

IL PERFEZIONISMO NEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

a cura della Dott.ssa Federica Bignotti

IL PERFEZIONISMO NEI DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

Dr.ssa Federica Bignotti

Psicologa

Casa di Cura Villa Garda – Garda (Verona)

Introduzione

L'articolo si propone di passare in rassegna alcuni degli studi condotti finora su una caratteristica considerata un importante fattore di rischio per lo sviluppo dei disturbi dell'alimentazione e che sembra essere resistente al cambiamento: il perfezionismo.

Prima di trattare il perfezionismo specificamente all'interno dei disturbi dell'alimentazione, è sembrato interessante affrontare brevemente gli aspetti di questo costrutto e dei più recenti strumenti ideati per indagarlo; sarebbe, infatti, d'auspicio che la ricerca approfondisse meglio, con tutti gli strumenti disponibili, il ruolo che il perfezionismo ha all'interno di un disturbo così sfaccettato quale è il disturbo dell'alimentazione. Verrà in seguito dato rilievo a due aspetti del perfezionismo, personali e sociali, e alle ricerche che hanno attribuito più importanza agli uni o agli altri; poi saranno prese in considerazione le relazioni tra il perfezionismo e altre caratteristiche salienti per la comprensione del disturbo dell'alimentazione: autostima, insoddisfazione corporea, sintomi ossessivo-compulsivi, iperattività; infine riporteremo alcuni consigli per l'intervento.

Definizione di perfezionismo

Con il termine “perfezionismo” si fa in genere riferimento all'abitudine a domandare a sé stessi o agli altri una performance di qualità maggiore, rispetto a quella richiesta dalla situazione. Ciò è accompagnato dalla tendenza ad una valutazione critica del proprio comportamento (Bastiano et al., 1994; Frost et al., 1990). Le caratteristiche perfezionistiche secondo Hewitt e Flett (1991) sono elencate nella tabella 1.

Tabella 1. Caratteristiche perfezionistiche

- 1) At standards irrealistici e sforzi per raggiungere questi standards
- 2) Attenzione selettiva agli errori
- 3) Interpretazione degli errori come indicatori di fallimento e credenza che, a causa di essi, verrà persa la stima degli altri
- 4) Autovalutazioni severe e tendenza ad incorrere in un pensiero tutto o nulla, dove i risultati possono essere solo un totale successo o un totale fallimento
- 5) Dubbio sulla capacità di portare a conclusione un compito in modo corretto
- 6) Tendenza a credere che gli altri significativi abbiano aspettative elevate

7) Timore delle critiche.

Hewitt, P. L. e Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social context: conceptualization, assessment, and association with psychopathology, *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.

Strumenti di valutazione del perfezionismo

Le ultime ricerche condotte sul costrutto del perfezionismo, data la sua complessità, propendono verso una visione multidimensionale. Gli studiosi che più di recente si sono occupati del perfezionismo sono Frost da una parte e Hewitt e Flett dall'altra. Questi ricercatori hanno costruito due strumenti per indagarlo: 1) la Multidimensional Perfectionism Scale (MPS; Frost et al.; 1990) e l'omonima Multidimensional Perfectionism Scale (MPS; Hewitt et al., 1991).

L'inventario di Frost e collaboratori è costituito dalle sei scale seguenti:

- 1) *Excessive Concern Over Mistakes*; misura le reazioni negative agli errori, lo sbaglio è considerato un insuccesso, in seguito al fallimento gli altri perderanno la stima nei confronti del soggetto.
- 2) *Personal Standard*; misura la presenza di standard elevati e la loro influenza sull'autovalutazione.
- 3) *Parental Expectations*; misura la tendenza a credere che gli altri significativi abbiano elevate aspettative nei confronti del soggetto.
- 4) *Parental Criticism*; misura la percezione che gli altri siano o siano stati eccessivamente critici nei confronti della persona.
- 5) *Doubts About Action*; misura la presenza del dubbio sulla propria capacità di portare a termine il compito in modo perfetto.
- 6) *Organization*; misura l'importanza attribuita all'ordine ed all'organizzazione.

