

LA CLINICA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: L'INTERVENTO PSICOLOGICO¹

ENRICO MOLINARI (*)

SUNTO. – I disturbi dell'alimentazione (DCA) rappresentano un campo di indagine e di intervento di notevole interesse per la psicologia. Si tratta di un ambito molto complesso nel quale risulta cruciale lavorare con il paziente tenendo conto di un quadro eziopatogenetico multifattoriale. Per chi fa ricerca e pratica clinica, le parole “sfida” e “immagine corporea” assumono un ruolo molto importante. Tra i DCA, viene qui presentata l'Anoressia Nervosa (AN) che è caratterizzata da una prevalenza compresa tra lo 0,28% e l'1%, un alto tasso di mortalità e la compresenza di una molteplicità di fattori genetici, neurobiologici e psicosociali correlati fra loro. Affrontando questi disturbi ci si deve porre una domanda fondamentale: quali sono gli obiettivi da raggiungere per ciascun individuo? Il trattamento dovrebbe essere orientato a intervenire su più fronti possibili al fine di aumentare le probabilità di successo e garantire un maggiore benessere psicofisico del paziente. Un lavoro di collaborazione tra nutrizionisti, medici, psicologi, psichiatri, gli stessi pazienti e le loro famiglie, può trasformare la cura in un'esperienza estetica, etica e politica. Il racconto della propria storia ricopre un momento essenziale in questa ottica, tenendo presente che il comportamento restrittivo tipico dell'AN sembra mirato all'evitamento delle emozioni spiacevoli e che il vero esperto del disturbo rimane il paziente stesso. Diventa quindi fondamentale entrare in una relazione di cura che promuove il cambiamento.

ABSTRACT. – Eating disorders represent a field of investigation and intervention of considerable interest for psychology. This is an extraordinarily complex area. When working with these patients, it is crucial to consider a multifactorial etiopathogenetic framework. As anyone who has ever worked with eating disorder will know, the words “challenge” and “body image” have a particularly important role, both in research and clinical practice. appearance. Of all other Eating Disorders, Anorexia Nervosa (AN) will be presented today. Its prevalence ranges between 0,28% and 1%, with a high mortal-

(*) Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, Istituto Auxologico Italiano-Milano, Italia. E-mail: enrico.molinari@unicatt.it

¹ Trascrizione dell'intervento rivista dall'autore.

ity rate and its onset is related to the presence of a multiplicity of genetic, neurobiological and psychosocial interrelated factors. One fundamental question is: what are the objectives to achieve for each specific individual who show AN symptoms? Treatment should be directed towards as many areas as possible in order to increase the chances of success and ensure the patient's greater psychophysical well-being. A collaborative work between nutritionists, physicians, psychologists, psychiatrists, patients themselves and their families, could turn the cure into an aesthetic, ethical and political experience. The narration of their own personal experiences is an essential moment in the treatment of patients with eating disorders. Keeping in mind that the restrictive eating behavior, which is typical in AN, seems aimed at avoiding unpleasant emotion and that the real expert of the disorder is always the patient himself, it is essential to build a relationship that promotes change.

Ringrazio il prof. Francesco Cavagnini e il Comitato Scientifico per l'invito. Vorrei portare oggi la mia esperienza di psicologo che, attraverso la cattedra di Psicologia Clinica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, in convenzione con l'Istituto Auxologico Italiano, ha potuto curare e studiare, per oltre trenta anni, i disturbi dell'alimentazione.

Due parole ricorrenti, ben conosciute da chi fa ricerca e pratica clinica in questo ambito, sono "sfida" e "immagine corporea". I pazienti con Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) sono persone che inconsapevolmente o, in alcuni casi anche consciamente, "sfidano" la vita non volendo mangiare *e vivere*, come diceva il prof. Andreoli, *come angeli, che non hanno bisogno del cibo*. D'altro canto, all'estremo opposto, anche il paziente obeso in qualche modo "sfida" la vita mangiando più del dovuto e riducendo l'attività motoria, nella speranza, illusoria, di non aumentare di peso.

Per quanto riguarda l'immagine corporea, in sintesi, si può parlare di un fenomeno dispercettivo: da quanto emerso da diverse ricerche i pazienti anoressici si percepiscono di dimensioni maggiori rispetto al reale, mentre i pazienti obesi tendono a percepirsi di dimensioni inferiori rispetto al loro corpo oggettivo (Molinari-Riva, 2004).

