

Compromissione dell'immagine corporea. Percezioni e valutazioni soggettive in adolescenti e giovani adulti

Ivan Formica, Calogero Iacolino, Monica Pellerone, Maria Laura Falduto, Stefania Gualtieri, Laura Calabrese, Carmela Toscano, Elisa Romeo, Gabriele Romeo, Vincenzo Maria Romeo



Narrare i gruppi

Etnografia dell'interazione quotidiana

Prospettive cliniche e sociali, 31 marzo 2018

ISSN: 2281-8960

Rivista semestrale pubblicata on-line dal 2006 - website: www.narrareigruppi.it

Titolo completo dell'articolo

Compromissione dell'immagine corporea. Percezioni e valutazioni soggettive in adolescenti e giovani adulti

Autore	Ente di appartenenza
Ivan Formica	Università degli Studi di Messina
Calogero Iacolino	Università degli Studi di Enna "Kore"
Monica Pellerone	Università degli Studi di Enna "Kore"
Maria Laura Falduto	Università degli Studi di Messina
Stefania Gualtieri	Scuola di Psicoterapia Psicodinamica individuale e Gruppoanalisi soggettuale (SPPG)
Laura Calabrese	Università degli Studi di Palermo
Carmela Toscano	Scuola di Psicoterapia Psicodinamica individuale e Gruppoanalisi soggettuale (SPPG)
Elisa Romeo	Università degli Studi di Messina
Gabriele Romeo	Scuola di Psicoterapia Psicodinamica individuale e Gruppoanalisi soggettuale (SPPG)
Vincenzo Maria Romeo	Università per gli Stranieri "Dante Alighieri" – Reggio Calabria

To cite this article:

Formica, I., Iacolino, C., Pellerone, M., Falduto, M.L., Gualtieri, S., Calabrese, L., Toscano, C., Romeo, E., Romeo, G., Romeo, V.M. (2018), Compromissione dell'immagine corporea. Percezioni e valutazioni soggettive in adolescenti e giovani adulti, in *Narrare i Gruppi*, 31 marzo 2018, pp. 01-21 - website: www.narrareigruppi.it

Questo articolo può essere utilizzato per la ricerca, l'insegnamento e lo studio privato.
Qualsiasi riproduzione sostanziale o sistematica, o la distribuzione a pagamento, in qualsiasi forma, è espressamente vietata.

L'editore non è responsabile per qualsiasi perdita, pretese, procedure, richiesta di costi o danni derivante da qualsiasi causa, direttamente o indirettamente in relazione all'uso di questo materiale.

gruppi nella clinica

Compromissione dell'immagine corporea. Percezioni e valutazioni soggettive in adolescenti e giovani adulti

Ivan Formica, Calogero Iacolino, Monica Pellerone, Maria Laura Falduto, Stefania Gualtieri, Laura Calabrese, Carmela Toscano, Elisa Romeo, Gabriele Romeo, Vincenzo Maria Romeo

Riassunto

Il costrutto di immagine corporea si riferisce alle modalità attraverso le quali il corpo viene considerato, percepito e valutato. Con il passare dei secoli, l'immagine del corpo ideale è radicalmente cambiata; la discrepanza tra il corpo reale e quello ideale, oggi porta molti individui ad essere insoddisfatti del proprio corpo, sviluppando sentimenti negativi e mettendo in atto, in alcuni casi, comportamenti dannosi per la propria salute. Tutto questo ha portato, negli ultimi decenni, ad un vero e proprio culto del corpo; esso, infatti, nella cultura occidentale si è trasformato in un idolo, un dio severo ed esigente, di cui spesso si diventa schiavi. Il presente lavoro rappresenta una rassegna bibliografica sulle principali teorie inerenti il tema dell'immagine corporea, aprendo così uno spazio di riflessione sui disturbi ad esso connessi, primo tra tutti quello del dismorfismo corporeo.

Parole chiave: immagine corporea, dismorfismo, costruzione del Sé, identità.

Impairment of the Body Image.

Perceptions and Subjective Evaluations in Adolescents and Young Adults

Abstract

The body image construct refers to the ways in which the body is considered, perceived, and evaluated. The ideal body image has been dramatically changing over the centuries; the discrepancy between real and ideal body, today, leads many individuals to be dissatisfied with their body, developing negative feelings and implementing, in some cases, behaviors harmful to their health. All this has led, in recent decades, to a real cult of the body; in fact, in Western culture it has turned into an idol, a strict and demanding

god one often becomes a slave of. This work represents a bibliographical review on the main theories concerning the theme of the body image, thus opening a space for reflection on the disorders connected to it, first of all that of body dysmorphism.

Keywords: body image, dysmorphism, self-construction, identity.

1. *L'immagine corporea e il Sé corporeo*

Il concetto di immagine corporea si presta a molte interpretazioni. Schilder, nel 1935, lo descrisse come l'immagine del proprio corpo nella propria mente, cioè il modo in cui il corpo appare a se stessi; similmente si esprime Slade (1998), 60 anni dopo. Lo stesso autore ne individuò quattro componenti: percettiva (ad es. come il soggetto vede la taglia e la forma del suo corpo), cognitiva (cosa pensa del suo corpo), affettiva (cosa prova per il suo corpo) e comportamentale (ad es. alimentazione, attività fisica).

In tempi più recenti Cash (2002) ha evidenziato che l'immagine corporea è una miscela di sensazioni collegate al corpo.

Una possibile definizione dell'immagine corporea prevede due aree di formulazione: una, di impostazione neurologica, che si basa sul concetto di schema corporeo e sostiene che il soggetto si costruisca mentalmente una mappa corporea; l'altra, di tipo psicologico, che si basa sul concetto di schema mentale e sostiene che il soggetto associ al corpo molte inclinazioni ed emozioni (Mian, 2006).

Una spiegazione in chiave psicoanalitica asserisce che la rappresentazione mentale del corpo è un'organizzazione psichica inconscia, che è rafforzata da particolari fantasie del sé in interazione con un altro. L'immagine corporea, quindi, dipende dalle esperienze corporee interne che si formano in seguito alle relazioni e agli scambi precoci con gli altri e dal conseguente investimento affettivo (Craparo, 2014; Lemma, 2005; Pellerone *et al.*, 2017a).

Secondo la prospettiva cognitivo-comportamentale, alla base dell'immagine corporea ci sono i concetti di *body image evaluation* e *body image investment*. Il primo si riferisce alla soddisfazione o insoddisfazione per il proprio aspetto, mentre il secondo riguarda l'importanza psicologica (cognitiva e comportamentale) che le persone danno al proprio aspetto fisico secondo la 'salienza motivazionale e/o di auto-valutazione' (Cash *et al.*, 2004a; Cash *et al.*, 2004b; Cash *et al.*, 2004c; Melnyk *et al.*, 2004).

