

Modo di mangiare o modo di pensare?

Corrado D'Agostini

Presidente Associazione Fiorentina di Psicoterapia Psicoanalitica

Centro di Alcologia e della Nutrizione

Azienda Ospedaliera di Careggi - Università degli Studi di Firenze

*... comincia a sorridere fanciullo (...)
perché a chi non sorrisero i genitori,
un dio non concede la mensa
né una dea l'amoroso giaciglio
Virgilio Egloga IV, 62-63.*

Perché per esprimere una sofferenza si sceglie di non mangiare avendo una gran fame, o di mangiare fino a scoppiare senza avere affatto fame?

Questa domanda mi accompagna da quando una diecina di anni fa iniziai ad occuparmi stabilmente di anoressia.

La mia prima anoressica fu per me, sul finire degli anni '70, un'esperienza sconvolgente: veniva alle sedute sempre con lo stesso soprabito che un tempo era stato bianco e che col concorso degli schizzi di mille vomiti si presentava come un'enciclopedia di marezze repellenti e indefinibili.

Vomitava platealmente nel bagno dello studio mentre io (e la mia segretaria) ci chiedevamo se fosse stato davvero opportuno averla presa in cura.

Era così esile ed emaciata che le braccia mostravano tutta la trama venosa fino quasi alla superficie dell'osso.

Nonostante fosse ormai più che ventenne, non lavorava, non studiava, non praticava alcuna attività se non quella di errare senza meta in estenuanti passeggiate cittadine.

Si detestava e per lo più si faceva detestare.

Mi irritava ancora di più quando prima dell'inizio delle sedute si recava in bagno e ostentatamente faceva i propri bisogni lasciando la porta aper-

ta, mostrandosi così agli altri pazienti che nella stanza d'attesa imbarazzatissimi non sapevano che atteggiamento prendere data la vistosità del fenomeno. Ma anch'io ero molto incerto su che atteggiamento prendere, giacché i vari tentativi di dissuasione, di interpretazione o di interdizione erano platealmente vanificati.

Dentro di me venivano prepotentemente evocati dalla paziente forti sentimenti sia di angoscia che di protezione nei suoi (e nei miei confronti; che sarebbe accaduto se la p. fosse morta di inedia?)

Una volta giunsi addirittura al punto di comprarle della cioccolata affinché pur nella infinitesima quantità, mangiasse almeno qualcosa di nutriente.

Un gesto tecnicamente scorretto, dettato dall'ansia ... anche se poi qualche risultato in effetti ci fu, visto che dopo un paio di anni di terapia, piano piano, la mia P. iniziò a tentare di vivere, dapprima procurandosi un lavoro saltuario, poi a distanza di alcuni anni con un matrimonio ed infine con due figli dei quali mi fece pervenire una fotografia con dedica.

Questo successo che spesso non si ripeté negli anni seguenti in casi analoghi, a posteriori credo sia stato dovuto ad un senso di istintiva simpatia che, a dispetto di tutto, circolava tra noi due e che permetteva una comprensione ed un accoglimento di fondo che andava oltre le parole.

Mi sono soffermato su questo mio primo caso perché nonostante che allora fossi ben lungi dal riuscire a dare alla sintomatologia un qualche significato, fui colpito da un particolare che poi si mostrò con notevole frequenza anche nei casi successivi.

La famiglia della paziente aveva una struttura molto rigida che suscitava persino in me che ne ero del tutto estraneo un senso di claustrofobia.

Il padre e la madre, due persone intelligenti, acculturate, socialmente molto ben inserite trasmettevano un senso di freddezza e di disagio come se dentro di loro covasse una grande sofferenza inespressa.

Entrambi avevano avuto genitori che avevano affrontato gravi traversie.

