


# Sviluppo affettivo e implicazione eziologica nei disturbi dell'immagine corporea e nell'anoressia.

*Riflessioni sulle manifestazioni dismorfofobiche e rifiuto verso il cibo secondo un'ottica psicodinamica*

Riccardo Granà, Monica Pellerone

	<h2>Narrare i gruppi</h2> <p><i>Etnografia dell'interazione quotidiana</i> <i>Prospettive cliniche e sociali</i>, Vol. 13, n° 1, giugno 2018</p> <p>ISSN: 2281-8960</p>
---	---

Rivista semestrale pubblicata on-line dal 2006 - website: [www.narrareigruppi.it](http://www.narrareigruppi.it)

Titolo completo dell'articolo	
<b>Sviluppo affettivo e implicazione eziologica nei disturbi dell'immagine corporea e nell'anoressia.</b> <i>Riflessioni sulle manifestazioni dismorfofobiche e rifiuto verso il cibo secondo un'ottica psicodinamica</i>	
Autore	Ente di appartenenza
<b>Riccardo Granà</b>	<i>Università degli Studi di Enna Kore</i>
<b>Monica Pellerone</b>	<i>Università degli Studi di Enna Kore</i>
<b>Pagine 33-49</b>	<b>Publicato on-line il 28 luglio 2017</b>
Cita così l'articolo	
<b>Granà, R., Pellerone, M.</b> (2018), Sviluppo affettivo e implicazione eziologica nei disturbi dell'immagine corporea e nell'anoressia. <i>Riflessioni sulle manifestazioni dismorfofobiche e rifiuto verso il cibo secondo un'ottica psicodinamica</i> , in <i>Narrare i Gruppi</i> , vol. 13, n° 1 giugno 2018, pp. 33-49 - website: <a href="http://www.narrareigruppi.it">www.narrareigruppi.it</a>	

#### IMPORTANTE PER IL MESSAGGIO CHE CONTIENE

Questo articolo può essere utilizzato per la ricerca, l'insegnamento e lo studio privato. Qualsiasi riproduzione sostanziale o sistematica, o la distribuzione a pagamento, in qualsiasi forma, è espressamente vietata. L'editore non è responsabile per qualsiasi perdita, pretese, procedure, richiesta di costi o danni derivante da qualsiasi causa, direttamente o indirettamente in relazione all'uso di questo materiale.

## gruppi nella clinica

### **Sviluppo affettivo e implicazione eziologica nei disturbi dell'immagine corporea e nell'anoressia. Riflessioni sulle manifestazioni dismorfofobiche e rifiuto verso il cibo secondo un'ottica psicodinamica**

Riccardo Granà, Monica Pellerone

#### *Riassunto*

La letteratura mostra che le esperienze relazionali maturate nell'infanzia hanno una forte rilevanza sulle traiettorie di crescita psicologica.

Il lavoro che segue ripercorre le fasi ritenute salienti rispetto allo sviluppo dell'identità, la crescita psicologica, l'abilità di mentalizzazione e la capacità di condividere stati affettivi.

In un'ottica che integra modelli psicodinamici della relazione, il lavoro presenta una attenta analisi di alcuni fattori chiave che influenzano la rappresentazione dell'immagine corporea ed il rapporto verso il cibo, con riferimento alle modalità con le quali il soggetto ed il caregiver co-creano attivamente il processo sintomatologico della realtà intrapsichica, teatro degli scenari della patologia del corpo e del rifiuto verso il cibo.

*Parole chiave:* Adolescenza, Identità, Attaccamento, Dismorfismo corporeo, Anoressia.

Affective Development and Etiological Implication in Body  
Image Disorders and Anorexia.

*Reflections on BDD Manifestations and Refusal of Food in a Psychodynamic View*

#### *Abstract*

Literature shows that relational experiences during childhood have a strong impact on psychological growth trajectories.

The following work retraces the phases considered salient for identity development, psychological growth, mentalization skills and ability to share affective states.

In a perspective which integrates relational psychodynamic models, the work presents a careful analysis of some key factors that influence the representation of body image

and the relationship with food, with reference to the ways in which individual and caregiver actively co-create the symptomatic process of intrapsychic reality, theatrical scenes of body disease and refusal of food.

*Keywords:* Adolescence, Identity, Attachment, Body Dysmorphic Feature, Anorexia.

### 1. Dal fenomeno intrapsichico al fenomeno relazionale

Per cogliere la grandezza di ogni evoluzione è sempre necessaria una regressione, una digressione che costituisca lo sfondo alla proposta, all'ispirazione nuova. Per diversi decenni la psicoanalisi ha fondato la propria forza ed i propri capisaldi su presupposti 'sacri', religiosamente onorati dagli adepti, dagli allievi, dalla divulgazione, dalle Università.

Tuttavia, il progresso culturale e scientifico non è mai statico, ma è in continuo movimento, seppur moderatamente. Prendendo a prestito una metafora si potrebbe affermare *“che nessuno vede un fiore sbocciare perché il suo processo è molto lento, ma nessuno è disposto ad affermare che il fiore è immobile; tutti, infatti, attraverso l'esperienza percettiva fatta nel tempo, mentalizzano il movimento continuo che porta un bocciolo al fiore, il fiore al frutto e da qui al seme e all'albero e via di questo passo”* (Licari, 2006: 2). Allo stesso modo restare tra gli spazi, sempre più riduzionistici e polarizzati della comunicazione del Sapere è impresa sempre più ardua; *“la pressione del post-modernismo sta fondando le proprie basi sulla nostra generale mancanza di abilità nel superare un certo numero di dualismi che si sono ormai radicati nel moderno modo di pensare”* (Montuori, 2013: 210).

Tornando alla Teoria psicoanalitica, appare impossibile non riconoscere ai pionieri dell'analisi psichica il merito di aver sondato la ragione sconosciuta, il presupposto invisibile agli occhi, il movimento silente che governa il pensiero linguistico; bisogna riconoscere a Freud il valore della scoperta dell'Inconscio.

I processi di rimozione, la Teoria pulsionale (Freud, 1905), le istanze della psiche hanno delineato un importante territorio, un'area geograficamente vasta sulla quale fondare importanti studi, impalcature e costruzioni, che facilitassero la comprensione dei fenomeni mentali, non spiegabili attraverso marcatori biologici né attraverso l'uso del comune buon senso. La prospettiva idraulica del funzionamento delle istanze psichiche ha, così, guidato la concettualizzazione teoretica e clinica dei disturbi psichiatrici, nell'ottica della razionalizzazione dinamica della formulazione del sintomo e della sua radice profonda. Ed è a partire dalle formulazioni psicodinamiche che si è avvertita l'esigenza di collocare 'al di là dell'uno' il fenomeno mentale, rappresentandolo come frutto dell'interazione con l'Altro<sup>1</sup>, specifico della relazione, oltre gli argini delle istanze intrapsichiche classiche.