L'inventario di Hewitt e Flett (1991) è costituito dalle tre scale seguenti:

- 1) *Self Oriented Perfectionism*; esprime la tendenza a porsi obiettivi troppo elevati, a generalizzare i fallimenti e ad incorrere facilmente in pensieri "tutto o nulla".
- 2) *Other Oriented Perfectionism*; misura la tendenza ad avere aspettative troppo elevate riguardo agli altri e alle persone significative, ad essere eccessivamente critici nel valutare gli altri.
- 3) *Socially Prescribed Perfectionism*; valuta la tendenza a credere che gli altri abbiano alte aspettative sulle prestazioni del soggetto; questo porta timore per la valutazione negativa degli altri e a credere che sia necessario raggiungere quegli standards per guadagnare l'altrui approvazione e accettazione.

Oltre alle dimensioni di tratto del perfezionismo, Hewitt e collaboratori (1995) hanno descritto aspetti sociali del perfezionismo che implicano gli stili di auto-presentazione; secondo gli autori l'auto-presentazione perfezionistica comprende tre maggiori componenti:

- 1) Bisogno di apparire perfetti.
- 2) Bisogno di evitare di apparire imperfetti.

3) Bisogno di evitare di mostrare le proprie imperfezioni.

Secondo Hewitt e collaboratori (1995), indipendentemente dalle dimensioni di tratto del perfezionismo, il forte bisogno di presentarsi perfetti, può influenzare il comportamento nei disturbi dell'alimentazione, non permettendo alla persona di mostrare i propri difetti o di ammettere delle difficoltà.

Un confronto tra i due strumenti è stato fatto da Frost ed i suoi colleghi nel 1993; l'analisi fattoriale degli item dei due strumenti ha rilevato due principali fattori: 1) preoccupazioni valutative disadattive; 2) sforzo per raggiungere risultati positivi. Le dimensioni più correlate alla patologia sembrano essere l'*Excessive Concern Over Mistake* e il *Socially Prescribed Perfectionism*; quest'ultima, in modo particolare è elevata in persone che soffrono di depressione ed in pazienti con disturbo borderline di personalità.

Perfezionismo “sano” e “malato”

Alcune caratteristiche del perfezionismo possono essere viste come socialmente desiderabili e appaiono essere adattive per un funzionamento psicologico sano; sforzi elevati sono spesso associati a soddisfazione personale e ad un aumentato senso di autostima. D'altra parte con perfezionismo ci si può anche riferire alla tendenza a stabilire standard elevati impossibili da raggiungere e un forte bisogno di evitare fallimenti. Burns (1993), a questo proposito, ha ritenuto importante differenziare il perfezionismo “malato” dalla “salutare ricerca di eccellere”.

Nella tabella 2 sono elencate le caratteristiche del perfezionismo “malato” e della “salutare ricerca di eccellere”

Il perfezionismo “malato” secondo Burns porta a sviluppare stress al lavoro e a scuola, a oscillazioni dell'umore, come depressione ed ansia, a solitudine e difficoltà a formare relazioni strette, ad eccessiva frustrazione, rabbia e conflitti nelle relazioni personali, a problemi nell'apprendere da critiche, fallimenti ed errori, alla procrastinazione e alla difficoltà nello sperimentarsi in compiti difficili

Terry-Short e collaboratori (1995), seguendo la teoria di Skinner (1968), differenziano il perfezionismo “sano” da quello “malato” sulla base della storia dei rinforzi che hanno portato al suo costituirsi: il perfezionismo positivo sarebbe il frutto di una storia di rinforzi positivi, mentre il perfezionismo negativo di rinforzi negativi cioè di agenti rinforzanti che consistono nel rimuovere qualcosa da una situazione. Uno stesso comportamento può essere associato a stati emotivi differenti a secondo che sia funzione di un rinforzo positivo o negativo; in seguito ad una storia di rinforzi positivi, il comportamento è percepito come frutto di una libera scelta mentre se lo stesso comportamento è messo in atto per evitare conseguenze negative, è percepito come obbligatorio.

