

# Anoressia nervosa. Diagnosi, sintomi e cura

[Artoni Paolo](#)

## Sommario

<b>Anoressia nervosa. Diagnosi, sintomi e cura</b> .....	<b>1</b>
<b>Anoressia nervosa</b> .....	<b>1</b>
<b>Caratteristiche</b> .....	<b>2</b>
Principali caratteristiche dell'anoressia nervosa .....	2
<b>Epidemiologia</b> .....	<b>3</b>
<b>Cause</b> .....	<b>3</b>
<b>Fattori ambientali</b> .....	<b>3</b>
<b>Fattori di rischio psicologici</b> .....	<b>4</b>
Interiorizzazione dell'ideale di magrezza .....	4
Perfezionismo clinico .....	4
Stati emotivi negativi e bassa autostima .....	4
Insoddisfazione per il proprio corpo .....	4
<b>Diagnosi</b> .....	<b>4</b>
Anoressia di tipo restrittivo .....	5
Anoressia binge/purging .....	5
<b>Sviluppo</b> .....	<b>5</b>
La luna di miele .....	5
Progressione del disturbo .....	6
Esercizio fisico eccessivo e compulsivo .....	6
<b>Segni e sintomi</b> .....	<b>6</b>
Sintomi fisici .....	7
<b>Trattamento e cura</b> .....	<b>7</b>
Riabilitazione nutrizionale .....	8
Psicoterapia e riabilitazione .....	8
Ricovero per anoressia nervosa .....	8
<b>Bibliografia:</b> .....	<b>8</b>

*L'anoressia nervosa, spesso chiamata semplicemente **anoressia**, è un grave disturbo dell'alimentazione caratterizzato da un peso corporeo eccessivamente basso, dalla riduzione delle calorie ingerite quotidianamente, da una intensa paura di prendere peso e da alterazioni nella relazione con il proprio corpo. Le persone con **anoressia nervosa** esercitano un patologico controllo sul proprio peso e forme corporee, controllo che interferisce sempre più significativamente sulla loro vita. Se non adeguatamente trattato, il disturbo tende a cronicizzarsi manifestandosi con problematiche fisiche, psicologiche e sociali molto invalidanti.*

## Anoressia nervosa

Il termine **anoressia** deriva dal greco (*an-* privativo e *órexis* 'appetito') e significa “**assenza o marcata riduzione dell'appetito**”. L'aggettivo “**nervosa**” identifica invece la natura funzionale, non organica dell'anoressia, per distinguerla dalle forme di inappetenza o di rifiuto del cibo prodotte da altre malattie.

In realtà, le persone affette da **anoressia nervosa** non lamentano quasi mai una perdita di appetito. Al contrario, lo stimolo della fame si moltiplica con la riduzione dell'apporto calorico e con il conseguente dimagrimento. Il controllo dello stimolo della fame diventa, paradossalmente, fonte di soddisfazione per queste pazienti e ne alimenta il disturbo ([Barca, 2020](#)).

## Caratteristiche

L'**anoressia nervosa** colpisce principalmente le donne ed esordisce in genere in adolescenza. Si caratterizza per una graduale e sempre più importante riduzione del cibo consumato quotidianamente che porta ad una progressiva perdita di peso corporeo. Magrezza che viene perseguita ostinatamente con una scarsa o nulla preoccupazione relativa ai danni che il grave calo di peso comporta per la propria salute. E' inoltre presente una intensa paura di ingrassare e un rifiuto a mantenersi ad un peso corporeo sano (convenzionalmente sopra i 18.5 punti di BMI).