---

<sup>1</sup> Con il termine 'Altro' al soggetto che ha vissuto un processo di castrazione, una personalità che rappresenti l'alterità, che ha non ha esigenza di prolungamenti narcisistici e che riconosce e valorizza la diversità nelle inter-soggettività relazionali. Usa, in contrapposizione, il termine 'al-

Se è vero che l'uomo è sempre il risultato dell'interazione dinamica con l'alterità, bisogna ricordare che già a partire da Donald Winnicott (1974) si è assistito ad uno spostamento dell'osservazione delle tappe evolutive. Il sistema monastico viene riscattato in favore di una visione psicologica dualistica, legata e influenzata dalla presenza di un agente attivo, il caregiver. L'autore concepisce lo sviluppo in termini di dipendenza, abbandonando l'impostazione intrapsichica delle pulsioni che proponevano uno sviluppo più autonomo ed indipendente del neonato. In questo senso, le fasi di dipendenza assoluta, dipendenza relativa e verso l'indipendenza (Winnicott, 1974) sono significative, a partire dal nome stesso, della necessità del bambino di svilupparsi a partire da una vicinanza privilegiata e peculiare con la figura di accudimento.

La madre ottimale winnicottiana è una madre attiva nel processo di co-costruzione, che avverte il bisogno del figlio e possiede talento nel modulare i momenti di presenza e di assenza. La modulazione degli intervalli catalizza la capacità del bambino di accettare l'allontanamento dalla figura materna senza perdersi, di accogliere la frustrazione senza disperazione, migliorando, quindi, la propria capacità di regolazione affettiva. Il sistema nervoso autonomo risente degli intervalli interattivi (Tronick, 1999) e, grazie alle riparazioni della madre, viene inibito l'eccesso di autoregolazione (Tronick, 2007).

L'equilibrio ed il bilanciamento delle fasi di responsività e indisponibilità facilitano l'emergere di quello che Winnicott definisce 'vero sé', vale a dire la percezione che il bambino ha di sé come essere umano unico, autentico e soprattutto tollerato dall'ambiente nonostante i propri irriducibili difetti. In questo senso, il vero sé è precursore di una personalità orientata e sostenuta da una buona autostima, senza dover ricorrere a sistemi e difese considerate pericolose per la propria identità. *"I concetti di rêverie e di holding si riferiscono proprio alla capacità di contenimento e sostegno emotivo offerte dal caregiver al bambino, quali elementi fondamentali per lo sviluppo di quelle competenze mentali che fungono da regolatori delle tensioni emotive interne"* (Caretti et al., 2005: 171). D'altro canto, i contributi fondamentali di Allan Shore (Shore, 2012) sul trauma evolutivo testimoniano che gli eccessivi picchi eccitatori da sotto o sovra-stimolazione determinano assetti neurobiologici e metabolici, in grado di determinare conseguenze importanti nei sistemi deputati alla regolazione dei livelli di stress; fino ad arrivare, nei casi più estremi, a stati dissociativi indotti per controreazione dai sistemi a basso consumo - quelli del parasimpatico - con la messa in atto di un processo del tutto simile, per concetto, a quello di *freezing* comportamentale<sup>2</sup>.

---

tro' per definire uno processo di sviluppo precluso all'esperienza del limite, che cerca nella relazione un rispecchiamento narcisistico.

<sup>2</sup> Di fronte alle minacce ambientali, il sistema neurobiologico regola comportamenti di attacco-fuga quali il fight, il flight il freezing ed il feigned death. Nel caso specifico, il freezing, che letteralmente significa 'congelamento', nelle specie animali consiste nella risposta di auto-immobilizzazione, al fine di evitare di attirare l'attenzione del predatore. Questa risposta fisiologica ha origine dal nucleo dorsale del nervo vago.

Secondo questa prospettiva, il trauma evolutivo, il rallentamento o il mancato raggiungimento integrativo delle esperienze non sarebbe unicamente imputabile al bambino ma, al contrario, viene resa esplicita la responsabilità materna di evocare le tappe evolutive, determinandone in buona parte gli esiti finali. D'altra parte, sappiamo che il processo che promuove la capacità di mentalizzazione<sup>3</sup> è intrinsecamente correlato alle risposte della madre in funzione delle richieste esplicite ed implicite del bambino.

Alla nascita il neonato è immerso dall'onda delle sensazioni 'nuove' e indefinite, non processate a livello simbolico che, come tali, rappresentano l'epicentro oscuro di tutto il mondo interno. La paura di annichilimento (Klein, 1939) e di dispersione sono i temi principali che spingono il neonato ad agire attraverso il 'grido', attraverso un pianto che ricerca vicinanza. In questo senso, l'affetto di disperazione non è indirizzato contro l'oggetto madre, ma piuttosto è il modo in cui richiama primariamente la relazione con l'oggetto (Fairbairn, 1952), piuttosto che per ridurre la tensione (Gabbard, 2015).

L'inconsapevole domanda d'aiuto rappresentata dal grido è in qualche modo connessa al timore dell'esser sopraffatto da sensazioni ancora troppo intense ed aliene rispetto alla capacità di fronteggiarle. In taluna circostanza, la risposta accogliente e rassicurante del caregiver mitiga l'effetto buio e sconvolgente della paura del bambino in una domanda ascoltata, in una risposta d'amore, in un atto che sancisce la volontà della madre ad accogliere la vita. Viceversa, se ciò non accadesse, il bambino rischierebbe di divenir lui stesso quel grido e la vita potrebbe diventare un pianto disperato che non trova risposta di accoglimento (Recalcati, 2014). La maternità, per la psicoanalisi, non è mai determinata dall'evento biologico che coinvolge la fecondazione, bensì rappresenta un atto voluto; in questo senso la genitorialità è sempre più adottiva e meno biologica.