Indipendentemente dalle varie definizioni, l'immagine corporea è la rappresentazione di un corpo che cambia continuamente e di cui cerchiamo di mantenere un'immagine coerente. Lo sforzo per mantenere tale coerenza si interrompe in vari momenti dello sviluppo, quando è necessario integrare all'immagine corpo-

rea i vari cambiamenti subiti dal corpo, ad esempio durante la pubertà e la vecchiaia (Lemma, 2005). Tale considerazione è centrata quindi sul concetto di *sé corporeo*, costruito dinamico composto da processi cinestesici-motori, propriocettivi, cognitivi, emotivi e sociali.

Attraverso il funzionamento di questi processi vengono organizzati l'autoconsapevolezza corporea e il comportamento, permettendo alla persona di avere un senso di continuità e coerenza sui propri vissuti corporei. Il corpo è sicuramente uno tra gli elementi più importanti per definire il Sé, infatti, le proprie forme di consapevolezza su se stessi iniziano proprio dalle esperienze corporee (Faccio, 2007).

Fondamentale nel dare significato al corpo è l'ambiente culturale; non si può pensare al corpo se non come facente parte di un contesto, infatti i moderni contributi antropologici evidenziano che il corpo comprende sia una quintessenza biologica sia i riferimenti storici, sociali e culturali (Matalucci-Ylmaz, 2003).

Il corpo grazie alla sua malleabilità si presta a essere usato come se fosse una tela su cui si può disegnare una forma più desiderabile, oppure rimodellare un corpo che viene considerato danneggiato. Le manipolazioni del corpo sono un modo di comunicare informazioni sull'identità, i valori e l'appartenenza ad una particolare cultura (Pellerone *et al.*, 2017b); ma possono anche indicare dei bisogni interiori della persona, che non dipendono dal desiderio di appartenere al gruppo (Lemma, 2011).

2. *Insoddisfazione corporea*

L'insoddisfazione per la propria immagine corporea è dovuta ad una scontentezza soggettiva per il proprio corpo in generale o per alcune parti di esso (Thompson *et al.*, 1999). La discrepanza psicologica che una persona ha tra il proprio corpo reale e quello ideale può causare un sentimento negativo verso se stessi e anche comportamenti dannosi per la salute (Cash *et al.*, 2002; Thompson, 2004). Non è possibile separare il corpo, e i modi in cui si organizza, dalla sofferenza psicologica che lo riguarda e dai significati che gli vengono attribuiti in un certo contesto culturale. Il disturbo dell'immagine corporea potrebbe essere dovuto ad un vissuto personale, che conserva i valori, le aspettative, le rappresentazioni sociali della cultura d'appartenenza (Faccio, 2007). L'insoddisfazione corporea è cronicamente diffusa tra le giovani donne occidentali (Thompson *et al.*, 1999) e nella sua forma estrema è ritenuta un fattore cen-

trale per la messa in atto di comportamenti non salutari. L'insoddisfazione può essere associata ad una distorsione dell'immagine corporea (Cash, 2002), che a sua volta può essere strettamente associata a disturbi del comportamento alimentare. La distorsione può essere percettiva o affettiva. È stato dimostrato che l'aver sviluppato un attaccamento ansioso predice l'insoddisfazione corporea; in tale caso, soprattutto nella popolazione femminile, si sviluppa una maggiore propensione a farsi influenzare dagli ideali proposti dai media (Hardit *et al.*, 2012; Pellerone, Tomasello & Migliorisi, 2017; Pellerone *et al.*, 2017c). Un gran numero di studi ha evidenziato un'associazione tra bassa soddisfazione per il proprio corpo e problemi per la salute, come ansia, depressione, bassa autostima, abuso di alcool, uso di tabacco, abuso di sostanze (Gori *et al.*, 2013; Granner *et al.*, 2002; Pellerone *et al.*, 2017d; Stice *et al.*, 2002). Sono stati evidenziati nel sesso femminile distorsioni nella percezione del corpo dall'adolescenza all'età adulta per cui è presente una sovrastima delle dimensioni del proprio corpo e soprattutto di torace, vita e fianchi (Gila *et al.*, 2004). L'insoddisfazione corporea è un rischio per lo svilupparsi di disturbi del comportamento alimentare (Drobes *et al.*, 2001; Ricciardelli *et al.*, 2001; Young *et al.*, 2001).

Tuttavia l'insoddisfazione corporea non è sempre dovuta a processi negativi o a una distorsione dell'immagine corporea. Una moderata insoddisfazione può risultare anche utile, ad esempio nei casi di sovrappeso, per motivare le persone ad assumere comportamenti più salutari (Heinberg *et al.*, 2001). In particolare, nelle donne, all'aumentare del peso aumenta anche la preoccupazione per l'immagine corporea (Thomas *et al.*, 2000; Ricciardelli *et al.*, 2003; Clark *et al.*, 2006; Van der Berg *et al.*, 2007).

Anche nella popolazione maschile ultimamente ritroviamo sempre più diffusa insoddisfazione per il corpo correlata a problemi dovuti all'immagine corporea (Konstanski *et al.*, 2004; McCabe *et al.*, 2004).

Recenti studi che evidenziano la presenza di un legame curvilineare tra indice di massa corporea e insoddisfazione corporea, hanno dimostrato che risultano insoddisfatti sia gli adolescenti sovrappeso, sia quelli sottopeso (McCabe *et al.*, 2004; Bearman *et al.*, 2006). I livelli più alti d'insoddisfazione corporea sono presenti tra adolescenti e giovani adulti (Formica *et al.*, 2017), soprattutto di sesso femminile (Tomori *et al.*, 2000), anche se una grande insoddisfazione si sta cominciando a provare anche in età precoce (Gila *et al.*, 2004; Clark *et al.*, 2006). Sembra che l'insoddisfazione corporea delle adolescenti aumenti all'aumentare dell'età, mentre, al contrario, diminuisce nei maschi (Bearman *et al.*, 2006).