Tabella 2. Perfezionismo “malato” e “salutare ricerca di eccellere”
Caratteristiche principali del perfezionismo malato

Σ Paura di fallire

Σ Insoddisfazione costante per i propri risultati

Σ Convinzione che si deve far colpo sugli altri tramite la propria intelligenza e i risultati e che questo è l'unico modo per guadagnare la loro approvazione

Σ Quando si sbaglia o si fallisce un obiettivo, si diventa autocritici e ci si sente un fallimento come essere umano

Σ Si pensa di dover sempre avere il controllo sulle emozioni.

Caratteristiche principali della "salutare ricerca di eccellere"

Σ Creatività ed entusiasmo

Σ Gli sforzi apportano sentimenti di gioia e di soddisfazione

Σ Non c'è la credenza che bisogna guadagnare l'amore e l'amicizia facendo colpo sulle persone ma si crede che le persone ci accettino come siamo

Σ L'errore è visto come una possibilità di apprendimento

Σ Non si teme che gli altri ci vedano vulnerabili.

Perfezionismo nei disturbi dell'alimentazione

Tra gli studiosi che si sono occupati di perfezionismo nei disturbi dell'alimentazione alcuni hanno dato più rilievo agli aspetti personali (Strober, 1991), sottolineando anche l'influenza della componente genetica su questo tratto di personalità (Halmi et al., 2000), altri hanno sottolineato il ruolo dei fattori sociali.

Qui di seguito sono riportati i principali studi pubblicati recentemente sul perfezionismo nei disturbi dell'alimentazione.

Studi e teorie che hanno dato più rilievo agli aspetti personali del perfezionismo

Bastiani (1994), in seguito ad uno studio preliminare eseguito su soggetti affetti da anoressia nervosa, ha trovato che la caratteristica del perfezionismo, nel suo aspetto "self oriented", misurato tramite lo strumento di Hewitt e Flett, persiste in seguito all'aumento di peso corporeo così come l'impulso alla magrezza. Secondo la ricerca condotta da Bastiani (1994), le ragazze anoressiche, dopo un lungo ricovero, hanno disturbi che suggeriscono un'alterata attività neuronale serotoninergica.

Halmi e collaboratori (2000) hanno esaminato il ruolo del perfezionismo come tratto fenotipico nell'anoressia nervosa e la sua rilevanza tra i sottotipi clinici. Secondo gli autori, il fatto che i soggetti con anoressia nervosa registrano, nella valutazione a lungo termine del perfezionismo, punteggi elevati anche dopo il recupero del peso corporeo, fa ipotizzare la presenza di una certa ereditabilità di questi tratti temperamentali che sembrano esprimere in definitiva una vulnerabilità genotipica all'anoressia nervosa. Gli autori hanno ritenuto importante indagare la presenza di eventuali differenze tra i sottogruppi clinici (anoressia nervosa con restrizioni – ANR; anoressia nervosa con condotte di eliminazione-ANE; anoressia nervosa con abbuffate e con condotte di eliminazione - ANAE) in relazione al perfezionismo per l'eventuale ruolo che i fattori di