Questo è il primo punto che merita rilevanza, vale a dire la capacità della madre nel voler dar senso ad una vita che ancora non ne possiede. Tra i vari esiti possibili, il migliore è quello che mostra accoglienza nella madre e una sincera predisposizione all'ascolto del grido del bambino, che non comprende ancora le leggi del linguaggio, non conosce concetti né definizioni, non possiede ancora tracce di memorie stabili, se non divise in piccole isole non integrate in un per-cetto molto meno che parziale. Il pensiero del bambino è un pensiero senza parole, costituito solo dall'istinto di eventi pulsionali e risposte istintuali. Proprio a causa di ciò, le comunicazioni che il bambino attiva con il caregiver sono definite prelinguistiche, in quanto le proiezioni dal bambino verso la madre sono costituite da frammenti sensoriali non 'convertiti' linguisticamente, mantenendo dunque la forma del sensorio. I frammenti sensoriali proiettati non ancora pensati, che Bion (Bion, 2009) definisce 'elementi beta', hanno la necessità

---

<sup>3</sup> Per mentalizzazione si intende quel 'processo mentale con cui un individuo implicitamente ed esplicitamente interpreta le proprie azioni e quelle degli altri, come significative sulla base di stati mentali intenzionali, quali desideri personali, bisogni, emozioni, credenze e ragioni'.

Choi-Kain, J., Gunderson J. (2008). Mentalization: ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder, in *Am J Psychiatry*, p. 1128.

di essere accolti, interpretati e restituiti in modo che il bambino possa reintroyettare una risposta che gli faccia intendere la richiesta iniziale. Gli elementi beta fanno parte dell'inconscio non rimosso, poiché i frammenti sensoriali non sono mai entrati a far parte della consapevolezza del soggetto, e come tali non sono censurabili da programmi esecutivi di tipo inibitorio<sup>4</sup>.

La capacità di elaborare e pensare per conto del bambino, che Bion ha definito *rêverie* (Bion, 2009), è determinante per la produzione della nominazione affettiva. L'inconscio non rimosso, fuggendo alla metacognizione, scarica principalmente attraverso le vie somatiche, a causa della mancata trasposizione linguistica degli stati interni. Le parole che sono referenti di stati emozionali hanno il vantaggio di poter esser contestualizzate e monitorate; viceversa il nulla, che grida in una lingua sconosciuta oltre che sfuggire alla linguistica, si sottrae al corpo che ne rappresenta la principale via d'azione.

Altra dimostrazione dell'importanza dell'Altro è esemplificata dallo 'stadio dello specchio' (Recalcati, 2000), che inizia intorno ai 6 mesi e termina approssimativamente intorno ai 18. Il bambino in taluna fase inizia a riconoscere la propria immagine in un percelto integro, capisce che l'immagine riflessa è la propria. La presentazione del bambino davanti lo specchio è spesso guidata dal caregiver ed è proprio quest'ultimo in grado di caricare l'immagine riflessa di significati positivi o negativi, facilitando o intralciando il processo di introiezione di una buona immagine di sé.

Il proprio sé, l'autostima e l'integrità della percezione del proprio corpo e della propria immagine divengono i capisaldi di tutte le transizioni future tra il bambino, il mondo interno ed il mondo esterno. È probabilmente Bowlby a sancire discontinuità tra alcune teorie delle relazioni oggettuali e lo sviluppo infantile. La Teoria dell'Attaccamento (Bowlby, 1969) ha offerto la possibilità di delineare, in modo osservativo, la qualità del legame tra bambino e caregiver (Iacolino et al., 2016). Secondo l'autore, sulla base della tipologia di rapporto che intercorre tra la diade, il bambino crea una rappresentazione oggettuale della relazione, con i relativi contenuti impliciti riguardo la rappresentazione di sé e dell'altro, tenuti insieme dal legame principale, che ne costituisce il tema affettivo di sfondo (Pellerone et al., 2016). Un bambino amato e desiderato non avrà timore di mostrarsi impaurito, riuscirà a mettere in atto il comportamento di attaccamento, fiducioso che la madre risponda adeguatamente (Pellerone et al.,

---

<sup>4</sup> L'inconscio freudiano è di livello più alto rispetto al buco nero dell'inconscio non rimosso. L'inconscio classicamente inteso è un inconscio linguistico, costituito da tagli e censure operate su elementi alfa. Non è possibile censurare elementi prelinguistici; la mente più corticale, quindi la più evoluta, seleziona, ragiona, elabora i pensieri e le esperienze attraverso 'controlli' il cui algoritmo è rappresentato in lettere, parole, frasi. Ad esempio, una censura del Super-io (inconscia) potrebbe non accettare la relazione tra 'figlio' e 'omicidio', in quanto incompatibili dal punto di vista della relazione logico-sociale che esiste tra i due termini. La psicoanalisi dimostra che la semplice rimozione non annulla definitivamente l'incompatibilità; il conflitto continua ad esercitare una forza sul sistema nervoso e, quest'ultimo impiegherebbe molte energie per inibirlo in modo soddisfacente. Il compromesso tra le varie forze, in molti casi, continuerebbe a vivere attraverso una manifestazione cifrata con il sintomo.

2017). Un legame così strutturato facilita l'espressione relazionale degli affetti tra i membri della diade, offrendo così la possibilità di riconciliazione. La riparazione in seguito alla rottura, promuove la creazione della costanza di un oggetto interno tollerante e presente, in grado di regolare al meglio gli stati affettivi negativi, evitando manovre difensive eccessive e disadattive. La relazione oggettuale, in questo caso, rappresenterà un sé amabile e voluto, una madre affidabile e presente legata al bambino da un affetto amoroso e benevolo. Viceversa, un legame insicuro, si esprime con rappresentazioni di sé e dell'altro più negative, un tema affettivo incerto, con conseguente alterazione del comportamento di attaccamento e abbassamento dei livelli di autostima.

I Modelli Operativi Interni, mediante l'effetto di generalizzazione, si strutturano e divengono la traccia del passaggio di una relazione primaria, matrice affettiva delle future relazioni. La particolarità sta nel fatto che, se la prima relazione di fatto, ha attivamente forgiato la forma ancestrale di un modello interattivo, la sua generalizzazione provoca una distorsione dei futuri legami al fine di adeguarlo al modello. È in conseguenza di ciò che lo stile di attaccamento tenderà a perpetuarsi, trainando l'eredità positiva o negativa dell'imprinting relazionale, fino a trasmettersi in ambito generazionale.

I Modelli Operativi Interni sono, infatti, mutevoli durante le prime fasi di sviluppo, ma una volta consolidati, diventano relativamente stabili nel corso della vita, e indirizzano il comportamento interpersonale, mediante specifici schemi socio-relazionali, che fungono da fattore di rischio e/o protettivo per la formulazione di pensieri e sentimenti, e la regolazione delle emozioni, soprattutto a partire dalla fase adolescenziale (Cassidy, Shaver, 2008).