Durante l'adolescenza l'insoddisfazione per la propria immagine corporea diventa un importante fattore di rischio che può portare al suicidio; essa addirittura

supera e va al di là dei fattori di rischio tradizionali, come depressione e disperazione (Orbach, 1996). L'insoddisfazione corporea può portare a idee suicidarie, allo stesso modo nelle femmine come nei maschi. Gli adolescenti che vedono il loro corpo in modo negativo, possono pensare di essere incapaci di proteggerlo dal male, per cui in un periodo di difficoltà, il suicidio può apparire la soluzione migliore (Brausch *et al.*, 2007). Invece, in età adulta sembra che siano le donne, che mettono in atto comportamenti autolesionistici, ad avere degli atteggiamenti meno protettivi verso il loro corpo rispetto agli uomini (Duggan *et al.*, 2013). Un'idea distorta dell'immagine corporea in bambini e adolescenti può essere provocata, oltre che dal vedersi grassi/magri o con qualche difetto, anche dall'essere stati vittima di abusi fisici e sessuali. Infatti, i giovani che hanno subito abusi spesso provano disagio per la loro immagine, che spesso può essere distorta, e questo li può condurre a sviluppare vari disturbi depressivi o alimentari (Swanston *et al.*, 2003). In seguito ad un abuso, sia i maschi che le femmine, si vedono come 'cattivi' per cui credono di non meritare l'amore degli altri. Per le donne, in particolare, diventa molto difficile rapportarsi con il proprio corpo; alcune cercano di mortificarlo in modo da non attirare l'attenzione, altre, invece, cercano di involgarirlo o di far finta di niente (Waller, 1998). La donna guardandosi allo specchio vede solo un corpo che le ha procurato problemi; spesso si focalizza su una parte specifica del corpo, quella che durante la violenza è stata maggiormente oggetto d'attenzione, e vedendola in maniera distorta, vorrebbe eliminarla completamente o almeno cambiarla. Da qui spesso si forma l'idea che avendo un'immagine diversa, o addirittura opposta, da quella che si aveva quando è avvenuto l'abuso, sia possibile cancellarlo. Si cerca di crearsi 'un altro corpo', che permetta di iniziare una nuova vita, cancellando la vergogna che si prova per quanto è successo (Mian, 2006).

3. Immagine corporea e Disturbo da Dismorfismo Corporeo

Il 'dismorfismo corporeo' fa riferimento all'incapacità di riconoscere nell'immagine riflessa allo specchio le caratteristiche e le peculiarità della propria persona. Il termine Dismorfofobia è stato coniato ed utilizzato per la prima volta dallo psichiatra Enrico Morselli nel 1886; l'origine di questo termine deriva dal greco *dysmorphia* che significa bruttezza specifica del viso. La Dismorfofobia è stata inserita nel DSM-III tra i disturbi somatoformi atipici mentre nella versione successiva del DSM-III-R (1987) è stata adottata la denominazione di Disturbo di Dismorfismo Corporeo (DDC), poiché la percezione della bruttezza

non venne più considerata una fobia, ma una preoccupazione eccessiva per la deformità fisica percepita. Oggi, nel DSM-V (APA, 2013), il Disturbo di Dismorfismo Corporeo è stato inserito nella categoria dei disturbi ossessivi – compulsivi.

Per tale disturbo nel DSM-V sono annoverati i seguenti criteri diagnostici :

- a. *Preoccupazione per uno o più difetti e imperfezioni percepiti nell'aspetto fisico che non sono osservabili o appaiono agli altri in modo lieve;*
- b. *A un certo punto, durante il corso del disturbo, l'individuo ha messo in atto comportamenti ripetitivi (ad es. guardarsi allo specchio, curarsi eccessivamente del proprio aspetto, ricercare rassicurazione) o azioni mentali (ad es. confrontare il proprio aspetto fisico con quello degli altri) in risposta a preoccupazioni legate all'aspetto;*
- c. *La preoccupazione causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo, o in altre aree importanti;*
- d. *La preoccupazione legata all'aspetto non è meglio giustificata da preoccupazioni legate al grasso corporeo o al peso in un individuo i cui sintomi soddisfano i criteri diagnostici di un disturbo alimentare (Apa, 2013: 514)*

Il nucleo del Dismorfismo Corporeo è costituito, dunque, dalla preoccupazione per un corpo percepito come inadeguato, e nei continui tentativi di adattarlo al proprio ideale di perfezione: il corpo viene sovraccaricato di aspettative, fino a credere che il suo cambiamento migliorerà l'intera esistenza del soggetto. Comunemente i difetti presentati sono minimi e interessano forma e dimensione di naso, labbra, occhi, orecchie, pelle o capelli o forma, simmetria o dimensioni di altre parti del corpo; in alcune situazioni l'anomalia dell'aspetto è talmente banale che risulta difficile categorizzare la preoccupazione come sproporzionata o meno (Iacolino *et al.*, 2017; Mufaddel *et al.*, 2013).

Il soggetto affetto da tale patologia è portato a concentrarsi su quella parte del proprio corpo difettosa o come tale giudicata in modo ipercritico; nell'esaminare costantemente la propria immagine allo specchio, il soggetto appare combattuto fra il desiderio di fuggire quel riflesso che giudica poco attraente, e il desiderio, accompagnato da un forte stato d'ansia, di esaminarlo per correggerlo (Dalla Ragione *et al.*, 2012).

L'insoddisfazione per la propria immagine corporea è dovuta ad una scontentezza soggettiva per il proprio corpo in generale o per la dimensione di alcune parti di esso (Thompson *et al.*, 1999). La discrepanza psicologica che una persona vive tra il suo corpo e quello ideale può causare un sentimento negativo verso

se stessi e anche comportamenti dannosi per la salute (Cash *et al.*, 2002; Thompson, 2004). Purtroppo una delle conseguenze più importanti che accompagnano tali preoccupazioni è il *ritiro sociale*, dettato dal desiderio di sfuggire agli sguardi degli altri, percepiti come giudicanti e ipercritici. Inoltre, il soggetto dismorfofobico solitamente interpreta, erroneamente, le espressioni altrui riferite a sé stesso come ostili, aumentando la preoccupazione per la bruttezza percepita ed entrando in un circolo vizioso a spirale crescente (Buhlmann, *et al.*, 2006); tende quindi ad evitare quelle situazioni dove non potrebbe nascondere il difetto percepito (Phillips, 2004), con conseguente sviluppo di sintomi ansiosi e somatici, di fobia sociale, di rabbia e ostilità e *doctor shopping* (cioè richiedere continuamente consulenze con chirurghi estetici).

Occorre sottolineare qui che la condizione di insoddisfazione per il proprio corpo o parte di esso, come già espresso, oggi molto diffusa, non è invalidante e non interferisce con la vita quotidiana dell'individuo per cui non deve essere confusa con un Disturbo da Dismorfismo Corporeo (DDC) (Veale e Bewley, 2015). In esso il disagio provato deve ovviamente avere un'intensità tale da risultare clinicamente significativo e/o interferire in aree significative della vita dell'individuo quale, ad esempio, quella sociale o lavorativa e non deve essere attribuibile ad altro disturbo mentale.

