



Scuola di Specializzazione
in Psicoterapia
Cognitivo-Comportamentale

Elaborato finale di II anno

Rigidità cognitiva e ipercontrollo alimentare nella celiachia: una prospettiva cognitivo-comportamentale

Dott.ssa Pitronaci Michela

Sede Palermo - Anno Accademico 2025

Introduzione

Contesto

- Crescente interesse nella relazione tra processi cognitivi, comportamento alimentare e salute fisica nelle malattie autoimmuni croniche.
- La celiachia è un modello clinico chiave per la gestione alimentare rigorosa e permanente.
- Questa gestione può influenzare profondamente i processi cognitivi ed emotivi del paziente.

Cos'è la Celiachia?

- Malattia autoimmune cronica innescata dal glutine.
- Provoca una risposta immunitaria anomala e danno alla mucosa intestinale.
- Trattamento: Dieta rigorosamente priva di glutine (GFD) per tutta la vita.

Impatto psicologico

La GFD previene complicanze fisiche, ma implica un continuo monitoraggio alimentare e un costante timore di contaminazione, con significative ricadute psicologiche.

Dal controllo necessario all'ipercontrollo patologico

1

Vigilanza alimentare

Verifica costante delle etichette e separazione del cibo "sicuro" da quello "a rischio"

2

Ritualizzazione

I comportamenti assumono carattere ipercontrollante e ritualizzato

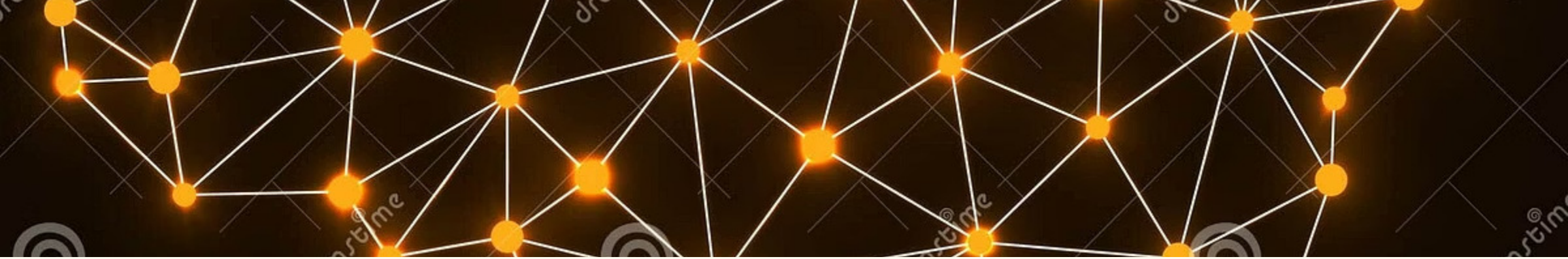
3

Evitamento sociale

Riduzione delle situazioni in cui non si può esercitare pieno controllo, graduale ritiro sociale

Nei pazienti celiaci, la paura di ingerire glutine può attivare schemi cognitivi di minaccia e ipercontrollo, generando rituali di verifica analoghi a quelli presenti nel DOC.





Modelli teorici di riferimento



Modello cognitivo di Salkovskis

Sovrastima della responsabilità e connessione tra azioni e danno temuto. L'idea che un piccolo errore può causare un danno grave: "se non controllo potrei stare male".

Questa credenza alimenta il controllo crescente.



Perfezionismo clinico di Shafran

Valutazione dell'autostima in base a standard irrealisticamente elevati. Nella dieta senza glutine, lo standard diventa zero errori.

Questo porta a colpa, autocritica e senso di fallimento quando avviene una contaminazione, anche involontaria.



Prospettiva metacognitiva di Wells

Ciò che mantiene la rigidità non è solo il contenuto dei pensieri ma le meta-credenze come: "Se non controllo, starò male" o "la mia mente deve essere sempre in allerta", queste alimentano ruminazione, anticipazione ansiosa e rigidità cognitiva.