Tali modelli rappresentano, quindi, almeno in parte, la base a partire dalla quale l'individuo struttura il senso di amabilità e le credenze di autoefficacia, influenzando le modalità di gestione e regolazione delle emozioni, le strategie per la gestione del disagio e, in senso più ampio, il concetto di sé (Besharat, Salimian, 2014).

## *2. Dalla pubertà all'adolescenza: un viaggio attraverso l'immagine del proprio corpo*

L'adolescenza, intesa come varco di proiezione del ragazzo verso l'età adulta, è un tempo ricco di possibilità ma, al contempo, pregno di insidie. Nella pubertà, periodo biologico che segna l'esordio dell'adolescenza, l'aumentata produzione ormonale determina la differenziazione dei caratteri sessuali secondari. Nella femmina la produzione di estrogeni e di progesterone ha implicazioni evidenti sul cambiamento della voce, l'aumento di volume del seno e origina il menarca; nei maschi gli androgeni contribuiscono alla formazione della peluria pubica ed ascellare e determinano l'aumento del volume del pene, dei testicoli e della statura (Conti, 2010); il corpo, adesso, è pronto per la procreazione. Dal punto di vista cognitivo, nell'adolescenza il pensiero subisce delle trasformazioni; nonostante sia ancora presente una tendenza all'amplificazione

emozionale, il pensiero cambia qualità: la maturazione ed il consolidamento dei pattern sinaptici delle regioni corticali si concretizzano nell'abilità di riflettere su ciò che ancora non è accaduto, sul possibile e sul futuro, e non più solamente sul reale e sul presente.

È quindi possibile intendere la fragilità dell'età puberale in relazione all'identità che sfugge di mano, al corpo che straripa da ogni parte e alle rinnovate manifestazioni libidiche. Le trasformazioni fisiche e sociali che questa età comporta, per certi aspetti, riaprono le questioni passate inerenti al processo di individuazione-separazione (Saviano, Cornoldi, 2001), in quanto gli scenari da affrontare, rispetto ai temi di separazione, sono comparabili.

La pubertà è esperienza di un corpo che sfugge al controllo onnipotente, modalità difensiva che invece caratterizza, ad esempio, diversi quadri clinici di anoressia (Recalcati, 2010). Le società odierne sono sempre più orientate alla promozione ed alla creazione di modelli estetici che richiedono perfezione nelle diete, disciplina nei comportamenti alimentari e controllo del fisico, assoldando così soggetti di tutte le età, ad un fondamentalismo del corpo (Recalcati, 2010). Se è vero che il sintomo ha una collocazione relazionale e intrapsichica, sappiamo anche che ogni periodo storico crea il proprio sintomo<sup>5</sup>.

Il sintomo nella clinica attuale è un sintomo mozzo, impoverito del referente linguistico, meno denso di Desiderio e più avvezzo al godimento. La 'clinica del vuoto' (Recalcati, 2002) si riferisce, dunque, ad una clinica di segni e non di narrazioni, che si allontana dal lavoro con l'inconscio dinamico rimosso e si avvicina sempre più prepotentemente alle manifestazioni del Reale<sup>6</sup>.

Lo scarto tra l'immagine dello specchio e il nostro Ideale, non più investito da un sublimante simbolico, diviene buco nero, sfaldando l'integrità dell'immagine complessiva; la distorsione che ne deriva indebolisce l'immagine del corpo e amplifica l'angoscia relativa all'integrazione dell'Io ideale e all'Ideale dell'Io. Il Disturbo di Dismorfismo Corporeo, è proposto nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) come una variante dei disturbi ossessivo-compulsivi. *“L'immagine corporea è un concetto al confine tra la Neurologia e la Psichiatria in quanto possiamo concepirlo come l'insieme di schema corporeo e corpo ideale. Lo schema corporeo è l'insieme delle percezioni del nostro corpo nello spazio rappresentate a livello della corteccia cerebrale, mentre il corpo ideale o ideale corporeo dell'io è un concetto psicoanalitico”* (Siciliani, Siani, Castellazzi, 2007: 156).

---

<sup>5</sup> L'isteria ottocentesca era figlia di una precisa collocazione storica e culturale della donna in una particolare configurazione sociale, politica e culturale. Il corpo isterico è un corpo teatro di linguaggio, un corpo desiderante, manifestazione cifrata di un desiderio che tende all'Altro significativo.

<sup>6</sup> Il registro del Reale, per Lacan, si pone al di fuori del rapporto con un'alterità significativa (registro simbolico) ed anche fuori dallo stallo dell'identificazione narcisistica (registro immaginario) nutrendosi di oggetti reali, godendo illimitatamente della pulsione ancestrale e reale, senza mediazione del pensiero sublimatorio.

Recalcati, M. (2000). *Jacques Lacan*. Milano: Bruno Mondadori.



Il Disturbo di Dismorfismo Corporeo è diagnosticato in presenza di forte preoccupazione o esagerazione riguardo un presunto difetto fisico, specifico di una parte del corpo. È associato a disfunzioni esecutive, ad anomalie del processamento visivo e dell'attenzione selettiva su alcune parti del corpo, in assenza di una rappresentazione olistica globale; l'eziologia è altresì associata a fattori ambientali quali la trascuratezza e l'abuso infantile (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, 2013), a conferma dell'influenza negativa che il trauma evolutivo esercita sull'autostima corporea. I fattori socioculturali hanno un ruolo importante sul giudizio soggettivo che l'individuo dà riguardo il suo essere o non essere attraente. Non a caso il disturbo, più frequente nel sesso femminile, è generalmente riferito a zone corporee specifiche per genere: pelle, seni, gambe e fianchi nelle donne e altezza, capelli e dimensioni dei genitali nell'uomo. Una volta insediatosi il disturbo, la persona diviene selettivamente più preoccupata, fino a divenire sempre più invalidata, in termini di tempo impiegato per il 'controllo' e per l'angoscia dovuta al non accettarsi. La prospettiva psicoanalitica pone l'accento sui primi legami di attaccamento e relazione con il caregiver, in quanto dalla qualità di tale legame è in buona parte determinata l'esperienza soggettiva rispetto agli stati interni e all'autostima. In particolare, un importante contributo teorico è fornito dal Lacan (Lacan, 1966), che descrive *"lo stadio dello specchio" come fondamento dell'illusoria unità dell'Io. L'immagine che il bambino introietta dallo specchio è, per Lacan, un'emulazione imperfetta del corpo reale; tuttavia, il bambino, identificandosi con la propria immagine speculare, tenta di riorganizzare in modo coerente la percezione globale del proprio corpo, come se l'immagine fosse perfettamente rappresentativa dell'unità visiva. Da questa operazione introiettiva e identificativa, il soggetto inizia a strutturare la propria identità futura; lo stadio dello specchio "è così un dramma la cui spinta interna si precipita dall'insufficienza all'anticipazione"* (Lacan, 1966: 91). L'angoscia di frammentazione corporea sarebbe così mitigata dalla 'coperta' immaginaria, la quale, però, viene considerata attendibile nonostante la 'bugia' in essa contenuta. Non ci sarà, infatti, mai corrispondenza perfetta tra l'immagine riflessa e la realtà corporea; lo scarto tra le due dimensioni sfugge a qualunque tentativo possibile di unione. Lo scarto 'mancanza' tra ciò che si è realmente ed il registro immaginario, è la misura di sicurezza per non collassare nella menzogna narcisistica dello specchio. Una madre sufficientemente buona (Winnicott, 1974) investirà l'immagine speculare del bambino di un'esperienza affettiva sana e positiva, ma soprattutto flessibile e realistica. Infatti, una sintesi efficace tra lo stadio dello specchio e la nozione winnicottiana della madre-specchio, si realizza nella capacità materna di sostenere uno specchio che distorce in maniera benevola, *"cioè deve portare per il bambino la realtà dell'inevitabile frammentazione e fragilità del suo corpo"* (Lemma, 2011: 75). Deve altresì promuovere una bugia positiva, una torsione rispetto ad ogni forma di copertura totalizzante e dipendente per il Sé. In altre parole, una madre talentuosa, riesce a trasmettere l'eredità della mancanza ad essere, promuovendola come valore positivo e margine di crescita psicologica e simbolica, svincolando il Sé dalla dipendenza immaginaria. *"Il Sé può diventare troppo dipendente dall'immagine e dagli specchi"*