Nel 1995 nel corso del 1° congresso nazionale della sezione italiana della Federazione Europea per la Psicoterapia Psicoanalitica, prendemmo in

considerazione con Silvana Russo e Laura Scarpellini l'ipotesi, poi confermata in letteratura, che fossero necessarie tre generazioni perché si arrivasse nei pazienti ad una sintomatologia realmente anoressica.

Questa idea si è ulteriormente rafforzata nel tempo attraverso l'esame della casistica personale e quella relativa alle centinaia di pazienti che sono affluiti al Centro di Alcologia e della Nutrizione dell'Università di Firenze.

È stata nel frattempo suffragata autorevolmente dagli studi dei colleghi che si occupano di terapia della famiglia.

In una ricerca compiuta dal gruppo di Milano di M. Palazzoli Selvini su 52 pazienti avuti in terapia dal 1988 al 1996 e pubblicata quest'anno, questo dato viene confermato ed analizzato.

È stata evidenziata una struttura rigida della famiglia delle p. con disturbi alimentari seri, che si esprime anche attraverso una tendenza alla non separazione, sia nel senso che in queste famiglie vi è un numero estremamente basso di divorzi, sia nel senso che le espressioni d'autonomia dei singoli membri vengono vissute come minacciose per l'equilibrio familiare.

Le tipologie caratteriali di queste madri e di questi padri evidenziano che nelle madri:

- Vi è stata un'alta percentuale di prevaricazioni finanziarie, morali e sessuali subite prima del matrimonio.
- Che esse hanno una difficoltà a farsi stimare e questo ha inciso sulla possibilità di sposare uomini adeguati.

Nonostante questo, nella coppia esse non riescono ad esprimersi con sufficiente forza e nelle scelte importanti cedono il passo al marito.

- Non sono portate a gioire e divertirsi mentre sanno accettare ogni genere di sacrificio e di frustrazione senza protestare.
- Le relazioni affettive le vedono in difficoltà; non sanno chiedere aiuto.
- Quando hanno avuto successo sono apprezzate dal marito per la loro immagine sociale ma non sono state accolte nei bisogni profondi.
- Sono dominate dalla sensazione di essere vuote ed inutili e al tempo stesso non sanno percepire la propria interiorità; necessitano di comprensione ma non sono altrettanto capaci di fornirne.

Gestiscono male le proprie emozioni e sono in difficoltà ad entrare in contatto e comprendere quelle altrui.

- Pur essendo da sempre autonome sul piano pratico, essendo bisognose di affetto rimangono sempre emotivamente dipendenti soprattutto dai genitori.
- Le traversie adolescenziali non risolte o non completamente affrontate fanno sì che esse ritengano l'affermazione dei propri diritti inconciliabile con la stabilità del legame matrimoniale. Pertanto risultano iperadeguate ed appiattite, evitando di prendere coscienza della propria condizione proprio per evitare di mettere in crisi questo stato di cose e questa stessa condizione.
- Rispetto agli anni '60 quando per lo più avevano un basso profilo sociale, negli anni '90 sono socialmente e lavorativamente inserite, ma ottengono una bassa considerazione da parte della famiglia a dispetto del fatto che essa ruoti intorno a loro. I molti obiettivi raggiunti non forniscono una adeguata soddisfazione.
- Talora si specializzano con ottimi risultati in campi specifici ove si sentono sicure, rispetto ad una complessivo senso di insicurezza.

Se le madri, come forse ci si poteva attendere, appaiono impegnate in numerose problematiche, i padri sembrano non essere da meno, nel senso che essi finora considerati per lo più come personalità deboli, mostrano aspetti specifici di sofferenza ancora più intensi di quelli delle mogli.

Innanzitutto solo in meno di un terzo del campione esaminato essi dichiaravano di non aver subito deprivazioni affettive nell'infanzia.

Nella grande maggioranza dei casi erano nati o da famiglie numerose e poverissime con le conseguenti traversie, o erano orfani, o avevano sopportato gravi carenze familiari con lunghi e solitari soggiorni in collegio.

