

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: un'epidemia sociale sempre al centro dell'interesse clinico

di Paola De Cesare psicologa psicoterapeuta équipe CIAIPE

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) un tempo rari e poco conosciuti, dagli anni '70 in poi si sono diffusi in modo preoccupante nella nostra epoca, tanto da assumere negli ultimi decenni un rilievo clinico e sociale di dimensioni allarmanti.

La gravità dei quadri clinici, la prevalenza nella popolazione giovanile, l'inevitabile e spesso drammatico coinvolgimento familiare hanno contribuito a produrre non solo un interesse medico, ma anche una notevole risonanza sociale e mediatica.

Anoressia e bulimia sono considerate tra le prime cause di morte per malattia tra le ragazze, soprattutto tra i 12 e i 25 anni. Tra le giovani donne la prevalenza della bulimia (1%) è maggiore rispetto a quella dell'anoressia (0,3-0,5%)¹ ma, nonostante ciò, tale disturbo è spesso meno conosciuto di quello anoressico, probabilmente perché la sua manifestazione è più nascosta e silente. Le pazienti bulimiche infatti, al contrario di quelle anoressiche, possono mantenere un peso normale e tendono a tenere nascosto il problema, attuando le loro condotte patologiche lontano dagli occhi degli altri. Caratteristiche queste, però, che non rendono l'esito del disturbo meno drammatico dell'anoressia: sono frequenti, infatti, il rischio di cronicizzazione, le complicanze mediche e quelle psichiatriche; la mortalità per suicidio o per complicanze somatiche conseguenti alla malnutrizione è del 10% a dieci anni dall'esordio e del 20% a vent'anni. La bulimia nervosa e l'anoressia possono essere considerate, dunque, una vera e propria epidemia sociale dei nostri tempi e meritano attenzione e approfondimento.

Dalla nosografia alla clinica

Nella principale classificazione psichiatrica internazionale (DSM-V), la sezione dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione comprende tre quadri clinici con esordio prevalentemente infantile (Pica, Disturbo da ruminazione, Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo) e i quadri clinici di interesse in questa trattazione: l'*Anoressia nervosa* (AN), la *Bulimia nervosa* (BN) e il Disturbo da binge-eating (BED)¹.

Nel dibattito tra ricercatori e clinici due temi vertono sulla revisione critica della nosografia dei DCA.

¹ Si aggiungono i *Disturbi della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione o senza specificazione*, quadri clinici che non presentano tutti i sintomi necessari per la diagnosi di una suddetta sindrome specifica. L'obesità non rientra nei disturbi del comportamento alimentare, anche se recentemente si è notato avere un forte legame con il Binge Eating Disorders

- Una delle questioni principali riguarda la loro continuità diagnostica: è davvero possibile considerarli separati secondo un principio categoriale o devono essere considerati in maniera trans-nosografica?

Nell'anorexia, accanto al rifiuto del cibo e al calo di peso, possono manifestarsi anche episodi di abbuffate, tipiche della bulimia. A loro volta, i soggetti con diagnosi di bulimia non sono sempre normopeso, ma variano dal sottopeso al sovrappeso, presentando a volte un confine molto labile con lo stato di obesità.

L'osservazione clinica, che vede spesso anoressia con presenza di comportamenti purgativi e bulimia con peso ridotto, dimostra la difficoltà molto frequente nell'effettuare una precisa distinzione. Ancora, la linea di confine tra la bulimia non purgativa (ragazze che usano solo il digiuno e l'iperattività fisica per il controllo del peso) e il BED senza franca obesità non è sempre netta e comporta diverse difficoltà nella formulazione delle diagnosi differenziali, a causa soprattutto delle diagnosi categoriali effettuate con l'ausilio degli attuali sistemi nosografici.

In aggiunta alle frequenti sovrapposizioni delle sindromi rilevate dalla pratica clinica, occorre sottolineare che spesso condotte alimentari diverse non rappresentano quadri clinici franchi bensì fasi precedenti o successive ad un altro DCA: il *binge eating*, ad esempio, è il sintomo iniziale nel 50% dei casi di DCA mentre nel restante 50% dei casi esso rappresenta la conseguenza della restrizione dovuta ad una dieta alimentare.