Obiettivi della review

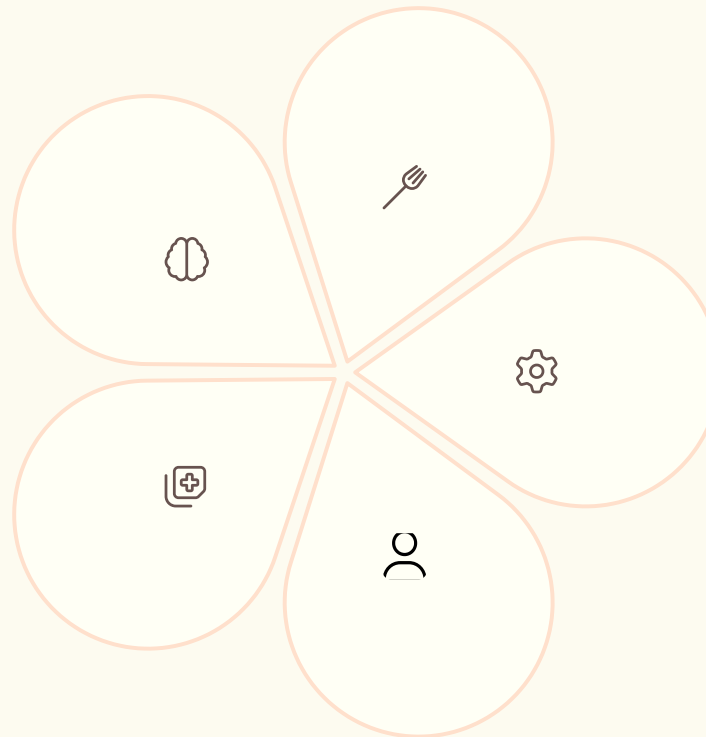
La presente review narrativa si propone di esplorare:

Tratti ossessivo-compulsivi

Esplorare la relazione con sovrastima della responsabilità, paura della contaminazione e ipercontrollo alimentare

Implicazioni cliniche

Individuare interventi CBT e CFT per ridurre il controllo eccessivo e promuovere flessibilità cognitiva



Analogie con DCA

Analizzare le somiglianze con disturbi alimentari restrittivi come ARFID e Ortoressia Nervosa

Meccanismi di mantenimento

Indagare meta-credenze disfunzionali, intolleranza all'incertezza e autocritica

Evidenze empiriche

Sintetizzare gli effetti psicologici sulla qualità della vita dei pazienti celiaci

Metodo

- PubMed
- PsycINFO
- ScienceDirect
- Google Scholar

Periodo

Aprile - Ottobre 2025

Pubblicazioni

dal 2008 al 2025





Selezione degli studi



Ricerca iniziale

55 articoli identificati attraverso le banche dati



Prima selezione

Lettura di titoli e abstract, esclusione studi biomedici



Valutazione finale

34 articoli esaminati integralmente per pertinenza teorica

La distribuzione temporale mostra una crescente attenzione scientifica dal 2015, con un picco negli ultimi cinque anni. La provenienza geografica è eterogenea: Europa (Italia, Regno Unito, Germania, Spagna), Stati Uniti, Australia e Turchia.

Criteri di inclusione

1

Popolazione di riferimento

Adulti o adolescenti con diagnosi clinica di celiachia, o campioni misti in cui la celiachia rappresentasse una delle condizioni studiate

3

Disegno di ricerca

Studi quantitativi, qualitativi, misti o interventistici pubblicati su riviste peer-reviewed

2

Tema principale

Presenza di tratti ossessivo-compulsivi, rigidità cognitiva, perfezionismo o pensieri alimentari disfunzionali associati alla gestione della dieta priva di glutine

4

Coerenza teorica

Riferimento ai modelli cognitivi del DOC, al perfezionismo clinico, al modello transdiagnostico dei DCA o alla teoria metacognitiva

Criteri di esclusione

→ Focus esclusivamente biomedico

Studi che affrontavano la celiachia solo dal punto di vista nutrizionale o gastroenterologico, senza riferimenti agli aspetti psicologici

→ Mancanza di peer-review

Articoli non sottoposti a revisione, testi divulgativi, abstract congressuali e tesi non pubblicate