Le conseguenze di queste condizioni di partenza avverse comportavano il fatto che essi cercassero difensivamente di negare l'insufficienza affettiva dei loro genitori, da una parte idealizzandoli, dall'altra facendo ogni sforzo per divenire quanto più presto possibile autonomi sia in senso emo-

tivo che economico, proprio al fine di negare il profondo bisogno di affetto e di legame.

Quanto sopra comportava anche la tendenza a sposare donne poco esigenti, pronte, per farsi accettare a loro volta, ad assumere atteggiamenti remissivi e oblativi sul piano materiale.

Questi padri in relazione agli equilibri di coppia tendevano ad assumere atteggiamenti ostentatamente maschilisti che sovente erano uniti a tratti narcisistici della personalità.

Possiamo supporre che questi aspetti caratteriali avessero la funzione di costituire una difesa nei confronti delle proprie ansie relativamente alla capacità di saper realmente stabilire un vero rapporto intenso e paritario con la moglie.

Un altro aspetto verosimilmente derivante da questi vissuti era rappresentato dalla tendenza ad evitare ogni forma di conflitto ma anche di dialogo.

Essi spesso ricercavano un ideale di forza e di autonomia ma nella concretezza erano molto dipendenti dalle mogli dalle quali si attendevano una forma di totale disponibilità e dedizione di stampo materno.

Appare significativo il fatto che comunque, diversamente dalle mogli, riuscivano a conquistarsi vasti spazi di autonomia per sé e per le proprie attività ricreative.

Come si vede il rapporto di coppia che risulta dall'incontro di questo tipo di genitori è caratterizzato da una forte dedizione della moglie alle esigenze del marito.

Questi è grato alla compagna per questo atteggiamento che raramente ha sperimentato in passato e la ricompensa con attestazioni di stima e riconoscimenti che gratificano la scarsa autostima della donna, la quale è pertanto incoraggiata ad incrementare le proprie prestazioni sul piano della realtà e a viverle come foriere di potenziali motivi di benessere interno.

Naturalmente il prezzo pagato per questo stato di cose è una certa cristallizzazione nel rapporto di coppia e un carico di impegni per la partner femminile la quale, se è particolarmente oberata concretamente o emoti-

vamente, può non reggere più il carico alla nascita di un figlio, rompendo così il particolare equilibrio stabilito col marito.

Questi può allora vivere, più o meno inconsapevolmente, sentimenti di rancore e di tacita ostilità nei confronti del bambino che gli ruba le attenzioni della moglie/madre.

Vengono così a rinverdirsi nell'uomo spinte verso un narcisistico isolamento, che sul piano reale comportano un incremento di oneri gravanti ancor di più sulle spalle della donna.

Essa sentendosi relativamente abbandonata a se stessa e nella sostanza disconfermata in un momento di massima realizzazione della identità femminile, ma anche di grandi incertezze, non può non vivere stati d'animo regressivi che fanno riaffiorare angosce mai completamente superate.

Così da una parte depressivamente non osa reclamare dal marito il supporto che le spetterebbe, dall'altra non può non vivere sentimenti di inconsapevole ostilità nei confronti del neonato che ha rotto l'incanto di un rapporto maritale sino a quel momento gratificante e compensativo rispetto alle sofferenze e alle umiliazioni precedenti.

In tale tempesta di sentimenti la più frequente forma di difesa sembra essere costituita dallo sforzo di negare quanto sta avvenendo internamente; dal rifugiarsi in una maternità perfetta sul piano formale dei comportamenti e delle attenzioni materiali, ma disturbata da violente e nascoste rivendicazioni aggressive, nonché da sentimenti di vuoto.

Questi sentimenti sono diretti in direzione del marito, della propria madre e del bambino, ma essendo vissuti come distruttivi e inammissibili proprio a causa della loro forte componente emotiva, vengono mantenuti ad un livello di inconsapevolezza e sono energicamente negati sul piano comportamentale attraverso lo stabilirsi di un progressivo atteggiamento simbiotico di totale dedizione della madre nei confronti del figlio.