Secondo la Bruch (1978) anoressia e bulimia hanno poco in comune e rappresentano due sindromi ben distinte, sia in relazione alla manifestazione sintomatologica sia in base all'eziologia. Al contrario, Jeammet (2006) sostiene la stretta correlazione tra le due patologie, osservando che il 50% delle pazienti anoressiche manifesta successivamente un disturbo bulimico; opinione supportata da uno studio di Garfinkel e coll. (1980) che sottolinea come almeno il 40-50% di tutte le anoressiche siano anche bulimiche dall'esordio (*purging type* secondo il DSM V). Secondo Gabbard (2000) è necessaria una maggiore "morbidezza" dei confini diagnostici, soprattutto alla luce dell'evidenza che il quadro clinico di un soggetto bulimico e di un soggetto anoressico può essere assai variato.

I DCA, pur nelle loro diverse manifestazioni cliniche e quadri psicopatologici, condividono infatti diversi comportamenti specifici come, ad esempio, il "body checking" (continuo controllo del peso e delle forme corporee), gli evitamenti dell'esposizione del corpo e la sensazione di essere grassi. L'alimentazione tende ad assumere caratteristiche molto disordinate, caotiche, ossessive e ritualistiche, i rapporti verso il cibo e il momento del pasto sono conflittuali, si ha un'alterata valutazione del corpo e delle sue forme che compromettono la qualità della vita e dei rapporti sociali e influenzano profondamente il proprio senso di autostima.

La capacità di tener sotto controllo i propri bisogni alimentari e le forme del corpo, diventano nelle diverse forme di DCA, un tentativo di risolvere uno stato di profonda e progressiva sofferenza psichica, una difesa

contro l'angoscia di perdere il proprio equilibrio in situazioni critiche della vita.

Per questo si può rappresentare questa area sintomatologia assai vasta, come un continuum, che va dall'Anoressia restrittiva all'obesità, attraversabile dallo stesso soggetto in vari modi e in momenti diversi della propria vita (Cerutti, Guidetti 2007). D'altro canto, tali disturbi pur condividendo alcune caratteristiche, possono sottendere ognuno significati psicopatologici diversi che necessitano di esser indagati nello sviluppo psichico, sociale e relazionale del singolo individuo.

- Un'altra questione riguarda la loro autonomia nosografica: i DCA devono essere considerati come disturbi primari o sono secondari ad altre forme di psicopatologia?

La comorbilità dei disturbi alimentari è a tutt'oggi un capitolo aperto, al quale si aggiungono quesiti su variabili come fattori culturali, identità di genere ed età che non hanno ancora trovato una risposta adeguata (Wonderlich *et al.*, 2007).

La valutazione dell'eventuale presenza di comorbilità risulta utile in quanto ne influenza certamente la classificazione, il decorso clinico e la prognosi.

I disturbi che con maggiore frequenza compaiono in comorbilità con i DCA sono Disturbo dell'umore, Disturbo d'ansia (in particolare GAD, DOC, Fobia sociale, DAP e agorafobia), Abuso di alcool e sostanze e Comportamenti suicidari e/o auto-aggressivi.

Risultano frequenti, infatti, i comportamenti impulsivi di tipo autolesivo, quali tagliuzzarsi, provocarsi scottature, ecc. Questi *acting* possono precedere e predisporre all'insorgenza oppure accompagnare o seguire la comparsa di un DCA. In tutti i casi partecipano al mantenimento della sintomatologia in quanto possono indurre la restrizione alimentare o la comparsa di abbuffate in risposta alla condizione di disagio psichico e aggravare la già precaria autostima.

Come nel caso dei disturbi dell'umore, la frequenza con cui i sintomi ansiosi si manifestano nel corso di un DCA ha indotto clinici e ricercatori a formulare diverse ipotesi eziologiche relative sia alla possibilità che il comportamento alimentare disfunzionale rappresenti una condotta ad effetto ansiolitico, in soggetti quindi già affetti da una patologia ansiosa, sia che l'ansia sociale possa costituire il *trigger* per l'insoddisfazione legata alle forme e al peso corporeo e per le successive condotte alimentari e compensatorie.