È possibile comprendere, già da questi brevi cenni, come i disturbi dell'alimentazione rappresentino un campo di indagine e di intervento di notevole interesse per la psicologia. Si tratta di disturbi collegabili "all'azione del mangiare e del nutrirsi". Un atto, quindi, con implicazioni "caloriche" e "simboliche" che riguarda l'unità mente-corpo nella sua totalità, intesa come mezzo di relazione, di espressione e di comunicazione; sono disturbi che interessano la medicina, la psicologia e anche la società civile (Molinari, 2012).

L'anoressia nervosa (AN) fu "scoperta" nel 1873. Il fenomeno era naturalmente conosciuto da molto tempo, ma la definizione clinica che fece entrare questa malattia nella letteratura medica moderna si deve, in una singolare sincronia, a due medici: l'inglese William Gull e il francese Charles Lasègue (Lasègue-Gull, 1998). Da premesse differenti e con conclusioni non del tutto coincidenti, i due giunsero a "inventare" un nome per un fenomeno che, nella pratica clinica, appariva non rientrare nei modelli conosciuti.

Può essere interessante una citazione di carattere esperienziale presa dal libro, in parte autobiografico, "Petite" (Brisac, 1994); l'autrice scrive sulla vicenda anoressica: "Non avrò mai più fame, mi disse; erano le sette di sera e avevo una fame terribile. Sul carrello della cucina c'era una torta di noci con la glassa di cioccolato. Le dissi addio per sempre. Avevo 13 anni, avevo smesso di crescere, mi ero detta che non sarei più cresciuta e che avrei mangiato soltanto l'indispensabile per sopravvivere". Da queste parole emerge tutta la disperazione della malattia.

Un importante contributo nello studio di queste patologie è dato da Mara Selvini Palazzoli (Selvini Palazzoli, 1963); neuropsichiatra e psicoterapeuta, pioniera nello studio dell'anoressia mentale. Selvini Palazzoli trattò le pazienti individualmente per diciassette anni e proseguì, nei successivi trent'anni, con il coinvolgimento dei familiari. I suoi libri, pubblicati e tradotti in tutto il mondo, sono un riferimento per tutti coloro che si occupano del problema (Selvini Palazzoli, 1977, 1988; Selvini Palazzoli *et al.*, 1975; Selvini Palazzoli *et al.*, 1998).

Un altro trattato importante è il celebre "Patologia del comportamento alimentare" di Hilde Bruch (Bruch, 1973), con il quale si possono confrontare tutti coloro, specialmente i giovani, che vogliono lavorare in questo ambito. Bruch, psichiatra statunitense di origine tedesca, docente di psichiatria al Naylor College of Medicine di Houston, è nota soprattutto per i suoi studi sull'obesità e sui disordini alimentari basati su diversi decenni di osservazione e cura di soggetti affetti da disordini alimentari. Già durante l'ultima guerra mondiale comincia a curare i bambini obesi e le ragazze anoressiche e da qui nasce la sua esperienza, fondamentale per la formazione di molti futuri esperti.

Tra i contributi recenti, e a mio avviso più promettenti, si può citare l'attività clinica e di ricerca di Valeria Ugazio che è esposta nel suo libro "Storie permesse e storie proibite. Polarità semantiche familiari e psicopatologie" (Ugazio, 1998). Si tratta di una interpretazione molto originale dei disturbi alimentari che vengono inquadrati, seguen-

do in parte il filone di Maria Selvini Palazzoli, in una prospettiva familiare, ma anche linguistica, risalendo ai linguaggi e alle semantiche utilizzate all'interno delle famiglie fino alla genesi della psicopatologia.

Il disturbo alimentare dell'anoressia nervosa ha una prevalenza variabile, generalmente tra lo 0,28 e l'1% della popolazione, con un'incidenza maggiore nei Paesi Occidentali rispetto a quelli Orientali, anche se è possibile rintracciare un aumento generale del disturbo dal 1990 ad oggi al di là del contesto specifico di provenienza (Qian *et al.*, 2013). Vi sono interessanti ricerche che mostrano l'incremento dell'anoressia mentale, quindi delle magrezze patologiche, nei Paesi in via di sviluppo con l'arrivo dei media (Becker *et al.*, 2011; Terhoeven *et al.*, 2020). Più che incitare direttamente alla magrezza, è verosimile che le "modelle" diventino un "modello implicito" di riferimento per le giovani donne. Anche in Paesi che avevano sofferto la fame o la malnutrizione fino ad un decennio prima, il "modello-modello" può portare a comportamenti anoressici.