In un seminario dell'Associazione Fiorentina di Psicoterapia Psicoanalitica tenuto nel 1997, Francisco Palacio Espasa ha fornito un lucido modello delle componenti che portano allo sviluppo di questi quadri, esponendone le tappe fondamentali.

D'altro canto il fatto che queste madri non abbiano potuto contare a loro volta su una relazione infantile affettuosamente calda ed emotivamente nutritiva, fa sì che esse, essendo prive di un riferimento, non possano rifarsi a qualcosa di sicuramente noto ed empaticamente conosciuto, facendole affondare in un buio interno da cui ci si può salvare solo affidandosi ancora una volta al piano dell'efficienza rigida e delle regole stabilite da altri e valide per ogni occasione.

Ma nella relazione con un neonato, ancora privo di mezzi di comunicazione razionali facilmente interpretabili, possono le norme fisse, le rigide quantità alimentari, le comunicazioni basate sulla logica, costituire una bussola valida?

Non si può non provare un senso di simpatia, di compassione, per queste madri che cercano di svolgere con assoluta abnegazione un compito che probabilmente non è stato loro insegnato e in cui non possono seguire un solido modello interno.

La sostanziale solitudine con cui la madre si trova a vivere questa nuova sconosciuta relazione, la carenza più o meno accentuata di un ruolo maritale di sostegno emotivo, di confronto nelle mille incertezze che la crescita di un figlio comporta, il proprio bisogno interno di affetto che la madre vive e vede fortemente riacutizzato dall'oscuro ricordo delle proprie carenze infantili, sono le cause per le quali essa finisce per aggrapparsi proprio all'altro elemento della diade cui essa paradossalmente dovrebbe fornire una calda sicurezza e a cui invece talora fornisce una fredda insicurezza.

Questo stato d'animo di fredda insicurezza fa sì che il bisogno di rimanere uniti che inizialmente parte dalla madre, investa anche il bambino che si trova impossibilitato a sviluppare autonomamente le parziali esperienze che progressivamente le varie età gli permetterebbero.

Questa difficoltà ad evolvere spesso si unisce ad altri fattori ambientali e culturali che agiscono da concausa, impedendo il cammino dell'adolescenza e dando luogo alla fase manifesta del disturbo.

Le riflessioni sopra esposte sull'ambiente familiare nel quale si svilupperà a distanza di anni la sintomatologia anoressica, permettono di com-

prendere alcune delle ragioni che portano questi pazienti ad avere una personalità particolarmente debole.

Pensare e soprattutto creare una propria identità del pensiero è per loro come avventurarsi in un territorio tormentato e inusuale in cui non ci si sente a proprio agio.

Vivere il proprio pensiero e le proprie fantasie con senso di sicurezza risulta arduo, così che le proprie idee risultano costantemente svalorizzate.

Questa svalorizzazione fa sì che nei casi più gravi, sia intaccato il senso stesso della propria identità la quale, come riferiva una paziente in trattamento, talora viene sentita vuota, o meglio "*piena di nulla*" (1998).

Ben si comprende come la vera menomazione derivante dall'anoressia e dalla bulimia, non consista tanto nelle traversie che esse comportano per il corpo, anche se queste sono evidenti e talora drammatiche, ma nei deficit psicologici che ne sono alla base.

La comprensione del processo per cui queste traversie dei primissimi anni causerebbero un disturbo del modo di pensare richiede un breve richiamo al pensiero di W. Bion (1962).

Secondo Bion esisterebbero due espressioni del pensiero: una più creativa relativa al "*pensare i pensieri*", ossia il saper fare ricorso alla propria creatività, l'altra relativa all'*elaborazione ed utilizzazione di pensieri preesistenti*, già sviluppati da altri o proposti dall'osservazione della realtà.