È stato ipotizzato che i comportamenti alimentari disfunzionali si configurino come strategie di coping messe in atto per regolare le emozioni e i sintomi somatici dell'ansia, avvertiti altrimenti come incontenibili e fonte di forte stress. Dall'incapacità di distinguere correttamente i sintomi fisici di fame e sazietà dalle emozioni negative e dai sintomi somatici dell'ansia deriverebbero i comportamenti alimentari disadattivi, che fungono da sollievo allo stato negativo precedente all'abbuffata (Anestis *et al.* 2008).

Le patologie della personalità che con maggior frequenza si riscontrano nei soggetti affetti da disturbi alimentari sono il Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Evitante e Dipendente nei casi di anoressia restrittiva

(Wonderlich et al., 1990; Dowson, 1992), mentre i soggetti bulimici presentano più spesso una comorbidità con Disturbo Borderline, Istrionico e Narcisistico di Personalità.

Fattori di rischio per l'esacerbazione dei DCA

Indubbiamente una cultura consumistica, dedita al culto della bellezza e magrezza femminile ha un ruolo determinante nel suggerire l'espressione di un sintomo e il suo mantenimento, ma non può essere individuata come causa elitaria di questi disturbi (Cuzzolaro et al., 2008). L'eziologia dei disturbi del comportamento alimentare è complessa e comprensibile solo in un'ottica multifattoriale che consideri i diversi aspetti bio-psico-sociali.

L'adolescenza, come momento della vita in cui i possibili deficit evolutivi si acquisiscono, sembra contribuire ad una manifestazione clinica di questi disturbi: il rapido cambiamento morfologico e sessuologico del corpo, l'importanza attribuita all'immagine corporea come principale mezzo di comunicazione, l'insoddisfazione per il proprio peso corporeo e il frequente ricorso a diete, il valore estetico della magrezza, sono tutti considerati fattori predisponenti ai DCA.

Sono stati individuati alcuni fattori di rischio comuni alle due patologie (AN e BN), quali scarso controllo comportamentale che si manifesta con alti livelli di impulsività, tendenza alla ribellione e all'aggressività, scarso controllo degli impulsi e difficoltà a controllare la labilità emotiva e l'umore depresso con tendenza a ricercare nella droga, nell'alcool o nel cibo i regolatori esterni, particolari tratti di personalità come alti livelli di "novelty seeking", intolleranza alla noia e alla monotonia, scarsa tolleranza alle frustrazioni, alti livelli di dipendenza dalla ricompensa esterna e sensibilizzazione alla dipendenza dalla sostanza o dal cibo. Il modello eziologico multifattoriale, nel quale interagiscono fattori biologici, psicologici individuali e ambientali, sembra essere quello che meglio spiega l'insorgenza dei disturbi del comportamento alimentare, anche in una prospettiva evolutiva.

Lo svilupparsi di un disturbo alimentare può avere inizialmente una funzione adattiva, poiché permette al soggetto che non ha acquisito capacità di regolazione emotiva di sostituire le emozioni negative e la sofferenza di una situazione che non riesce a controllare con un'altra che apparentemente gli consente di percepire quella sicurezza data dalla sensazione di poter ripristinare l'equilibrio interno, ovvero il sintomo alimentare.

L'alta incidenza dell'alessitimia fra le donne con DCA, infatti, soprattutto nel caso dell'anoressia (Corcos, Guilbaud, Speranza, et al., 2000 b; de Groot, Rodin, & Olmsted, 1995; Taylor, Parker, Bagby, & Bourke, 1996) supporta la presenza di difficoltà nel processare e regolare le emozioni in questa popolazione clinica.