Il 90% di soggetti è di sesso femminile (De Vos, *et al.*, 2014; Jaite *et al.*, 2013; Solmi, 2015).

Un altro lato tragico di questa malattia è la mortalità. Tra gli altri disturbi alimentari, è proprio l'anoressia nervosa la patologia che presenta gli indici di mortalità più elevati (5,1% dei soggetti ogni 10 anni). Una meta-analisi condotta da Arcelus *et al.* (2011) su 35 studi pubblicati ha evidenziato che su 12.808 soggetti 639 hanno perso la vita (5,1% dei soggetti ogni 10 anni), dei quali 1/5 ha commesso suicidio (Arcelus *et al.*, 2011).

L'eziologia di questo disturbo è ancora oggi poco chiara: è molto probabilmente legata alla compresenza di una molteplicità di fattori genetici, neurobiologici e psicosociali interrelati fra loro (De Vos *et al.*, 2014) (Fig. 1). È stata evidenziata una recente correlazione tra le varianti genetiche nel locus ADIPOQ e i livelli di produzione di adiponectina legata al comportamento restrittivo e alla diminuzione di BMI (Rohde *et al.*, 2015). Al contrario dei soggetti affetti da bulimia nervosa (BN), non sembra invece che le varianti genetiche nel locus NEGR1 siano in grado di influenzare tratti di personalità di soggetti con AN (Gamero-Villaroel *et al.*, 2014).

Molti studi hanno evidenziato alterazioni nella trasmissione di serotonina, queste potrebbero mediare indirettamente nella comparsa di AN a partire da alcuni tratti di personalità che sono prevalenti in pazienti con disturbo alimentare (Rikani *et al.*, 2013).