*al fine di sentirsi intero e può sentirsi costretto a modificare il proprio corpo al fine di raggiungere una forma idealizzata” (Lemma, 2011: 75).*

L'immagine corporea viene quindi a costituirsi a partire dall'infanzia e prosegue nelle proprie ridefinizioni fino all'adolescenza, passando per la critica fase puberale. La funzione di rispecchiamento sociale, tipica di questa età, costituisce la nuova lente attraverso la quale guardare se stessi. *“Le ragazze sembrano essere più suscettibili, rispetto ai coetanei maschi, al giudizio delle altre persone relativo al loro corpo. Quindi le ragazze presentano un maggior rischio di sviluppare un'immagine corporea negativa con conseguente attuazione di comportamenti alimentari abnormi finalizzati al raggiungimento della forma fisica da esse idealizzata” (Siciliani, Siani, Castellazzi, 2007: 157).*

Relativamente alla fase di assessment, il Disturbo da Dismorfismo Corporeo (DDC) non è diagnosticato se la sintomatologia è riconducibile ad altro quadro clinico che non presenti affinità con disturbi legati all'immagine corporea. Nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (APA, 2014) il DDC è stato inserito nella categoria dei Disturbi Ossessivo-Compulsivi (DOC) e disturbi correlati, ed è diagnosticato nosograficamente attraverso i seguenti criteri: preoccupazione per uno o più difetti o imperfezioni percepiti nell'aspetto fisico che non sono osservabili o appaiono agli altri in modo lieve; messa in atto di comportamenti ripetitivi (ad esempio, guardarsi allo specchio, curare eccessivamente il proprio aspetto, stuzzicare la pelle, e ricercare rassicurazioni) o azioni mentali (quali, confrontare il proprio aspetto fisico con quello degli altri) in risposta a preoccupazioni legate all'aspetto; la preoccupazione causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti; la preoccupazione legata all'aspetto non è meglio giustificata da preoccupazioni legate al grasso corporeo o al peso in un individuo i cui sintomi soddisfano i criteri diagnostici per un disturbo alimentare.

Le comorbilità più frequenti dei disturbi dimorfofobici sono quelle che si manifestano con i Disturbi del Comportamento alimentare (DCA). La correlazione tra DCA e DDC si riscontra per la prima volta in un'opera di Hilde Bruch pubblicata nel 1973 e intitolata Patologia del comportamento alimentare (Bruch, 1973). La caratteristica che si sovrappone ai DCA è rappresentata da una distorta percezione del proprio corpo che viene considerato difforme dal corpo ideale. *“L'esempio più chiaro è rappresentato dalle pazienti anoressiche che sostengono di essere grasse anche se sono gravemente sottopeso” (Siciliani, Siani, Castellazzi, 2007: 157).*

Tuttavia, nell'anoressia la distorsione dell'immagine corporea è di entità globale, riguarda quindi l'intera forma corporea. Diversamente, nel disturbo dimorfofobico vi è una dimensione di specificità in relazione alla parte del corpo ritenuta eccessivamente disturbante. Il colloquio clinico che si propone di esplorare questa categoria di disturbi, dovrebbe indagare l'intera organizzazione di personalità e funzione del sintomo, al di là del principio di classificazione nosografica, con l'intenzione di integrare le manifestazioni sintomatiche alla for-

mulazione del caso e, soprattutto, al fine di orientare al meglio sia l'attività prognostica che l'intervento terapeutico.

### 3. *Ipertrofia patologica dell'Io e considerazioni sul rifiuto anoressico: al di là dell'immagine corporea.*

La prima volta che si ebbe un resoconto clinico di anoressia fu nel 1689, ad opera di Richard Morton (Morton, 2012), un medico inglese il cui nome resta nella memoria per gli studi sulla tubercolosi, malattia di cui fu il pioniere (Vandereycken, Van Deth, 1995). Fu autore della nota: *Phthisiologia: or a treatise of consumption*, in cui descriveva il caso di una ragazza, morta a causa di una *consumzione nervosa* ed indicando l'origine psicogena della stessa, causa che la portò alla morte.

Solamente nella seconda metà del XIX secolo si ebbe una svolta importante in ambito eziologico e patognomico, grazie ai contributi di Ernest Charles Lasègue (Lasègue, 1874), che coniò la definizione di anoressia isterica, concentrandosi sul significato del rifiuto verso il cibo, descrivendola come una sindrome caratterizzata da una patologia dell'attività volitiva, manifestata attraverso un ottimismo smisurato e un'eccessiva attività di intellettualizzazione della propria condizione fisica (Clerici, Lugo, Pennati, 1996: 51). Freud, nel 1914, scrisse riguardo l'anoressia enfatizzando l'importanza della sessualità nella formazione del fenomeno anoressico: per l'autore il sintomo ricopriva due realtà psichiche soggiacenti, l'isteria e la melanconia (Freud, 1914). Per Freud, temere di esser divorati, scatenava una posizione di passività; tale posizione troverebbe riscatto nell'età adolescenziale che si proporrebbe come cannibalismo bulimico. L'impotenza, reale o percepita nell'infanzia, avrebbe avuto conseguenze reattive nel futuro e nel rapporto con il cibo. Nella melanconia, Freud, considerò l'investimento libidico oggettuale affermando che l'Io vorrebbe incorporare in sé l'oggetto e data la fase orale, tale oggetto viene divorato. In questa prospettiva si può considerare anche il contrario e quindi pensare che da un'anoressia si possa avere una melanconia silente.