Ho avuto modo di osservare (1995) che è soltanto nei confronti della prima modalità, quella creativa, che i pazienti mostrano difficoltà, mentre risultano brillanti nella utilizzazione della seconda, anche se la qualità e la sicurezza dei propri pensieri risulta in essi sempre con una percezione depressa, incerta e distorta, analogamente a quanto le femmine fanno con il proprio corpo.

Questo tipo di pensiero comporta pertanto una grave menomazione per il paziente giacché implica una posizione sempre tendenzialmente subordinata ad altri che vengono percepiti come più autorevoli, più forti.

Gli studi di Infant Observation hanno evidenziato come vi sia in ogni bambino una certa capacità in parte innata, in parte indotta, alla tolleranza

za della frustrazione.

Secondo Bion proprio questa tolleranza favorirebbe la nascita dei pensieri e lo sviluppo di un “apparato per pensare”.

Attraverso questo apparato egli potrà concepire un desiderio. Potrà progressivamente comprendere che l’attesa della soddisfazione del bisogno non comporta una minaccia alla propria esistenza fisica e mentale, ma soltanto un vuoto destinato a colmarsi di emozioni sempre più vivibili e con tinte sempre più simili a quelle di un desiderio destinato probabilmente ad essere soddisfatto.

Per comprendere l’impegno emotivo di questa operazione, si pensi a come anche successivamente nei bambini i bisogni di ogni tipo si caratterizzino per la loro indifferibilità, a partire da quelli fisici sino a quelli più evoluti.

Quando l’istintiva ed oscura attesa del soddisfacimento dei propri bisogni fisici si unisce all’effettivo soddisfacimento da parte della madre, egli può così concepire il bisogno nella sua essenza.

Allorché questa concezione non incontra l’immediata risposta al bisogno, al posto dell’appagamento nasce nel bambino l’idea che rappresenta il bisogno.

Le idee nascono dunque come elaborazione felice del bisogno, così come da questo si passa al desiderio e alla capacità di elaborare i pensieri dando loro una intonazione creativa, un senso di fruibilità da parte della mente.

In ogni caso, come osserva Fiore (1991) uno sviluppo sano del senso dell’identità, è caratterizzato anche dalla capacità di sostituire in certi momenti al bisogno il desiderio e dalla capacità di passare dal concreto al simbolico.

È verosimile che nelle prime fasi della vita dei nostri pazienti, l’ansia delle madri abbia spinto alla soddisfazione immediata di ogni tipo di bisogno del bambino, e che in questi si sia stabilita un’intolleranza alla frustrazione e un immediato bisogno di appagamento che può portare alla bulimia intesa come tentativo non procrastinabile di soddisfazione di un senso di vuoto interno (vuoto del pensiero e della coscienza del sé).

In questa prospettiva anche l'anoressia viene considerata da molti autori come una difesa rispetto alla bulimia e come un disperato tentativo di affermazione, là dove non vi sono forze per stabilire questa affermazione sul piano relazionale.

L'azione del mangiare verrebbe scelta, sia per le bulimiche che la esasperano, sia per le anoressiche che cercano di negarla, perché è l'azione primitiva per eccellenza, qualcosa da cui non ci si riesce a distaccare, forse proprio per indicare che a quel livello (la primissima infanzia) qualcosa non è andato come doveva.

Una azione che tuttavia, boccone dopo boccone, rinnova l'alternanza di attesa e delusione, giacché ogni boccone sembra sottintendere una speranza di pienezza e di consistenza, che non può realizzarsi col cibo ma dovrebbe invece realizzarsi a livello mentale.

Per questo la paura di svuotarsi, morire di fame, della scomparsa del pensiero, diviene nei momenti di angoscia, ossessivo punto di riferimento cui si può rispondere a secondo della morfologia dei quadri clinici, solo con il cibo o analoghi simbolici del cibo: azioni fatte senza convinzione, pensieri vuoti di emozione e di un apporto personale, relazioni che emotivamente non vengono mai investite appieno, un agire continuo perseguito per non dare spazio al pensiero, atteggiamenti espressione di un bisogno di controllo onnipotente, oppure, nel caso dell'anoressia, con uno strenuo controllo delle entrate e delle uscite.