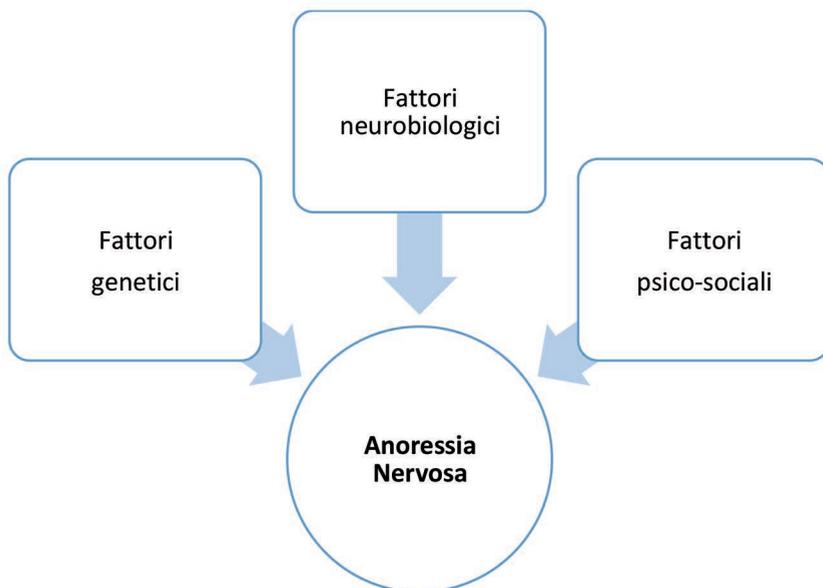


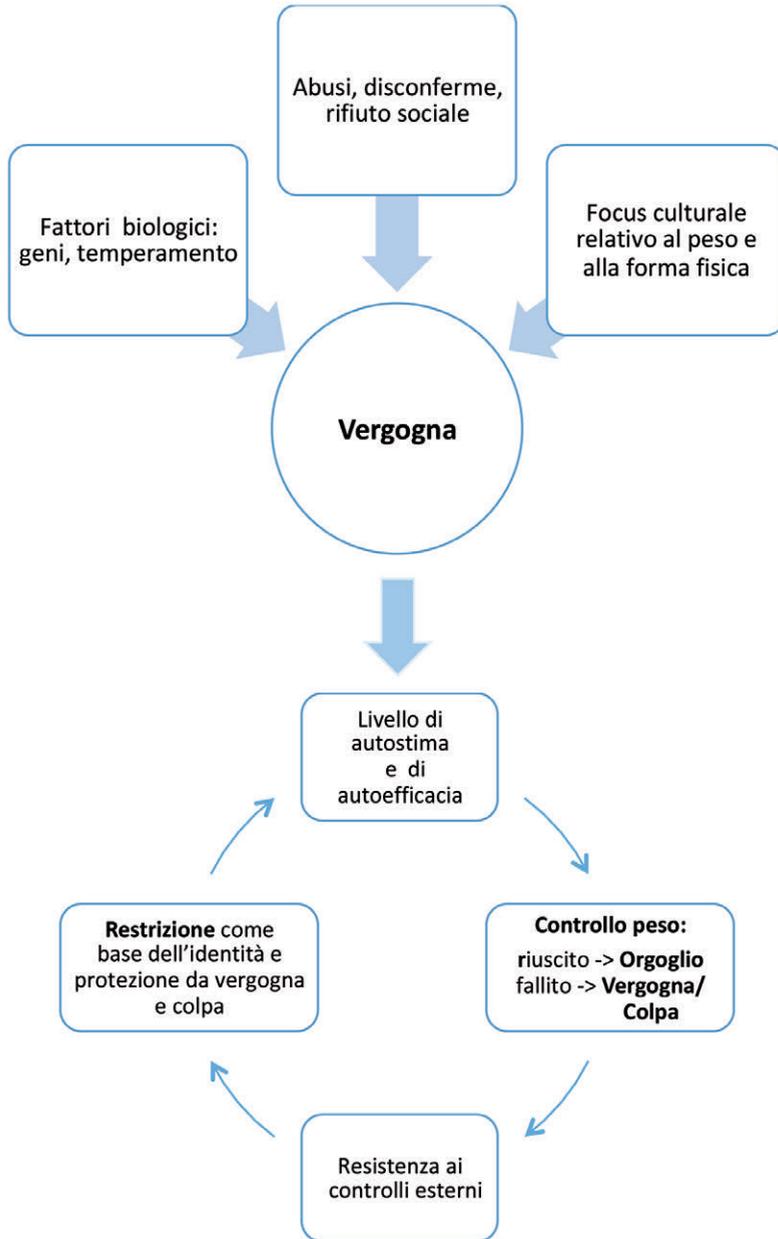
Fig. 1.

Una recente meta-analisi (Solmi *et al.*, 2015) ha evidenziato che i pazienti con AN, pur presentando un BMI contenuto, hanno solitamente un aumento dei livelli di infiammazione elevati e citochine proinfiammatorie. Questi fattori neurobiologici potrebbero essere correlati alla presenza di sintomatologie ansiose, depressive e alla difficile gestione di alcune esperienze emotive spiacevoli quali il senso di colpa, o la vergogna (Solmi *et al.*, 2015) (Fig. 2).

Sembra inoltre presente una relazione tra AN e difficoltà nella gestione di emozioni spiacevoli (Lombardo *et al.*, 2014), in particolare si riscontrano maggiori livelli di soppressione emotiva e minori livelli di ristrutturazione cognitiva rispetto alla popolazione generale.

Il comportamento restrittivo tipico dell'AN sembra mirato all'evitamento dell'emozione spiacevole, precedendo quest'ultima prima della sua comparsa (Waller, Corstorphine & Mountford, 2007).

In tal senso i soggetti con AN tendono a presentare minori livelli di impulsività e maggiori capacità rispetto ai pazienti con Bulimia Nervosa (BN) o Binge Eating Disorder (BED). Questi ultimi, infatti, ricorrono alla condotta abbuffatoria non tanto per evitare, ma per eliminare un'emozione spiacevole già percepita (Fischer, Smith & Cyders, 2008).

*Fig. 2.*

In generale i DCA sono caratterizzati da una elevata comorbidità con altri sintomi psichici quali depressione, ansia, perfezionismo e tratti ossessivo-compulsivi (De Vos *et al.*, 2014).

I pazienti con AN presentano maggiori livelli di inferiorità sociale percepita in termini di giudizi critici da parte degli altri, autovalutazione negativa, confronti sociali sfavorevoli ed elevata predisposizione alla vergogna (Cavalera *et al.*, 2017; Doran & Lewis, 2011; Nazali *et al.*, 2014; Pietrabissa *et al.*, 2018). Tale vulnerabilità sembra avere ricadute anche sulle prestazioni cognitive e sulla memoria di lavoro a fronte di stimoli che attivano colpa e vergogna (Cavalera & Pepe, 2014).

È emerso inoltre un legame tra anoressia nervosa e difficoltà di gestione delle emozioni autoconsapevoli negative, quali colpa e vergogna, maggiormente attivate dal confronto sociale. Diverse sono le ricerche che hanno affrontato questo legame. In particolare, da un recente studio che ha indagato il senso di colpa e di vergogna è emerso che queste emozioni, malgrado l'ostentata sicurezza, siano più elevate nelle anoressiche e che vadano ad alterare e a menomare le capacità, le prestazioni cognitive e di memoria (Cavalera *et al.*, 2018).