È importante, dunque, considerare a fondo il rapporto tra anoressia e sessualità; il termine anoressia, infatti deriva dal greco *ανορεξία*, termine filosofico usato per indicare 'assenza di desiderio'. In seguito il termine ed il suo sinonimo latino *innappetentia* furono usati in senso fisico per indicare un senso di disgusto per il cibo, o comunque mancanza di appetito. Molto spesso, infatti, la vita sessuale è molto ridotta o completamente assente, oppure vissuta in modo coatto, similmente alle abbuffate alimentari.

Nei primi anni del XX secolo la psicoanalisi considerava l'anoressia nella prospettiva delle fantasie di incorporazione ed in particolare molte descrizioni sono relative all'ingravidamento orale. Nonostante questa prospettiva generale sia superata, il concetto alla base è ancora valido. Infatti la questione è porre una difesa ad un assalto pulsionale proveniente dal mondo esterno, che nel caso

delle fantasie orali, sarebbe costituito da un seduttore che per via orale introduce nell'anoressica qualcosa che rimane lì e cresce, che incoraggiando l'ascetismo nella pubertà contribuisce alla scissione delle pulsioni dal *soma*.

Anche nella bulimia la relazione oggettuale patologica è caratterizzata dall'investimento libidico sul cibo; tuttavia, se nell'anoressia il rifiuto verso il cibo è rifiuto dell'alterità e del godimento dell'altro, nella bulimia le manovre inclusive ed espulsive, di avvicinamento e allontanamento, svelano la modalità di funzionamento prevalentemente *borderline* della dimensione relazionale del soggetto; il corpo non è preso in ostaggio, come in alcune forme di anoressia, ma assume le caratteristiche di un oggetto transazionale. Nelle modalità psicotiche, la bulimia, si costituisce come sintomo strutturante dell'identità e, di conseguenza, il grasso che riveste il corpo ha la funzione di separare l'interno dall'esterno, di rivestire l'identità che, altrimenti rischia la frammentazione. In questi casi più gravi, una terapia centrata sul sintomo, quindi, rischia di slantizzare maggiormente lo stato di sofferenza del paziente, al quale occorre invece una terapia di supporto ed accettazione, che presti particolare attenzione ai limiti soggettivi che il soggetto non intende oltrepassare, in riferimento, ad esempio, ad un dimagrimento improvviso e forzato.

Oggi, il continente dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) è molto vasto ed eterogeneo. È importante, pertanto, fare delle premesse: l'anoressia non è soltanto una patologia che investe selettivamente l'adolescenza. L'esperienza clinica, infatti, registra un numero sempre maggiore di anoressie tardive e, soprattutto, di anoressie gravissime il cui esordio si manifesta in età infantile. Inoltre, nonostante non esista anoressia nel cosiddetto Terzo mondo, nei Paesi più industrializzati i disturbi alimentari non colpiscono più solamente i membri della borghesia ma, lentamente, si diffondono anche nelle classi sociali meno agiate. Nonostante vi siano evidenze cliniche di DCA anche nel sesso maschile, per la psicoanalisi tali disturbi rimangono profondamente connessi in modo intimo al mondo interno femminile, come accade, per esempio, per la tossicomania che, pur presentandosi anche nella donna, rimane fortemente ancorata ad una dimensione che riguarda primariamente una dimensione maschile, in riferimento alle caratteristiche psicodinamiche intrinseche nella 'scelta' del sintomo.

I DCA sono un fenomeno complesso e multifattoriale, ed il sistema sociale costituisce lo sfondo culturale sul quale si struttura il disturbo. I modelli estetici, la cultura esasperata del corpo, l'eccesso di 'oggetti' e beni di consumo, sono elementi che entrano nel gioco costitutivo della genesi profonda dei disturbi alimentari. In Italia, secondo i dati forniti dall'Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione clinica (ADI) sono circa tre milioni i giovani che ne soffrono, di cui il 95.9% sono donne (circa il 2.2% della popolazione femminile) e il 4.1% sono uomini (circa lo 0.25% della popolazione maschile). Il rischio per la vita, è elevato: nei casi di anoressia nervosa i decessi si aggirano intorno al 6% tra i casi diagnosticati (Salute e Benessere, 2016). Inoltre, l'ADI sottolinea che nella maggior parte dei casi, i disturbi alimentari non sono supportati da una terapia

efficace e specifica. Ed è infatti il processo diagnostico che diventa determinante nell'inquadramento del disturbo. Il semplice gesto clinico che classifica nosograficamente il disturbo è poco utile ai fini dell'intervento. Il progetto terapeutico acquisisce consistenza a partire dalla formulazione del caso, del tipo di anoressia o bulimia, nella funzione che il sintomo riveste nell'ottica dell'organizzazione globale di personalità; ad esempio, un'anoressia melanconica in una struttura psicotica ha una funzione profondamente diversa di un'anoressia nervosa di versante nevrotico; una diagnosi di bulimia di area psicotica ha differenze evidenti dalla stessa presentazione sintomatica di area borderline.

In risposta alla complessità di tale diagnosi, è auspicabile, seguendo modello di Kernberg (1980), indagare la funzione del sintomo, solamente dopo aver sondato l'intera organizzazione di personalità. Un soggetto organizzato in senso nevrotico, ad esempio, conserva una buona continuità del sé, è flessibile nell'utilizzo dei meccanismi di difesa e in terapia realizza senza difficoltà un'alleanza grazie alla 'scissione terapeutica' tra il Sé che vive la sofferenza psichica ed il Sé osservante. L'alto livello di funzionamento e la coesione dei nuclei del Sé dimostra che il sintomo non è sostituto di funzioni mancanti e non ha la funzione di stabilizzare un'identità dis-integrata; per queste ragioni il sintomo è spesso vissuto come egodistonico rispetto all'esperienza soggettiva. A livello nevrotico il sintomo è metafora, interpretabile, un referente simbolico di una sofferenza psichica linguisticamente connessa. Le organizzazioni borderline e psicotiche, al contrario, si caratterizzano per un uso più estensivo di meccanismi di difesa primitivi, come ad esempio la scissione e l'identificazione proiettiva e, per una minore coesione dell'identità generale. A questi livelli di organizzazione il sintomo è 'segno' di un deficit e, quindi, viene esperito nella modalità più reale, manifestando una carenza del processo di mentalizzazione e di integrazione del sé. In questi casi, la funzione del sintomo è quella di vicariare, senza mediazione simbolica, il processo psichico carente o mancante; pertanto, un'improvvisa rimozione della manifestazione clinica 'disturbata', rischia di destabilizzare l'intera struttura di personalità verso forme cliniche più gravi.