personalità possono giocare nel mediare gli aspetti fenotipici del comportamento del disturbo. 322 donne affette da anoressia nervosa hanno partecipato ad uno studio multicentrico internazionale in cui sono state analizzate le variazioni del perfezionismo in tre diversi sottotipi clinici: anoressia nervosa con restrizioni (ANR), con condotte di eliminazione (ANE) e con abbuffate e condotte di eliminazione (ANAE). Il campione clinico è stato confrontato con un gruppo di controllo senza alcuna storia di disturbo dell'alimentazione o di qualsiasi comportamento alimentare disturbato. Durante il primo contatto, è stato richiesto ai partecipanti iniziali e a tutte le coppie di congiunti, se esistevano altri collaterali, fino al quinto grado, affetti da un disturbo dell'alimentazione ed in caso di riscontro positivo questi sono stato contattati. Lo studio, oltre ad aver confermato una forte componente ereditaria dell'anoressia nervosa (percentuale elevata di parenti affetti dallo stesso disturbo), ha confermato che nell'anoressia nervosa sono presenti livelli più elevati di perfezionismo, rispetto al gruppo di controllo. Il gruppo di controllo sano, infatti, ha avuto un punteggio più basso rispetto a ciascuno dei gruppi con anoressia nervosa in tutte le sottoscale del MPS, il quale è risultata significativamente correlato anche con la motivazione al cambiamento (più ossessioni meno motivazione). I soggetti con ANE hanno avuto un punteggio significativamente più elevato all'item criticismo dei genitori, rispetto ai soggetti con ANR. Inoltre sono risultati più elevati, nei tre gruppi di pazienti, anche i punteggi dell'EDI 2, nella sottoscala del perfezionismo. Questi risultati supportano la teoria che il perfezionismo è una caratteristica dominante della personalità di soggetti affetti da anoressia nervosa e che, insieme ad altri tratti fenotipici correlati alla personalità, può costituire, quantitativamente, una misura comportamentale associata ad una suscettibilità genetica per l'anoressia nervosa.

Secondo Strober (1991, cit. in art. di Hewitt e Flett, 1995), tre aspetti della personalità fortemente legati al perfezionismo formano il cuore della vulnerabilità ai disturbi dell'alimentazione:

- 1) Bassa ricerca della novità - il perfezionista, infatti, si cimenta in poche attività e solo in quelle in cui è sicuro di avere una performance perfetta.
- 2) Eccessivo evitamento del danno - il perfezionista sente la necessità di evitare di apparire imperfetto; ciò può essere letto come il voler evitare critiche negative da parte di altri.
- 3) Dipendenza dalle ricompense - vedi la dipendenza dall'approvazione degli altri.

Kaye e collaboratori (1991) hanno trovato che i farmaci che agiscono specificamente nell'inibire la ricaptazione della serotonina riducono il tasso di ricaduta nell'anoressia nervosa, dopo la normalizzazione del peso corporeo in seguito ad un ricovero. Questo dato associato all'evidenza che i soggetti con anoressia nervosa presentano elevati livelli di 5-HIAA nel CSF delle pazienti in remissione prolungata (Kaye et al., 1991; 1998) ha fatto ipotizzare a Kaye e collaboratori che l'aumento dei livelli di 5-HIAA nel CSF precede l'esordio del disturbo dell'alimentazione. L'alterazione serotoninergica determinerebbe alcune caratteristiche comuni all'anoressia nervosa e alla bulimia

nervosa: perfezionismo, ossessività, evitamento del danno, disforia. La dieta diminuisce i livelli di 5-HIAA nel CSF riducendo la disponibilità del suo precursore (triptofano) e quindi può essere considerata un mezzo per regolarizzare i livelli di 5-HIAA nel CSF e le emozioni negative conseguenti. Secondo Kaye sottogruppi diversi dei disturbi dell'alimentazione sarebbero legati ad altri fattori di vulnerabilità; ad esempio, autocontrollo nell'ANR (presenza elevata di disturbo ossessivo-compulsivo di personalità nei pazienti e nei loro familiari), disinibizione e perdita di controllo nella bulimia nervosa e nell'anoressia nervosa con abbuffate-condotte di eliminazione (assenza di disturbo ossessivo-compulsivo di personalità o presenza di altri fattori biologici di vulnerabilità).

