

CAPITOLO 1

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE IN ADOLESCENZA: INCIDENZA, PREVALENZA E MORTALITÀ

L'adolescenza rappresenta un periodo critico nello sviluppo, in quanto il soggetto si trova a dover affrontare diverse tappe evolutive, che non riguardano solamente la comparsa di cambiamenti fisici dovuti allo sviluppo puberale (*Di Luzio, 2010*). In questa fase l'individuo affronta quel processo di definizione dell'immagine di sé e dello sviluppo del proprio senso di identità che lo portano a focalizzarsi maggiormente su sé stessi (*Gobbi, 1999*). La ricerca afferma che in questo processo di definizione, le femmine riscontrano maggiori difficoltà rispetto ai maschi e che tali difficoltà vengono spesso associate ad una diagnosi di disturbi del comportamento alimentare. Allo stesso modo, la letteratura riporta che tali diagnosi sono più frequenti tra le giovani adolescenti, rispetto ai loro coetanei maschi: infatti, secondo la letteratura, i disturbi del comportamento alimentare rientrano tra le dieci principali cause di malattia nella giovane popolazione femminile (*Mathers et al., 2000*), con l'anoressia nervosa considerata come primaria causa di mortalità tra tutti i disturbi mentali (*Zipfel et al., 2000*). Per cui, nella maggior parte dei casi, accade che la difficoltà ad accettare sé stessi e il proprio corpo, porta gli adolescenti (e soprattutto le giovani ragazze) a mettere in atto comportamenti inadeguati per modificare e adeguare il proprio aspetto fisico in base a quelli che vengono definiti "prototipi" di bellezza, ossia quegli ideali estetici riguardanti il corpo che vengono riconosciuti dalla società, rappresentati spesso dalle modelle e proposti dai mass-media (*Polli*).¹

È proprio questo notevole travaglio psichico uno dei motivi per cui i disturbi alimentari esordiscono in adolescenza (*Di Luzio, 2010*). Tuttavia, prima di analizzare il rapporto esistente tra disturbi dell'alimentazione e adolescenza, risulta opportuno approfondire la tematica dei disturbi alimentari, mettendo in evidenza le loro caratteristiche diagnostiche, la loro eziologia e le conseguenze che essi comportano. Per tanto, nel presente capitolo verrà data una definizione dei disturbi alimentari e delle diverse

¹ Nicoletta Polli, Responsabile Centro Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) - U.O. Endocrinologia e Malattie del Metabolismo - San Luca - Auxologico San Luca

tipologie del disturbo identificate dal DSM-5 (APA,2013), analizzando anche i dati relativi all'incidenza, alla prevalenza e alla mortalità in età adolescenziale.

1.1 I disturbi del comportamento alimentare: una definizione

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) fanno riferimento ad un gruppo di condizioni estremamente complesse, caratterizzate dalla presenza di anomalie nei pattern di alimentazione, da un eccesso di preoccupazione per la forma fisica, da un'alterata percezione dell'immagine corporea e da una stretta correlazione tra tutti questi fattori e i livelli di autostima del soggetto (Fairburn & Harrison, 2003). In particolare, secondo il DSM-5 (APA, 2013) i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono caratterizzati da comportamenti patologici *“collegati con l'alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale del soggetto”* (Nussbaum & Barnihill, 2014). Nello specifico, tali disturbi possono essere definiti come un'alterazione delle abitudini alimentari, associate ad un'eccessiva preoccupazione relativa al peso e alla forma corporea. Per tanto, le abitudini quotidiane che prima erano definite come normali, come ad esempio uscire a cena con gli amici o pranzare con i propri genitori, in questi soggetti, diventano difficili, se non impossibili, a causa della forte ansia associata ai pasti (Società Italiana di Psicopatologia dell'Alimentazione, 2018). Inoltre, bisogna considerare che gran parte dei soggetti che soffrono di un disturbo dell'alimentazione, spesso presentano anche sintomi quali: bassa autostima, ansia, sintomi ossessivi, frequenti pensieri di autocritica, irritabilità, sbalzi d'umore, depressione e scarsa abilità di regolazione emotiva (Petroni, 2020; Lauri, 2017). Tutti questi sintomi fanno sì che la presenza di un Disturbo del Comportamento Alimentare, sconvolga la vita di una persona, limitando le proprie capacità relazionali, lavorative e sociali, impedendo al soggetto di vivere una vita in piena serenità (Società Italiana di Psicopatologia dell'Alimentazione, 2018).