Oggi il DDC sembra essere un disturbo psichiatrico relativamente comune che colpisce circa l'1-2% della popolazione generale (Veale *et al.*, 2016). L'età d'insorgenza è prevalentemente tra i 15 e i 20 anni e in base al sesso ci sono dati contrastanti. Alcuni studi hanno evidenziato un'eguale distribuzione tra i sessi (Phillips *et al.*, 1997); altri indicano una prevalenza nel sesso femminile (Rosen *et al.*, 1995; Veale *et al.*, 1996); altri ancora una più alta diffusione tra i maschi (Hollander *et al.*, 1993). Sono presenti comunque delle differenze significative sulle parti interessate: i maschi sono maggiormente preoccupati per capelli e costituzione corporea, sono più inclini al dismorfismo muscolare e sono più a rischio per abuso o dipendenza da alcol; le donne, invece, sono spesso insoddisfatte per seno, capelli, naso, addome, pelle, fianchi e sono più a rischio per i disturbi alimentari. In aggiunta, è stato riscontrato che l'ideazione suicidaria e i tentativi di suicidio sono comuni, con un tasso di tentativi del 22-24% durante la vita (Dyl *et al.*, 2006).

Il DDC si può trovare spesso associato ad altre psicopatologie come depressione, fobia sociale, disturbi alimentari, abuso di sostanze e dipendenza, disturbi di personalità (ossessivo-compulsivo, evitante e paranoide). E' opportuna la diagnosi differenziale del DDC con il disturbo depressivo maggiore, il disturbo d'ansia sociale, il disturbo ossessivo-compulsivo, l'agorafobia e la tricotillomania.

Sono state delineate diverse spiegazioni teoriche per la comprensione del Disturbo da Dismorfismo Corporeo sia biologiche che psicologiche. L'etiologia del Disturbo da Dismorfismo Corporeo è oggi considerata multifattoriale, in quanto include fattori biologici, psicologici e socioculturali (Carey *et al.*, 2004). In particolare, la genetica evidenzia la presenza di familiarità del DDC condivisa col il Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC). Mentre gli studi di *neuroimaging* hanno rilevato una asimmetria sinistra nel volume del nucleo caudato, un'iperattivazione dell'amigdala e un processo di elaborazione visiva dettagliato; inoltre è stato rilevato che lesioni al lobo temporale destro possono riprodurre molti dei sintomi del DDC come percezioni visive anomali, distorsione dell'immagine corporea, umore depresso, preoccupazioni somatiche e deliri (Saxena *et al.*, 2006).

Per ciò che concerne le teorie psicosociali, oggi si propone dunque una visione integrata dei diversi modelli teorici, chiarendo che il DDC sia prodotto da molteplici fattori quali:

- esperienze infantili precoci non favorevoli come umiliazioni, critiche, attenzione eccessiva per il corpo e sensazioni di rifiuto;
- esperienze interpersonali con familiari, amici, colleghi;
- bassa autostima, immagine negative di Sé, discrepanza tra Sé ideale e Sé reale;
- processi di apprendimento in termini di condizionamento classico e operante;
- distorsione nei processi di elaborazione cognitiva e percettiva con conseguente alterazione dell'immagine corporea e produzione di pensieri disfunzionali, schemi e valutazioni di Sé associati ad emozioni negative;
- influenze socioculturali con internalizzazione di *standard* sociali di bellezza;
- bisogno di approvazione sociale e pressione dei pari.

Persino i media assumono un ruolo fondamentale in tale ambito in quanto è stato dimostrato come tra i fattori determinanti del disturbo vi sia anche l'esposizione a immagini multimediali che con messaggi sottili contribuiscono alla percezione negativa del proprio corpo (Allen and Walter, 2016).

La disciplina psicoanalitica, da parte sua, parla di madre come specchio unidirezionale opaco e distorcente, sentita dai pazienti come inaccessibile o non disponibile che contribuisce alla nascita di un'esperienza interna d'incertezza sui sentimenti del Sé che diventa insopportabile, al punto da divenire un bisogno costante di controllo sul proprio Sé corporeo.

Una madre assente o vuota contribuisce al fallimento dello sviluppo di un oggetto interno sicuro, che guarda il Sé in modo positivo. La madre, proiettando ciò

che è inaccettabile di se stessa sul figlio tramite lo sguardo, fa nascere in esso involontariamente un'immagine del Sé distorta che non viene integrata, ma resta come un oggetto scisso persecutorio che viene odiato; tale odio venendo proiettato sul corpo o parte di esso determina il suo rifiuto.

Il paziente quindi avverte il bisogno di eliminare, modificare la parte mortifera del Sé corporeo, avvalendosi spesso della chirurgia estetica e delle cure dermatologiche. I meccanismi di difesa utilizzati da questi soggetti sono l'identificazione introiettiva, mediante la quale il soggetto assume dentro di Sé un oggetto 'odiato', e la scissione attraverso cui l'oggetto odiato e scisso rispetto alle altre parti del corpo.

I trattamenti consigliati sono quelli farmacologici con la somministrazione degli SSRI¹ e quelli psicoterapeutici tra i quali in particolare la psicoterapia ad orientamento psicoanalitico (Gazzillo *et al.*, 2017).

4. *La percezione di Sé tra lo specchio e i bisturi*

Nel mondo occidentale lo specchio è da sempre simbolo importante e ricorrente; oggetto attraente e inquietante, rivelatore di segreti sconosciuti (Fabbroni, 2008).

Lo specchio non mostra semplicemente un'immagine, ma rivela, usando un linguaggio non verbale, il significato di ciò che riflette. Si verifica in un certo senso un dialogo tra lo specchio e la persona che guarda la sua immagine. I protagonisti di questo dialogo, però, non sono solo questi due, ce n'è un terzo che è l'Altro-da-Sé; è il Sé che racchiude la vera essenza della persona, la sua anima. Lo specchio è il simbolo di una realtà parallela, che dà voce all'Io, alle paure e alle percezioni dell'impossibile delle persone (Fabbroni, 2008).

Il primo specchio emotivo con cui entriamo in contatto è il volto della madre (Winnicott, 1967); le dinamiche che si creano modellano le prime relazioni del bambino con l'oggetto, che vengono interiorizzate diventando la base per lo sviluppo del suo mondo interno (Wright, 1991). Tutto quello che la madre rispecchia al bambino per quest'ultimo è la 'realtà' (Krueger, 1989).