I dati recenti rilevano come sia cruciale lavorare con il paziente tenendo conto di un quadro eziopatogenetico complesso (De Vos *et al.*, 2014). Oltre a prendere in considerazione l'aspetto genetico e neurobiologico, è necessario lavorare sulle variabili psicologiche, sugli aspetti emotivi e sul contesto familiare-sociale (Abbate *et al.*, 2011; Lombardo *et al.*, 2014; Fox & Power, 2009).

Il Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists ha indicato alcune linee guida pratiche per il trattamento dei problemi alimentari (Hay, Chinn, Forbes, *et al.* 2014), raccomandando, ove possibile, il trattamento delle pazienti AN in regime ambulatoriale, o diurno (day hospital), con ricovero ospedaliero solo per le pazienti a rischio di grave compromissione del quadro biomedico e psicologico.

La terapia psicologica viene considerata essenziale e viene suggerito un approccio multi-assiale e collaborativo, che prenda in considerazione gli aspetti nutrizionali, medici e psicologici, con il coinvolgimento della famiglia, ove possibile. È emersa una modesta evidenza che le terapie a base familiare (FBT) siano effettive per le giovani (fino ai 18 anni) che vivono in famiglia. Vengono consigliati approcci che includano follow-up a lungo termine e raccomanda, con pazienti BN e BED, una terapia psicologica individuale. Tra le diverse possibilità viene indicata la terapia cognitivo comportamentale terapeutica (CBT) come

quella con la migliore evidenza. Infine viene indicato un uso cauto di ansiolitici e antidepressivi.

La domanda che ci si deve porre affrontando queste patologie è quali siano gli obiettivi del trattamento e come si possano curare questi pazienti. L'obiettivo è arrivare a un normale Body Mass Index (BMI), un peso accettabile per la vita, quindi in alcuni casi si può anche arrivare *a mali estremi, estremi rimedi*, con trattamenti sanitari altamente specializzati e salvavita, i quali consentono di ridurre i rischi di mortalità e tutte le complicanze fisiche. Non è una cura che può essere trovata da uno psicologo, o da uno psichiatra in solitaria; un ruolo importante spetta anche ai nutrizionisti, che devono introdurre per i pazienti una nuova modalità di alimentarsi e un nuovo piano alimentare. Spetta a psicologi, psichiatri e psicoterapeuti, ricostruire la storia dell'identità, riferendosi alle relazioni, in particolare a quelle familiari.

Gli obiettivi del trattamento riguardano solitamente (Bruch, 1973; Guidano, 1991; Hudson *et al.*, 2007; Selvini, 1988; Ugazio, 1998) il ripristino di un BMI normopeso, la riduzione dei rischi di mortalità, o di gravi complicazioni fisiche, l'introduzione e il mantenimento di un nuovo piano alimentare, la ricostruzione e risignificazione della storia familiare, il miglioramento dell'autostima e della percezione dell'immagine corporea.

Il trattamento dovrebbe essere orientato a intervenire su più fronti possibili al fine di aumentare le probabilità di successo e garantire un maggiore benessere psicofisico del paziente.

Per le anoressiche andrebbero prese in considerazione anche le precedenti tre generazioni; probabilmente si vedrebbero già coinvolte le nonne e i genitori, secondo un approccio sistemico e trigerazionale (Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 2003).

Un aspetto importante dal punto di vista psicologico che va considerato è quello dell'autostima e della percezione dell'immagine corporea, per cui può essere utile l'arte-terapia, lavorando sulle capacità residue e dimostrando a queste persone che sanno fare qualcosa: nell'arte-terapia si produce qualcosa che si vede, qualcosa di tangibile.