La non specificazione di genere maschile/femminile, fa intendere in quanto sino qui ipotizzato, che, al di là della prevalenza clinica assai diversa, non considero i D.C.A. come predominante appannaggio del genere femminile, ma nella loro espressione più concettualizzata, uniformemente diffusi tra i due sessi a soddisfazione di un paradosso solo apparente.

Il disturbo evolverebbe durante l'adolescenza, nel caso delle femmine, soprattutto nella direzione degli aspetti di integrazione tra psiche e soma, proprio per l'importanza in queste dell'investimento sul corpo, mentre ci sono evidenze (D'Agostini 1995) che negli uomini il disturbo, oltre che presentarsi nella sua sintomatologia alimentare, investa soprattutto gli aspet-

ti del pensiero e della creatività.

Si ha la sensazione che queste pazienti vedano nell'angoscia di ingrassare o nella vergogna per il cibo ingurgitato, come un drammatico accrescersi del proprio nulla interno, metafora della propria temuta nullità esistenziale.

Stare all'osso rappresenterebbe, tra gli altri significati, anche un tentativo di limitare questa invasione interna del non sentirsi nulla, non pensare nulla, non essere nulla; potersi intuire quasi in una forma strettamente vegetativa, come ogni entità biologica che cerchi di superare condizioni ambientali sfavorevoli riducendo al minimo ogni attività vitale.

Non ci si scandalizzi per la apparente contraddizione costituita dall'iperattività fisica di queste pazienti; quanti conoscono la pleiade dell'anorexia, sanno che, al di là del ricercato dispendio energetico, essa costituisce una sorta di drogata e obbligata autotestimonianza di una vitalità che deve venire espressa sull'unico piano possibile: quello fisico.

Il fatto che nella mente di questi nostri pazienti vengano elaborati, anziché pensieri capaci di sviluppo, pensieri rigidi, inanimati, che non riescono a favorire la nascita di simboli e lo sviluppo della creatività (le cose in sé di Kant e gli elementi beta di Bion) comporta una serie di problemi nella prospettiva della terapia, giacché l'esperienza clinica ci mostra come la rigidità, la carenza di simbolizzazione, di immaginazione e di progettualità rallenti il processo terapeutico e richieda al terapeuta attitudini particolari di pazienza e tolleranza.

La terapia va quindi cercata anche nella possibilità di stare di comune accordo in uno spazio mentale relativamente vuoto (ed anche in questo ci si differenzia molto dalla terapia comportamentale) confortato dalla serena e vicina figura del terapeuta dove il P. possa compiere l'esperienza di cominciare a pensare in modo diverso, riaffrontare il cammino dell'adolescenza e quindi tentare di vivere.

Bibliografia

BION W.R. (1962) *Apprendere dall'esperienza*. Tr. it. Armando, Roma, 1972.
BROUCH H. (1987) *The changing picture of an illness. Anorexia nervosa*. In:

- SACKSTEDER J.L., SCHWARTZ D.P. & AKABANR Y. Attachment and the therapeutic process. International University Press, Madison, CT.
- BRUSSET B. (1992) L'anoressia mentale del bambino e dell'adolescente. Borla, Roma.
- CUZZOLARO M. (1994) Aut nimis aut nihil. Bulimia, anoressia e altri disturbi del comportamento alimentare. Quon, vol. 1, n. 0.
- D'AGOSTINI C. (1995) "Momenti critici del percorso dal somatico allo psichico nel trattamento dei disturbi alimentari". Atti del IV Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Psicosomatica "Il malato psicosomatico: un approccio integrato" Trieste, 10-13/5/ 1995
- D'AGOSTINI C. (1996) "Alterazione dell'immagine corporea nei disturbi del comportamento alimentare." XVI Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Psicosomatica a partecipazione internazionale. Parma, 1-4 Maggio 1996
- D'AGOSTINI C. (1998) "Note sulla struttura del pensiero e la percezione dell'immagine corporea nei disturbi del comportamento alimentare." 1° Congresso Nazionale della Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare. Bologna, 21-24 Febbraio 1998
- D'AGOSTINI C., MAZZOLI A.R., RUSSO S., SURRENTI C., SURRENTI E., SCARPELLINI L. (1996) "La diagnosi integrata nei Disturbi del Comportamento Alimentare: Descrizione di un modello operativo multiprofessionale." Atti del IV congresso "Alimentazione-Nutrizione e Patologie Gastroenteriche" Consiglio Nazionale delle Ricerche. Roma 16/17 Settembre 1996
- D'AGOSTINI C., RUSSO S., SCARPELLINI L. (1995a) "Anoressia/bulimia: una terapia possibile?" Relazione presentata al Congresso Nazionale della European Federation of Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector: - ROMA- 27/29 Gennaio 1995
- D'AGOSTINI C., RUSSO S., SCARPELLINI L. (1995b) "Quale conclusione nella terapia dei disturbi alimentari?" Atti del XXIX Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicoterapia Medica. Varese 10/11 Giugno 1995

- FIORE M. (1991) "Dal bisogno al desiderio: dal concreto al simbolico. Problemi di tecnica." Relazione introduttiva al Convegno Nazionale della Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica. Rimini, 8 e 9 Giugno 1991
- GROTSTEIN J.S. (1977) The psychoanalytic concept of schizofrenia. *International Journal of Psycho-analysis* 54, 403.
- KESTEMBERG E., KESTEMBERG J., DECOBERT S. (1974) La fame e il corpo. Astrolabio, Roma.
- KLEIN M. (1952) "Alcune conclusioni teoriche sulla vita emotiva del bambino nella prima infanzia." Sta in: *Scritti 1921-1958* . Boringhieri, Torino, 1978.
- MAGAGNA J. (1989) La paura d'ingrassare. *Contrappunto* n. 16, Firenze.
- MASTERSON J.F. (1972) *Treatment of borderline adolescent: a developmental approach*. John Wiley, New York.
- MASTERSON J.F. (1977) Primary anorexia nervosa in the borderline adolescent: an object relations view. In: HARTOCOLLIS P. *Borderline personality disorders: the concept, the syndrome, the patient*. International University Press, New York. pp. 475-494.
- OGDEN H.T. (1980) On the nature of schizofrenic conflict. *International Journal of Psycho-analysis* 61, 513.
- PALACIO ESPASA F. (1997) "Transfert diversi in setting diversi." Seminario dell'Associazione Fiorentina di Psicoterapia Psicoanalitica. Firenze, 17 Maggio 1997.
- POLACCO G. (1993) La sindrome del No Entry. Seminario dell'Associazione Fiorentina di Psicoterapia Psicoanalitica, Firenze , 11-12-1993.
- REY H. (1994) *Universal of psychoanalysis in the treatment of psychotic and borderline states*. Fre Association Books, Londra.
- SELVINI PALAZZOLI M. , CIRILLO S., SELVINI M., SORRENTINO A.M. (1998) *Ragazze anoressiche e bulimiche*. Cortina, Milano.
- SOURS J. (1974) The anorexia nervosa syndrome. *International Journal of Psycho-analysis* 55, 567.

STEINER J. (1993) *Psychic retrate*. Routletge, London.

THOMA H. (1967) *Anorexia nervosa*. International University Press, New York.

YAGER J. (1984) The treatment of bulimia: an overview. In: POWERS P.S., FERNANDEZ R.C. *Current treatment od anorexia nervosa and bulimia*. Karger, Basilea, pp. 63-91.