¹ Il trattamento farmacologico consigliato è quello con la somministrazione di SSRI (inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina); essi possiedono una spiccata selettività d'azione sulla serotonina e per tale motivo sono generalmente ed efficacemente utilizzati con disturbi depressivi, disturbi d'ansia e disturbi alimentari. Per quanto riguarda la dismorfofobia, evidenze cliniche dimostrano l'efficacia di tale trattamento; ad esempio in uno studio retrospettivo è stato dimostrato che su 65 pazienti trattati con SSRI (fluoxetina, paroxetina, sertralina o fluvoxamina) si è ottenuto un miglioramento significativo per il 42% dei casi (Phillips KA: Body dysmorphic disorder: clinical features and drug treatment. *CNS Drugs*, 1995, 3, 30-40).

Secondo J. Lacan, il bambino, tra i sei e i diciotto mesi, si trova a confrontarsi con la propria immagine riflessa nello specchio percependola dapprima come se fosse un individuo reale altro-da-Sé, poi come immagine, ma sempre altro-da-Sé e solo in ultimo come la propria immagine riflessa. Tale consapevolezza porterà il bambino, con l'acquisizione di un'immagine di Sé unitaria e definita, alla nascita dell'Io in contrapposizione alle altre immagine specchiate dalle quali acquisisce la sensazione di alterità. Se nello sguardo della madre il bambino concepisce il desiderio, la sua identità psichica e la sua imago corporea saranno preservate; in caso contrario potranno nascere svariate problematiche psichiche, tra le quali il DDC (Lacan, 1936).

Quando la persona si riconosce nell'immagine riflessa allo specchio, in tutta la sua interezza, comincia a giudicare. L'immagine è un riflesso della sua interiorità, ma allo stesso tempo è anche esteriorità, è un doppio, che il soggetto può percepire come familiare o estraneo, in cui sposta oggetti che non sono più cose, ma affetti. In questa dimensione simbolica l'identità comincia a formarsi (Carotenuto, 1997).

L'auto-percezione è sempre intrisa di etero-percezione, quindi il giudizio personale è sempre influenzato da quello sociale. Tutti tendiamo a vederci con gli occhi degli altri e contemporaneamente ad attribuire all'altro il nostro modo di vederci (Faccio, 2007).

4.1. Implicazioni relazionali e socioculturali nell'insorgenza del DDC

È impossibile pensare al corpo senza considerare le influenze culturali, sociali e politiche, che fanno da contorno alla nostra vita e che praticano delle pressioni su di noi, soprattutto per quanto riguarda l'averne un aspetto desiderabile (Lemma, 2011).

Il Modello Tripartito d'Influenza proposta da Keery *et al.*, (2004) indica come fonti principali nello sviluppo dei problemi dell'immagine corporea e dei disturbi alimentari: i pari, i genitori e i *mass media*. Queste fonti consolidano lo *standard* irrealistico di bellezza del nostro tempo, attraverso commenti e azioni che influiscono sull'insoddisfazione corporea dei giovani, soprattutto di sesso femminile.

I figli del ventunesimo secolo sono schiavi del culto del corpo, sono delle 'macchine' il cui stato d'animo dipende dall'approvazione o disapprovazione che ricevono dai padroni della loro esistenza: specchio e bilancia (Mian, 2006); per tale motivo diversi studi tendono oggi a concentrarsi sulla correlazione tra personalità, disturbi della personalità e immagine corporea (Allen, 2016).

La nostra società suggerisce che se si vuole avere successo bisogna apparire perfetti, uguali o addirittura migliori dei modelli che vengono proposti dai media

(Mian, 2006). Questi ultimi sono fondamentali per la formazione degli ideali e delle convinzioni di ogni persona (Fairburn, 2005).

Così l'economia di mercato attraverso i corpi può fare delle persone merce di scambio, determinando lo spirito del nostro tempo come 'corpo-immagine', prodotto dal 'corpo-rimodellato' e dal 'corpo-prestazione'. E in questa direzione si viene spinti a confrontarsi ai modelli con la promessa di una realizzazione di Sé, che non si verifica (Faccio, 2007).

Sebbene alcune ricerche abbiano confermato l'esistenza di una relazione fra l'esposizione ai modelli dei media e l'insoddisfazione corporea (Dohnt *et al.*, 2006; Van der Berg *et al.*, 2007), altri studi non hanno evidenziato gli stessi risultati (Keery *et al.*, 2004). Di conseguenza si è cercato di indagare quali fattori rendano più vulnerabili alcuni soggetti piuttosto ad altri all'influenza dei media (Bessenoff, 2006). Tra i fattori capaci di mediare la relazione tra influenze socio-culturali e insoddisfazione corporea, il modello tripartito d'influenza ipotizza che famiglia, pari e media possano influire sull'insoddisfazione attraverso due meccanismi di mediazione: la tendenza al confronto sociale e l'interiorizzazione dell'ideale di magrezza che viene proposto (Thompson *et al.*, 1999; Keery *et al.*, 2004).

Da un altro fronte, la Teoria del Confronto Sociale (Festinger, 1954) dice che esiste una motivazione umana universale che spinge le persone a giudicare le proprie caratteristiche e capacità confrontandosi con gli altri, in particolare quelli simili.

Esistono due tipi di confronto sociale principali. Il confronto *downward* col quale paragoniamo noi stessi con le persone che consideriamo meno fortunate di noi per qualche aspetto, questo confronto migliora l'umore e l'idea che si ha di se stessi (Wills, 1991). Mentre nel confronto *upward* ci confrontiamo con soggetti che consideriamo socialmente migliori di noi, questo causa umore negativo e bassa auto-valutazione (Wheeler *et al.*, 1992). In questa direzione possiamo dire che i media spingono le persone a giudicare il loro aspetto attraverso il paragone con i modelli proposti di tipo *upward* causando una valutazione negativa di Sé e un conseguente aumento dell'insoddisfazione corporea (Tiggemann *et al.*, 2004). Ad essere più soggetti ai confronti con gli altri sono le persone con bassa autostima o depressi (Durkin *et al.*, 2007; Van der Berg *et al.*, 2007).

Sembrerebbe che il confronto possa mediare gli effetti di alcune variabili psicologiche (autostima, depressione) sull'aumento dell'insoddisfazione corporea dopo l'esposizione ai modelli di bellezza ideale proposti dai *mass media*. Infatti, le ragazze che hanno alta stima di sé e bassi livelli di depressione sono meno su-

scettibili alle influenze negative provocate dall'esposizione ai media (Durkin *et al.*, 2007; Van der Berg *et al.*, 2007).

Emerge, con forza, il desiderio della società attuale di riuscire a possedere il proprio corpo, che è anche un dio esigente e severo. Ed è per questo che molti cercano di divenire i padroni del proprio corpo, costruendolo come vogliono grazie alla chirurgia (Recalcati, 1998).