Riporto il racconto di una donna di 34 anni, ex anoressica: "Così ho completato i miei studi in modo brillante, ho trovato la mia strada professionale, un lavoro in cui sono stimata e rispettata; so relazionarmi bene con gli altri e gli estranei non mi fanno più paura. Ho amato molto e anche questo mi sembrava impossibile un tempo; sono stata a mia

volta riamata e adesso ho deciso di avere un figlio e per me questa è l'ultima conquista. Dentro di me, il lavoro iniziato con la psicoterapia non è ancora finito e non finirà mai. Non sono ancora la persona che vorrei e non lo sarò mai: questo però non mi dà più di tanto cruccio. Sfrutto questa mia latente insoddisfazione per raggiungere nel più breve tempo possibile i traguardi che reputo utili per la mia carriera e per la mia vita personale. Questo ha contribuito a creare attorno a me la fama di una persona determinata; in effetti è solo un trucco: lo faccio per sentirmi meglio e qualche volta sembra ancora che si affacci alla mia mente quel grande baratro dal quale vengo e ho il timore che prima o poi qualcosa di terribile e tremendo possa gettarmi ancora nel buio profondo. Ripenso allora alle parole del mio terapeuta: nulla di quanto hai costruito dentro di te si distruggerà. Molte mattine mi rialzo per far parte di questo mondo di rumori con l'ansia di non riuscire a fare tutto ciò che devo fare. Cerco di ricordarmi da dove sono partita e tutto il percorso che sin qui ho fatto”.

È stato un trattamento andato a buon fine, condotto in collaborazione con il nutrizionista, il medico e lo psicoterapeuta: gli esiti positivi oltre che al paziente, fanno bene anche ai curanti!

Considerando un quadro eziopatogenetico così complesso e articolato il lavoro in team assume grande rilevanza. Il trattamento dovrebbe essere orientato a cercare di intervenire su più fronti per aumentare la possibilità di migliorare il benessere psicofisico; *se non la guarigione, almeno la cura.*

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Da ultimo, considerando anche il luogo nel quale ci troviamo, Palazzo Brera, ho pensato di riportare alcune considerazioni sulla psicoterapia, che ho più volte indicato come trattamento elettivo nelle Patologie del Comportamento Alimentare. Mi servirò di un quadro di Francesco Hayez. L'artista, veneziano di nascita, ma milanese d'adozione, che ha vissuto qui a Milano e ha dipinto e insegnato all'Accademia fino a 88 anni.

Nel quadro viene raccontata la scena di Ulisse alla corte dei Feaci (*Fig. 3*). La storia la sapete tutti, è una storia molto bella, che oltretutto ha delle cose da insegnare anche quest'anno a Milano Expo Alimentazione.



Fig. 3. *Ulisse alla corte di Alcino re dei Feaci* – Francesco Hayez.

Le storie hanno un ruolo fondamentale nella conoscenza umana e consentono di approdare alla consapevolezza di dimensioni della vita che non potevano essere comprese prima dell'ascolto della narrazione. Questo aspetto è raccontato molto bene da Omero nell'*Odissea*. Alla corte dei Feaci, un aedo cieco, canta le gesta degli eroi; racconta della guerra di Troia, narra di Ulisse e delle sue imprese durante un banchetto. L'eroe, presente alla corte in incognito, sentendo questo racconto, la narrazione della sua storia, fatta da un altro, con altre parole, ne resta turbato e nascondendo il volto dietro il mantello purpureo, comincia a piangere. Attraverso il racconto Ulisse acquisisce la consapevolezza di sé, il significato della sua storia e riscopre la sua identità. Di fronte al pianto dell'eroe, il re dei Feaci chiede all'ospite di rivelarsi. L'eroe si disvela e può dire: "sono Ulisse figlio di Laerte re di Itaca". Ulisse verrà poi riportato dai Feaci a Itaca: simbolo della ritrovata consapevolezza, della propria strada.

La scoperta della propria identità passa anche attraverso il racconto congiunto e condiviso della propria storia di vita. Questa è l'esperienza che spesso viviamo con i nostri pazienti. Forse la clinica psicologica può essere considerata una scienza debole, dove può essere diffici-

le trovare delle oggettivazioni al di là dei risultati (spesso sorprendentemente e misteriosamente felici!) frutto della relazione tra quel paziente e quel terapeuta. Credo che i risultati siano anche il frutto del nostro restare umili e aperti al paziente che soffre, senza pretendere di saperne più di lui, che è il vero esperto del suo malessere e del suo disturbo.

Se dovessi sintetizzare in poche parole cosa si faccia nella psicoterapia direi che sostanzialmente c'è un ascolto e un lavoro con delle storie, con delle biografie, con delle narrazioni, con delle esperienze emozionali.

Nella vita tutti noi abbiamo delle storie che ci raccontiamo che ci fanno stare bene e delle storie che ci fanno stare male; ci sono anche delle storie così drammatiche per le quali ci vogliono magari mesi, qualche volta anni perché il paziente riesca a condividerle nell'ambiente protetto che è il contesto della psicoterapia. Quindi, il lavoro del terapeuta è quello di una riscrittura di un copione, di una risignificazione di una storia.