In seguito, sarà riportata la classificazione dei disturbi del comportamento alimentare secondo il DSM-5 (APA, 2013), con una maggiore attenzione ad Anoressia Nervosa,

Bulimia Nervosa e al Disturbo da Alimentazione incontrollata, in quanto risultano essere i disturbi maggiormente presenti in età adolescenziale.

1.2. Classificazione dei disturbi del comportamento alimentare

L'attuale versione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5 - APA, 2013) suddivide i disturbi del comportamento alimentare in otto categorie diagnostiche : il Picacismo (pica), definito anche come persistente ingestione di sostanze senza contenuto alimentare e quindi non commestibili; il disturbo da ruminazione, che consiste nel ripetuto rigurgito tramite rimasticazione, ringoio o sputo; il disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo, che si manifesta con la persistente incapacità di soddisfare le necessità nutrizionali; l' Anoressia Nervosa , la Bulimia Nervosa e il Disturbo da alimentazione incontrollata. Inoltre, il DSM-5 (APA, 2013) consente anche di identificare il “Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione”, la cui diagnosi viene posta nel momento in cui predominano e si manifestano i sintomi caratteristici dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, ma questi non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica. Tale diagnosi viene utilizzata nel momento in cui il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri per nessun specifico disturbo della nutrizione e dell'alimentazione (per esempio bulimia nervosa a bassa frequenza). Infine, è possibile fare diagnosi di “Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione”, nella quale, a differenza della precedente diagnosi, il clinico sceglie di non specificare la ragione per cui i criteri per uno specifico disturbo della nutrizione e dell'alimentazione non sono soddisfatti (*Nussbaum & Barnihill, 2014*). Verranno ora discussi nel dettaglio i disturbi del comportamento alimentare più conosciuti e maggiormente presenti in adolescenza; ossia l'Anoressia Nervosa, la Bulimia Nervosa e il Disturbo da Alimentazione Incontrollata.

1.2.1. Anoressia nervosa

L'anoressia nervosa è uno dei principali disturbi del comportamento alimentare, quello con una maggiore incidenza, prevalenza e soprattutto quello più conosciuto (Jaffa & McDermott, 2014). Il termine “Anoressia Nervosa” venne usato per la prima volta nel 1874 dal medico William Gull, anche se la prima descrizione clinica del disturbo viene fatta risalire al medico inglese Richard Morton che, nel 1694, descrisse l'anoressia nervosa come una sorta di “*stato di atrofia nervosa caratterizzato da ridotto appetito, amenorrea, avversione al cibo, emaciazione, iperattività e indifferenza rispetto alla propria condizione*”. Egli attribuì la malattia ad un malfunzionamento cerebrale e nervoso, evidenziando una componente emotiva patologica che contribuiva allo sviluppo di un particolare tipo di interazione mente-corpo (Jaffa & McDermott, 2014). Secondo Richard Morton quindi, l'anoressia poteva essere definita come un disturbo la cui insorgenza era data dall'interazione tra più cause: genetiche, biologiche, individuali, familiari e socioculturali (Cannata & Situlin, 2013).

Oggi, la diagnosi di anoressia nervosa prende in considerazione differenti criteri diagnostici: uno dei più rilevanti prevede la presenza di una restrizione dell'assunzione di calorie in relazione alle reali necessità del soggetto, che determina una riduzione del peso corporeo, che risulta così significativamente più basso in relazione alla sua età, al suo sesso e alla sua traiettoria di sviluppo (Nussbaum & Barnihill, 2014). Il peso corporeo viene considerato come significativamente basso nel momento in cui risulta inferiore al peso medio della popolazione di quell'età, oppure, per bambini e adolescenti, nel momento in cui il peso risulta minore di quello minimo previsto in base all'altezza del soggetto stesso (Nussbaum & Barnihill, 2014). Generalmente, i parametri di riferimento del peso fanno riferimento all'indice di massa corporea (Body Mass Index - BMI), un indice statistico che divide il peso corporeo del soggetto espresso in kg per il quadrato della sua altezza espressa in metri ($BMI = \text{massa corporea (Kg)} / \text{statura}^2 \text{ (m)}$). Il numero ottenuto consente di risalire al livello di gravità delle persone in sottopeso o in sovrappeso. Nello specifico, il livello di gravità per il sottopeso può essere identificato su quattro differenti livelli: livello di gravità Lieve, nel caso in cui l'indice di massa corporea è maggiore o uguale a 17 kg/m^2 ; il livello di gravità Moderato, nel in cui l'indice di massa corporea è compreso tra $16-16,99 \text{ kg/m}^2$; il

livello di gravità Grave, nel in cui l'indice di massa corporea è compreso tra 15-15,99 kg/m² ed infine il livello di gravità Estremo, nel caso in cui l'indice di massa corporea è minore di 15 kg/m² (Nussbaum & Barnihill , 2014).

Un aspetto fondamentale che caratterizza maggiormente l'anoressia nervosa è l'alterazione della percezione del proprio peso, della forma del proprio corpo, ed i vissuti ad essa connessi. Infatti, i soggetti con disturbi alimentari spesso hanno caratteristici schemi alterati del sé legati al peso (Vitousek & Hollon, 1990) e tendono a valutarsi facendo riferimento alla propria forma ed al proprio peso (Button et al. , 1996; Farburn et al. , 2003). Questi aspetti sono molto importanti, in quanto il peso e la forma del corpo percepiti dal soggetto in modo alterato, influiscono significativamente sui livelli di autostima, da sempre un costrutto globale e unidimensionale che riguarda il valore personale (Rosenberg, 1965) . Nello specifico, l'influenza della dispercezione corporea sulla propria autostima è stata confermata soprattutto dallo studio condotto da Sandra Sassaroli e colleghi nel 2007, in cui si è stimata un'interazione costante tra la percezione del proprio corpo, perfezionismo, rimuginio e bassa autostima, in un campione di soggetti che soffrono di disturbi del comportamento alimentare (Sassaroli et al., 2007). In particolare, secondo l'autrice, la percezione del proprio corpo, basata soprattutto sul peso, in questo campione di pazienti correlava positivamente con la bassa autostima, ed era mediata dalla continua necessità di cercare una perfezione eccessiva in sé stessi (Sassaroli et al., 2007). Inoltre, bisogna considerare che il soggetto ha una persistente mancanza di consapevolezza della gravità dell'attuale condizione di sottopeso, e questo lo porta a continuare a mettere in atto i propri rituali alimentari, senza dare alcuna importanza a tutte le conseguenze che sta creando indirettamente sul proprio corpo e sulla propria mente (Sassaroli et al., 2007).

L'anoressia nervosa è una malattia psichiatrica con importanti effetti che impattano sulle abitudini alimentari, sulla composizione corporea e sul tessuto osseo del soggetto: tutti effetti determinati dalla diminuzione di peso (Marra , 1997). In particolare, secondo uno studio condotto da Marra nel 1997 , un gruppo di pazienti con anoressia nervosa che sono andati incontro ad importanti cambiamenti nel peso corporeo, prestavano gravi alterazioni ossee , dimostrando anche che tali alterazioni risultano più frequenti in base della gravità della malnutrizione del soggetto. Nello specifico , in questo studio sono state selezionate 33 donne con una diagnosi di Anoressia Nervosa che

possedevano un comportamento dietetico restrittivo e 33 giovani donne sane, che costituivano il gruppo di controllo. In entrambi i gruppi sono stati valutati : 1) il contenuto minerale osseo (BMC), la massa magra (LM) e la massa adiposa (AM) per tutto il corpo; 2) la Densità minerale ossea (BMD) per l'intero scheletro e per la colonna vertebrale. I risultati dello studio hanno mostrato che il BMC per tutto il corpo è risultato più basso nel gruppo di soggetti con una diagnosi di Anoressia Nervosa rispetto al gruppo di controllo , proprio come accadeva per i parametri LM e AM (*Marra , 1997*). Inoltre, anche il valore del BMD era più basso nel gruppo con Anoressia nervosa rispetto al gruppo di controllo per l'intero scheletro o colonna vertebrale(*Marra 1997*). Queste conseguenze negative sulla composizione ossea riportate dallo studio indicano che la perdita di peso che riguarda i soggetti che soffrono di anoressia nervosa , porta con sé conseguenze fisiche spesso irreversibili (*Nussbaum & Barnihill , 2014*).

Questa ed altre problematiche fisiche associate all'Anoressia Nervosa, che verranno trattate con maggior dettaglio nei paragrafi successivi, interferiscono molto nella vita del soggetto, andando ad impattare negativamente sulla qualità di vita dello stesso.

Sulla base del tipo di comportamenti messi in atto per ridurre il proprio peso corporeo, il DSM-5 (*APA, 2013*) distingue due differenti tipi di anoressia nervosa: un tipo con restrizioni e un tipo con abbuffate o condotte di eliminazione (*APA,2013*). Nella sottotipologia dell'anoressia nervosa con restrizioni, è previsto che negli ultimi 3 mesi l'individuo non abbia manifestato episodi ricorrenti di abbuffate o condotte di eliminazione (per es., vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi per l'eliminazione di urina con la sensazione di sentirsi più leggeri e meno grassi); in questo sottotipo la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'attività fisica eccessiva (*APA,2013*). Mentre, il secondo sottotipo di anoressia nervosa è caratterizzato da abbuffate/condotte di eliminazione e prevede che durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo abbia presentato ricorrenti episodi di abbuffate o condotte di eliminazione, cioè, vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi per eliminare l'urina, sentendosi così più leggeri con meno grasso(*Nussbaum & Barnihill , 2014*). Questi due differenti tipi di comportamenti restrittivi , sono stati indagati in uno studio condotto da Susan Paxton nel 1991. Lo studio ha preso in considerazione i comportamenti restrittivi dei soggetti tenendo conto delle differenze di genere e prendendo in considerazione le credenze del singolo

soggetto sull'alimentazione, e la sua attenzione verso l'immagine corporea (*Paxton, 1991*). In particolare, gli autori hanno utilizzato dei dati ricavati precedentemente da un questionario auto-report per valutare le convinzioni e i comportamenti legati all'immagine corporea e finalizzati alla perdita di peso (*Paxton, 1991*). I risultati dello studio hanno dimostrato che le ragazze risultano significativamente più insoddisfatte del loro corpo rispetto ai ragazzi : infatti, il 13% dei soggetti femminili ha riferito di aver usato uno o più comportamenti estremi di perdita di peso almeno settimanalmente (*Paxton, 1991*) . Inoltre , quasi due terzi delle ragazze e dei ragazzi , credevano che essere più magri avrebbe avuto un impatto sulla loro vita dal punto di vista sociale e personale, con esiti positivi nelle ragazze ed esiti negativi per i ragazzi (*Paxton, 1991*)

Infine, per quel che riguarda la prognosi del disturbo, secondo il DSM-5 (APA, 2013) sono presenti diverse possibilità. Infatti, l'anoressia nervosa può essere definita con “*remissione parziale*” , se in seguito alla piena soddisfazione dei criteri diagnostici, il Criterio A (basso peso corporeo) non è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo, ma sia il Criterio B (intensa paura di aumentare di peso o diventare grassi o comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso) sia il Criterio C (alterazioni della percezione di sé relativa al peso e alla forma del corpo) sono ancora soddisfatti in quel periodo. D'altra parte, esistono anche casi in cui l' anoressia nervosa può presentarsi con una “*remissione completa*”, nel caso in cui, in seguito alla precedente piena soddisfazione dei criteri diagnostici, non è stato soddisfatto nessuno dei criteri per un consistente periodo di tempo (*APA, 2013*).

1.2.2. Bulimia nervosa

Un altro disturbo alimentare molto diffuso in questi ultimi anni è la Bulimia Nervosa (*Jaffa & McDermott, 2009*). Il termine “Bulimia” deriva dal greco “*buos limos*”, in cui “*bous*”, significa bue e “*limos*” significa fame. Tale termine quindi , significa letteralmente “*fame da bue*”: questa espressione si riferisce al fatto che i soggetti con questa diagnosi hanno un appetito incredibile, nonostante in loro sia insita l'idea relativa all'utilizzo di condotte purgative per contrastare gli effetti dell'eccesso di cibo assunto e prevenire così l'aumento di peso (*Waught & Lask, 2013*). Il termine è stato introdotto

per la prima volta dallo psichiatra Gerald Russell nel 1979, sulla rivista *Psychological Medicine*, nell'articolo "*Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa*". In questo articolo, egli ha descritto uno studio longitudinale, con 30 pazienti, selezionati per la presenza di due caratteristiche: (i) l'irresistibile bisogno di mangiare troppo, seguito da vomito auto-indotto o da condotte purgative e (ii) la paura d'ingrassare. I risultati dello studio dimostrarono che questi pazienti, erano affetti da un disturbo a cui diede il nome di "bulimia nervosa" (Russell, 1979).

Oggi si ritiene che uno dei criteri più rilevanti per poter fare diagnosi di bulimia è relativo alla presenza di ricorrenti episodi di abbuffate (Nussbaum & Barnhill, 2014). Secondo il DSM-5 (APA, 2013), un episodio di abbuffata è caratterizzato dalla necessità di mangiare, in un determinato periodo di tempo (per es., un periodo di due ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbe nello stesso tempo e in circostanze simili. Infatti, per velocizzare il metabolismo, i soggetti che soffrono di Bulimia Nervosa ingeriscono grandi quantità di cibo di scarsa qualità, ma di grande valore calorico (per esempio merendine o patatine) e facili da consumare durante le abbuffate (Cannata & Situlin, 2013). Inoltre, spesso il soggetto presenta la sensazione di perdere il controllo durante l'episodio, sperimentando la sensazione di non riuscire a smettere di mangiare (Cannata & Situlin, 2013).

Nel disturbo da bulimia inoltre, sono sempre presenti delle ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, ossia tutti quei comportamenti che un soggetto, fortemente preoccupato dall'idea di poter ingrassare, mette in atto dopo un'abbuffata, cercando quindi di eliminare l'apporto calorico relativo al cibo ingerito (APA, 2013). Tali comportamenti possono essere di diverso tipo e comprendono il vomito autoindotto, l'abuso di lassativi, i diuretici o altri farmaci, il digiuno o l'attività fisica eccessiva. Generalmente, per poter fare diagnosi del disturbo è necessario che sia le abbuffate sia le condotte compensatorie inappropriate si verificano entrambe in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi (APA, 2013).

Molto rilevanti sono anche gli aspetti psicologici: spesso, il soggetto che soffre di Bulimia Nervosa ha un'autostima relativamente bassa, determinata dalla percezione distorta della propria forma e del proprio peso del corpo (Cannata & Situlin, 2013). La letteratura dimostra che tale alterazione, non si manifesta esclusivamente nel corso di

episodi di Anoressia Nervosa, ma anche durante gli episodi con condotte compensatorie nella Bulimia Nervosa (*Cannata & Situlin , 2013*). Inoltre, diversi studi in letteratura hanno dimostrato che i soggetti che soffrono di Bulimia Nervosa hanno una difficoltà nell'identificazione delle proprie emozioni. Questa specificazione è stata sostenuta dallo studio condotto da Leslie Sim e Janice Zeman nel 2010, in cui sono state esaminate le capacità di identificare le emozioni in 19 ragazze adolescenti con diagnosi di bulimia nervosa o disturbo alimentare non altrimenti specificato nello spettro bulimico, 19 ragazze abbinate di età con una diagnosi di depressione unipolare secondo il DSM-IV e 19 ragazze di pari età senza una storia di disturbo mentale (*Sim & Zeman ,2010*) . I risultati dello studio hanno rivelato che le ragazze con Bulimia Nervosa mostrano una significativa riluttanza ad esprimere e riconoscere le proprie emozioni, mostrando anche una consapevolezza interocettiva (ossia una sensibilità nei confronti delle informazioni e degli stimoli interni, quali il respiro, la peristalsi gastrointestinale, il senso di fame e sazietà, ma anche la cognizione del dolore e delle altre emozioni) che risulta inferiore rispetto alle ragazze dei gruppi di controllo della comunità (*Sim & Zeman ,2010*). Inoltre, gli autori hanno mostrato che il gruppo sperimentale presentava anche latenze significativamente più lunghe per recuperare informazioni riguardanti il loro stato emotivo (*Sim & Zeman, 2010*).

Infine, secondo DSM-5 (APA, 2013) è necessario fare una differenziazione del disturbo in relazione alla gravità della patologia: tale gravità viene definita in base al numero di condotte compensatorie messe in atto dall'individuo nell'arco di una settimana. Nello specifico, possono essere distinti 4 differenti livelli di gravità : un livello di gravità Lieve, in cui è presente una media di 1-3 episodi compensatori ; un livello di gravità Moderato, in cui è presente una media di 4-7 episodi compensatori ; un livello di gravità Grave, che corrisponde a una media di 8-13 episodi compensatori ; e un livello di gravità Estremo, in cui sono presenti 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana (*Nussbaum & Barnihill , 2014*).

1.2.3. Disturbo da binge-eating (disturbo da alimentazione incontrollata)

Il disturbo da alimentazione incontrollata o binge eating disorder, venne descritto per la prima volta dallo psichiatra Albert Stunkard nel 1955, con il nome di “Night Eating Syndrome”, e, al tempo era definito come un disturbo caratterizzato da iperfagia serale, insonnia e anoressia mattutina. Soltanto nel 1959, Albert Stunkard coniò il termine “binge eating”, che venne poi introdotto all’interno del DSM solamente nel 2013, con la pubblicazione della sua ultima edizione (*Jaffa & McDermott , 2009*). Tale disturbo ritrova delle similitudini con la Bulimia Nervosa, soprattutto per quel che riguarda la messa in atto di abbuffate continue: infatti, sia nella bulimia nervosa che nel binge-eating sono presenti delle continue e ripetute abbuffate che interferiscono significativamente con la salute e il benessere del soggetto (*Waugh & Las, 1999*). Tuttavia, questi due disturbi sono molto differenti tra loro, in quanto, in primo luogo il binge eating non è associato alla messa in atto sistematica di condotte compensatorie inappropriate, e, in secondo luogo, il disturbo da binge eating non si verifica esclusivamente in corso di bulimia nervosa o anoressia nervosa (*Jaffa & McDermott , 2009*).

Il criterio principe per poter diagnosticare un disturbo da binge eating fa riferimento alla necessità di mettere in atto ricorrenti episodi di abbuffate, che presentano un marcato disagio e che si verificano in media almeno una volta a settimana per 3 mesi (*Nussbaum & Barnihill , 2014*). Quando si parla di ”abbuffate” generalmente si fa riferimento alla necessità di mangiare in un periodo definito di tempo (per es., un periodo di due ore) una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui mangerebbero nello stesso tempo e nelle stesse circostanze (*Nussbaum & Barnihill , 2014*). Relativamente a questo la letteratura dimostra che quando il soggetto con una diagnosi di binge eating mangia , non lo fa per “fame”, ma lo fa in risposta a sentimenti, condizioni di stress ed emozioni (*Grimaldi,2018*). Per questo, il disturbo da binge eating è spesso associato al concetto di “Emotional Eating”, ossia una perdita di controllo emotivo per cui non è più il corpo a dettare cosa e quanto mangiare, bensì le emozioni vissute in quel momento (*Grimaldi,2018*). Tale substrato emotivo (tristezza, rabbia, senso di vuoto) genera cicli comportamentali “disfunzionali “ determinati da emozioni scatenanti, quali appunto l’abbuffata e la conseguente espulsione di ciò che si