I disturbi alimentari nella donna adulta

Introduzione

LA DONNA, NELL'APPARATO SPECIFICO DELLA FEMMINILITÀ, SUBISCE DELLE MODIFICAZIONI CHE DISTINGUONO ALTRETTANTI PERIODI DELLA SUA VITA.

BOWLBY FA ECO A QUESTA AFFERMAZIONE SOSTENENDO CHE "PER LA SALUTE MENTALE DEI BAMBINI, L'AMORE MATERNO È INDISPENSABILE COME LE VITAMINE E LE PROTEINE LO SONO PER LA SALUTE FISICA"

MOLTI STUDI SPERIMENTALI (MUROOKA, 1974; DE CASPER, SIGAFOOS, 1983; MADISON, ET AL. 1986;

VAN DEN BERGH, 1990; KISILEVSKY, MUIR, 1991) HANNO MOSTRATO RISULTATI INTERESSANTI:

IL SUONO PRINCIPALE DELL'AMBIENTE INTRAUTERINO È IL BATTITO CARDIACO DELLA MADRE, CHE IL FETO PUÒ MEMORIZZARE;

I BAMBINI POSTNATALI RICONOSCONO IL SUONO DEL BATTITO CARDIACO DELLA MADRE E PERCEPISCONO SE QUESTA È AGITATA O RILASSATA;

- IL BAMBINO RICONOSCE ANCHE ALTRI STIMOLI CHE GLI SONO FAMILIARI GRAZIE ALLE ESPERIENZE VISSUTE IN UTERO;

- ESISTE UNA CORRELAZIONE TRA LO STATO D'ANSIA DELLA MADRE, L'ATTIVITÀ MOTORIA FETALE E QUELLA NEONATALE SUCCESSIVA.

DAL QUARTO-QUINTO MESE DI GRAVIDANZA IN POI, IL FETO PARTECIPA ALL'ESPERIENZA EMOTIVA DELLA MADRE.

IL FETO HA QUINDI UN'IDENTITÀ GENETICA E BIOLOGICA, MA SOPRATTUTTO UN'IDENTITÀ PSICOLOGICA. L'IDENTITÀ PSICOLOGICA È DETERMINATA DALLE RELAZIONI CON LA MADRE.

L'EQUILIBRIO PSICOLOGICO VIENE DEFINITO NEI PRIMI ANNI DI VITA E, PIÙ PRECISAMENTE, DAL MOMENTO DEL CONCEPIMENTO FINO AI 4/5 ANNI.

L'alimentazione in gravidanza

DURANTE LA GRAVIDANZA SI MODIFICANO LE ABITUDINI ALIMENTARI E QUELLE LEGATE ALL'ATTIVITÀ FISICA (PURIZACA ET AL., 2010).

IL PERIODO DI GESTAZIONE È UN PERIODO DI FORTE CAMBIAMENTO CHE PUÒ CONTRIBUIRE IN ALCUNI CASI A COMPLICAZIONI IN TERMINI DI SALUTE E BENESSERE MENTALE (PASKULIN ET AL., 2017).

La pregoressia

LA PREGORESSIA, O PREGOREXIA, UNO DEI COSIDDETTI NUOVI DISTURBI ALIMENTARI LEGATI ALL'IMMAGINE CORPOREA E AI MODELLI ESTREMI DI MAGREZZA, COLPISCE UN GRAN NUMERO DI DONNE IN GRAVIDANZA.

I POCHI RISULTATI DEGLI STUDI DISPONIBILI POSSONO ESSERE FALSATI DAL RIFIUTO DI MOLTE DONNE IN GRAVIDANZA DI AMMETTERE DI AVERE UN DISTURBO ALIMENTARE.

SE SI INCLUDONO I DISTURBI DI SOGLIA INFERIORE, ALCUNE STIME INDICANO CHE QUESTI DISTURBI COLPISCONO IL 5-8% DELLE DONNE IN GRAVIDANZA.

Disturbi alimentari e gravidanza

I DISTURBI ALIMENTARI (ED) IMPLICANO COMPORTAMENTI ALIMENTARI DISFUNZIONALI CHE, DURANTE LA GRAVIDANZA, POSSONO PROVOCARE PARTICOLARI CARENZE MATERNE A LIVELLO DI MICRO E MACRONUTRIENTI (EASTER ET AL., 2013). I DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE POTREBBERO AVERE CONSEGUENZE NEGATIVE SULLA CRESCITA, SULLA SALUTE E SULLO SVILUPPO DEL FETO E DEL NEONATO (EASTER ET AL., 2013).