Il lavoro clinico degli psicologi è difficile perché quello che noi chiamiamo malattia, psicopatologia, disturbo, o disfunzione, in realtà, per il paziente, soggettivamente, non è altro che un adattamento al mondo, ciò che noi chiamiamo "psicopatologia" per il paziente è una "soluzione". Una soluzione che è disfunzionale, che può portare addirittura alla morte. Ecco allora che diventa così importante entrare in una relazione che cambia, che fa evolvere verso una maggior consapevolezza e verso una maggior salute psicofisica.

L'esperienza di collaborazione con i nutrizionisti, i medici, gli stessi pazienti, che ci insegnano moltissime cose, è fondamentale, così la cura diventa un'esperienza *estetica*, *etica* e *politica*, capace di ricomporre in unità ciò che era separato.

Estetica perché è il bello che ci cambia: quando le cose vanno bene, abbiamo fatto una bella visita, o una bella seduta non diciamo che abbiamo applicato il giusto protocollo, diciamo che abbiamo fatto una bella cosa: si potrebbe dire che il bello è trasformativo.

È una esperienza *etica* perché la condivisione della sofferenza, delle difficoltà, in alcuni casi drammatiche, di una persona, di una coppia, di una famiglia ci pone nella dimensione della responsabilità, del rispetto.

È una esperienza *politica* perché restituiamo alla *polis* una persona che è stata curata, qualche volta guarita, che comunque ha aumentato il proprio benessere.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Abbate Daga G., Quaranta M., Notaro G., Urani C., Amianto F., Fassino S., (2011). Terapia familiare e disturbi del comportamento alimentare nelle giovani pazienti: stato dell'arte. *Giornale Italiano di Psicopatologia* 17, 40-47.
2. Arcelus J., Mitchell A.J., Wales J., Nielsen S., (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. *Archives of General Psychiatry*, 68, 724-731.
3. Becker, A. E., Fay, K. E., Agnew-Blais, J., Khan, A. N., Striegel-Moore, R. H., & Gilman, S. E., (2011). Social network media exposure and adolescent eating pathology in Fiji. *The British Journal of Psychiatry*, 198(1), 43-50.
4. Brisac G., (1994) *Petite*. Paris: Points.
5. Bruch H., (1973). *Eating Disorders: Obesity and Anorexia and the Person Within*. New York: Basic Books.
6. Cavallera, C., Pagnini, F., Zurloni, V., Piazzini, D. B., Realdon, O., Castelnuovo, G., ... & Molinari, E., (2017). Erratum to: Shame proneness and eating disorders: a comparison between clinical and non-clinical samples. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*,(2016), 21, 4,(701-707), 10.1007/s40519-016-0328-y.
7. Cavallera C., Pepe A., (2014). Social emotions and cognition: shame, guilt and working memory, *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 112, 457-464.
8. Cavallera, C., Pepe, A., Zurloni, V., Diana, B., Realdon, O., Todisco, P., ... & Pagnini, F., (2018). Negative social emotions and cognition: Shame, guilt and working memory impairments. *Acta psychologica*, 188, 9-15.
9. De Vos J., Houtzager L., Katsaragaki G., Van de Berg E., Cuijpers P., Dekker J., (2014). Meta analysis on the efficacy of pharmacotherapy versus placebo on anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorder*, 2-27.
10. Doran J., Lewis C.A., (2012). Components of shame and eating disturbance among clinical and non-clinical populations. *European Eating Disorders Review* 20, 265-270.
11. Fischer S., Smith G.T., Cyders M.A., (2008). Another look at impulsivity: a meta-analytic review comparing specific dispositions to rash action in their relationship to bulimic symptoms. *Clinical Psychology Review*, 14, 13-25.
12. Fox J.R.E., Power M.J., (2009). Eating disorder and multi-level models of emotion: an integrated model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2009, 16, 240-267.
13. Gamero-Villaroel C., González LM, Gordillo JA, García-Herràiz A., Flores I, Rodríguez-López R, Gervasini G., (2014). Impact of NEGR1 genetic variability on psychological traits of patients with eating disorders. *The Pharmacogenomics journal*, doi:10.1038/tpj.2014.53.
14. Goss, K., & Gilbert, P., (2002). Eating disorders, shame and pride: A cognitive-behavioral functional analysis. In P. Gilbert, & J. Miles (Eds), *Body shame: Conceptualisation, research and treatment* (pp. 219-256). Brunner-Routledge: Taylor & Francis Group. Hove and New York.
15. Guidano V. F., (1991). *The Self in Process*. New York: Guilford Press.