L'**anoressia nervosa** si caratterizza inoltre per alterazioni nel modo in cui il corpo viene vissuto e sperimentato. Le pazienti possono percepire il proprio corpo come normopeso o sovrappeso nonostante siano gravemente sottopeso ([Artoni et al., 2020](#)). Come già descritto da Hilde Bruch:

«Ciò che è patognomico dell'anoressia non è la gravità della malnutrizione di per sé - gravi quadri di malnutrizione si riscontrano anche in altri pazienti psichiatrici malnutriti - ma piuttosto la distorsione dell'immagine corporea a essa associata: l'assenza di preoccupazione per la denutrizione, anche quando è avanzata, e la forza e caparbietà con cui l'aspetto spesso raccapricciante viene descritto e difeso come "normale" e "giusto", non troppo magro, e come unica sicurezza possibile contro il temuto destino di ingrassare»

Un'alterazione del vissuto corporeo non è comunque specifico dell'anoressia nervosa ma può manifestarsi anche in altri disturbi alimentari come la [bulimia nervosa](#) e il [binge eating disorder](#) ([Ahrberg, Trojca, Nasrawi, & Vocks, 2011](#))

## Principali caratteristiche dell'anoressia nervosa

Riassumendo le caratteristiche principali dell'**anoressia nervosa** sono:

- una riduzione globale del cibo consumato nella giornata e un evitamento selettivo di alcuni cibi considerati “cattivi” o “fobici”,
- un aumento delle calorie consumate attraverso il ricorso ad esercizio fisico [eccessivo e compulsivo](#) (Hay et al., 2018),
- utilizzo inappropriato di clisteri, lassativi o condotte tipo “vomito autoindotto” (nella variante dell'**anoressia binge/purging**),
- un disturbo dell'immagine corporea.

Una ulteriore caratteristica soprattutto nelle fasi d'esordio della malattia è lo scarso livello di insight. Queste pazienti tendono infatti a non percepirsi malate, nonostante lo stato di grave sottopeso ([Treasure et al., 2015](#)).

## Epidemiologia

L'**anoressia nervosa** è maggiormente presente nelle donne rispetto agli uomini con un rapporto che varia, nei diversi studi, da 10/1 a 15/1. L'età alla prima **diagnosi di anoressia** in genere si colloca tra i 15 e i 20 anni sia nei maschi che nelle femmine anche se recentemente l'età d'esordio sta calando. La prevalenza del disturbo nelle donne varia tra l'1.7 e il 4.3% mentre tra gli uomini varia tra lo 0.2 e lo 0.3% ([Hudson, Hiripi, Pope, Jr., & Kessler, 2007](#); [Vall & Wade, 2015](#)).

Soprattutto nelle fasi iniziali è difficile che una paziente chieda aiuto e spesso solo nel caso di un importante e visibile calo di peso il disturbo diventa evidente ai familiari. Questo rende l'**anoressia nervosa** un disturbo spesso sottodiagnosticato ([Anna Keski-Rahkonen et al., 2007](#)).

## Cause

Nonostante non siano ancora pienamente comprese le cause scatenanti dell'anoressia nervosa la ricerca ha evidenziato numerosi fattori di rischio.

Studi sui gemelli hanno evidenziato come l'anoressia nervosa abbia una vulnerabilità genetica e studi approfonditi sono tutt'ora in corso ([Paolacci et al., 2020](#)). Studi epidemiologici hanno evidenziato che, parenti di primo grado di pazienti con **anoressia nervosa** hanno una probabilità di sviluppare il disturbo sensibilmente maggiore rispetto alla popolazione generale ([Anna Keski-Rahkonen et al., 2007](#)).

## Fattori ambientali

Altri studi si sono concentrati sui fattori ambientali o eventi di vita avversi. Ad esempio la nascita prematura (prima delle 37 settimane di gestazione) è considerata un potenziale fattore di rischio per lo sviluppo dell'**anoressia nervosa** ([Larsen, Bulik, Thornton, Koch, & Petersen, 2021](#)).

Altri eventi di vita avversi correlati con il disturbo sono tutte quelle situazioni di abuso fisico (sessuale e non) o psicologico (neglect, lutti, perdite) che possono incorrere durante l'infanzia. Il disturbo alimentare può inoltre associarsi a episodi di bullismo o di prese in giro soprattutto durante l'adolescenza ma anche durante i primi anni di scuola.