Studi e teorie che hanno dato più rilievo agli aspetti sociali del perfezionismo

Hamacheck (1978) ha rilevato che l'eccessiva preoccupazione di compiere errori e la paura del giudizio negativo degli altri derivano da esperienze nell'infanzia; l'amore manifestato dai genitori è condizionato alla performance del bambino e le approvazioni sono inconsistenti; il bambino non si sente mai soddisfatto perché il suo comportamento non è mai abbastanza corretto per guadagnare l'approvazione dei genitori e attua uno sforzo continuo per ottenerla. Burns (1980) sostiene che genitori perfezionisti utilizzano il ritiro dell'affetto e la disapprovazione come punizione e che i loro bambini tendono a rispondere agli errori con ansia e paura, come se qualcosa dovesse essere evitato. Uno studio di Frost e collaboratori (1991) ha trovato che il livello di perfezionismo e la severità riportata dalle madri è collegata al perfezionismo nelle figlie; le madri che riportano un maggior livello di perfezionismo, hanno figlie con problemi psicologici di maggiore intensità; anche le ragazze che percepiscono il padre molto severo (indipendentemente da come il padre stesso valuta la sua severità) hanno un elevato livello di perfezionismo. Sembra dunque che il perfezionismo del figlio sia associato con i rigidi standards dei genitori.

Hewitt e Flett (1995), su un campione studentesco, hanno evidenziato che il *Socially Prescribed Perfectionism* è collegato ai sintomi del disturbo dell'alimentazione, a sintomi di bulimia, al disturbo dell'immagine corporea e all'autostima; il *Self Oriented Perfectionism* sembra essere invece collegato solo a sintomi anoressici, dieta e impulso alla magrezza, e non ad altri aspetti del disturbo dell'alimentazione. Secondo questi autori, dunque, nelle persone che soffrono di disturbi dell'alimentazione sono importanti le componenti sociali nel perfezionismo: il comportamento perfezionistico in esse sembra infatti essere motivato da un forte desiderio di conformarsi ad un modello o ad un ideale di perfezione che è percepito dalle richieste degli altri. Ciò che sembra critico nel determinare questa motivazione, è la convinzione che uno deve essere approvato dagli altri raggiungendo degli standards perfezionistici.

L'importanza degli aspetti sociali del perfezionismo è sottolineata anche dal risultato che i punteggi alla *Perfectionistic Self Presentation*, misurata tramite la Perfectionistic Self Presentation Scale (PSPS, Hewitt, Flett e Fairlie, 1994), hanno capacità predittiva

sulle misure riguardanti problemi dell'immagine corporea e l'autostima. Questo è collegato all'ipotesi che lo sforzo di apparire impeccabili sia un tentativo di compensare la bassa autostima.

Brownell (1991) ha invece posto attenzione al ruolo che la società moderna ha nel generare la ricerca del corpo perfetto; il modello estetico ideale oggi è estremamente magro e di bell'aspetto; Brownell (1991) riporta che modelle ed attrici hanno il 10-15% di grasso corporeo mentre una donna sana il 22-26%; la percentuale di grasso corporeo richiesta per raggiungere l'ideale estetico dunque è probabilmente la metà del livello normale. Le persone ricercano l'ideale non solo per benefici alla salute ma per ciò che l'ideale incarna nella nostra cultura: avere un corpo perfetto simbolizza il controllo. In una cultura che valorizza l'auto-controllo, il lavoro duro ed il rinvio della gratificazione, avere un corpo desiderabile segnala al mondo esterno la presenza di controllo: avere controllo su impulsi a mangiare, all'inattività, riflette lavoro duro e ambizione. Per Brownell (1991), ci sono due assunzioni diffuse relative al corpo ed alla forma: 1) il corpo è estremamente malleabile e, di conseguenza, con la giusta combinazione di dieta ed esercizio, ogni persona può raggiungere l'ideale. La fisiologia del corpo va però contro quest'assunzione; ricerche mostrano come variabili biologiche, in particolare quelle genetiche, influenzano la regolazione del peso e delle forme corporee. Fallire di raggiungere l'ideale porta come conseguenza l'insoddisfazione corporea. 2) Grandi ricompense attendono chi raggiunge un corpo ideale. Anche questa assunzione è errata; le ricerche hanno evidenziato come essere fisicamente attraenti porta vantaggi in alcune aree e svantaggi in altre.