Nell'anoressia quindi, possono esistere diverse funzioni soggettive che la scelta verso il rifiuto ricopre; a questo proposito, Recalcati (2010) individua cinque tipologie diverse di rifiuto. La prima versione è quella del 'rifiuto come manovra di separazione', frequente nell'età puberale, nella quale si configura come un gesto che spinge il soggetto alla separazione dalla domanda dell'Altro. Ciò è evidente nei casi di relazione simbiotica della diade bambino-caregiver, quando i confini relazionali diventano labili e indefiniti. Il bambino, abusato dal godimento dell'altro, si percepisce come un'estensione narcisistica di quest'ultimo. L'insistenza del genitore verso il cibo, allora, viene avvertita come una violazione intima dei confini, aumentando nel soggetto la resistenza nei confronti della richiesta: *"L'insistenza dei familiari a sovrastimare il momento dell'alimentazione, favorisce l'insorgere come condotta di resistenza che si rifiuta di assecondare la domanda insistente dell'Altro"* (Recalcati, 2010: 83). Il rifiuto verso l'oggetto è quindi una ma-

novra di individuazione, per sottrarsi all'asfissiante domanda dell'Altro, cercando di localizzare, in età evolutiva, all'interno di sé, l'oggetto di Desiderio (Formica *et al.*, 2016).

La seconda versione di rifiuto è quella del 'rifiuto del corpo', intesa come versione isterica e metaforica del sintomo anoressico. In questo caso il rifiuto è nei confronti del corpo sessuale, che si manifesta nelle proprie esigenze libidiche e pulsionali, difficile da governare. Questa modalità di ostinazione verso il cibo ha la velleità di voler distanziare il desiderio dell'Altro dal proprio corpo, percepito come un'entità divisa ed ingovernabile. Questa manovra si costituisce come un *"acting-out del processo di separazione"* (Recalcati, 2010: 84).

Il terzo tipo è definito 'rifiuto come appello', questa versione di anoressia è collocabile ad un livello di organizzazione borderline. L'appello invocato dal rifiuto è nei confronti del segno d'amore, rifiutando così l'oggetto. Winnicott (1975) definiva il rifiuto del bambino nei confronti del cibo come la manifestazione di un dubbio che ha nei confronti dell'amore del genitore. Per questa ragione il soggetto prende il corpo in ostaggio, al fine di esercitare una pressione sull'Altro, mettendo in atto l'identificazione proiettiva della propria angoscia, al fine di verificare se il genitore possa sopportare il peso di una figlia disposta a lasciarsi morire.

Il 'rifiuto come difesa' è la prima delle due versioni psicotiche dell'anoressia; in questo caso la volontà di dimagrimento assume il significato delirante di solidificazione del corpo (Recalcati, 2010), manifestando in modo reale un disinvestimento libidico dell'oggetto esterno. L'intento del rifiuto, in questo caso, mira a ridurre il corpo ad osso, per ridurre il soggetto in oggetto solido, immutabile. *"Per questa ragione, nelle congiunture più classiche di scatenamento dell'anoressia, troviamo frequentemente abusi sessuali, traumatismi, intrusioni, lutti, tradimenti, incontri cattivi col sapere e con l'istituzione medica, incidenti, frustrazioni della domanda d'amore, ovvero circostanze nelle quali il soggetto si trova identificato alla posizione di oggetto di un godimento maligno e devastatore. In questi casi la solidificazione dei confini del corpo, la muratura del corpo, la negazione oppositiva dell'Altro sono un modo per reagire alla degradazione traumatica del soggetto a oggetto goduto dall'Altro"* (Recalcati, 2002: 93). La quinta versione di rifiuto è stata definita 'rifiuto come appello di morte'. Questa manifestazione di anoressia appartiene ancora al versante psicotico e, per le conseguenze che produce nel soggetto, è la più grave. Infatti in questo caso il rifiuto non è dialettico, è sconnesso dal Desiderio dell'Altro e, l'unico desiderio possibile è quello più distruttivo, quello di morte. In questo caso non vi è ricatto né difesa contro il godimento dell'altro, i sintomi sono l'espressione più reale del massimo grado di disconnessione da qualunque possibilità di legame con il Desiderio.

All'eccessiva forza e rigidità dell'Io anoressico si contrappone, come rovescio della medaglia, un Io destrutturato e fragile, presente nei soggetti che presentano un quadro clinico riassumibile nel Disturbo da Panico. In questi soggetti, contrariamente all'anoressia, lo sfaldamento identitario si traduce in una grave permeabilità alle richieste del Reale e dell'angoscia. L'incapacità di fronteggiare

la marea inondante dell'Inconscio causa il cedimento difensivo delle strutture egoiche e, con esse, il decadimento dei punti cardinali necessari nella navigazione nelle acque oscure della vita stessa. In effetti, l'esperienza del panico, si caratterizza sempre per l'angoscia del soggetto d'innanzi all'incerto e all'imprevedibile, come se niente fosse sufficiente alla mentalizzazione del vuoto che verrà; una regressione violenta e puntuale alla condizione di frammentazione caratterizzata dalla mancata pacificazione delle istanze coscienti con il proprio Desiderio.

Tornando dunque al tema anoressico, possiamo affermare che qualunque sia la funzione del rifiuto, la posizione del soggetto si manifesta nelle vesti di una patologia dell'Io, ma non per la debolezza, come avviene nel panico, ma per l'eccessiva forza. L'ipertrofia dell'Io anoressico sfida la pulsione, con la velleità di governare le trasformazioni del corpo, proponendosi in modo autocratico nelle vesti della Legge, tradendo ogni legame forma di legame con l'alterità.

#### 4. *Riflessioni conclusive*

La realtà psichica dell'individuo è una conseguenza tridimensionale delle interazioni biologiche, psicologiche e sociali. I fenomeni mentali, infatti, hanno sede negli interstizi relazionali che nascono sin dall'infanzia. Le traiettorie psicologiche e comportamentali sono fortemente influenzate dalle prime esperienze amorose con il *caregiver* e la regolazione affettiva è il prodotto finale di un lungo percorso interattivo diadico. Per questa ragione, il dismorfismo corporeo e l'anoressia - nonostante siano patologie la cui manifestazione investa la dimensione corporea - vengono ritenute patologie della relazione e non del soma o dell'appetito.