→ Campioni non pertinenti

Soggetti con disturbi alimentari o disturbi ossessivi non associati alla celiachia

→ Duplicazioni

Lavori duplicati o già inclusi in altre rassegne senza nuove evidenze empiriche o teoriche

→ Scarsa aderenza teorica

Studi che trattavano il tema della dieta in modo puramente descrittivo, senza analisi dei processi psicologici sottostanti

Risultati

La review ha individuato una **significativa associazione** tra celiachia e presenza di tratti ossessivo-compulsivi, perfezionismo e rigidità alimentare. Oltre l'80% degli articoli concorda che la gestione della dieta priva di glutine può favorire pattern di ipercontrollo, evitamento e colpa.

Barberis et al. (2019)

La motivazione all'aderenza è accompagnata da comportamenti di evitamento e controllo nei contesti sociali. La percezione di non poter "controllare tutto" genera ansia anticipatoria.

Addolorato et al. (2008)

Maggiore prevalenza di fobia sociale e sintomi ossessivo-compulsivi nei celiaci rispetto ai controlli sani, suggerendo comorbidità con disturbi d'ansia.

Lee et al. (2021)

Correlazioni significative tra atteggiamenti alimentari maladattivi, perfezionismo e paura di contaminazione, elementi tipici del pensiero ossessivo.

Rose et al. (2023)

Studio qualitativo: presenza di rituali cognitivi legati alla sicurezza alimentare (controllo ripetuto di ingredienti ed etichette) e marcato senso di responsabilità personale.

Risultati

Goodliffe (2023) ha descritto la tendenza a sviluppare comportamenti simili all'ortoressia nervosa, dove la purezza del cibo diventa sinonimo di valore morale e autostima.

Moawad et al. (2024) confermano che la gestione della dieta senza glutine richiede un monitoraggio costante che può attivare schemi di pensiero ossessivo, soprattutto nei soggetti predisposti a tratti di controllo e intolleranza all'incertezza.

Harnett et al. e Bouery et al. (2024) è emersa una relazione inversa tra flessibilità cognitiva e benessere percepito: i soggetti con elevata rigidità alimentare riportano livelli più bassi di qualità di vita e maggiore distress psicologico.

Belpinar et al. (2023) hanno mostrato che bambini e adolescenti con celiachia presentano punteggi più elevati di ossessività, ansia e rigidità cognitiva rispetto ai coetanei sani, con correlazione tra perfezionismo e ridotta aderenza alla dieta.

Stroebele-Benschop et al. (2024) hanno osservato che la rigidità alimentare e la paura di contaminazione aumentano nei primi anni dopo la diagnosi, per poi stabilizzarsi, suggerendo un processo di cronicizzazione dell'ipercontrollo.

Pitt et al. (2024) hanno approfondito l'esperienza di colpa e vergogna nei pazienti che "falliscono" nel mantenimento della dieta evidenziando come la non conformità percepita diventi fonte di autocritica e di inadeguatezza.

Discussione

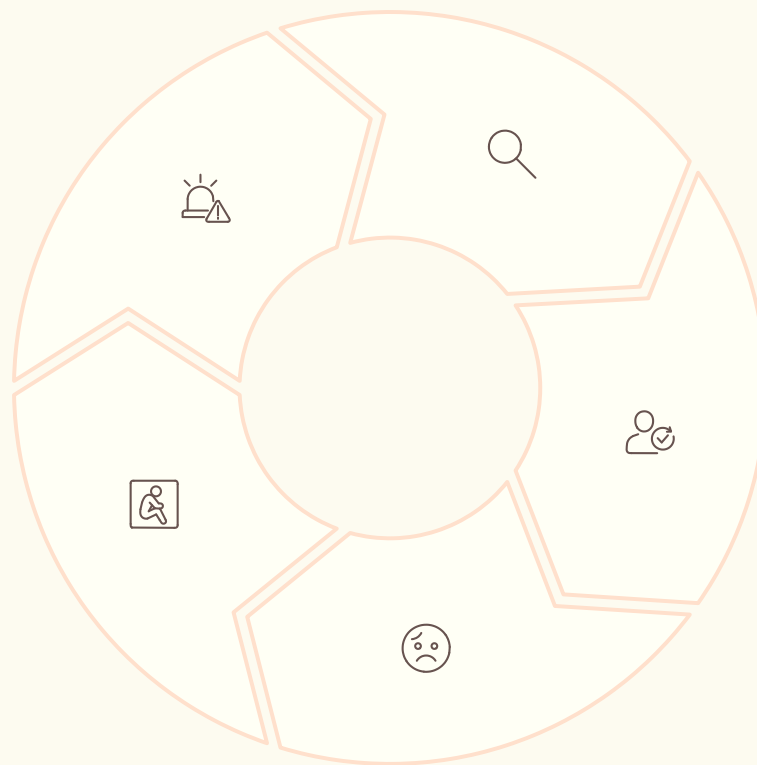
I risultati raccolti indicano che la celiachia può attivare:

Paura di contaminazione

Timore costante di ingerire glutine

Evitamento sociale

Riduzione della partecipazione sociale



Ipercontrollo

Monitoraggio ossessivo degli alimenti

Ritualizzazione

Comportamenti ripetitivi di verifica

Ansia e colpa

Sentimenti di inadeguatezza per errori

"Il monitoraggio costante degli alimenti, la paura di commettere errori e la necessità di garantire la 'purezza' della dieta rappresentano comportamenti funzionali alla salute fisica, ma potenzialmente disfunzionali sul piano psicologico."

Implicazioni cliniche

La letteratura indica due trattamenti particolarmente promettenti:

1

Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

Ristrutturazione cognitiva ed esposizione con prevenzione della risposta per sviluppare tolleranza all'incertezza e flessibilità cognitiva

2

Compassion Focused Therapy (CFT)

Riduzione dell'autocritica e promozione di autocompassione e accettazione del limite

Nel complesso, i risultati confermano che la celiachia deve essere considerata un'**esperienza biopsicosociale**, in cui corpo, mente e relazioni sociali interagiscono dinamicamente. Riconoscere e intervenire sui processi ossessivo-compulsivi consente di migliorare la qualità della vita e prevenire comorbidità psicopatologiche.

Principali limiti della review

Letteratura limitata

Numero esiguo di studi specifici sulla relazione tra celiachia e tratti ossessivo-compulsivi

Studi trasversali

Scarsa presenza di ricerche longitudinali e sperimentali per stabilire relazioni causali

Campioni non rappresentativi

Sbilanciamento verso sesso femminile e fasce adulte, minore attenzione agli adolescenti

Eterogeneità metodologica

Elevata variabilità in disegni di ricerca, strumenti e popolazioni, limitando la comparabilità

Controllo variabili

Assenza di controllo sistematico di ansia, depressione o disturbi alimentari preesistenti

Prospettive di ricerca futura



Chiarire le relazioni causali

I tratti ossessivi sono risposta adattiva o vulnerabilità preesistente?



Evoluzione temporale

Come si modificano i tratti nel tempo in funzione di aderenza e supporto psicologico?



Strumenti specifici

Sviluppare strumenti di valutazione per controllo e rigidità alimentare nella celiachia



Efficacia degli interventi

Valutare CBT, CFT e Mindfulness con protocolli strutturati e campioni controllati