Nel caso dei soggetti con DCA, gli autori ipotizzano che i pazienti che iper o ipo regolano gli stati emotivi non abbiano acquisito la capacità di usare un ampio spettro di emozioni per moderare l'esperienza emotiva stessa, in accordo con le idee di de Groot e Rodin (1998) secondo i quali è la paura difensiva di essere sommersi dagli affetti che conduce gli individui con DCA ad una diminuzione della consapevolezza

emozionale: in assenza di capacità adattive per regolare emozioni spiacevoli, alcune persone “scoprono” l'utilità di un comportamento alimentare anomalo come supporto alla regolazione.

In quest'ottica, un'insufficiente capacità di regolazione può rappresentare un potente meccanismo sia eziologico che di mantenimento per anoressia, bulimia e *binge eating*.

Le caratteristiche individuali e i pattern relazionali bambino-caregiver giocano un ruolo importante nella genesi e nella stabilità dei disturbi alimentari dell'infanzia e possano diventare fattori di rischio per lo sviluppo di disturbi alimentari nell'infanzia e nell'adolescenza (Ammaniti *et al.*, 2011, Ammaniti, 2001).

DCA e teoria dell'attaccamento

E' possibile distinguere due filoni di ricerca tesi a comprendere la connessione tra attaccamento e sintomi tipici dei disturbi del comportamento alimentare, rivelando come la teoria dell'attaccamento possa essere concepita come un ampio *framework* teorico all'interno del quale ci si muove in differenti prospettive (Holmes, 2001).

- Un primo filone verte sulla comprensione dei sintomi come espressione di comportamenti di attaccamento volti a creare e mantenere un'accessibilità e una disponibilità del caregiver.

Questi autori (Armstrong, Roth, 1989; O' Kearney, 1995) hanno messo in luce la funzione regressiva che il sintomo pone ai problemi di separazione-individuazione dell'adolescente, in linea con la lettura di autori provenienti da altri *background* teorici (Masterson, 1977; Minuchin, Rosman & Baker, 1978).

La difficoltà di superare la seconda fase di separazione e individuazione, di articolare il proprio mondo interno, la negazione del bisogno interpersonale e molto spesso un ipercoinvolgimento nelle dinamiche familiari, risultano, così, essere una caratteristica distintiva. I sintomi alimentari vengono, in questo modo, letti come comportamenti volti a mantenere la vicinanza al caregiver. Attenendosi al concetto di ricerca della prossimità di Bowlby (1969, 1973, 1980), le abbuffate, il vomito autoindotto, l'abuso di lassativi e comportamenti di compensazione sono stati interpretati come “*proximity-seeking*” (Orzolek-Kronner, 2002; Chassler, 1987) o “*care-eliciting*” (Henderson, Freeman, 1987) *behaviors*: pattern di segnali emessi dal soggetto che causa disagio ma avvicina inevitabilmente il caregiver. Se per i bambini è tipico “inseguire” i genitori per evitare il disagio determinato da una potenziale separazione (Bowlby, 1969; 1973), la routine dei genitori di una ragazza bulimica è “inseguirla” per evitare il potenziale comportamento bulimico. Il controllo sulle abbuffate o le condotte di svuotamento rappresentano una garanzia della prossimità sia fisica che psicologica. Adottando questa prospettiva, le crisi bulimiche diventano, anche, un tentativo regressivo intra-individuale di mantenere la vicinanza e allo stesso tempo di garantire la fuga dall'ansia associata alla separazione. I contrastanti bisogni di attaccamento si esprimono nell'oscillare tra periodi di controllo e abbandono al caos alimentare, caratteristiche psicologiche che

sembrano riflettere gli stati mentali antitetici e disfunzionali di un attaccamento insicuro ambivalente (O' Kearney, 1995).

La mancata interiorizzazione di una "base sicura", porterebbe il soggetto bulimico a sviluppare un senso del Sé debole e poco coeso e ad utilizzare il proprio corpo fisico per rappresentare la carente struttura di identità interna.

Un ostile invischiamento con la madre e le conseguenti difficoltà di separazione documentate dalla ricerca (Humphrey, 1989; Armstrong, Roth, 1989), sembrano essere espresse in modo disfunzionale a livello fisico, cioè attraverso il corpo (Schupak- Neuber, Nemeroff, 1993).

Nel caso delle ragazze anoressiche, la "fame" di vicinanza, espressa attraverso il pericoloso sintomo, attiva la responsività del caregiver e, solitamente, "alimenta" l'intensità della relazione madre-figlia proprio nel periodo di esacerbazione e durata del disturbo.

Le abbuffate e i comportamenti di compenso vengono utilizzati come mezzi di regolazione emotiva e di sensibilità al contatto interpersonale, la cui conseguenza può essere una maggiore diffidenza o un eccessivo coinvolgimento in relazioni con altre persone significative, in cui si avverte contemporaneamente sia la necessità di un contatto emotivo e fisico, sia la paura di "fondersi" con essi. La ricerca della prossimità e della approvazione dell'altro sembra continuare ad influenzare le relazioni delle pazienti con DCA dopo l'età adolescenziale. Valutando le relazioni intime adulte che queste pazienti instaurano, Boskind-Lodahl (1976) ha tratto un'analogia tra le donne affette da DCA e la protagonista di una nota favola, Cenerentola, per illustrare il legame tra i tentativi di cambiare il proprio corpo e il desiderio di accomodarsi alle esigenze percepite nel compagno; continuando a ricercare, in modo disfunzionale, una vicinanza alle figure importanti della loro vita (Schembri, Evans, 2008).

- Un secondo filone verte sulla comprensione dei sintomi in linea con la riconcettualizzazione della teoria dell'attaccamento in termini di regolazione affettiva (Sroufe, Waters, 1977). Un *break down* dei processi interni di regolazione affettiva può privare l'individuo della capacità di identificare e significare i propri stati mentali e sentimenti. Laddove interazioni precoci con un caregiver scarsamente responsivo o non disponibile hanno inficiato lo sviluppo di tali capacità, le situazioni di crisi presentano come elemento fondamentale una disregolazione affettiva, che in questo caso assume una duplice valenza: non solo, infatti, potrà manifestarsi una ipo o iper attivazione degli stati affettivi legati all'attaccamento, ma anche l'incapacità di adottare strategie adeguate in grado di ripristinare il senso di sicurezza.

L'attivazione del ciclo della base sicura nell'adulto (intesa come sicurezza interna) può avvenire attraverso comportamenti che si caratterizzano per una funzione regolativa: come afferma Holmes (2001), pensieri o immagini confortanti (come un bagno caldo, il calore di un piumone accogliente, guardare un programma televisivo preferito, leggere un buon libro, mangiare cibi gustosi) attivano quella "zona sicura interna" rappresentata dalla capacità di autoregolarsi, responsabile della sensazione di "sentirsi sicuri".

Ma il ciclo che porta alla sicurezza interna può essere attivato anche da varianti patologiche, quali comportamenti alimentari anomali, abuso di sostanze, masturbazione compulsiva, episodi di auto-lesionismo. Tali comportamenti possono avere una funzione regolatoria dell'omeostasi affettiva: la sicurezza, illusoria e temporanea, viene raggiunta, in questo caso, in maniera auto-lesiva.

La difficoltà a identificare e gestire le emozioni sembra sottendere una carenza nelle funzioni del sé riflessivo e nella capacità di mentalizzazione (Fonagy, Target, 1996). Se lo sviluppo della funzione riflessiva non è adeguato, la rappresentazione degli stati mentali propri e altrui risulta compromessa; una possibile soluzione è la manifestazione somatica degli stati mentali, che spinge l'individuo a dirigere le condotte aggressive verso di sé e il proprio corpo.

Queste concezioni pongono un *link* tra regolazione emotiva, attaccamento e mentalizzazione, che sembrerebbe essere un *frame work* teorico utile per la comprensione della sintomatologia alimentare (Barth, 2008).

I dati di ricerca convergono, in generale, nel riscontro di una prevalenza di pattern di attaccamento insicuro nei campioni con pazienti affetti da DCA. Un accordo generale si raggiunge, anche, nel considerare la disorganizzazione dell'attaccamento e l'irrisoluzione a lutti o traumi dei fattori di rischio per lo sviluppo di disturbi alimentari, in quanto presenti in elevata percentuale in molti degli studi effettuati (Ward et al., 2001; Barone, Guiducci, 2009; Candelori, Ciocca, 1998; Fonagy et al., 1996; Ringer, Crittenden, 2007).