Anche l'eccessivo stato di magrezza di per sè rafforza il disturbo alimentare. In un celebre studio, il Minnesota Starvation Experiment, è stato dimostrato che l'importante calo ponderale su soggetti adulti, sani e senza disturbo alimentare favoriva l'emergere di sintomi tipici dell'anoressia nervosa come preoccupazioni per il peso e le forme corporee, disturbi d'ansia e pensieri ossessivi relativi al cibo ([Tucker, 2006](#)). Risultati simili sono stati confermati attraverso studi sul modello animale.

# Fattori di rischio psicologici

## Interiorizzazione dell'ideale di magrezza

Nelle società occidentali la magrezza costituisce un valore spesso associato al benessere e al successo. Inoltre i media, attraverso l'utilizzo di immagini visive di corpi idealizzati (ad oggi per lo più modificati con programmi di fotoritocco) favoriscono la correlazione tra alcune caratteristiche positive (essere attraenti, essere popolari e felici) e la magrezza. Questo favorisce, soprattutto in giovani adolescenti, l'interiorizzazione di ideali di magrezza non salutari, favorisce l'insoddisfazione verso il proprio corpo e aumenta il rischio di sviluppare l'**anoressia nervosa**. ([Lzydorczyk & Sitnik-Warchulska, 2018](#))

## Perfezionismo clinico

Il **perfezionismo clinico** è considerato un tratto di personalità caratterizzato dal bisogno di raggiungere obiettivi sempre più elevati e dalla scarsa tolleranza verso i propri errori. È una caratteristica spesso associata ad una modalità di pensiero ossessivo e rigido e ad alte pretese verso se stessi (come avere "*sempre il massimo dei voti*", oppure "*non sbagliare mai*"). Il perfezionismo è considerato un importante fattore di rischio per l'**anoressia nervosa** ([Halmi et al., 2000](#)).

## Stati emotivi negativi e bassa autostima

Condizioni psicologiche associate all'**anoressia** sono una bassa autostima, sensazioni inutilità, vergogna e senso di colpa cronici ed esasperati associati ad un basso tono dell'umore. Molto frequente è il bisogno di tenere tutto sotto controllo, che viene esercitato strenuamente verso il peso e le forme corporee, diventando spesso l'unico elemento su cui queste paziente sentono di avere il pieno controllo.

Inoltre è frequente una difficoltà nel riconoscere, nell'esprimere e nel regolare le proprie emozioni (alessitimia), una difficoltà a riconoscere i propri desideri e aspirazioni, a riconoscere i propri gusti e interessi, e a definire la propria personalità. Sono inoltre spesso presenti sensazioni di vuoto e di solitudine ([Treasure et al., 2015](#)).

## Insoddisfazione per il proprio corpo

Altro fattore di rischio dell'**anoressia nervosa** è l'insoddisfazione per il proprio corpo. In un recente studio ([Stice, Rohde, Shaw, & Gau, 2011](#)) condotto su 500 ragazze adolescenti è emerso come, l'**insoddisfazione corporea**, costituisca un potente predittore per lo sviluppo di **disturbi alimentari** e ne rappresenti anche uno dei principali fattori di mantenimento o di ricaduta.

L'insoddisfazione per il proprio corpo può favorire lo sviluppo di un disturbo percettivo, il disturbo dell'immagine corporea, in cui l'insoddisfazione per il proprio corpo si accompagna alla percezione di un corpo percepito diversamente dalla realtà ([Artoni et al., 2020](#)).

## Diagnosi

Con l'introduzione del DSM-5 sono cambiati alcuni criteri diagnostici dell'**anoressia nervosa**. Ad esempio l'amenorrea è stata eliminata tra i criteri per poter fare **diagnosi di anoressia**. Per un approfondimento sui cambiamenti tra DSM-IV e DSM-5 nei criteri diagnostici dell'anoressia è possibile leggere il seguente articolo: "[Anoressia e diagnosi. Le differenze tra DSM-IV-TR e DSM-5](#)".

I criteri diagnostici per l'anoressia nervosa sono ([DSM-5, 2013](#)):

1. Riduzione dell'introito calorico giornalieri rispetto a quello richiesto che porta ad un significativamente basso peso corporeo.
2. Intensa paura di prendere peso o diventare grasso, o la presenza di comportamenti persistenti che interferiscono con l'aumento di peso anche quando questo è significativamente basso.
3. Un disturbo nel modo in cui il proprio corpo e le sue forme sono percepite, un'eccessiva importanza attribuita al peso e alle forme corporee nell'autovalutazione, o la persistente mancanza di riconoscimento della gravità del proprio sottopeso.

Il DSM-5 distingue inoltre due diversi tipi di **anoressia nervosa**:

### **Anoressia di tipo restrittivo**

Nel sottotipo restrittivo, negli ultimi 3 mesi, **non sono presenti** episodi di abbuffata o comportamenti di compenso (es. vomito autoindotto, uso di lassativi, diuretici etc.). In questo caso la perdita di peso è ottenuta tramite il digiuno o l'esercizio fisico eccessivo.

### **Anoressia binge/purging**

Nel sottotipo binge/purging sono invece presenti, negli ultimi 3 mesi, episodi di abbuffata o comportamenti di compenso (es vomito autoindotto, uso di lassativi, diuretici etc.).

## **Sviluppo**

Il **sintomo** più evidente, fin dall'esordio dell'**anoressia**, è l'importante calo di peso. Spesso l'esordio è conseguente all'inizio di una dieta. L'iniziale perdita di peso può infatti essere interpretata, anche da parenti e famigliari, non in modo preoccupante.

Agli iniziali successi della dieta (spesso inoltre autogestita) subentrano meccanismi patologici. Il peso corporeo raggiunto non è mai abbastanza basso, la paziente inizia a saltare i pasti (spesso di nascosto), inizia ad escludere dalla sua dieta cibi ritenuti "cattivi" o verso cui sviluppa una vera fobia, e tende ad aumentare la durata e l'intensità dell'esercizio fisico.

### **La luna di miele**

Nella prima fase dell'**anoressia** la paziente può sperimentare un particolare stato di euforia, un senso di benessere e di onnipotenza chiamato luna di miele. La malattia sembra la soluzione a tutti i problemi, e la sensazione di energia e potenza che ne derivano spesso complicano la prognosi quanto la paziente nega qualsiasi disagio psicologico.

La "**luna di miele**" è però una fase transitoria che lascia poi il passo ad una ingravescenza dei sintomi sia fisici che psicologici. Nella fase della **luna di miele** risulta difficile offrire cura e supporto in quanto, più che in altre fasi della malattia, le pazienti sono meno propense a chiedere aiuto. Col passare del tempo però le condizioni peggiorano.

Quando la fase della "luna di miele" finisce, le problematiche fisiche e psicologiche iniziano ad emergere con sempre maggiore importanza. Può diventare difficile se non impossibile mantenere i propri impegni di vita (come andare a scuola o uscire con gli amici). Tutto ruota attorno al peso e alle forme del corpo. La sofferenza psicologica inizia a farsi sentire maggiormente e l'effetto euforizzante della *luna di miele* svanisce per sempre.

## Progressione del disturbo

Col passare del tempo i **sintomi dell'anoressia** diventano sempre più invalidanti e iniziano ad abbracciare significativamente tutta la vita della paziente. Ad essere intaccata non è solamente la sfera psicologica personale, ma anche quella socio-relazionale e comportamentale. I comportamenti alimentari patologici iniziano inoltre ad avere conseguenze importanti sul lato fisico, metabolico e nutrizionale.

Con l'aggravarsi del disturbo il controllo sull'alimentazione si fa più rigido e si riduce sempre più la quantità di calorie ingerite. Anche l'organizzazione dei pensieri si appiattisce su pochi e stereotipati temi come le calorie consumate e preoccupazioni per l'immagine corporea.

## Esercizio fisico eccessivo e compulsivo

Per mantenere il controllo su peso e forme del corpo le pazienti aumentano la durata e l'intensità dell'esercizio fisico giornaliero. Si parla di *iperattività* o più propriamente di **esercizio fisico eccessivo e compulsivo**. La paziente si sente quasi costretta ad occupare gran parte della sua giornata facendo movimento (come camminare quotidianamente per molti chilometri) e se non lo fa viene assalita dai sensi di colpa.

Il protrarsi di una condizione di grave stato di magrezza porta inoltre ad una riduzione delle capacità di funzionamento cognitivo. In particolare, pazienti con **anoressia nervosa** grave possono presentare calo importante nell'attenzione, nella concentrazione, nella memoria e nel problem solving ([Tchanturia, Lounes, & Holtum, 2014](#))

## Segni e sintomi

I **sintomi dell'anoressia** possono essere raggruppati in sintomi psicologici e sintomi fisici. Tra i sintomi psicologici (emotivi, cognitivi e comportamentali) più comuni troviamo:

1. Una intensa paura di ingrassare
2. Restrizione alimentare e rapida perdita di peso
3. Un ossessivo calcolo delle calorie ingerite
4. Attività fisica quotidiana eccessiva, inclusi micromovimenti continui di piedi o mani
5. Ritualità durante i pasti, come il tagliuzzare il cibo in pezzi molto piccoli
6. Percezione del proprio corpo come corpo sovrappeso
7. Bassa autostima e disprezzo di sé
8. Pensiero rigido e sintomi ossessivo-compulsivi

9. Deficit nel riconoscimento e nella regolazione delle emozioni
10. Deficit di attenzione, di problem solving e di memoria

Molti altri sono i **sintomi psicologici** dell'**anoressia nervosa**, spesso diversi e variegati. Il comportamento alimentare patologico è infatti una strategia per affrontare (anche se in modo inefficace e disfunzionale) un disagio psicologico più profondo.

## Sintomi fisici

L'eccessiva condizione di magrezza può portare a seri danni a tutti gli organi del corpo intaccando diversi sistemi e generando diversi sintomi fisici, tra cui i più frequenti **sintomi** fisici sono:

- Riduzione della pressione arteriosa.
- Rallentamento della frequenza cardiaca (bradicardia).
- Amenorrea (assenza del ciclo mestruale).
- Osteopenia/osteoporosi.
- Ritardi /compromissione della crescita.
- Capelli fragili e sottili.
- Problemi ematologici (anemia, leucopenia, etc).
- Debolezza muscolare con riduzione della massa magra.
- Problemi a carico dei reni.
- Alterazioni nei livelli di sodio, magnesio, potassio, calcio, ferro e fosforo.
- Problemi gastrointestinali (difficoltà digestive, stipsi, rallentato svuotamento gastrico, etc).
- Crescita di peli (lanugo) su tutto il corpo (ipertricosi).
- Sensazione di freddo.
- Riduzione della temperatura corporea.
- Unghie fragili.
- Disfunzioni ormonali (ipotiroidismo, ridotto funzionamento dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, etc).

La severità dei sintomi dell'**anoressia** la rendono una malattia potenzialmente mortale. Infatti il decesso può sopravvenire proprio a causa dei gravi squilibri che la denutrizione comporta nell'organismo oppure per suicidio.

## Trattamento e cura

La **cura di elezione per l'anoressia nervosa** è la psicoterapia associata ad una gestione medico-psichiatrica e medico internistica oltre che nutrizionali spesso affidata ad una equipe multidisciplinare. A coordinare le equipe sono in genere medici psichiatri che, oltre all'iter diagnostico e all'eventuale terapia farmacologica di supporto, sono responsabili del processo di cura che coinvolge altri professionisti.

Il primo obiettivo di un percorso di cura è il ristabilimento di un regime alimentare regolare e il sufficiente introito calorico quotidiano. Questo consente di poter ridurre i deficit cognitivi tipici del deperimento organico e rendono l'intervento terapeutico e riabilitativo più efficace. Importante in questo senso è il lavoro dei medici internisti per valutare le condizioni fisiche e gli eventuali squilibri metabolici ed elettrolitici.

## Riabilitazione nutrizionale

Di fondamentale importanza nelle equipe per disturbi alimentari è la figura del dietista che concorda, insieme al medico e alla paziente, il regime alimentare adeguato. Il dietista svolge anche una funzione riabilitativa e di sostegno durante i cosiddetti "pasti assistiti" durante i quali la presenza di un professionista risulta fondamentale per aiutare le pazienti ad affrontare un momento complesso come il pasto.

Inoltre attraverso le esposizioni aiuta i pazienti gradualmente a diventare maggiormente autonomi durante i pasti, per favorire una sempre maggior autonomia e responsabilità verso il proprio corpo e la propria salute.

## Psicoterapia e riabilitazione

Centrale nel lavoro terapeutico risulta la figura dello psicologo-psicoterapeuta che lavora a diversi livelli a seconda dello stadio della malattia e delle condizioni psicologiche delle pazienti. In condizioni di grave deperimento organico e di scarso insight è importante lavorare principalmente su aspetti motivazionali e di gestione dei sintomi. Successivamente, quando i deficit cognitivi si riducono allora possono essere affrontati i fattori di mantenimento che sostengono il disturbo alimentare.

Esistono diverse forme di psicoterapia e tutte sono risultate moderatamente efficaci nel trattamento dell'anoressia nervosa. Recenti pubblicazioni sul tema e le linee guida ufficiali sono concordi nel dichiarare che non esiste ancora una psicoterapia migliore di un'altra per pazienti adulti affetti da **anoressia nervosa**. Per pazienti adolescenti la terapia di elezione è invece la [terapia familiare](#) (Treasure et al., 2015).

## Ricovero per anoressia nervosa

Il **ricovero per anoressia nervosa** avviene in situazioni di particolare gravità che necessitano di un'ambiente protetto e di un **percorso di cura** quotidiano ed intensivo. Si rende necessario **un ricovero** per pazienti che mostrano gravi sintomi del comportamento alimentare e un importante deperimento organico (Suárez-Pinilla et al., 2015).

## Bibliografia:

1. Ahrberg, M., Trojca, D., Nasrawi, N., & Vocks, S. (2011, September). [Body image disturbance in binge eating disorder: A review](#). *European Eating Disorders Review*, Vol. 19, pp. 375–381. <https://doi.org/10.1002/erv.1100>
2. Anna Keski-Rahkonen, et al., (2007). [Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community](#). *https://Doi.Org/10.1176/Appi.Ajp.2007.06081388*, 164(8), 1259–1265. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.2007.06081388>
3. Artoni, P., Chierici, M. L., Arnone, F., Cigarini, C., De Bernardis, E., Galeazzi, G. M., ... Pingani, L. (2020). [Body perception treatment, a possible way to treat body image disturbance in eating disorders: a case-control efficacy study](#). *Eating and Weight Disorders : EWD*. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00875-x>

4. Barca, L., & Pezzulo, G. (2020). [Keep your interoceptive streams under control: An active inference perspective on anorexia nervosa](https://doi.org/10.3758/s13415-020-00777-6). *Cognitive, Affective and Behavioral Neuroscience*, 20(2), 427–440. <https://doi.org/10.3758/s13415-020-00777-6>
5. Dahlenburg, S. C., Gleaves, D. H., & Hutchinson, A. D. (2019). [Anorexia nervosa and perfectionism: A meta-analysis](https://doi.org/10.1002/EAT.23009). *International Journal of Eating Disorders*, 52(3), 219–229. <https://doi.org/10.1002/EAT.23009>
6. [Feeding and Eating Disorders](https://doi.org/10.1176/APPI.BOOKS.9780890425596.DSM10). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. <https://doi.org/10.1176/APPI.BOOKS.9780890425596.DSM10>
7. Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fichter, M., ... Kaye, W. H. (2000). [Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality, and Pathological Eating Behavior](https://doi.org/10.1176/Appi.Ajp.157.11.1799). *https://Doi.Org/10.1176/Appi.Ajp.157.11.1799*, 157(11), 1799–1805. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.157.11.1799>
8. Hay, P., Touyz, S., Arcelus, J., Pike, K., Attia, E., Crosby, R. D., ... Meyer, C. (2018). [A randomized controlled trial of the compulsive Exercise Activity Therapy \(LEAP\): A new approach to compulsive exercise in anorexia nervosa](https://doi.org/10.1002/EAT.22920). *International Journal of Eating Disorders*, 51(8), 999–1004. <https://doi.org/10.1002/EAT.22920>
9. Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr., & Kessler, R. C. (2007). [The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication](https://doi.org/10.1016/J.BIOPSYCH.2006.03.040). *Biological Psychiatry*, 61(3), 348. <https://doi.org/10.1016/J.BIOPSYCH.2006.03.040>
10. Izydorczyk, B., & Sitnik-Warchulska, K. (2018). [Sociocultural Appearance Standards and Risk Factors for Eating Disorders in Adolescents and Women of Various Ages](https://doi.org/10.3389/FPSYG.2018.00429). *Frontiers in Psychology*, 9(MAR). <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2018.00429>
11. Larsen, J. T., Bulik, C. M., Thornton, L. M., Koch, S. V., & Petersen, L. (2021). [Prenatal and perinatal factors and risk of eating disorders](https://doi.org/10.1017/S0033291719003945). *Psychological Medicine*, 51(5), 870–880. <https://doi.org/10.1017/S0033291719003945>
12. Micali, N., Hagberg, K. W., Petersen, I., & Treasure, J. L. (2013). [The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: findings from the General Practice Research Database](https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2013-002646). *BMJ Open*, 3(5), e002646. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2013-002646>
13. NIMH » Eating Disorders. (n.d.). Retrieved July 26, 2021, from <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/eating-disorders/>
14. Paolacci, S., Kiani, A. K., Manara, E., Beccari, T., Ceccarini, M. R., Stuppia, L., ... Bertelli, M. (2020, July 1). [Genetic contributions to the etiology of anorexia nervosa: New perspectives in molecular diagnosis and treatment](https://doi.org/10.1002/mgg3.1244). *Molecular Genetics and Genomic Medicine*, Vol. 8. <https://doi.org/10.1002/mgg3.1244>
15. Stice, E., Rohde, P., Shaw, H., & Gau, J. (2011). [An Effectiveness Trial of a Selected Dissonance-Based Eating Disorder Prevention Program for Female High School Students: Long-Term Effects](https://doi.org/10.1037/A0024351). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 500. <https://doi.org/10.1037/A0024351>
16. Suárez-Pinilla, P., Peña-Pérez, C., Arbaizar-Barrenechea, B., Crespo-Facorro, B., Del Barrio, J. A. G., Treasure, J., & Llorca-Díaz, J. (2015). [Inpatient treatment for anorexia nervosa: A systematic review of randomized controlled trials](https://doi.org/10.1097/01.PRA.0000460621.95181.E2). *Journal of Psychiatric Practice*, 21(1), 49–59. <https://doi.org/10.1097/01.PRA.0000460621.95181.E2>
17. Tchanturia, K., Lounes, N., & Holttum, S. (2014, November 1). [Cognitive remediation in anorexia nervosa and related conditions: A systematic review](https://doi.org/10.1002/erv.2326). *European Eating Disorders Review*, Vol. 22, pp. 454–462. <https://doi.org/10.1002/erv.2326>

18. Treasure, J., Zipfel, S., Micali, N., Wade, T., Stice, E., Claudino, A., ... Wentz, E. (2015). [Anorexia nervosa](https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.74). *Nature Reviews Disease Primers*, 1(November), 1–22. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.74>
19. Tucker, T. (2006). [\*The great starvation experiment : the heroic men who starved so that millions could live\*](#). Free Press.
20. Vall, E., & Wade, T. D. (2015, November 1). [Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis](#). *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 48, pp. 946–971. <https://doi.org/10.1002/eat.22411>