

Silvana D'Andrea

SERVIZI ISTITUZIONALI
PER LE PERSONE IN DIFFICOLTÀ
CON DISTURBI DEL
COMPORTAMENTO ALIMENTARE

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI “G. d’ANNUNZIO”
Chieti-Pescara**

**SCUOLA SUPERIORE “G. d’Annunzio”
*School of Advanced Studies***

**DOTTORATO DI RICERCA IN
SCIENZE SOCIALI: TEORIE, APPLICAZIONI E INTERVENTI**

CICLO XXI

**SERVIZI ISTITUZIONALI PER LE PERSONE IN DIFFICOLTA:
DISORDINI ALIMENTARI**

Dipartimento di Scienze Sociali

Settore Scientifico Disciplinare: ?

Dottoranda
Dott.

Coordinatore
Ch.mo Prof.

Tutor Ch.mo Prof.

Anni Accademici 2005/08

INDICE

Introduzione

Cap. 1 LA PERSONA E IL CIBO

1.1. Persona e società	p.2
1.2. Persona in difficoltà	p.6
1.3. Relazione primaria tra cibo e uomo	p.7
1.4. Quadro storico e socioculturale	p.11
1.5. Comportamento cibo-uomo	p.16
1.6. Uso e cultura del cibo (tempi e modi)	p.17

Cap. 2 DISTURBI ALIMENTARI

2.1. Il comportamento alimentare dell'uomo nella storia	p.21
2.2. I disturbi del comportamento alimentare (anoressia, bulimia e obesità)	p.25
2.3. Anoressia nervosa	p.28
2.4. Bulimia nervosa	p.66
2.5. Obesità	p.70

Cap. 3. SERVIZI ISTITUZIONALI: LE RISPOSTE AL FENOMENO SOCIALE NEL TERRITORIO LOCALE

3.1. Il fenomeno a livello nazionale: Strutture ed Enti:	p.81
3.2. Il fenomeno a livello locale	p.89
3.3. Ricerca del Centro Regionale di Fisiopatologia della Nutrizione	p.99

APPENDICE: Una indagine scolastica sul territorio teramano	p.117
--	-------

Conclusioni

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

CAPITOLO 1

LA PERSONA E IL CIBO

1.1. Persona e società

Le riflessioni della sociologia contemporanea intorno al concetto di persona vanno verso il superamento della visione determinista dell'olismo e delle astrazioni dell'individualismo per recuperare l'idea della soggettività come capacità di “de-condizionamento” e di “auto-costruzione” identitaria ed esistenziale.

Gli interrogativi sulla posizione e dignità della persona all'interno della società creano percorsi di ricerca innovativi e un «approccio analitico alle diverse sfere di azione sociale e di interazione tra individuo e società che privilegia la centralità della persona accanto ai valori di partecipazione e di libertà che le sono connessi» (Cesareo, in Gruppo SPE (a cura di), 2007, 5).

Il punto di vista della sociologia classica, che fa capo alla linea Durkheim-Parsons-Douglas, in base al quale sembra che siano le istituzioni sociali a fare la persona umana e la socializzazione un processo di introiezione delle istituzioni da parte delle persone, è oggi sottoposto a critica dalla prospettiva della sociologia relazionale che mira soprattutto a superare l'approccio sociologico classico rovesciando la teoria della socializzazione: la socializzazione è espressione emergente dell'autocoscienza dentro le strutture sociali.

La persona umana è concettualizzata come qualcuno che si sviluppa tra la natura umana, la pratica, l'interazione sociale e la trascendenza. Sono le persone, in quanto dotate di autocoscienza, che elaborano, attraverso pratiche naturali e prelinguistiche e pratiche socio-culturali, le rappresentazioni che poi utilizzano nell'agire.