16. Hay P, Chinn D, Forbes D, et al., (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry*; 48(11):977–1008
17. Hudson J.I., Hiripi E., Pope H.G. Jr, Kessler R.C., (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry* 61, 348-358.
18. Jaite C., Hoffmann F., Glaeske G., Bachmann C.J., (2013). Prevalence, comorbidities and outpatient treatment of anorexia and bulimia nervosa in German children and adolescents. *Eating and weight disorders*, 18, 157-165.
19. Lasègue E. C. – Gull W. W., (1998). *La scoperta dell'anoressia*. Bruno Mondadori.
20. Lombardo C., David M., Moreschini A., Battagliese G., Maccioli L., Pierotti A., Stella A. (2013). Risposte emozionali e regolazione delle emozioni nei Disturbi dell’Alimentazione, *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 19, 191-207.
21. Molinari E., (2012). *Clinica psicologica dell’obesità. Esperienze clinica e di ricerca*. Springer.
22. Molinari E., Cavaleri A., (2015). *Il dono nel tempo della crisi. Per una psicologia del riconoscimento*. Cortina Raffaello
23. Molinari E., Riva G., (2004). *Psicologia clinica dell’obesità. Ricerche e interventi*. Bollati Boringhieri.
24. Nazali H.P.C., Corfield F., Cardi V., Ambwani S., Leppanen J., Olabintan O., Deriziotis S., Hadjimchalis A., Scognamiglio P., Eshkevari E., Micali N., Treasure J., (2014). A systematic review and meta-analysis of «Systems for Social Processes» in eating disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 45, 55-92.
25. Palazzoli, M. S., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G., (2003). *Paradosso e controparadosso*. Raffaello Cortina.
26. Pietrabissa, G., Varallo, G., Cavaleri, C., Manzoni, G. M., Cattivelli, R., Rossi, A., ... & Castelnovo, G., (2018). *Studies on Body Shame in Eating and Weight Disorders*. In *Body Image, Eating, and Weight* (pp. 369-379). Springer, Cham.
27. Qian J., Hu Q., Wan Y, Li T., Wu M., Ren Z., Yu D., (2013). Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 25, 212-223.
28. Rikani A.A., Choudry Z., Choudry A.M., Ikram H., Asghar M.W., Kajaal D., Waheed A., Mobassarah N.J., (2013). A critique of the literature on etiology of eating disorders, *Annals of Neuroscience*, 20, 157-161.
29. Rohde K., Keller M, Horstmann A, Liu X., Eichmann F., Stumvoll M., Villringer A., Kovacs P, Tonjes A., Bottcher Y., (2015). Role of genetic variants in ADIPOQ in human eating behavior, *Genes & Nutrition*, 10, 449.
30. Selvini Palazzoli M., (1963). *L'anoressia mentale*. Milano: Feltrinelli.
31. Selvini Palazzoli, M. (1977). La famiglia anoressica e la famiglia schizofrenica: uno studio transazionale. *Terapia Familiare*, 1, 29-41.
32. Selvini Palazzoli M., (1988). The anorectic process in the family: a six stage model as a guide for individual therapy. *Family Process* 27, 129–14810.
33. Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1975). *Paradosso e controparadosso*. Milano: Feltrinelli.

34. Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A. M. (1998). *Ragazze anoressiche e bulimiche*. Milano: Cortina.
35. Solmi M., Veronese N., Favaro A., Santonastaso P., Manzato E., Sergi G., Correll C.U., (2015). Inflammatory cytokines and anorexia nervosa: A meta-analysis of cross-sectional and longitudinal studies. *Psychoneuroendocrinology*, 51, 237-252.
36. Terhoeven, V., Nikendei, C., Bärnighausen, T., Bountogo, M., Friederich, H. C., Ouermi, L., ... & Harling, G., (2020). Eating disorders, body image and media exposure among adolescent girls in rural Burkina Faso. *Tropical Medicine & International Health*, 25(1), 132-141.
37. Ugazio V., (1998). *Storie Permesse Storie Proibite. Polarità Semantiche Familiari e Psicopatologie*. Torino: Bollati Boringhieri.
38. Waller G., Corstorphine E. & Mountford V., (2007). The role of emotional abuse in the eating disorders: implications for treatment. *Eating Disorders* 15, 317-331.