GLI STUDI ODIERNI AFFERMANO CHE FINO AL 7,5% DELLE DONNE IN GRAVIDANZA SOFFRE DI UN DISTURBO DELL'ALIMENTAZIONE (EASTER ET AL., 2013)

ESISTONO EVIDENZE DA AMPI STUDI E DA DATI DI REGISTRAZIONE CHE DIMOSTRANO CHE I DISTURBI ALIMENTARI E LE FLUTTUAZIONI DI PESO HANNO EFFETTI NEGATIVI SUL DECORSO DELLA GRAVIDANZA E SUGLI ESITI DEL PARTO (DÖRSAM ET AL., 2019).

INOLTRE, LA LETTERATURA SCIENTIFICA INDICA CHE ALCUNE DONNE HANNO ASPETTATIVE IRREALISTICHE SUL PROPRIO CORPO SUCCESSIVE AL PARTO E SPECIFICHE AL PERIODO POST-PARTUM; TALI ASPETTATIVE INFLUENZANO I CAMBIAMENTI FISICI, CHE POSSONO PRODURRE VARIAZIONI IMPORTANTI DELL'IMMAGINE CORPOREA E CREARE UN IMPORTANTE GRADO DI INSODDISFAZIONE (HARRISON ET AL., 2019).

OGGIGIORNO I DISTURBI ALIMENTARI RISULTANO ESSERE UN PROBLEMA DI SALUTE CON UN FORTE IMPATTO SULLA SOCIETÀ. IN PARTICOLARE NELLA POPOLAZIONE DELLE DONNE EUROPEE VI È UNA PREVALENZA DELL'AN PARI A POCO MENO DEL 4%, DEL BED PARI AL 4%, DELLA BN PARI AL 2% E DI ALTRI DISTURBI ALIMENTARI SOTTOSOGLIA PARI AL 3% (RAEVUORI ET AL., 2014).

SONO EMERSE COMORBILITÀ DURANTE IL PERIODO DELLA GRAVIDANZA TRA DISTURBI ALIMENTARI E ALTRI DISTURBI PSICHICI. STUDI LONGITUDINALI CI DICONO CHE DURANTE IL PERIODO DELLA GRAVIDANZA CIRCA IL 21,7% DELLE DONNE SOFFRE DI DEPRESSIONE, CON CONSEGUENTE BASSA QUALITÀ DEL SONNO E INSONNIA. SI È VISTO INOLTRE CHE LA DEPRESSIONE IN GRAVIDANZA PUÒ PORTARE A ESITI FETALI, NEONATALI E OSTETRICI SFAVOREVOLI, E PUÒ ESSERE UN FATTORE DETERMINANTE PER LO SVILUPPO DELLA DEPRESSIONE POST-PARTUM (ALDER ET AL., 2007)

IL PERIODO DEL POST-PARTUM PUÒ ESSERE CARATTERIZZATO DA INSODDISFAZIONE PER LA FORMA CORPOREA E PER IL PESO ANCHE NELLE DONNE SENZA UNA SINTOMATOLOGIA DA DISTURBO ALIMENTARE. DAGLI STUDI È EMERSO CHE NEL PRIMO MESE DOPO LA GRAVIDANZA CIRCA IL 75% DELLE DONNE RIPORTA ALTI LIVELLI DI PREOCCUPAZIONE PER IL MANTENIMENTO DEL PESO E, A PARTIRE DAL QUARTO MESE SUCCESSIVO AL PARTO, CIRCA IL 70% DELLE DONNE RICORRE A STRATEGIA VARIE CON L'INTENTO DI PERDERE PESO (ZERWAS ET AL., 2014).
IN QUESTO CONTESTO POSSONO NASCERE FENOMENI DI CONTROLLO ALIMENTARE E CALORICO CHE POSSONO PORTARE ALL'EVITAMENTO DI ALCUNI ALIMENTI NONCHÉ ALLA RICERCA DI PIANI ALIMENTARI ESTREMAMENTE RESTRITTIVI (KUDIELKA ET AL., 2005).

La preoccupazione per il peso in gravidanza

LA PREOCCUPAZIONE PER IL PESO DURANTE IL PERIODO DELLA GRAVIDANZA RIGUARDA CIRCA IL 40% DELLE DONNE INCINTE (BULIK ET AL., 2009) E SI AFFIANCA A EPISODI DI ABBUFFATE (17,3%), SINTOMI DI ANSIA E DEPRESSIONE (CHAN ET AL., 2019).