Per queste ragioni, l'affermazione capitalista ed illusoria secondo cui 'l'uomo si crea da solo' la consideriamo una menzogna del nostro tempo. L'essere umano è sempre frutto del passaggio, del transito delle vite nella nostra, di frammenti di esperienze vissute e lasciate, di attimi intensi e di attimi mancati; si porta il nome che qualcun altro ha scelto, siamo la gioia dello sguardo che ci ha accolto e siamo vittime, in molti casi, del trauma che, senza chiederlo, ci ha accompagnato nella stanza dei ricordi.

#### *Bibliografia*

- Besharat, M. A., Salimian, R. M. (2014). The relationship between attachment styles and alexithymia: Mediating role of self-regulation, in *International Journal of Research Studies in Psychology*, 3 (4): 89-98.
- Bion, W. R. (2009). *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando Editore.
- Bromberg, F. (2012). *L'ombra dello Tsunami*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bruch, H. (1973). *Patologia del comportamento alimentare*. Milano: Feltrinelli.



- Caretti, V., Craparo, G., Ragonese, N., Schimmenti, A. (2005). Disregolazione affettiva, trauma e dissociazione in un gruppo non clinico di adolescenti. Una prospettiva evolutiva, in *Infanzia e adolescenza*, 171.
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (2008). *Manuale dell'attaccamento*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Clerici, M., Lugo, F., Pennati, G. (1996). *Disturbi alimentari e contesto psicosociale. Bulimia, anoressia e obesità in trattamento ospedaliero*. Milano: Franco Angeli.
- CompuGroup Medical Italia SpA. (2011). Website: da [www.medicitalia.it](http://www.medicitalia.it): [http://www.medicitalia.it/minforma/psicologia/1210-trauma-psicologico-accade-mente.html?refresh\\_ce](http://www.medicitalia.it/minforma/psicologia/1210-trauma-psicologico-accade-mente.html?refresh_ce)
- Conti, F. (2010). *Fisiologia Medica*. Milano: Edi-ermes.
- DSM-5. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (2013)*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Formica, I., Branca, M. C., Mento, C., Di Giorgio, A., Pellerone, M., Iacolino, C. (2016). Vitalità senza direzione. Nuovi scenari della psicopatologia, in *Narrare i Gruppi*, 11 (2), 110-125.
- Freud, S. (1905). *Tre saggi sulla Teoria sessuale* (1970). Torino: Boringhieri.
- Freud, S. (1914). *Dalla storia di una nevrosi infantile*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Gabbard, G. O. (2015). *Psichiatria Psicodinamica. Quinta edizione basata sul DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Kernberg, O. F. (1980). *Internal World and External Reality*. Torino: Boringhieri.
- Iacolino, C., Pellerone, M., Ferraro, A. M., Campanaro, S. C. (2016). La percezione del fenomeno mafioso in relazione al disimpegno morale e valoriale in due gruppi di adolescenti siciliani, in *Narrare i Gruppi*, 11(2), 190-211.
- Lacan, J. (1966). *Écrits*, Édition de Seuil, Paris [tr.it., Scritti, Einaudi, Torino, 2002].
- Lasègue, C. (1874). *L'anoressia isterica*, in *La scoperta dell'anoressia*. Milano, Bruno Mondadori.
- Lemma, A. (2011). *Sotto la pelle. Psicoanalisi delle modificazioni corporee*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Licari, G. (2006). Racconti e storie di vita. L'intervista biografica, in *Narrare i gruppi*, 1 (1), 1-8.
- Margherita, G. (2013). *Anoressie contemporanee. Dal digiuno ascetico al blog Pro-Ana*. Milano: Franco Angeli.
- Montuori, A. (2013). Complexity and Transdisciplinarity: Reflections on Theory and Practice, in *World Futures. The Journal of Global Education*, 69 (4-6), 200-230.
- Pellerone, M., Ramaci, T., Miccichè, S., Malizia, N. (2016). Identità, famiglia, relazioni fra gruppi e svantaggio socio-educativo come fattori di insuccesso scolastico. Uno studio trasversale in un gruppo di studenti siciliani di scuola media inferiore, in *Narrare i Gruppi*, 11 (2), 166-185.
- Pellerone, M., Tomasello, G., Migliorisi, S. (2017). Relationship between parenting, alexithymia and adult attachment styles: a cross-sectional study on a group of adolescents and young adults, in *Clinical Neuropsychiatry*, 14 (2), 125-134.
- Recalcati, M. (2002). *Clinica del vuoto*. Milano: Franco Angeli.
- Recalcati, M. (2000). *Jacques Lacan*. Milano: Bruno Mondadori.
- Recalcati, M. (2010). *L'uomo senza inconscio*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Recalcati, M. (2014). *Seconda Edizione Pesarese di Popsophia. Nostalgia dell'amore*. Pesaro. Salute e Benessere (2016). Website: <http://www.ansa.it/saluteebenessere/> noti-



- zie/rubriche/salute/2016/03/15/disturbi-alimentari-per-3mln-di-giovani-in-italia\_1f870127-20b2-4f28-b55b-3cafc013f592.html
- Saviano, E., Cornoldi, C. (2001). *Psicologia Clinica* (II ed.). Milano: Il Mulino.
- Shore, A. (2012). *L'ombra dello tsunami*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Siciliani, O., Siani, R., Castellazzi, M. S. (2007). Immagine corporea: confronto tra pazienti con disturbi del comportamento alimentare e pazienti con altri disturbi psichiatrici afferenti al Servizio di Psicoterapia del Policlinico 'G.B. Rossi' in Verona, in *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 13, 155-161.
- Tronick, E. Z. (1999). *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*. Milano: Raffaello Cortina.
- Tronick, E. Z. (2007). *The neurobehavioral and socio-emotional of infant and children*. New York, Norton & Company.
- Vandereycken, W., Van Deth, R. (1995). Food refusal and insanity: sitophobia and anorexia nervosa in victoriam asylum, in *International Journal of Eating Disorders*, 390-404.
- Winnicott, D. W. (1974). *Sviluppo affettivo e ambiente: studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*. Roma: Armando Editore.
- Winnicott, D. W. (1975). *Appetito e disturbo emozionale, in Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinelli.
- Winnicott, D. W. (1975). *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinelli.