LOST IN TRANSLATION. LA FORMAZIONE MULTIPROFESSIONALE NEI DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE TRA LA CLINICA DEL SINTOMO E L'INTERCORPOREITÀ ESTETICA DEL SÉ

Cesare Albasi

1. Introduzione: la frammentazione epistemologica nel trattamento dei DNA

Il trattamento dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) costituisce, nell'attuale panorama psichiatrico e psicoterapeutico, uno dei territori clinici a più alta densità di complessità e sofferenza. All'interno dei servizi dedicati e delle équipe multidisciplinari, si assiste quotidianamente a una vistosa frammentazione epistemologica che rischia di compromettere l'efficacia stessa dei dispositivi di cura (Albasi, 2006). Medici internisti, psichiatri, nutrizionisti, psicologi e psicoterapeuti si trovano a condividere la responsabilità di situazioni cliniche di estrema gravità, operando tuttavia a partire da matrici gnoseologiche e linguaggi teorici apparentemente incommensurabili (Robinson et al., 2019).

Da un lato, il discorso della clinica medica e nutrizionistica è strutturalmente orientato alla gestione della stabilità somatica, alla categorizzazione nosografica e al monitoraggio quantitativo dei parametri vitali. Di fronte a quadri di anoressia nervosa grave con severo deperimento organico, l'esigenza clinica primaria e ineludibile è il contenimento del rischio quoad vitam, attuato attraverso protocolli rigidi di riabilitazione nutrizionale e medica (Royal College of Psychiatrists, 2014). In questa prospettiva biologica, il corpo del paziente viene inevitabilmente trattato come un sistema fisiologico scompensato da correggere e monitorare dall'esterno (Robinson et al., 2019).

Dall'altro lato, il discorso psicoterapeutico e relazionale si protende verso la ricerca di un senso soggettivo, leggendo il sintomo non come un mero deficit del comportamento o una disfunzione metabolica, ma come un disperato tentativo di auto-regolazione emotiva e di salvaguardia della coesione di un Sé altrimenti minacciato dall'annichilimento (Skårderud, 2007a). La mancata integrazione tra questi due linguaggi all'interno dei percorsi di formazione multiprofessionale produce una trappola teorica e tecnica insidiosa: la riproduzione inconsapevole di un dualismo cartesiano surrettizio (Fuchs, 2018). Quando la formazione separa rigidamente l'intervento sul corpo (delegato alla medicina) dall'intervento sulla mente (delegato alla psicoterapia), essa finisce per rispecchiare e confermare la stessa scissione psicosomatica patologica da cui il paziente è afflitto, privando l'équipe della possibilità di cogliere l'unione profonda tra l'esperienza incarnata e la sofferenza psichica (Albasi, 2025; Robinson et al., 2019).

DOI: doi.org/10.36131/psichpsicotera260301
Sottomesso Agosto 2026, accettato Agosto 2026

© Giovanni Fioriti Editore s.r.l.

2. Il corpo-oggetto (Körper) e il corpo vivo (Leib): la patologia dell'intercorporeità come apertura fallita

Per rifondare un modello formativo e clinico in grado di superare questa scissione, è indispensabile introdurre una rigorosa distinzione di matrice fenomenologica: quella tra il corpo fisico-anatomico, inteso come oggetto geometrico e materiale (*Körper*), e il corpo vivo o vissuto, inteso come soggetto dell'esperienza e dell'azione (*Leib*) (Husserl, 1952/1989; Merleau-Ponty, 1945).

La clinica dei DNA evidenzia come la paziente stessa si trovi intrappolata in un processo di radicale oggettivazione del proprio corpo. Sotto l'influsso di relazioni primarie traumatiche e dis-sintonizzate, il corpo viene espropriato della sua dimensione soggettiva e ridotto a *Körper*: un insieme di chili, circonferenze e calorie da controllare e sottomettere a una disciplina spietata (Bruch, 1973; Fuchs, 2018). Sviluppando questa prospettiva in ambito cognitivo-fenomenologico, Shaun Gallagher illustra come l'anoressia nervosa costituisca una "soluzione magica" e paradossale: la paziente tenta disperatamente di salvare e preservare la propria agentività (*agency*) e la propria autonomia come corpo-soggetto (*Leib*) attraverso la distruzione sistematica e il controllo totalizzante del proprio corpo-oggetto (*Körper*) (Gallagher, 2005). La restrizione alimentare e l'inedia non sono dunque finalizzate all'annichilimento del Sé, ma rappresentano l'unico palcoscenico su cui il soggetto sperimenta di "poter decidere", opponendo il proprio rigido controllo cinetico all'intrusività percepita del mondo esterno (Bruch, 1973; Gallagher, 2005).

Tuttavia, il corpo non è un oggetto inerte situato nello spazio geometrico, ma costituisce – secondo l'analisi di Maurice Merleau-Ponty – il veicolo generale del nostro essere al mondo, la struttura stessa della nostra intenzionalità motoria definita non da un intellettuale "Io penso", ma da un incarnato "Io posso" (*I can*) (Merleau-Ponty, 1945). È attraverso il corpo proprio che si costituisce l'intersoggettività primaria come intercorporeità (*intercorporeity*), ovvero come risonanza visceromotoria immediata che ci connette pre-riflessivamente all'Altro (Gallagher, 2020; Gallese, 2014; Merleau-Ponty, 1964).

Nei DNA, questa promessa di sintonizzazione intercorporea si trasforma teatro di un'apertura all'Altro radicalmente fallita (Albasi, 2027; Merleau-Ponty, 1945). La paziente vive una profonda lacerazione psicosomatica, caratterizzata dalla coesistenza paradossale di due stati dissociati:

- Uno stato di iper-incarnazione (*hyper-embodiment*), in cui il corpo è ossessivamente presente alla coscienza unicamente attraverso la sua immagine visibile, la sua forma geometrica, la bilancia e lo sguardo oggettivante dell'Altro (Gallagher, 2005; Skårderud, 2007b).

- Uno stato di disincarnazione (*disembodiment*), caratterizzato da una drammatica anestesia somatosensoriale, una cecità propriocettiva e interocettiva che rende il soggetto incapace di percepire, discriminare e validare i propri segnali interni di fame, sazietà, stanchezza, dolore e risonanza affettiva (Pollatos et al., 2008; Skårderud, 2007b).

Formare i curanti a questa complessità fenomenologica significa insegnare loro che la gestione delle metriche corporee (il peso, il BMI) tocca costantemente questa ferita esistenziale del *Leib*, e che il sintomo alimentare è l'espressione corporea di un Sé che non si sente sicuro nell'aprirsi all'incontro con l'Altro (Robinson et al., 2019).

3. Il concretismo somatico e la "cecità semiotica": quando il corpo serve da mente

Questo collasso dell'intercorporeità e del corpo vissuto si traduce, sul piano dello sviluppo psichico, in un grave blocco della soggettività viva. Come ampiamente documentato dalla psicologia clinica relazionale e dall'Infant Research, lo sviluppo di una mente sana e di una soggettività autentica (il *Vero Sé* winnicottiano) dipende dalla sintonizzazione affettiva e dalla validazione riflessiva che il bambino riceve dalle figure di attaccamento (Albasi, 2025; Fonagy et al., 2002; Winnicott, 1971). La risorsa fondamentale che consente questo passaggio è la mentalizzazione, intesa come la capacità pre-riflessiva e riflessiva di interpretare se stessi e gli altri in termini di stati mentali intenzionali (Fonagy et al., 2002).

Nelle pazienti con DNA, questo processo di ricerca e co-costruzione dei significati interni è originariamente compromesso. Hilde Bruch (1962) ha descritto magistralmente come l'attivazione della psicopatologia sia preceduta da un grave deficit di sintonizzazione intersoggettiva primaria: il caregiver, incapace di risuonare in modo congruente con i bisogni biologici ed emotivi del bambino, tende a imporre le proprie categorie cognitive ed etichette affettive dall'esterno, dicendo al bambino cosa deve sentire, mangiare o pensare indipendentemente dalla sua reale esperienza somatica (Bruch, 1962, 1973; Skårderud, 2013). Questo "rispecchiamento incongruente" (Gergely & Watson, 1996) insegna al piccolo a diffidare della legittimità delle proprie percezioni viscerali, determinando una drammatica scissione tra l'esperienza sensoriale grezza e la sua traduzione simbolico-verbale (Skårderud, 2007a).

Il soggetto si trova così privato di una mente flessibile e funzionante, scivolando in una condizione che Edgar Levenson definisce di cecità semiotica (Levenson, 1983). Di fronte all'incertezza relazionale e all'angoscia affettiva, la paziente non dispone dello spazio mentale per formulare l'esperienza (D. B. Stern, 1997) e rimane bloccata in una modalità di funzionamento pre-mentalistica nota come equivalenza psichica (Fonagy et al., 2002).

In questo stato mentale, il confine tra interno ed esterno collassa: i pensieri e le sensazioni corporee non sono vissuti come rappresentazioni ipotetiche, ma si impongono con la forza brutale della realtà fattuale concreta (Fonagy et al., 2002). È in questo cortocircuito semiotico che si consuma il dramma del concretismo somatico (Robinson et al., 2019): l'angoscia dell'intimità, la paura dell'invasione e il senso di inadeguatezza relazionale vengono immediatamente e letteralmente tradotti nella sensazione fisica di essere grassi (Skårderud, 2007a).

La metafora si spegne e si concretizza (Enckell, 2002): il corpo (*Körper*) cessa di essere un simbolo e diventa l'unico scenario fisico su cui rappresentare e tentare di controllare la propria tormentata esistenza psichica (Fonagy et al., 2002; Skårderud, 2007a).

4. Il Trattamento Basato sulla Mentalizzazione (MBT-ED) e la scommessa clinica del "Dual Track"

L'evidenza clinica ed epidemiologica accumulata negli ultimi decenni dimostra l'estrema fragilità dei trattamenti unilaterali o frammentati per i disturbi dell'alimentazione, soprattutto nei contesti di grave compromissione somatica. Per rispondere a questa lacerazione epistemologica e pratica, Paul Robinson, Finn Skårderud e Bente Sommerfeldt hanno formalizzato l'adattamento del trattamento basato sulla mentalizzazione per i disturbi alimentari, denominato MBT-ED (*Mentalization-Based Treatment for Eating Disorders*) (Robinson et al., 2019).

Il pilastro metodologico e operativo dell'MBT-ED risiede nel dispositivo del "Dual Track" o

doppio binario (Robinson et al., 2019). Questa architettura clinica impone all'équipe di operare in modo simultaneo e integrato su due dimensioni della cura:

- Il Binario Somatico (Track 1), focalizzato sul controllo del peso corporeo, la normalizzazione dei parametri biochimici e metabolici, la sicurezza somatica e il monitoraggio dei comportamenti di compenso (Robinson et al., 2019).
- Il Binario Psicologico (Track 2), orientato alla promozione della funzione riflessiva, all'elaborazione affettiva e alla riabilitazione della capacità di interpretare le relazioni e i propri stati interni in termini di intenzionalità psichica (Robinson et al., 2019).

La scommessa teorica del *Dual Track* scardina la concezione classica che vede l'intervento medico-nutrizionale e quello psicoterapeutico come due momenti sequenziali o contrapposti. All'interno della cornice della teoria dell'attaccamento, il rigoroso contenimento del rischio biologico svolto dal medico o dal nutrizionista non costituisce una fredda imposizione estrinseca, ma si configura come la necessaria "base sicura" somatica ed emotiva (Robinson et al., 2019; Wallin, 2007). Quando la paziente sperimenta che l'équipe si assume fermamente la responsabilità di proteggere la sua vita biologica (*Körper*), l'angoscia catastrofica legata alla perdita di controllo si riduce. È proprio questa riduzione dello scompenso affettivo a consentire la riattivazione della capacità di pensare e di mentalizzare il proprio corpo vivo (*Leib*) (Gulliksen et al., 2012; Robinson et al., 2019).

Per attuare questa sinergia, la formazione deve addestrare i curanti ad assumere una postura clinica specifica: l'atteggiamento di "non-conoscenza" (***not-knowing stance***), originariamente introdotto da Hilde Bruch nella psicoterapia dell'anoressia e successivamente codificato dal modello di Fonagy (Bruch, 1970; Fonagy et al., 2002; Skårderud, 2013). Bruch ammoniva che le pazienti con disturbi alimentari soffrono di un profondo deficit di agentività, essendo cresciute in ambienti familiari iper-interpretativi e intrusivi (Bruch, 1973). Elargire interpretazioni precoci o spiegazioni intellettualistiche sul "significato nascosto" del sintomo viene vissuto dalla paziente come una nuova violenza colonizzante della propria mente (Bruch, 1973; Skårderud, 2013).

La sintonizzazione si realizza invece attraverso l'uso costruttivo dell'ignoranza (*constructive use of ignorance*), in cui il clinico rinuncia al proprio sapere teorico dogmatico per porsi come partner curioso, ingenuo e aperto nel qui-e-ora dell'interazione (Skårderud, 2013): "Io non so cosa significhi per te sentirti grassa in questo preciso secondo; cerchiamo insieme le parole e le forme per esplorare questa sensazione" (Albasi, 2027; Skårderud, 2007b).

5. Le insidie della formazione multiprofessionale: il contagio del sintomo nell'équipe curante

Un'analisi rigorosa dei percorsi formativi multiprofessionali nei DNA non può esimersi dall'esaminare le dinamiche difensive e i cortocircuiti emotivi che colpiscono gli stessi operatori della cura. La letteratura clinica evidenzia come la rigidità, l'ossessività e il controllo totalizzante esercitati dalla paziente sul cibo e sul corpo tendano a essere altamente "contagiosi" per l'équipe curante (Robinson et al., 2019).

Nelle situazioni di grave acuzie somatica, la costante minaccia per la stabilità medica della paziente genera un elevato livello di angoscia e terrore all'interno del team. Sotto la pressione di questa minaccia, gli stessi clinici (medici, nutrizionisti, psicologi) cadono frequentemente in un drammatico fallimento della mentalizzazione collettivo (***mentalizing failure***) (Robinson et al., 2019). Quando la capacità di pensare dell'équipe collassa sotto il peso dell'angoscia, i

curanti smettono di mentalizzare e iniziano a riprodurre, in modo isomorfico e speculare, gli stessi meccanismi difensivi della paziente (Robinson et al., 2019):

- Si assiste a un irrigidimento burocratico e prescrittivo, in cui il team si focalizza in modo ossessivo e punitivo unicamente sulle metriche, sulle calorie, sui decimali del peso e sui decimali degli esami ematici, perdendo totalmente di vista la mente e la soggettività della paziente (Robinson et al., 2019).
- Si innescano dinamiche di scissione interpersonale ed epistemologica all'interno del gruppo curante, dove i diversi ruoli professionali si polarizzano lungo la diade mente-corpo la diade "mente-corpo": i medici e i nutrizionisti vengono percepiti come i "controllori cattivi" e i persecutori biologici, mentre gli psicoterapeuti vengono idealizzati come i "salvatori empatici" e protettori della psiche (Robinson et al., 2019).

Questa scissione dell'équipe riproduce esattamente il disallineamento e il vuoto di sintonizzazione che la paziente ha vissuto nei suoi attaccamenti traumatici precoci, confermandola nell'impossibilità di sperimentare un ambiente integrato e sicuro (Albasi, 2006).

Pertanto, la formazione multiprofessionale non deve limitarsi a trasmettere nozioni teorico-cliniche astratte, ma deve addestrare l'équipe a sviluppare e mantenere una funzione riflessiva di gruppo (***team mentalizing***) (Robinson et al., 2019). Solo attraverso la costante supervisione delle dinamiche di risonanza emotiva e la manutenzione del campo intersoggettivo dei curanti, l'équipe può sottrarsi al contagio del sintomo, offrendo alla paziente un "Terzo clinico" integrato e coeso in cui rispecchiare e unificare la propria frammentata esistenza (Benjamin, 2017; Robinson et al., 2019).

6. Conclusioni: per un'estetica dell'improvvisazione terapeutica

Il percorso clinico, fenomenologico ed epistemologico che abbiamo tracciato ci conduce a riconsiderare lo spazio della cura nei DNA non come l'applicazione meccanica di un protocollo o di una tecnica standardizzata, bensì come una forma di improvvisazione estetica e relazionale (Albasi, 2027; Bertinetto, 2021).

Se il trauma relazionale e l'abuso compromettono la capacità del soggetto di attribuire significato alla propria esperienza e di abitare fluidamente il proprio corpo vivo (Leib), favorendo configurazioni dissociative e discontinuità tra stati del Sé (Albasi, 2025; Bromberg, 1998, 2006), il trattamento non può basarsi sulla mera decodifica intellettualistica o sulla normalizzazione dei comportamenti. Il recupero di una soggettività viva e funzionante esige la riabilitazione di quella che Wilfred Bion ha definito la "capacità negativa", ovvero l'abilità del clinico e dell'équipe di sostare nel dubbio, nell'incertezza, nel disordine creativo dell'incontro relazionale senza fuggire precipitosamente verso interpretazioni precostituite o irrigidimenti metrici (Bion, 1962).

La clinica terapeutica deve assumere i connotati di una pratica estetica, recuperando anzitutto il significato originario dell'estetica come conoscenza sensibile, dotata di una propria specificità rispetto alla conoscenza logico-concettuale (Baumgarten, 1750), e declinandola quindi in senso pragmatista e somatico (Shusterman, 1999, 2012). Questa concezione dell'estetico possiede anche una radice evolutiva e relazionale. Dissanayake ha proposto di considerare la disposizione estetica come una caratteristica specie-specifica dell'essere umano, fondata sulla tendenza a 'rendere speciale' (making special) ciò che assume rilevanza affettiva e relazionale (Dissanayake, 1995, 2015). Nella sua ricostruzione delle origini dell'esperienza artistica, tale disposizione affonda le proprie radici nelle prime forme di intimità caregiver–infante, organizzate attraverso ritmo, intensità, vocalizzazione, movimento, ripetizione e variazione (Dissanayake, 2000). Nel

qui-e-ora del "livello locale" dell'interazione, analista e paziente si muovono insieme, tollerando le rotture della sintonizzazione e improvvisando continuamente micro-riparazioni sensomotorie e vocali (Beebe & Frank, 2014; Bertinetto, 2021; Boston Change Process Study Group, 2002). Questo processo è affine all'estetica dell'improvvisazione: il senso e le nuove regole dell'attaccamento sicuro non sono pianificati a priori, ma emergono *in statu nascendi* attraverso la contingenza e la co-creazione di nuove forme di vitalità e possibilità d'azione condivise (Bertinetto, 2021; D. N. Stern, 2010).

Svincolata dalle derive dell'inautenticità estetica e performativa che caratterizzano la cultura iper-moderna (Lipovetsky, 2022), la paziente con disturbo alimentare può essere aiutata a compiere il proprio tragitto terapeutico solo se l'équipe multidisciplinare le offre un'autentica esperienza di risonanza ed accoglienza etica (Benjamin, 2017; Orange, 2011). Solo ricongiungendo la stabilità del binario somatico con l'apertura trasformativa della mentalizzazione, il corpo cessa di essere un involucro geometrico da pesare e controllare (*Körper*) e ritorna a essere – in accordo con la grande lezione fenomenologica – la dimora poetica, desiderante e sintonizzata del proprio Sé incarnato, originariamente aperto all'incontro protetto e vitale con l'Altro (Albasi, 2027; Ingold, 2021; Merleau-Ponty, 1945).

Riassunto

Parole chiave: disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (dna); 4e cognition; corpo vivo (leib); mentalizzazione; mbt-ed; formazione multiprofessionale

Il trattamento dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) rappresenta uno dei campi più complessi della clinica contemporanea, caratterizzato da una costante tensione epistemologica tra il paradigma medico-somatologico e quello psicoterapeutico-relazionale. Il presente contributo esamina le sfide cruciali della formazione multiprofessionale, proponendo il superamento del dualismo cartesiano surrettizio attraverso l'integrazione delle scienze cognitive incarnate (*4E Cognition*) e della fenomenologia di Maurice Merleau-Ponty. Viene analizzata la distinzione tra corpo-oggetto (*Körper*) e corpo vivo (*Leib*), mostrando come nei DNA la patologia si configuri come un'apertura intercorporea all'Altro radicalmente fallita. Attraverso i concetti di "concretismo somatico", "equivalenza psichica" e "cecità semiotica", l'articolo illustra come la compromissione della funzione riflessiva spinga il soggetto a utilizzare il corpo come surrogato della mente. Infine, viene presentato il modello del Trattamento Basato sulla Mentalizzazione per i Disturbi Alimentari (MBT-ED) e il dispositivo clinico del *Dual Track*, quale sintesi operativa ed etica in grado di riabilitare una soggettività viva e funzionante.

LOST IN TRANSLATION. MULTIPROFESSIONAL TRAINING IN EATING DISORDERS BETWEEN THE CLINIC OF THE SYMPTOM AND THE AESTHETIC INTERCORPOREALITY OF THE SELF

Abstract

Key words: eating disorders (ed); 4e cognition; lived body (leib); mentalization; mbt-ed; multiprofessional training

The treatment of Eating Disorders (ED) represents one of the most complex challenges in contemporary clinical practice, characterized by an ongoing epistemological tension between the medical-somatic paradigm and the psychotherapeutic-relational one. This paper examines the crucial challenges of multiprofessional training, proposing to overcome the surreptitious Cartesian dualism through the integration of embodied

cognitive science (4E Cognition) and Maurice Merleau-Ponty's phenomenology. We analyze the distinction between the physical body (*Körper*) and the lived body (*Leib*), demonstrating how the pathology in ED constitutes a radically failed intercorporeal openness to the Other. Through the concepts of "somatic concretism", "psychic equivalence", and "semiotic blindness", the article illustrates how the impairment of reflective functioning drives the patient to use the body as a surrogate for the mind. Finally, we present the Mentalization-Based Treatment for Eating Disorders (MBT-ED) model and its *Dual Track* clinical device as an operational and ethical synthesis capable of rehabilitating a living and functioning subjectivity.

Bibliografia

Albasi, C. (2006). *Attaccamenti traumatici: I Modelli Operativi Interni Dissociati*. UTET.

Albasi, C. (2025). *Elementi di psicologia clinica: Psicoanalisi relazionale e attaccamento*. Istituto Mitchell.

Albasi, C. (in press). *Estetica psicoterapeutica: Fenomenologia della pratica clinica*. Istituto Mitchell.

Baumgarten, A. G. (1750). *Aesthetica*. Kleyb. (Trad. it. *Estetica*, Aesthetica, Palermo 2000).

Beebe, B., & Frank, M. L. (2014). *The origins of attachment: Infant research and adult treatment*. Routledge.

Benjamin, J. (2017). *Beyond doer and done to: Recognition theory, intersubjectivity and the third*. Routledge.

Bertinetto, A. (2021). *Estetica dell'improvvisazione*. Il Mulino.

Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Heinemann. (Trad. it. *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma 1972).

Boston Change Process Study Group. (2002). Explicating the implicit: The local level and the microprocess of change in the analytic situation. *International Journal of Psychoanalysis*, *83*(5), 1051-1062.

Bromberg, P. M. (1998). *Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma, and dissociation*. The Analytic Press. (Trad. it. *Clinica del trauma e della dissociazione*, Raffaello Cortina, Milano 2001).

Bromberg, P. M. (2006). *Awakening the dreamer: Clinical journeys*. The Analytic Press.

Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, *24*(2), 187-194.

Bruch, H. (1970). Psychotherapy in primary anorexia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *150*(1), 51-66.

Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. Basic Books. (Trad. it. *Patologia del comportamento alimentare*, Feltrinelli, Milano 1977).

Dissanayake, E. (1995). *Homo aestheticus: Where art comes from and why*. University of Washington Press.

Dissanayake, E. (2000). *Art and intimacy: How the arts began*. University of Washington Press.

Dissanayake, E. (2015). *L'infanzia dell'estetica: L'origine evolutiva delle pratiche artistiche*. Mimesis.

Enckell, H. (2002). *Metaphor and the psychical reality*. Helsinki University Press.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press. (Trad. it. *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*, Raffaello Cortina, Milano 2005).

Fuchs, T. (2018). *Ecology of the brain: The phenomenology and biology of the embodied mind*. Oxford University Press.

Gallagher, S. (2005). *How the body shapes the mind*. Oxford University Press.

Gallagher, S. (2020). *Action and interaction*. Oxford University Press.

Gallese, V. (2014). Bodily selves in relation: Embodied simulation as second-person perspective on intersubjectivity. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, *369*(1644), 20130177.

Gergely, G., & Watson, J. S. (1996). The social biofeedback theory of parental affect-mirroring. *International Journal of Psychoanalysis*, *77*(6), 1181-1212.

Gulliksen, K. S., Espeset, E. M. S., Nordbø, R. H. S., Skårderud, F., Geller, J., & Holte, A. (2012). Preferred therapist characteristics in treatment of anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, *45*(8), 932-941.

Husserl, E. (1989). *Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy: Second book* (R. Rojcewicz & A. Schuwer, Trans.). Kluwer Academic Publishers. (Original work published 1952).

Ingold, T. (2021). *Imagining for real: Essays on creation, attention and correspondence*. Routledge.
Levenson, E. A. (1983). *The ambiguity of change: An inquiry into the nature of psychoanalytic reality*. Basic Books.
Lipovetsky, G. (2022). *Le sacre de l'authenticité*. Gallimard. (Trad. it. *La fiera dell'autenticità*, Raffaello Cortina, Milano 2023).
Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard. (Trad. it. *Fenomenologia della percezione*, Bompiani, Milano 2003).
Merleau-Ponty, M. (1964). *Le visible et l'invisible*. Gallimard. (Trad. it. *Il visibile e l'invisibile*, Bompiani, Milano 1969).
Orange, D. M. (2011). *The suffering stranger: Hermeneutics for everyday clinical practice*. Routledge. (Trad. it. *Il soffrente estraneo*, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2013).
Pollatos, O., Kurz, A. L., Albrecht, J., Schreder, T., Kleemann, A. M., Schandry, R., & Wiesmann, U. (2008). Reduced insular activity in participants with anorexia nervosa during interoceptive processes. *Human Brain Mapping*, *29*(11), 1325-1335.
Robinson, P., Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2019). *Hunger: Mentalization-based treatments for eating disorders*. Springer Nature.
Royal College of Psychiatrists. (2014). *MARSIPAN: Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa* (2nd ed.). Royal College of Psychiatrists.
Shusterman, R. (1999). Somaesthetics: A disciplinary proposal. *The Journal of Aesthetics and Art Criticism, 57*(3), 299–313. https://doi.org/10.2307/432196
Shusterman, R. (2012). *Thinking through the body: Essays in somaesthetics*. Cambridge University Press.
Skårderud, F. (2007a). Eating one's words, part II: The embodied mind and reflective function in anorexia nervosa—theory. *European Eating Disorders Review*, *15*(4), 243-252.
Skårderud, F. (2007b). Eating one's words, part III: The embodied mind and reflective function in anorexia nervosa—clinical. *European Eating Disorders Review*, *15*(5), 323-339.
Skårderud, F. (2013). Hilde Bruch (1904–1984)—the constructive use of ignorance. *Advances in Eating Disorders*, *1*(2), 174-181.
Stern, D. B. (1997). *Unformulated experience: From dissociation to imagination in psychoanalysis*. The Analytic Press. (Trad. it. *Esperienza non formulata*, trad. it. di F. De Bei, Raffaello Cortina, Milano 2007).
Stern, D. N. (2010). *Forms of vitality: Exploring dynamic experience in psychology, the arts, psychotherapy, and development*. Oxford University Press.
Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. Guilford Press. (Trad. it. *Psicoterapia e teoria dell'attaccamento*, Il Mulino, Bologna 2009).
Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. Tavistock. (Trad. it. *Gioco e realtà*, Armando, Roma 1974).

Corrispondenza

Cesare Albasi
Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino
Via Verdi 10, 10124 Torino, Italia
E-mail: cesare.albasi@unito.it