È STATO OSSERVATO, INOLTRE, CHE LE MADRI CON DISTURBO ALIMENTARE HANNO UN AUMENTO DI PESO MAGGIORE DURANTE LA GRAVIDANZA RISPETTO ALLE MADRI SANE (BERGER ET AL., 2016). TUTTAVIA UNO STUDIO DI NUNES E COLLABORATORI DEL 2014 HA DIMOSTRATO CHE LA GRAVIDANZA PUÒ AVERE ANCHE EFFETTI POSITIVI NELLE DONNE CON DISTURBI ALIMENTARI. PURTROPPO PERÒ QUESTI MIGLIORAMENTI HANNO BREVE DURATA IN QUANTO I SINTOMI POTREBBERO AUMENTARE SUCCESSIVAMENTE, SOPRATTUTTO NEL PERIODO POST-PARTUM E DURANTE L'ALLATTAMENTO (MARTINI ET AL., 2018)

LA GESTAZIONE, DUNQUE, RAPPRESENTA UN PERIODO DI GRANDE VULNERABILITÀ SOPRATTUTTO PER LE DONNE CHE SOFFRONO DI DISTURBI ALIMENTARI; OGNI SOTTOTIPO DI DISTURBO PORTA IN SÉ IMPORTANTI COMPLICAZIONI MEDICHE. L'ANORESSIA, PER ESEMPIO, È ASSOCIATA A PERDITA DI PESO E MALNUTRIZIONE; I COMPORTAMENTI COMPENSATORI DELLA BULIMIA PORTANO A SQUILIBRI IDRO-ELETTROLITICI E IL DISTURBO DA BINGE EATING CORRELA CON L'OBESITÀ SIA DURANTE LA GRAVIDANZA CHE NEL PERIODO POST-PARTUM (NUNET ET AL., 2012)

I campanelli d'allarme

LE PERSONE AFFETTE DA DISTURBI ALIMENTARI (COME ANORESSIA, BULIMIA E BINGE EATING) SPESSO PROVANO FORTI SENTIMENTI DI VERGOGNA E DI COLPA PER I LORO COMPORTAMENTI AUTODISTRUTTIVI.

GLI STUDI DIMOSTRANO CHE QUASI IL 10% DELLA FASCIA D'ETÀ A RISCHIO (DONNE TRA I 15 E I 25 ANNI) SOFFRE DI UN DISTURBO ALIMENTARE.

NEGLI ULTIMI TEMPI L'INTERESSE PER IL CORPO FEMMINILE È AUMENTATO: I MASS MEDIA, LA TELEVISIONE E LE RIVISTE HANNO CREATO UN'"IMMAGINE IDEALE" DELLA DONNA, AMBIZIOSA, DI SUCCESSO E DI BELL'ASPETTO ALLO STESSO TEMPO, CHE DEVE CONFORMARSI AGLI STANDARD DETTATI DALLA SOCIETÀ.

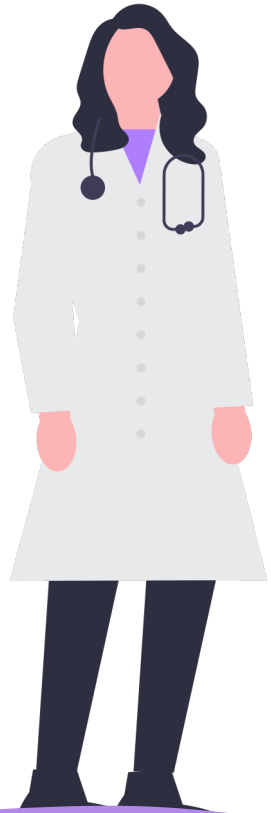
OLTRE A QUESTI FATTORI CULTURALI E SOCIALI, ANCHE QUELLI BIOLOGICI POSSONO SPIEGARE LA PREVALENZA DI QUESTO DISTURBO NELLE DONNE.

NON ESISTE, INFATTI, UNA SINGOLA CAUSA CHE DA SOLA DETERMINI LO SVILUPPO DI UN DISTURBO ALIMENTARE. I POSSIBILI FATTORI DI RISCHIO COMPRENDONO:

- FATTORI PREDISPONENTI (GENETICI, PSICOLOGICI E AMBIENTALI) COME COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA, FAMILIARI CHE SOFFRONO DI DISTURBI ALIMENTARI E BASSA AUTOSTIMA;

- FATTORI SCATENANTI O PRECIPITANTI, COME EVENTI TRAUMATICI O FATTORI DI STRESS (LUTTI, ABUSI O MALATTIE);

- FATTORI DI MANTENIMENTO COME GLI EPISODI DI ABBUFFATA, LE PURGHE, L'USO DI LASSATIVI E LE CONSEGUENZE PSICOLOGICHE DEL DISTURBO (DEPRESSIONE, FRUSTRAZIONE, IRRITABILITÀ).



Tipologie di prevenzione

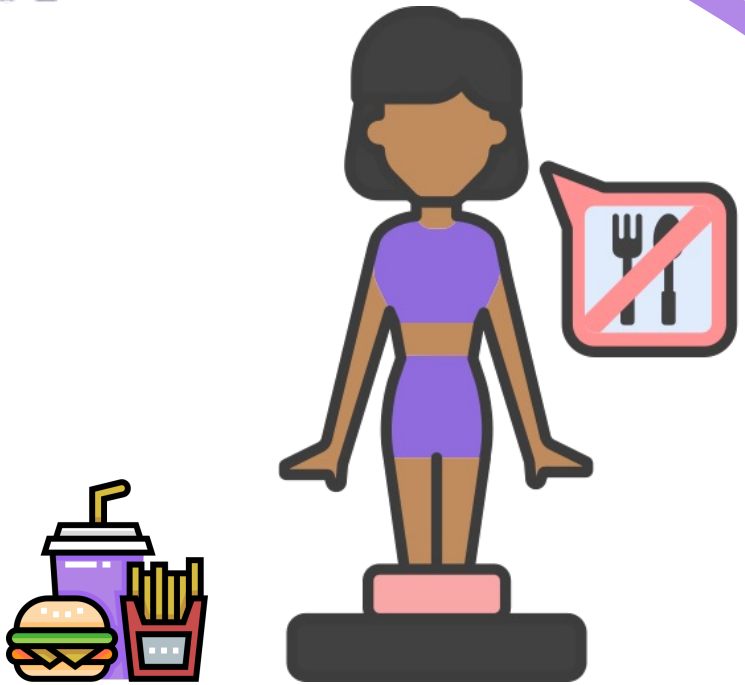
- PREVENZIONE PRIMARIA (PRIMA DELL'ESORDIO): LA PREVENZIONE PRIMARIA DEI DISTURBI ALIMENTARI È MOLTO DIFFICILE, ESSENDO DISTURBI MULTIFATTORIALI;

- PREVENZIONE SECONDARIA (ESORDIO): L'OBIETTIVO È INDIVIDUARE PRECOCEMENTE L'INSORGENZA DEI DISTURBI ALIMENTARI E AUMENTARE L'EFFICACIA DEL TRATTAMENTO. È QUINDI IMPORTANTE SENSIBILIZZARE I GIOVANI, L'AMBIENTE SCOLASTICO E QUELLO FAMILIARE;

- PREVENZIONE TERZIARIA (LA FASE IN CUI SI MANIFESTANO I DISTURBI ALIMENTARI): CORRISPONDE AL TRATTAMENTO VERO E PROPRIO DEI DISTURBI ALIMENTARI.

I principali disturbi

- ANORESSIA NERVOSA
- BULIMIA NERVOSA
- BINGE EATING

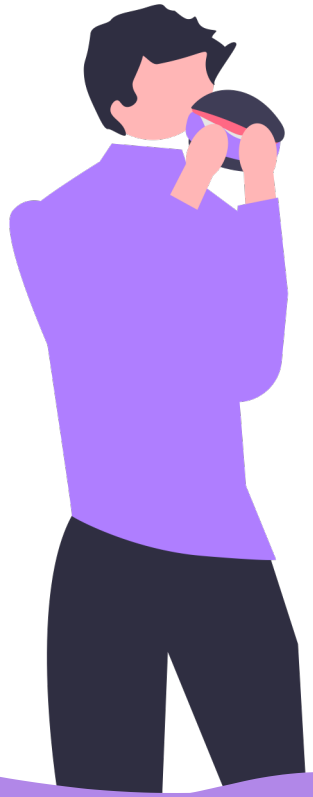


Anoressia nervosa

L'ANORESSIA NERVOSA (AN) È UN GRAVE DISTURBO INVALIDANTE. I PAZIENTI AFFETTI DA QUESTO DISTURBO CERCANO DI PERDERE IL MAGGIOR PESO POSSIBILE ATTRAVERSO UNA FORTE RESTRIZIONE ALIMENTARE E UN ESERCIZIO FISICO ESTENUANTE.

IL DISTURBO SI MANIFESTA SPESSO COME UNA FORTE PREOCCUPAZIONE PER IL PROPRIO PESO E LA PROPRIA FORMA, DERIVANTE DALLA PAURA DI ESSERE “GRASSI” E DAL DESIDERIO DI ESSERE SEMPRE PIÙ MAGRI. MOLTI PAZIENTI AFFETTI DA AN HANNO UN'IMMAGINE DISTORTA DI SE STESSI.

L'AN È PIÙ COMUNE NELLE GIOVANI DONNE, MA RECENTEMENTE È STATA RICONOSCIUTA ANCHE NEGLI UOMINI (VISNORESSIA) E NELLE DONNE NON PIÙ GIOVANISSIME.



I SINTOMI CHE POSSONO INDICARE LA PRESENZA DI AN O DI ALTRI DISTURBI ALIMENTARI COMPRENDONO:

- SALTARE I PASTI, MANGIARE POCO O NIENTE O EVITARE DEL TUTTO I CIBI GRASSI.
- CALCOLO OSSESSIVO DELLE CALORIE DEGLI ALIMENTI.
- SEDERSI IMMEDIATAMENTE E VOMITARE.
- ASSUNZIONE DI FARMACI PER SOPPRIMERE LA FAME (ANORESSIZZANTI), PER FAVORIRE IL DRENAGGIO DEI LIQUIDI (DIURETICI) O LASSATIVI.
- PESARSI O GUARDARSI COSTANTEMENTE ALLO SPECCHIO.
- PROBLEMI FISICI COME VERTIGINI, STORDIMENTO, PERDITA DI CAPELLI, PELLE SECCA.

L'AN È SPESSO ACCOMPAGNATA DA PROBLEMI PSICOLOGICI COME DEPRESSIONE, ANSIA, BASSA AUTOSTIMA, ABUSO DI ALCOOL E AUTOLESIONISMO. IL DSM-5 HA INTRODOTTO DUE CAMBIAMENTI IMPORTANTI NEI CRITERI DIAGNOSTICI DELL'ANORESSIA NERVOSA:

1. ABOLIZIONE DEL CRITERIO AMENORREA PREVISTO DAL DSM-4.

2. CRITERIO A, SUL PESO, CHE IL DSM-4 RICHIEDEVA "INFERIORE ALL'85%", RISPETTO A QUANTO PREVISTO DALL'INDICE DI MASSA CORPOREA IMC* < 17,5.

INOLTRE È STATA ELIMINATA LA FRASE "RIFIUTO DI MANTENERE IL PESO CORPOREO AL DI SOPRA O UGUALE AL PESO MINIMO NORMALE PER L'ETÀ E LA STATURA" PERCHÉ RICHIEDEVA L'INTENZIONE DEL PAZIENTE E LA DIFFICOLTÀ DI VALUTARLA OGGETTIVAMENTE.

3. RESTRIZIONE DELL'ASSUNZIONE CALORICA IN RELAZIONE ALLE NECESSITÀ, CHE PORTA A UN PESO CORPOREO SIGNIFICATIVAMENTE BASSO NEL CONTESTO DI ETÀ, SESSO, TRAIETTORIA DI SVILUPPO E SALUTE FISICA.

4. INTENSA PAURA DI AUMENTARE DI PESO O DI DIVENTARE "GRASSI".

5. ALTERAZIONE DEL MODO IN CUI VIENE PERCEPITO DALL'INDIVIDUO IL PESO O LA FORMA DEL PROPRIO CORPO.

Bulimia nervosa

LA BULIMIA NERVOSA È UN DISTURBO ALIMENTARE CARATTERIZZATO DAL CONSUMO DI GRANDI QUANTITÀ DI CIBO, SEGUITO DA UN FORTE SENSO DI COLPA E DA CONDOTTE COMPENSATORIE MIRATE ALLA NEUTRALIZZAZIONE DELLE CALORIE INGERITE.

I COMPORTAMENTI PIÙ COMUNI DEI PAZIENTI AFFETTI DA BULIMIA NERVOSA SONO IL VOMITO AUTOINDOTTO, L'ASSUNZIONE DI GRANDI QUANTITÀ DI LASSATIVI E DIURETICI, LA FORTE RESTRIZIONE ALIMENTARE IN DETERMINATI GIORNI E L'ESERCIZIO FISICO ECCESSIVO.

GLI STUDI SULLA BULIMIA NERVOSA HANNO DIMOSTRATO CHE LE DUE PRINCIPALI CAUSE ALLA BASE DEL DISTURBO SONO FATTORI PSICOLOGICI E "FATTORI AMBIENTALI".

I FATTORI PSICOLOGICI CHE INFLUENZANO LA BULIMIA NERVOSA SONO:

1. ESTREMA DIFFICOLTÀ NELLA GESTIONE DELLO STRESS
2. BASSA AUTOSTIMA
3. TENDENZA A SOFFRIRE DI ANSIA E DEPRESSIONE
4. TENDENZA A SOFFRIRE DI DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO O DI DISTURBO DA STRESS POST- TRAUMATICO
5. DISTURBI DELLA PERSONALITÀ

QUANDO SI PARLA DI FATTORI AMBIENTALI, CIOÈ DI SITUAZIONI, EVENTI E ABITUDINI CHE INFLUENZANO IL COMPORTAMENTO UMANO, L'OSSESSIONE PER LA BELLEZZA CHE CARATTERIZZA I PAESI SVILUPPATI È PROBABILMENTE IL PIÙ INFLUENTE.

NEL DSM-5 È RICHIESTO CHE LE ABBUFFATE E LE CONDOTTE COMPENSATORIE INAPPROPRIATE SI VERIFICHINO ENTRAMBE, IN MEDIA, ALMENO UNA VOLTA ALLA SETTIMANA PER 3 MESI.

UN EPISODIO DI ABBUFFATA È CARATTERIZZATO DAI SEGUENTI DUE ASPETTI:

1. MANGIARE IN UN DETERMINATO PERIODO DI TEMPO RELATIVAMENTE BREVE UNA QUANTITÀ DI CIBO SIGNIFICATIVAMENTE MAGGIORE DI QUELLA CHE LA MAGGIOR PARTE DEGLI INDIVIDUI MANGEREBBE NELLO STESSO TEMPO E IN CIRCOSTANZE SIMILI

2. SENSAZIONE DI PERDERE IL CONTROLLO DURANTE L'EPISODIO (PER ES., SENSAZIONE DI NON RIUSCIRE A SMETTERE DI MANGIARE O A CONTROLLARE COSA O QUANTO SI STA MANGIANDO).

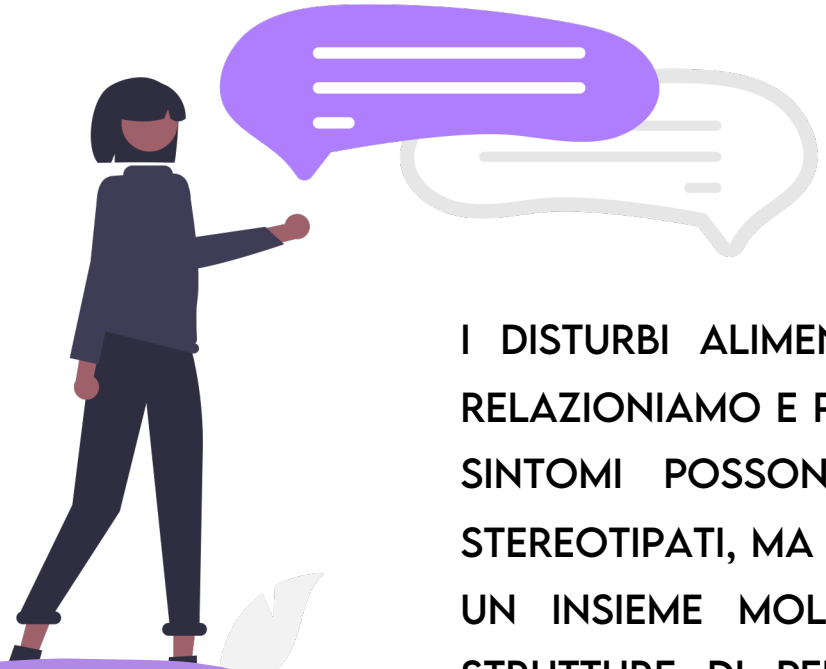
NELLA BN SI VERIFICANO RICORRENTI ED INAPPROPRIATE CONDOTTE COMPENSATORIE PER PREVENIRE L'AUMENTO DI PESO. I LIVELLI DI AUTOSTIMA SONO INDEBITAMENTE INFLUENZATI DALLA FORMA E DAL PESO DEL CORPO. L'ALTERAZIONE NON SI MANIFESTA ESCLUSIVAMENTE NEL CORSO DI EPISODI DI ANORESSIA NERVOSA.

Binge eating disorder

SI TRATTA DI UN DISTURBO DA ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA, UN MECCANISMO PERVERSO DI ALIMENTAZIONE COMPULSIVA CHE PORTA ALL'ASSUNZIONE DI MIGLIAIA DI CALORIE IN UN BREVE PERIODO DI TEMPO. “FIGLIO ILLEGITTIMO DELLA BULIMIA NERVOSA”, IL DISTURBO DA BINGE EATING CONDIVIDE LA DINAMICA DEL CONSUMO DI GRANDI QUANTITÀ DI CALORIE, MA È SPESSO ASSOCIATO ALL'OBESITÀ PERCHÉ MANCA DI UN MECCANISMO COMPENSATORIO DI SPURGO. I SOGGETTI TENDONO A CONSUMARE PIÙ CALORIE DI QUELLE CHE IL LORO CORPO È IN GRADO DI BRUCIARE, IL CHE LI PORTA AD AUMENTARE DI PESO SENZA ALCUN CONTROLLO SUL PROPRIO CORPO.

I campanelli d'allarme

1. MANGIARE MOLTO PIÙ RAPIDAMENTE DEL NORMALE;
2. MANGIARE FINO A QUANDO CI SI SENTE "SCOPPIARE";
3. MANGIARE GRANDI QUANTITÀ DI CIBO E CALORIE SENZA AVERE REALMENTE FAME;
4. "ASSENTARSI CON LA MENTE" DURANTE L'ABBUFFATA;
5. MANGIARE DA SOLI A CAUSA DI IMBARAZZO E VERGOGNA PER IL PROPRIO COMPORTAMENTO;
6. SENTIMENTI DI COLPA, DISGUSTO E ODIO VERSO SE STESSI



Conclusioni

I DISTURBI ALIMENTARI INFLUENZANO IL MODO IN CUI CI RELAZIONIAMO E PERCEPIAMO NOI STESSI E GLI ALTRI. I LORO SINTOMI POSSONO SEMBRARE IN GENERALE PIUTTOSTO STEREOTIPATI, MA DIETRO QUESTA APPARENTE SEMPLICITÀ C'È UN INSIEME MOLTO VARIO E COMPLESSO DI ORIGINI E STRUTTURE DI PERSONALITÀ. DOBBIAMO ANDARE OLTRE I PROTOCOLLI E GUARDARE ALLE ESIGENZE DELLA CLINICA E DI OGNI SINGOLO PAZIENTE.

I SINTOMI SONO ESPRESSIONE DI QUESTA IMPOSSIBILITÀ DI ACCEDERE ALLA PROPRIA UNICITÀ, SONO ESPRESSIONE DI UN'IDENTITÀ FRAGILE, DI CONTENIMENTO E CHIUSURA, MA ANCHE DI AUTOPROTEZIONE, DI DIFFERENZIAZIONE DAGLI SPAZI FAMILIARI VISSUTI COME INVASIVI. I SINTOMI DIVENTANO ESPRESSIONE DI DOLORE E DISAGIO E TUTTA LA SOFFERENZA VIENE IMPRIGIONATA NEL CORPO E DIVENTA ESPRESSIONE DI CONFLITTO.

IL CIBO SOSTITUISCE GLI ALTRI, LE EMOZIONI INCONTROLLABILI SOSTITUISCONO IL CIBO E IL CORPO, E SI CREA L'ILLUSIONE DI AVERE IL CONTROLLO SU SE STESSI E SUL MONDO. DI CONSEGUENZA, LA MENTE HA UN DOMINIO ANOMALO SUL CORPO.

I DISTURBI ALIMENTARI RAPPRESENTANO UNA SORTA DI TRAGICA CARICATURA DEI TEMI DI FONDO DELLA NOSTRA EPOCA. VIVIAMO IN UN CLIMA SOCIALE CHE ENFATIZZA IL CULTO DELLA PERSONALITÀ, LE RELAZIONI SONO IMPERSONALI E INSIGNIFICANTI E GLI EROI SONO PERSONAGGI, NON PERSONE.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., IL LIBRO DELLA PSICOLOGIA, TRADUZIONE DI GIULIANA LUPI, GRIBAUDO, 2018, P. 275. ISBN 9788858015018
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, FIFTH, ARLINGTON, VA, AMERICAN PSYCHIATRIC PUBLISHING, 2013, PP. 345-349, ISBN 978-0-89042-555-8.
- ANGELA BALZOTTI, ATTACCAMENTO E BIOLOGIA. LA REGOLAZIONE AFFETTIVA IN UNA PROSPETTIVA PSICOBIOLOGICA, FRANCO ANGELI, MILANO 2010
- ANOREXIA NERVOSA, BULIMIA NERVOSA AND BINGE EATING DISORDER: A MULTICENTER STUDY",
- CROW S.J., AGRAS W.S., HALMI K., MITCHELL J.E., KRAEMER H.C., "FULL SYNDROMAL VERSUS SUBTHRESHOLD
- D.N. STERN E N. BRUSCHWEILER-STERN, NASCITA DI UNA MADRE: COME L'ESPERIENZA DELLA MATERNITÀ CAMBIA UNA DONNA, IN SAGGI, TRADUZIONE DI A. M. SIOLI, MILANO, MONDADORI, 1999, ISBN 88-04-36873-X.
- DALLA RAGIONE L., BIANCHINI P., IL CUSCINO DI VIOLA, DIABASIS, REGGIO EMILIA 2006.
- DAVIDE DE SANCTIS, SARA FARIELLO E IRENE STRAZZERI, SOCIOLOGIA DELLA MATERNITÀ, IN MIMESIS. ETEROTOPIE, MILANO; UDINE, MIMESIS, 2020, ISBN 978-88-575-6357-2.
- DE CORO, A., ORTU, F. (2010). PSICOLOGIA DINAMICA. I MODELLI TEORICI A CONFRONTO. BARI: EDITORI LATERZA.
- ENSLER E., IL CORPO GIUSTO, MARCO TROPEA EDITORE, MILANO 2005
- FERRUCCIO MIRAGLIA, EZIO ORLANDINI E GIUSEPPE MICHELETTI, SARÒ MADRE: LA DONNA DALL'ADOLESCENZA ALLA MATERNITÀ, 4ª ED., MILANO, RIZZOLI, 1984, ISBN 88-17-75610-5.

- FRANCO GIBERTI, ROSSI ROMOLO, MANUALE DI PSICHIATRIA, MILANO, PICCIN, 2007, ISBN 978-88-299-1851-5.
- FRANK C.P. VAN DER HORST (2012), JOHN BOWLBY: DALLA PSICOANALISI ALL'ETOLOGIA. MILANO, RAFFAELLO CORTINA EDITORE, ISBN 978-88-6030-478-0
- HTTP://WWW.DALLEGRAVE.IT/WP-CONTENT/UPLOADS/2015/03/I-DISTURBI-DELLALIMENTAZIONE-COSA-SONO-COME-AFFRONTARLI.PDF
- HTTPS://WWW.CUFRAD.IT/NEWS-ALCOLOGIA/ALCOL-ALCOLISMO/VISNORESSIA-LE-CAUSE-E-LE-CURE-DELL-ANORESSIA-MASCHILE/21727
- INTERNATIONAL JOURNAL OF EATING DISORDERS, 32 (2002), PP. 309-318.
- JEREMY HOLMES (2017), LA TEORIA DELL'ATTACCAMENTO. JOHN BOWLBY E LA SUA SCUOLA. MILANO, RAFFAELLO CORTINA EDITORE, ISBN 978-88-6030-954-9
- KANDEL, E. (2005). PSYCHIATRY, PSYCHOANALYSIS, AND THE NEW BIOLOGY OF MIND. ARLINGTON, VA, AMERICAN PSYCHIATRIC PUBLISHING, INC.
- MARY D. AINSWORTH, MODELLI DI ATTACCAMENTO E SVILUPPO DELLA PERSONALITÀ, RAFFAELLO CORTINA, MILANO 2006
- ROSSI P., MANGIARE. BISOGNO DESIDERIO OSSESSIONE, IL MULINO, BOLOGNA 2011.
- SCHAFFER H.R., PSICOLOGIA DELLO SVILUPPO. UN'INTRODUZIONE, MILANO, RAFFAELLO CORTINA EDITORE, 2005.
- SPITZ, R. (1972). IL PRIMO ANNO DI VITA DEL BAMBINO. FIRENZE: GIUNTI EDITORE.
- STAGI L., ANTICORPI. DIETA, FITNESS ED ALTRE PRIGIONI, FRANCO ANGELI, ROMA 2008.
- TODISCO P., VINAI P., LA FAME INFINITA, CENTRO SCIENTIFICO EDITORE, ROMA 2008

GRAZIE!

DOTT.SSA
CRISTINA LIZZI