L'*American Society of Plastic Surgeons* (ASPS) ha indicato che le procedure mediche cosmetiche continuano ad aumentare. Nel 2009, negli Stati Uniti, più di duecento mila interventi di chirurgia estetica sono stati eseguiti su soggetti di età compresa tra i 13 e i 19 anni (ASPS, 2010).

In Italia il numero d'interventi di chirurgia estetica è stimato intorno ai seicento mila l'anno (Pollice *et al.*, 2009).

Morgan (1991) ha sostenuto che la pressione ad avere un fisico perfetto è diventata così forte, in particolare per le donne, a tal punto che chi si rifiuta di sottoporsi a delle procedure estetiche viene visto come deviante.

Tra le persone che ogni giorno richiedono interventi di chirurgia estetica, molti sono soggetti con DDC. Secondo alcuni studi la presenza di DDC tra i pazienti di chirurgia estetica varia dal 7% al 15% (Malick *et al.*, 2008; Sarwer *et al.*, 2008; Zuckerman *et al.*, 2008), altri hanno riportato prevalenze che vanno dal 16% al 24% (Alavi *et al.*, 2011), altri ancora del 53% (Vindigni *et al.*, 2002).

Non ci sono norme che stabiliscono che la presenza di DDC sia un criterio di esclusione dagli interventi di chirurgia estetica (Morselli *et al.*, 2012), quindi alcuni pazienti con questo disturbo ne beneficiano (Fiori *et al.*, 2009). Nonostante ciò, la selezione e una classificazione rigorosa dei pazienti prima di un intervento chirurgico è d'importanza fondamentale, in particolare se la chirurgia estetica viene usata nel trattamento dei pazienti con DDC (de Brito *et al.*, 2013).

Emerge anche che i soggetti con DDC che si sottopongono ad interventi chirurgici hanno un minore livello di soddisfazione rispetto a quelli senza DDC (Yang *et al.*, 2008).

Phillips *et al.*, (2001) hanno visto che raramente i trattamenti di chirurgia estetica migliorano il DDC. Il risultato che si verifica più frequentemente è l'assenza di cambiamento nel 72% dei casi, seguito dal peggioramento (16,3%) e dal miglioramento (11,7%).

5. Riflessione conclusiva

In un'analisi di riflessione conclusiva, non ci si può esimere dalla necessità di auspicare un maggiore interesse della questione qui trattata e di tradurre in atti concreti il nostro e l'altrui operato che deve agire su più fronti: la ricerca, la prevenzione e l'intervento.

Nello specifico, preso atto degli esigui studi condotti fino allo stato attuale, bisognerebbe avanzare la ricerca in tal direzione focalizzando l'attenzione, ad esempio, sul peso quantitativo e qualitativo dei fattori di influenza citati precedentemente (pari, genitori e *mass media*); valutare in misura maggiore il tipo di correlazione tra gli stili e/o i disturbi di personalità, il concetto di identità e di immagine corporea; soffermarsi sulla complessa rete 'economia-società-singolo individuo' e i cambiamenti concettuali e percettivi del 'corpo-immagine'.

Inoltre sarebbe auspicabile procedere verso una migliore individuazione dei criteri di esclusione dagli interventi chirurgici in relazione al DDC ai fini di promuovere un'azione preventiva. Alla luce di quanto detto, si pensi alla possibilità realistica di costruzione di una rete di supporto che preveda una collaborazione tra professionisti della salute psichica e professionisti della salute corporea, al fine della tutela prioritaria che è sempre la salute e il benessere psicofisico della persona.

Secondo quanto fin qui detto, sembrerebbe fondamentale, prima di dare la possibilità all'individuo di manipolare chirurgicamente il proprio corpo, verificare lo stato di salute mentale, visto che la percezione del Sé corporeo appare ad essa correlata e non può esserci benessere se non vi è integrazione tra Sé corporeo e mentale.

In definitiva, e con parole diverse, ci pare utile sottolineare che il prerequisito di base per l'acquisizione della capacità dialettica corporeo-mentale, che abbiamo visto risiedere nell'esistenza di relazioni sociali attive mediate dalla corporeità e dal movimento, all'interno di contesti socio-culturali specifici, sia fondamentale; pertanto l'aspetto pragmatico della corporeità presente nelle relazioni sociali appare essere centrale nell'orientare ogni individuo verso una acquisizione sana e maggiormente fruibile della propria immagine corporea (Presti, 2017).

Bibliografia

- Alavi, M., Kalafi, Y., Dehbozorgi, G.R., Javadpour, A. (2011). Body dysmorphic disorder and other psychiatric morbidity in aesthetic rhinoplasty candidates, *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 64 (6), 738-741.
- Allen, M. S., & Walter, E. E. (2016). Personality and body image: A systematic review. *Body image*, 19, 79-88.
- American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed revised (DSM-III-R), Washington, DC: American Psychiatric Association, trad. it. DSM-III-R Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Milano: Masson, 1988.
- American Psychiatric Association. (2013), Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- American Society of Plastic Surgeons (2010). National Clearinghouse of Plastic Surgery Statistics, Arlington Heights.
- Bearman, S.K., Presnell, K., Martinez, E., Stice, E. (2006). The skinny on body dissatisfaction: a longitudinal study of adolescent girls and boys, *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 229-241.
- Bessenoff, G.R. (2006). Can the media affect us? Social Comparison, Self-Discrepancy, and the thin ideal, *Psychology of Women Quarterly*, 30, 239-251.
- Brausch, A.M., Muehlenkamp, J.J. (2007). Body image and suicidal ideation in adolescents, *Body Image*, 4, 207-212.
- Buhlman, U., Etcoff, N. L., & Whilelm, S. (2006). Emotion recognition bias for contempt and anger in body dismorphic disorder. *J psychiatry res*, 40 (2), 105-111.
- Carey, P., Seedat, S., Warwick, J., Heerden, B. V., & Stein, D. J. (2004). SPECT imaging of body dysmorphic disorder. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 16(3), 357-359.
- Carotenuto, A. (1997). *Il corpo tradito*. Milano: Bompiani.
- Cash, T.F. (2002). Cognitive-behavioral perspectives on body image, in T.F. Cash e T. Pruzinsky (eds.), *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* (pp. 38-46). New York: Guilford Press.
- Cash, T.F., Jakatdar, T.A., Williams, E.F. (2004a), The Body Image Quality of Life Inventory: Further validation with college men and women, *Body Image*, 1, 279-287.
- Cash, T.F., Melnyk, S.E., Hrabosky, J.T. (2004b). The assessment of body image investment: An extensive revision of the Appearance Schemas Inventory, *International Journal of Eating Disorders*, 35, 305-316.
- Cash, T.F., Phillips, K.A., Santos, M.T., Hrabosky, J.I. (2004c). Measuring "Negative Body Image": Validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a non-clinical population, *Body Image*, 1, 363-372.
- Clark, L., Tiggemann, M. (2006). Appearance Culture in Nine-to 12 Year-Old Girls: Media and Peer Influences on Body Dissatisfaction, *Social Development*, 15(4), 628-643.