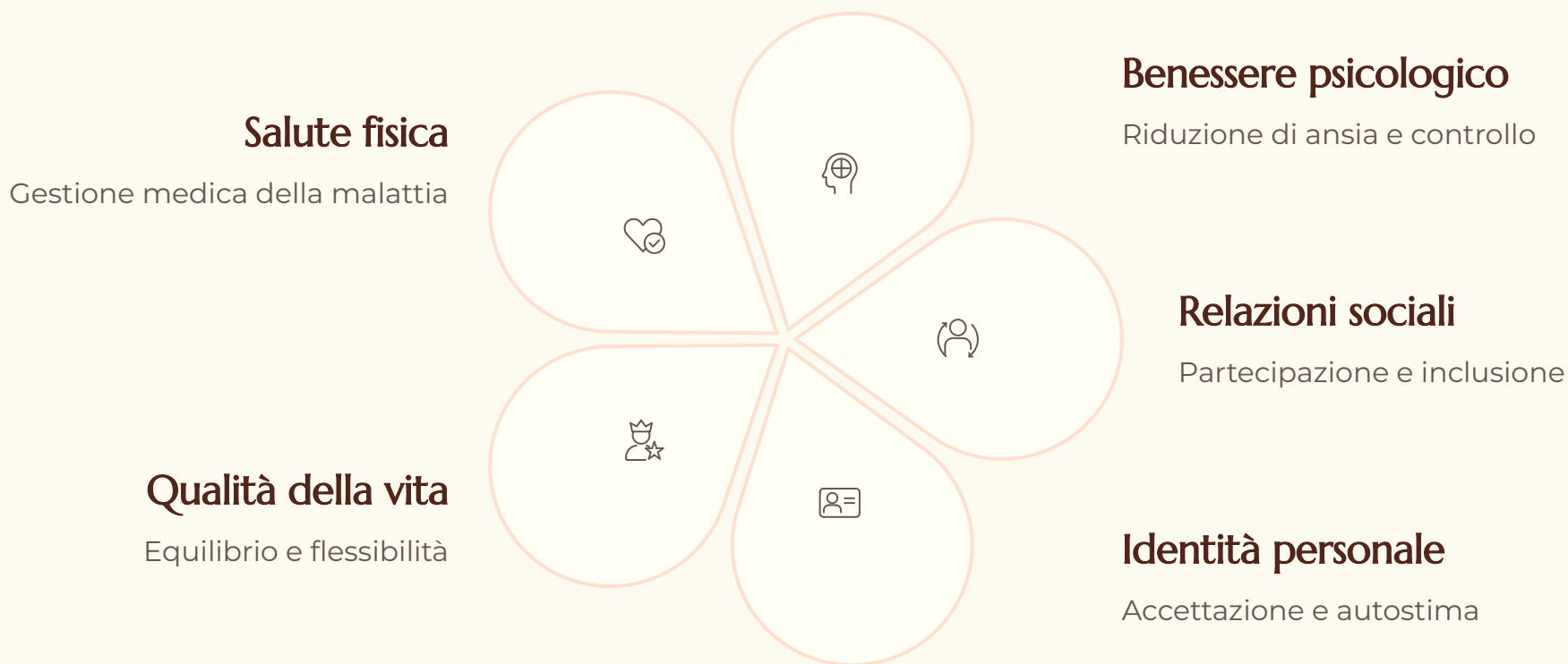
Focus sui giovani

Attenzione alle fasce giovanili dove controllo alimentare e identità interagiscono

Verso una visione integrata

La celiachia non è solo una condizione alimentare

È una **sfida esistenziale e relazionale**, in cui la mente e il corpo dialogano costantemente. Promuovere interventi capaci di ridurre la rigidità, accrescere l'autocompassione e favorire la flessibilità psicologica rappresenta una prospettiva di grande rilevanza clinica e umana.



"Fare la differenza nella vita di molte persone attraverso interventi che integrano corpo, mente e relazioni."



Conclusioni

Quello che emerge è un quadro articolato, in cui la necessità reale di protezione dal glutine interagisce con vulnerabilità cognitive che possono accentuare la rigidità, il controllo e la paura. Questo non significa patologizzare i pazienti celicaci, ma riconoscere che, per alcuni la malattia non è solo di sintomi fisici: è fatta di pensieri, anticipazioni, di incertezze e di un carico mentale che merita attenzione clinica.

Per questo motivo, comprendere la dimensione ossessiva e quella alimentare nella celiachia è fondamentale per offrire percorsi di supporto più completi, integrati e realmente efficaci.



Scuola di Specializzazione
in Psicoterapia
Cognitivo-Comportamentale

GRAZIE PER L' ATTENZIONE

Dott.ssa Pitronaci Michela

Sede Palermo - Anno accademico 2025