, 24(5), 517-525.
- Ralph-Nearman, C., Hooper, M. A., Hunt, R. A., & Levinson, C. A. (2024). Dynamic relationships among feeling fat, fear of weight gain, and eating disorder symptoms in an eating disorder sample. *Appetite*, 195, 107181.
- Rodgers, R. F., Fischer, L. E., Murray, S. B., & Franko, D. L. (2022). Integrating fear of fatness into sociocultural models of body image and eating concerns. *Eating Behaviors*, 46, 101653.
- Rokeach, M. (1971). Long-range experimental modification of values, attitudes, and behavior. *American Psychologist*, 26(5), 453-459.
- Ross, L., Lepper, M., & Ward, A. (2010). History of social psychology: Insights, challenges, and contributions to theory and application. In S. T. Fiske, D. T. Gilbert & G. Lindzey (a cura di), *Handbook of social psychology* (5^a ed., Vol. 1, p. 3-50). Wiley.
- Sabin, J. A., Marini, M., & Nosek, B. A. (2012). Implicit and explicit anti-fat bias among a large sample of medical doctors by BMI, race/ethnicity and gender. *PLoS ONE*, 7(11), e48448.
- Scambler, G., & Hopkins, A. (1986). Being epileptic: Coming to terms with stigma. *Sociology of Health & Illness*, 8(1), 26-43.
- Schwartz, M. B., Chambliss, H. O., Brownell, K. D., Blair, S. N., & Billington, C. (2003). Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obesity Research*, 11(9), 1033-1039.
- Schwartz, M. B., Vartanian, L. R., Nosek, B. A., & Brownell, K. D. (2006). The influence of one's own body weight on implicit and explicit anti-fat bias. *Obesity*, 14(3), 440-447.
- Schwartz, S. H., Melech, G., Lehmann, A., Burgess, S., Harris, M., & Owens, V. (2001). Extending the cross-cultural validity of the theory of basic human values with a different method of measurement. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 32(5), 519-542.
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms: An experimental analysis*. Appleton-Century.
- Steele, C. M. (1988). The psychology of self-affirmation: Sustaining the integrity of the self. In L. Berkowitz (a cura di), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 21, p. 261-302). Academic Press.

- Steele, C. M., & Aronson, J. (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 797-811.
- Stice, E., & Presnell, K. (2007). *The Body Project: Promoting body acceptance and preventing eating disorders. Facilitator guide*. Oxford University Press.
- Stice, E., Shaw, H., Burton, E., & Wade, E. (2006). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: A randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 263-275.
- Stice, E., Yokum, S., & Waters, A. (2015). Dissonance-based eating disorder prevention program reduces reward region response to thin models: How actions shape valuation. *PLoS ONE*, 10(12), e0144530.
- Stone, J., & Cooper, J. (2001). A self-standards model of cognitive dissonance. *Journal of Experimental Social Psychology*, 37(3), 228-243.
- Stone, J., & Fernandez, N. C. (2008). To practice what we preach: The use of hypocrisy and cognitive dissonance to motivate behavior change. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(2), 1024-1051.
- Teachman, B. A., & Brownell, K. D. (2001). Implicit anti-fat bias among health professionals: Is anyone immune? *International Journal of Obesity*, 25(10), 1525-1531.
- Tomiya, A. J. (2014). Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. *Appetite*, 82, 8-15.
- Vaidis, D. C., & Slegers, W. W. A. (2024). A multilab replication of the induced-compliance paradigm of cognitive dissonance. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science*, 7(1).
- Voci, A., & Pagotto, L. (2010). *Il pregiudizio. Che cos'è, come si riduce*. Laterza.
- Watson, J. B. (1924). *Behaviorism*. W. W. Norton.
- Weiner, B. (1980). A cognitive (attribution)-emotion-action model of motivated behavior: An analysis of judgments of help-giving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(2), 186-200.
- Weiner, B. (1983). Some methodological pitfalls in attributional research. *Journal of Educational Psychology*, 75(4), 530-543.
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*, 92(4), 548-573.
- Weiner, B. (1993). On sin versus sickness: A theory of perceived responsibility and social motivation. *American Psychologist*, 48(9), 957-965.
- Weiner, B. (1995). *Judgments of responsibility: A foundation for a theory of social conduct*. Guilford Press.
- Weiner, B., Perry, R. P., & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(5), 738-748.
- Wiese, H. J., Wilson, J. F., Jones, R. A., & Neises, M. (1992). Obesity stigma reduction in medical students. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 16(11), 859-868.
- Wilson, T. D., Lindsey, S., & Schooler, T. Y. (2000). A model of dual attitudes. *Psychological Review*, 107(1), 101-126.
- Zabel KL, Seacat JD. Self-protection and correction for automatically activated weight bias: revisiting the applicability of the MODE model. *Journal of Applied Social Psychology*. 2023;53(3):257–69.
- Zitek, E. M., & Hebl, M. R. (2007). The role of social norm clarity in the influenced expression of prejudice over time. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43(6), 867-876.
- Zwickert, K., & Rieger, E. (2013). Stigmatizing attitudes towards individuals with anorexia nervosa: An investigation of attribution theory. *Journal of Eating Disorders*, 1(5).