DCA: l'intervento multidisciplinare integrato

Se i disturbi del comportamento alimentare aiutano a tollerare dei sentimenti ritenuti troppo dolorosi, l'obiettivo del trattamento dovrebbe essere volto a migliorare la regolazione di una vasta gamma di sentimenti, incrementare la capacità riflessiva, così che i sintomi diventino meno necessari e "adattivi" (Barth, 2008).

Slade (2008) suggerisce di ascoltare e pensare al materiale clinico, utilizzando le classificazioni di attaccamento come metafore o guide (Blatt, 1995; Lichtenberg, 1989) nella comprensione del modo in cui i pazienti vivono "nei rapporti", organizzano le esperienze e la vita interiore, gestiscono le spinte evolutive verso la separazione e l'individuazione, e modulano i desideri e l'aggressività. Questa attenzione ai modelli di attaccamento nel setting clinico non sostituisce, ovviamente, altri aspetti irrinunciabili dell'assessment dinamicamente orientato, ma sembra essere teoricamente coerente con i modelli psicoanalitici di sviluppo, offrendo un arricchimento complementare, anche in vista della pianificazione del trattamento (Slade, 2004, 2008; Steele & Steele, 2008).

Holmes (1998) ipotizza che il lavoro terapeutico abbia come compito "sia il costruire sia il rompere storie", aiutando il paziente a raccontare una storia coerente, ma anche permettendogli di farlo in una luce diversa. I modelli operativi interni insicuri ostacolano tale lavoro attraverso "tre patologie prototipiche della capacità narrativa" (Holmes, 1998, 2001), che si manifestano nell'aggrapparsi a storie rigide (pattern

dismissing), nel farsi sommergere dall'esperienza non storicizzata (pattern *preoccupato*) e nel non riuscire a trovare una narrazione adeguata a contenere il dolore del trauma (*irrisolto*).

Nel complesso, la terapia per i pazienti con DCA esige un piano di intervento multidimensionale, che integri il trattamento psicoterapeutico, nutrizionale e, spesso, farmacologico (Montecchi, 2009; Caviglia, Cecere, 2007).

Ci si rivolge, dunque, non solo all'individuo (nel suo duplice aspetto biologico e psicologico) ma anche al sistema familiare ed ancora alle istituzioni coinvolte ed ai contesti terapeutici che si attiveranno nella presa in carico.

Considerando che la richiesta di intervento è spesso effettuata in un momento del ciclo di vita specifico, l'adolescenza, quando le pazienti vivono ancora presso il nucleo familiare di origine, una proposta adeguata può essere quella di intraprendere un percorso familiare, parallelo ad uno individuale.

La sola terapia individuale non consente di ridistribuire le responsabilità di un problema eziogeneticamente insorto e co-responsabilmente mantenuto nell'ambiente familiare. La sola terapia familiare non permetterebbe alla paziente di elaborare vissuti esclusivamente appartenenti al suo mondo interno.

Sarà opportuno che si affianchi a questi due setting un lavoro con un nutrizionista che possa aiutarle a recuperare un'alimentazione più regolare e sana.

Si verificherà, infine, la possibilità di effettuare delle visite psichiatriche.

La scissione mente corpo che caratterizza il disturbo alimentare può essere integrata attraverso questo tipo di trattamento che permette di occuparsi sia degli aspetti "fisici" che di quelli "psicologici". Un unico professionista perpetuerebbe la scissione e la fantasia di onnipotenza di fare tutto da sola che è anche caratteristica tipica di questi disturbi. Il solo controllo del peso e dell'alimentazione collude con il cronicizzarsi di un interesse centrato prevalentemente sul corpo.

Paola De Cesare

Bibliografia

American Psychiatric Association (2013). **DSM-V**. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington (VA). (Tr. it. *DSM-V. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2014).

Ammaniti, M., Lucarelli, L., Cimino, S., D'Olimpio, F., Chatoor, I. (2011). Feeding Disorders of Infancy: a Longitudinal Study to Middle Childhood, *International Journal of Eating Disorders*, 43, 3, pp: 233-240.

Ammaniti, M. (a cura di) (2001), *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*, Milano: Raffaello Cortina Editore.

Armstrong, J., & Roth, D. (1989). Attachment and Separation Difficulties in Eating Disorders: A preliminary Investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 8(2), pp. 141-155.

- Anestis, M., Holm-denoma J., Gordon K., Schimdt N., Joner T** (2008). The role of anxiety sensitivity in eating pathology. *Cognitive therapy and research*, 32 (3), 370-385.
- Barone G., Guiducci, V.** (2009), Mental representation of attachment in Eating Disorders: a pilot study using the Adult Attachment Interview, *Attachment & Human Development*, 11, 4, pp. 405-417.
- Barth, D.** (2008) Hidden Eating Disorders: Attachment and Affect Regulation in the Therapeutic Relationship. *Clinical Social Work*, 36:355–365
- Blatt, S.** (1995). Representational structures in psychopathology. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology: Vol. 6. Emotion, cognition, and representation* (pp. 1-33). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Boskind-Iodahl, M.** (1976), Cinderella's stepsister: a feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia. *A journal of women in culture and society*, 2, 342-356.
- Bowlby, J.,** (1980). *Attachment and loss* (vol. 3). New york: basic books (trad. It. Attaccamento e perdita, vol. III, Torino: Bollati Boringhieri 1983).
- Bowlby J.,** (1973). *Attachment and loss* (vol. 2). New york: basic books (trad. It. Attaccamento e perdita, vol. II, Torino: Bollati Boringhieri, 1975).
- Bowlby, J.** (1969), *Attachment and loss* (vol. 1). New york: basic books (trad. It. Attaccamento e perdita, vol. I, bollati boringhieri, Torino, 1972).
- Bruch, H.** (1978), *La gabbia d'oro*, Tr.it. Milano, 1973, 1989, 1993, Feltrinelli.
- Candelori, C., Ciocca, A.,** (1998), Attachment and eating disorders. In Bria, Ciocca, De Risio, (Eds), *Psychotherapeutic issues in eating disorders: Models, methods and results*, 139-153, Roma: Società Editrice Universo.
- Caviglia, G., & Cecere, F.** (2007). *I disturbi del comportamento alimentare*. Roma: Carocci Faber.
- Cerutti, R., Guidetti, V.** (a cura di) (2007), *Psicosomatica in età evolutiva. Valutazione e diagnosi*. Roma: il Pensiero Scientifico.
- Chassler, L.,** (1997), Understanding anorexia nervosa and bulimia nervosa from an attachment perspective, *Clinical Social work Journal*, 25 (4), 407-423.
- Clinton, D.** (2006). Affect regulation, object relations and the central symptoms of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 14, pp. 203-211.
- Corcos, M., Guilbaud, O., Speranza, M., Paterniti, S., Loas, G., Stephan, P., Jeammet, P.** (2000b). Alexithymia and depression in eating disorders. *Psychiatry Research*, Vol 93(3), pp. 263-266.
- Cuzzolaro, M., Eligi, A., Ferrucci, G., Ficorilli, Q., Picuti, P., Santomassimo, C., Trincia, V.** (2008) Prevenire i disturbi dell'alimentazione in adolescenza: un'impresa impossibile?, *Infanzia e Adolescenza*, Vol. 7 (2), pp. 65-76.
- de Groot, J.M., Rodin, G., Olmsted, M. P.** (1995) Alexithymia, depression, and treatment outcome in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, Vol 36(1), pp. 53-60.
- de Groot, J., Rodin, G.** (1998) Coming alive: The psychotherapeutic treatment of patients with eating disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, Vol 43(4), pp. 359-366.