Perfezionismo-insoddisfazione corporea-autostima

Bardone e collaboratori (2000) hanno indagato la relazione tra perfezionismo, insoddisfazione corporea ed autostima. L'insoddisfazione corporea è stata misurata con una semplice domanda riguardo a come le donne si sentivano: da molto sottopeso a molto in sovrappeso; il sovrappeso percepito è risultato avere una capacità predittiva dei sintomi maggiore rispetto all'effettivo sovrappeso. Secondo i risultati di questo studio, le tre variabili indagate interagiscono a predire sintomi bulimici; in particolare, donne che si considerano sovrappeso e che hanno alti livelli di perfezionismo e bassa autostima mostrano un maggior rischio di sintomi bulimici. Quando un individuo molto perfezionista fallisce nel raggiungimento di uno standard, probabilmente proverà emozioni e pensieri negativi riguardo al sé; essi possono essere anche inesistenti in coloro che hanno un'alta autostima ma intensi in coloro che hanno bassa autostima. Quest'ultimi possono essere motivati a fuggire da sentimenti e pensieri negativi riguardo al sé: le abbuffate possono essere una possibile via di fuga.

Perfezionismo e sintomi ossessivi nei disturbi dell'alimentazione

Un'altra caratteristica alla quale è associato il perfezionismo è l'ossessività tanto che c'è chi ritiene il disturbo dell'alimentazione sia una variante "moderna", sviluppatasi nella

cultura occidentale, del disturbo ossessivo compulsivo (DOC) (Rothenberg, 1990). La preoccupazione per il cibo riscontrata nelle anoressiche dipinge l'intrinseca natura ossessiva del disturbo dell'alimentazione; collegato all'impulso a raggiungere la magrezza, è il controllo, su peso, appetito, pensieri e ambiente. L'amenorrea nelle anoressiche può rappresentare, secondo Rothenberg, il successo nel controllo delle funzioni corporee; anche nel DOC le idee ossessive svolgono una funzione di controllo su impulsi, desideri e affetti. Il disturbo alimentare e il DOC sono accomunati inoltre da un alto livello di attività fisica e da una alterazione dell'attività serotoninergica

Altri studiosi non condividono la teoria di Rothenberg e hanno visto il disturbo dell'alimentazione e il DOC come due disturbi differenti con sintomi comuni. È stato infatti sottolineato l'importante ruolo dell'inedia e della perdita di peso corporeo nella genesi dei tratti ossessivi e la possibilità che essi siano un effetto secondario dello stato di deprivazione (Garfinkel e Garner, 1982). Inoltre, si è rilevato che pazienti con disturbo dell'alimentazione non giudicano i loro sintomi ossessivi (es. pensieri intrusivi sul loro corpo) come senza senso e spesso non tentano di ignorarli o sopprimerli. A riprova dell'esistenza di due disturbi diversi, c'è anche la diversa reazione all'assunzione di farmaci che agiscono sulla ricaptazione della serotonina sebbene i due disturbi siano entrambi stati messi in relazione a disfunzioni del sistema serotoninergico: nell'anoressia nervosa c'è un aumento del tono dell'umore, mentre nel DOC c'è una diminuzione dell'ansia e delle ossessioni (Bastiani e al., 1996).

Davis e collaboratori (1998) hanno ipotizzato che l'ossessività possa rappresentare un antecedente nella patogenesi di alcuni disturbi dell'alimentazione e che l'intenso esercizio fisico contribuisca ad esacerbare la sintomatologia ossessiva una volta che si è sviluppato il disturbo; la ricercatrice ed i suoi collaboratori hanno trovato che l'inedia, insieme alla presenza di un elevato esercizio fisico, è in relazione ad una maggiore sintomatologia ossessiva. Le pazienti iperattive mostrano un livello significativamente maggiore di perfezionismo, rispetto a quelle non iperattive. D'altra parte, per quanto riguarda le altre caratteristiche dell'anoressia nervosa (preoccupazione per il peso, insoddisfazione corporea, bassa autostima) non ci sono differenze fra i due gruppi.

Alcuni consigli terapeutici per affrontare il perfezionismo nei disturbi dell'alimentazione

Purtroppo, non sono stati effettuati studi sistematici per valutare l'efficacia di specifici interventi psicoterapeutici o farmacologici sulla modificazione dei livelli di perfezionismo nei disturbi dell'alimentazione. In questo paragrafo riporto alcuni consigli, derivati dall'esperienza di alcuni clinici famosi di scuola cognitiva comportamentale che hanno affrontato il tema del perfezionismo in generale e nei disturbi dell'alimentazione.

In primo luogo è utile favorire l'acquisizione da parte del paziente di una maggiore consapevolezza dei propri tratti perfezionistici, portando all'attenzione il problema del perfezionismo e individuando gli ambiti della vita quotidiana in cui ha standard

eccessivamente elevati (risultati scolastici, apparenza fisica, lavori domestici). In secondo luogo può essere utile esplorare come il perfezionismo influenzi l'opinione di sé stessi, le relazioni e le situazioni al lavoro ed a scuola. Infine, è importante provare ad focalizzare i fattori, individuali e sociali, presenti o passati, che possono aver influito sullo sviluppo e sul mantenimento di tendenze perfezionistiche, riflettendo dunque sia sul ruolo di una società che da' molta importanza al controllo sia su come i genitori reagiscono a successi e fallimenti del figlio e sia sulla possibile componente genetica di questo tratto.

Burns (1980) suggerisce di fare un'analisi dei costi e dei benefici, cioè di individuare alcune credenze disfunzionali alla base delle tendenze perfezionistiche (es. "Io devo cercare di essere sempre perfetta"; "Le persone penseranno peggio di me se compirò un errore") e di esse elencare in due diverse colonne i vantaggi e gli svantaggi nel mantenerle. L'autore propone inoltre un esercizio su una situazione specifica in cui, prima di tutto, si deve descrivere una situazione nella quale il perfezionismo ha costituito un problema (a causa delle connesse auto-critiche) e di questa situazione si devono individuare i pensieri automatici, il grado di convinzione in essi, le emozioni, l'intensità di esse e il tipo di distorsioni cognitive utilizzate. I pensieri automatici negativi vanno poi sostituiti con pensieri automatici positivi e va stimata la convinzione in essi e l'intensità delle emozioni associate.

Vanderlinden (2001), infine, propone alcuni esercizi comportamentali. Uno di essi potrebbe essere quello di individuare le attività che ci si sente obbligati a svolgere in modo quasi compulsivo e pianificare dei cambiamenti in cui, gradualmente, si diminuisce la quantità di tempo dedicato ad esse. Un altro esercizio è quello della "sfida al perfezionismo" che consiste nel mettere in atto comportamenti che vanno nella direzione opposta a quella abituale (es.: gettare deliberatamente i vestiti nei cassetti in modo disordinato, non rifare volutamente il letto, studiare volutamente di meno).

Conclusioni

Alti livelli di perfezionismo sono stati dimostrati nei disturbi dell'alimentazione sia da ricerche caso-controllo sia da studi prospettici che hanno evidenziato la persistenza di questo tratto in seguito alla normalizzazione del peso corporeo. Il perfezionismo nei disturbi dell'alimentazione sembra avere un'origine multifattoriale (genetica, legata alle relazioni con i genitori e sociale) e sembra essere un importante fattore di rischio e di mantenimento dei disturbi dell'alimentazione. I meccanismi attraverso cui il perfezionismo aumenta il rischio di sviluppare i disturbi dell'alimentazione non sono noti, ma sembrano essere importanti i legami che esso assume con l'autostima, l'immagine corporea, la restrizione alimentare e la sintomatologia ossessiva. Infine, non abbiamo ancora studi che abbiano valutato se specifiche tecniche psicoterapeutiche o farmacologiche siano in grado di ridurre in modo persistente i livelli di perfezionismo nei soggetti con disturbi dell'alimentazione.