- Craparo, G. (2014). The role of dissociation, affect dysregulation, and developmental trauma in sexual addiction, *Clinical Neuropsychiatry*, 11 (2), 86-90.
- Dalla Ragione, L., Mencarelli, S. (2012). *L'inganno dello specchio. Immagine corporea e disturbi del comportamento alimentare in adolescenza*. Milano: Franco Angeli.
- Drobes, D.J., Miller, E.J., Hillman, C.H., Bradley, M.M., Cuthbert, B.N., Lang, P.J. (2001). Food deprivation and emotional reactions to food cues: implications for eating disorders, *Biological Psychology*, 57, 153-177.
- Duggan, J.M., Toste, J.R., Heath, N.L. (2013). An examination of the relationship between body image factors and non-suicidal self-injury in young adults: The mediating influence of emotion dysregulation, *Psychiatry Research*, 206, 256-264.
- Dyl, J., Kitter, J., Phillips, K.A., Hunt, J. (2006). Body Dysmorphic Disorder and other clinically significant body image concerns in adolescent psychiatric inpatients, *Child Psychiatry and Human Development*, 36, 369-382.
- Dohnt, H.K., Tiggemann, M. (2006). Body image concerns in young girls: the role of peer and media prior to adolescence, *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 141-151.
- Durkin, S.J., Paxton, S.J., Sorbello, M. (2007). An integrative model of the impact of exposure to idealized female images on adolescent girls' body satisfaction, *Journal of Applied Social Psychology*, 37, 1092-1117.
- Fabbroni, B. (2008). *Tra le braccia di Narciso*. Roma: Edizioni Universitarie Romane.
- Faccio, E. (2007). *Le identità corporee. Quando l'immagine di sé fa star male*. Firenze: Giunti.
- Fairburn, C.G., Bohn, K. (2005). NOS (ENDOS): an example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV, *Behaviour Research Therapy*, 43, 691-701.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes, *Human Relations*, 7, 117-140.
- Fiori, P., Gianneti, L.M. (2009). Body dysmorphic disorder: a complex and polymorphic affection, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 5, 477-481.
- Formica I., Pellerone M., Morabito C., Barberis N., Ramaci T., Di Giorgio A., Mannino G. (2017). The existential suspension of the young-adult in times of liquid modernity. A differential analysis of identity uneasiness in precarious times, *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 5(3), 1-28.
- Gazzillo F, Schimmenti A., Formica I., Simonelli A., Salvatore S. (2017). Effectiveness is the gold standard of clinical research, *Research in Psychotherapy: Psychopathology: Process and Outcome*, 20, 153-155.
- Gila, A., Castro, J., Toro, J., Salameo, M. (2004). Subjective Body Image Dimensions in Normal Female Population: Evolution through Adolescence and Early Adulthood, *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(1), 1-10.
- Goodman, A. (1990). Addiction: Definitions and implications. *British Journal of Addiction*, 85 (11), 1403-1408.
- Gori, A., Giannini, M., Socci, S., Luca, M., Dewey, D., Schuldberg, D., & Craparo, G. (2013). Assessing social anxiety disorder: Psychometric properties of the Italian Social Phobia Inventory (I-SPIN), *Clinical Neuropsychiatry*, 10 (1), 37-42

- Granner, M.L., Black, D.R., Abood, D.A. (2002). Levels of Cigarette and Alcohol Use Related to Eating-disorder Attitudes, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26 (1), 43-55.
- Hardit, S.K., Hannum, J.W. (2012). Attachment, the tripartite influence model, and the development of body dissatisfaction, *Body Image*, 9, 469-475.
- Heinberg, L.J., Thompson, J.K., Matzon, J.L. (2001). Body image dissatisfaction as a motivator for healthy lifestyle change: is some distress beneficial? In R.H. Striegel-Moore e L. Smoak (Eds.) *Eating Disorders. Innovative Directions in Research and Practice* (pp.215-232), Washington, D.C: American Psychological Association.
- Hollander, E., Cohen, L.J., Simeon, D. (1993). Body dysmorphic disorder, *Psychiatric Annals*, 23, 359-364.
- Iacolino C., Pellerone M., Formica I., Lombardo E.M.C., Tolini G. (2017). Alexithymia, body perception and dismorphism: a study conducted on sportive and non-sportive subjects, *Clinical Neuropsychiatry*, 14(6), 400-406.
- Keery, H., van den Berg, P., Thompson, J.K. (2004). An evaluation of the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls, *Body Image: An International Journal of Research*, 1, 236-251.
- Krueger, D. (1989). *Body Self and Psychological Self*, Brunner/ Mazel, New York.
- Lacan, J. (1936). *Escritos: Vol. 1. Más allá del" principio de realidad*. ISO 690.
- Lemma, A. (2005). The many faces of lying, *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 737-753.
- Lemma, A. (2011). *Sotto la pelle. Psicoanalisi delle modificazioni corporee*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Malick, F., Howard, J., Koo, J. (2008), Understanding the psychology of the cosmetic patients, *Dermatology and Therapy*, 21 (1), 47-53.
- Mattalucci-Ylmaz, C. (2003). Introduzione, in AA.VV., *Corpi*, 3, *Antropologia*. Roma: Maltemi.
- McCabe, M.P., Ricciardelli, L.A. (2004). Body image dissatisfaction among males across the lifespan. A review of past literature, *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 675-685.
- Melnyk, S.E., Cash, T.F., Janda, L.H. (2004). Body image ups and downs: Prediction of intra individual level and variability of women's daily body image experiences, *Body Image: An International Journal of Research*, 1, 225- 235.
- Mian, E. (2006). *Specchi. Viaggio all'interno dell'immagine corporea*, Phasar Edizioni, Milano.
- Morgan, K.P. (1991). Women and the knife: Cosmetic surgery and the colonization of women's bodies, *Hypatia*, 6 (3), 25-53.
- Morselli, P.G., Boriani, F. (2012). Should plastic surgeons operate on patients diagnosed with body dysmorphic disorders? *Plastic and Reconstructive Surgery*, 130 (4), 620-622.