- Dowson, J.** (1992). Associations between self-induced vomiting and personality disorder in patients with a history of anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(5), 399-404.
- Fonagy, P., Target, M.** (1996) Playing with reality: Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 217-233.
- Gabbard, G.O.** (2000) *Psichiatria psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2002
- Garfinkel, P.E., Moldofsky, H., Garner, D.M.** (1980) The heterogeneity of anorexia nervosa: bulimia as a distinct subgroup. *Arch. Gen. Psychiatry*, 37, pp. 1036-1040.
- Henderson, M., Freeman, C. P.** (1987). A self-rating scale for bulimia. The 'BITE'. *British Journal of Psychiatry*, 150, pp. 18-24.
- Holmes, J.** (2001). Prefazione, in Clulow C (Eds) *Adult attachment and couple psychotherapy: The 'secure base' in practice and research*. New York, NY, US: Brunner-Routledge. Trad it..(2003), *Attaccamento Adulto e Psicoterapia di coppia*, Roma: Borla.
- Humphrey, L.L.** (1989). Observed family interaction among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, pp. 206-214.
- Jeammet, P.** (2006) *Anoressia bulimia*. Franco Angeli, Milano
- Lichtenberg, J.**, (1989). *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*, Tr.It. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Masterson, J.F.** (1977). Primary anorexia nervosa in the borderline adolescent: An object relations view, In Hartocollis (a cura di) *Borderline Personality Disorders*, New York: International Universities Press.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., Baker, L.** (1978). *Psychosomatic Families*. Cambridge, MA: Harvard University Press. pp. 351.
- Montecchi, F.** (2009). Le bulimie. In F. Montecchi, (a cura di), *Il cibo-mondo, persecutore minaccioso. I disturbi del comportamento alimentare dell'infanzia e dell'adolescenza. Per comprendere, valutare, curare* (p. 212-217). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- O'Kearney, R. (1995)**. Attachment Disruption in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Review of Theory and Empirical Research. *International Journal of Eating Disorders*, 20, pp. 115-127.
- Orzolek-Kronner, C.** (2002). The effect of the attachment theory in the development of eating disorders: Can symptoms be proximity-seeking. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19, pp. 421-435.
- Ringer, F., & Crittenden, P.** (2007). Eating Disorders and Attachment: The Effects of Hidden Family Processes on Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 15, pp. 119-130.
- Schembri, C., Evans, L.** (2008). Adverse Relationship Processes: The Attempts of Women with Bulimia Nervosa Symptoms to Fit the Perceived Ideal of Intimate Partners. *European Eating Disorders Review*, 16, pp. 59-66.
- Schupak-neuber E., Nemeroff C.J.** (1993). Disturbances in identify and self-regulation in bulimia nervosa: implications for a metaphorical perspective of a body of a self. *International Journal of Eating Disorders*, 13, pp. 265-280.

- Slade, A.** (2008). The implications of attachment theory and research for adult psychotherapy: Research and clinical perspectives, In Cassidy, J., Shaver, P., R., (Ed), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 762-782, New York: Guilford Press.
- Slade, A.** (2004). Two therapies: Attachment organization and the clinical process in attachment issues. In L. Atkinson e S. Goldberg (Eds.), *Psychopathology and intervention* (pp.181-206). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sroufe, L., & Waters, E.** (1977). Attachment as an Organizational Construct. *Child Development*, 48(4), 1184-1199.
- Steele, H., Steele, M.** (2008). *Clinical applications of the Adult Attachment Interview*, New York, NY, US: Guilford Press.
- Taylor, G. J., Parker, J.D.A., Bagby, R. M., Bourke, M.P.** (1996) Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol 41(6), pp. 561-568.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H., Treasure, J.** (2001), Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective, *British Journal of Medical Psychology*, 74, pp. 497-505.
- Wonderlich, S., Joiner, T., Keel, P., Williamson, D., & Crosby, R.** (2007). Eating Disorder Diagnoses : Empirical Approaches to Classification : Eating disorders (English). *The American psychologist*, 62(3), pp. 167-180.
- Wonderlich, S., Swift, W., Slotnick, H., Goodman, S.** (1990). DSM-III—R personality disorders in eating-disorder subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 9(6), 607-616.