BIBLIOGRAFIA

- Bardone, A. M. (1999). *Perfectionism, self-efficacy, ego stressors, and dieting: A model of bulimic symptoms*. Manuscript in preparation.
- Bardone, A. M., Vhos, K. D., Abramson, L. Y, Heatherton, T. F. e Joiner, T. E. (2000). The confluence of perfectionism, body dissatisfaction, and low self-esteem predicts bulimic symptoms: Clinical implications. *Behavior Therapy*, vol 31 (2) : 265-280.
- Bastiani, A. M., Rao, R., Weltzin, T., & Kaye, W. H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 147-152.
- Bastiani A., Altemus M., Pigott T., Rubenstein C, Weltzin, T., Kaye, W. (1996). Comparison of obsessions e compulsions in patients with Anorexia Nervosa and Obsessive Compulsive Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 439-443.
- Blatt (1995). The destructiveness of perfectionism. *American Psychologist*, 50, 1003-1020.
- Brownell, K. D. (1991). Dieting and the search for the perfect body: where physiology and culture collide. *Behavior Therapy*, 22, 1-12.
- Burns (1993). The ten steps to self-esteem.
- Burns (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 34-57
- Davis, C., Kaptein, S., Kaplan, A., Olmsted, M. e Woodside, B. (1998). Obsessionality in anorexia nervosa: the moderating influence of exercise. *Psychosomatic Medicine* Mar-Apr. Vol 60 (2), 192-197.
- Fairburn, C. G. e Cooper, P. (1993). The Eating Disorder Examination. In C. G. Fairburn e G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 361-404). New York: Guilford Press.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. e Rosenblate, R. (1990). The dimension of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Frost, R. O., Lahart, C. M. e Rosemblate, R. (1991). The development of perfectionism: A study of daughters and their mothers. *Cognitive therapy and research*, 15, 469-489.
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I. E Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14, 119-126.
- Garfinkel, P. e Garner D. (1982): *Anorexia Nervosa: A multidimensional perspective*. Brunner Mazel: New York.
- Garner, D. Garner, M., Rosen, L. (1993). Anorexia nervosa "restricters" who purge: implications for subtyping anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 171-185.
- Halmi, K., Sunday, S., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, B., Fichter, M., Treasure, J. Berrettini, W. E Kaye, W. (2000). *American Journal of Psychiatry*, 157, 1799-1805.
- Hamacheck, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism, *Psychology*, 15, 27-33.

Hewitt, P. L. e Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social context: conceptualization, assessment, and association with psychopathology, *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.

Hewitt, P. L., Flett, G. L., Turnbull-Donovan, W. e Mikail, S. F. (1991). The Multidimensional Perfectionism Scale: Reliability, validity, and psychometric properties in psychiatric samples. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 464-468.

Hewitt, P. L., Flett, G. L. , Fairlie, P. (1994). Self-presentational style and maladjustment: Presenting the perfect self. Unpublished manuscript.

Hewitt, P., Flett, G. e Ediger, E. (1995) Perfectionistic self-presentation in eating disorders attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, vol 18 (4): 317-326.

Kaye, W. H., Gwirtsman, H. E., George, D. T. e Ebert, M. H. (1991). Altered serotonin activity in anorexia nervosa after long term weight restoration: Does elevated CSF 5-HIAA correlate with rigid and obsessive behavior? *Archives of Clinical Psychiatry*, 48, 556-562.

Rothenberg (1990). Adolescence and eating disorder: the obsessive compulsive syndrome. *Psychiatric Clinics of North America*, 13: 469-487.

Skinner, B. F. (1968). Contingencies of reinforcement: a theoretical analysis. New York: Appleton Century Crofts.

Strober, M. (1991). Disorders of self in anorexia nervosa: An organismic-developmental paradigm. In C. Johnson (Ed.), *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa* (pp. 354-373). New York: Guilford.

Terry-Short, L. A., Owens, R. G., Slade, P. D., Dewey, M. E.. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18, 663-668.

Vanderlinden, J. (2001). Come sopravvivere all'anoressia e alla bulimia: strategie per famiglie, amici e terapeuti. Casa ed. Positive Press