- Mufaddel, A., Osman, O. T., Almuqaddam, F., & Jafferany, M. (2013). A review of body dysmorphic disorder and its presentation in different clinical settings. The primary care companion for CNS disorders, 15 (4).
- Orbach, I. (1996). The role of the body experience in self-destruction, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1, 607-619.
- Pellerone, M., Cascio, M.I., Costanzo, G., Gori, A., Pace, U., & Craparo, G. (2017d). Alexithymia and psychological symptomatology: research conducted on a non-clinical group of Italian adolescents. *International Journal of Culture and Mental Health*, 10 (3), 300-309.
- Pellerone M., Formica I., Hernandez Lopez M., Migliorisi S., Granà R. (2017c). Relationship between parenting, alexithymia and adult attachment styles: a cross-national study in Sicilian and Andalusian young adults, *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 5(2), 1-24.
- Pellerone, M., Ramaci, T., Granà, R., Craparo, G. (2017b). Identity development, parenting styles, body uneasiness, and disgust toward food. A perspective of integration and research. *Clinical Neuropsychiatry*, 14 (4), 275-286.
- Pellerone, M., Ramaci, T., Parrello, S., Guariglia, P., & Giaimo, F (2017a). Psychometric properties and validation of the Italian version of the Family Assessment Measure Third Edition – Short Version – in a nonclinical sample. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 69-77.
- Pellerone, M., Tomasello, G., & Migliorisi, S. (2017). Relationship between parenting, alexithymia and adult attachment styles: a cross-sectional study on a group of adolescents and young adults. *Clinical Neuropsychiatry*, 14 (2), 125-134
- Phillips, K.A., Siniscalchi, J., Khan, A., Robinson, M. (2001). Effectiveness of pharmacotherapy for body dysmorphic disorder: A chart-review study, *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 721-727.
- Phillips, K.A. (2004). Body dysmorphic disorder: Recognizing and treating imaged ugliness. *World Psychiatry*, 3, 12-17.
- Pollice, R., Giuliani, M., Bianchini, V., Zoccali, G., Tomassini, A., Casacchia, M., Roncone, R. (2009). Disturbi dell'immagine corporea e sintomatologia psichiatrica in pazienti candidati ad interventi di chirurgia estetica, *Annali Italiani di Chirurgia*, 80, 49-54.
- Presti, F. L. (2017). La funzione della corporeità nello sviluppo della conoscenza. Formazione & insegnamento. *Rivista internazionale di Scienze dell'educazione e della formazione*, 14(1), 55-64.
- Recalcati, M. (1998). *Il corpo ostaggio. Teoria e clinica dell'anoressia-bulimia*. Roma: Borla.
- Ricciardelli, L.A., McCabe, M.P. (2001). Children's body image concerns and eating disturbance: A review of the literature, *Clinical Psychology Review*, 21, 325-344.
- Ricciardelli, L.A., McCabe, M.P., Holt, K.E., Finemore, J. (2003). A biopsychological model for understanding body image and body change strategies among children, *Journal of Applied Developmental Psychology*, 24, 475-495.
- Rosen, J.C., Reiter, J., Orosan, P. (1995). Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 263-269.

- Sarwer, D.B, Crerand, C.E. (2008). Body dysmorphic disorder and appearance enhancing medical treatments, *Body Image*, 5 (1), 50-58.
- Saxena, S., Feusner, J. (2006). Toward a neurobiology of body dysmorphic disorder, *Primary Psychiatry*, 13, 41-48.
- Schilder, P. (1935). *The Image and Appearance of the Human Body*. Londra: Paul Kegan.
- Slade, P.D. (1988). Body Image in Anorexia Nervosa, *British Journal of Psychiatry*, 153 (suppl.2), 20-22.
- Stice, E., Shaw, H.E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology A synthesis of research findings, *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5), 985-993.
- Swanston, H.Y., Plunkett, A.M., O'Toole, B.I., Shrimpton, S., Parkinson, P.N., Oates, R.K. (2003), Nine years after child sexual abuse, *Child Abuse*, 27, 967- 984.
- Thomas, K., Ricciardelli, L.A., Williams, R.J. (2000). Gender traits and selfconcept as indicators of problem eating and body dissatisfaction among children, *Sex Roles*, 43 (7/8), 441-458.
- Thompson, J.K., Heinberg, L., Altabe, M., Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*, Washington, DC: American Psychological Association.
- Thompson, J.K. (2004). The (mis)measurement of body image: ten strategies to improve assessment for applied and research purposes, *Body image: an international Journal of Research*, 1, 7-14.
- Tiggemann, M. Slater, A. (2004). Thin ideals in music television: A source of social comparison and body dissatisfaction, *International Journal of Eating Disorders*, 35, 48-58.
- Tomori, M., Rus-Makovec, M. (2000). Eating Behavior Depression, and Selfesteem in High School Students, *Journal of Adolescent Health*, 26, 361-367.
- Van der Berg, P., Paxton, S.J., Keery, H., Wall, M., Guo, J., Neumark-Sztainer, D. (2007). Body dissatisfaction and body comparison with media images in males and females, *Body Image*, 4, 257-268.
- Veale, D., Boocock, A., Gournay, K., Dryden, W., Shah, F., Willson, R., Walburn, J. (1996). Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases, *British Journal of Psychiatry*, 169, 196-201.
- Veale, D., & Bewley, A. (2015). Body dysmorphic disorder. *bmj*, 350, h2278.
- Veale, D., Gledhill, L. J., Christodoulou, P., & Hodson, J. (2016). Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image*, 18, 168-186.
- Vindigni, V., Pavan, C., Semenzin, M., Granà, S., Gambaro, F., Marini, M. (2002), The importance of recognizing body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients: do our patients need a preoperative psychiatric evaluation? *European Journal of Plastic Surgery*, 25(6), 305-308.
- Waller, G. (1998). Perceived control in eating disorders: relationship with reported sexual abuse, *International Journal of Eating Disorders*, 23.

- Wills, T.A. (1991). Similarity and self-esteem in downward comparison, in J. Suls e T.A. Wills (Eds.), *Social comparison: Contemporary theory and research* (pp 51-78). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Winnicott, D.W. (1967). La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile, tr. it. in *Gioco e realtà*. Roma: Armando.
- Wright, K. (1991). *Vision and Separation*. London: Free Association Books.
- Yang, G.H., Luo, Y.J., Du, T.C. (2008). Investigation of satisfactory rate in patients with body dysmorphic disorder after cosmetic surgery, *Zhonghua Zheng Xing Wai Ke Za Zhi*, 24, 151-152.
- Young, E.A., McFatter, R., Clopton, J.R. (2001). Family functioning, peer influence, and media influence as predictors of bulimic behavior, *Eating Behaviours*, 2, 323-337.
- Zuckerman, D., Abraham, A. (2008). Teenagers and cosmetic surgery: focus on breast augmentation and liposuction, *Journal of Adolescent Health*, 43(4), 318-324.