INSERISCI DIAGRAMMA DI P. 23

«L'individuo umano, quando nasce, è un soggetto dotato di una sua "potenza" che, attraverso la pratica, cioè il suo fare esperienza del mondo e apprendere da essa, va oltre la sua dotazione naturale – corporea (biofisica) e coscienziale innata – e si propone sempre ulteriori esplorazioni guidato dalla sua capacità di riflessione interiore. Dal mondo esterno riceve delle attribuzioni di identità sociale (viene chiamato con un nome, viene etichettato con certi appellativi che rappresentano il suo *me*: "mi chiamano così"). In quelle interazioni diventa un agente primario (*primary agent*). Mentre fa esperienza di ciò, scopre la sua appartenenza ad un'entità collettiva: si rende conto di stare in una famiglia diversa dalle altre, scopre di abitare in una specifica zona, città o quartiere, diversi da altri, di parlare una certa lingua e non un'altra, e così via, cioè si rende conto di avere appartenenze diverse dagli altri con cui interagisce. Queste appartenenze – dapprima ascritte e poi in seguito acquisite - formano in lui un senso del "noi" (*we*). Cioè, l'individuo che il suo *self* appartiene ad un raggruppamento sociale (io sono di quella famiglia, regione, razza, religione, ecc.). In questo mondo sociale, deve assumere via via dei ruoli, cioè diventare attore (in inglese *actor*, nel senso latino *auctor*, dal verbo *augere*). Nell'assumersi la responsabilità del ruolo sociale, nel momento in cui deve giocare come attore libero e responsabile (per es. come figlio di una famiglia, come studente in una scuola, poi come lavoratore, poi come coniuge, come genitore, come elettore, come consumatore, come appartenente ad una fede e una chiesa, ecc.), la persona si confronta con il mondo trascendente, perché è in quell'agire che è posto di fronte alle scelte "fondamentali": deve deliberare interiormente su ciò che gli sta più a cuore. In una parola, deve definire e prendere posizione sui suoi *ultimate concerns*» (Donati, in Gruppo SPE (a cura di), 2007, 23-24).

Per *ultimate concerns* si intendono le risposte alle domande esistenziali che la persona si pone quando deve rispondere al suo bisogno di felicità e di vita soddisfacente per sé nel dialogo che essa ha con le istituzioni sociali.

L'antica questione della relazione fra identità personale e identità sociale è ora elaborata, secondo il paradigma emergenziale, come un'interazione che si sviluppa nel tempo. La coscienza sociale e l'autocoscienza sono inscindibilmente connesse in

un insieme più o meno complesso, del quale è messo in evidenza ora l'aspetto particolare e ora l'aspetto generale.

In tale prospettiva relazionale, il corpo diventa lo strumento attraverso cui la persona comunica se stessa al mondo; il corpo come manifestazione dei simboli, dei segni che mostriamo agli altri: una "superficie di scrittura" (Cfr. Sini, 1996 e 1998). La stessa identità personale è costruita attraverso relazioni sociali in cui il corpo e l'esteriorità corporea sono un mezzo per presentarsi e per parlare: «l'immagine di sé si costruisce nell'occhio di chi ci sta di fronte, nello specchio che questo ci presenta. Non esiste coscienza della propria identità senza questo altro che ci riflette e si contrappone a noi, fronteggiandoci. Il sé e l'altro, l'identità e l'alterità vanno di pari passo e si costruiscono reciprocamente» (Vernant, 2000, X).

Attraverso il corpo instauriamo delle relazioni con il mondo e con gli altri che ci qualificano come persona e gli elementi costitutivi della nostra identità si concretizzano nel momento in cui possiamo confrontarci con un altro esterno da noi.

L'idea del nostro essere persona nasce quindi dallo scambio, reciprocità e riconoscimento dell'altro e «tutti i rapporti tra gli uomini riposano sul sapere che l'uno ha dell'altro» (Simmel, 1996, 79). La società stessa è il prodotto di questa reciprocità, per cui l'interazione sociale «nasce sempre da determinati impulsi o in vista di determinati obiettivi. Istinti erotici, interessi materiali, impulsi religiosi, finalità di difesa come di attacco, di gioco come di guadagno, di aiuto come di apprendimento e innumerevoli altri motivi fanno sì che l'uomo si trovi con altri, agisca per loro, con loro e contro di loro, in una condivisione di condizioni tale per cui egli produca effetti sugli altri e ne sia a sua volta influenzato. Queste azioni reciproche fanno capire come dai portatori individuali di quelle pulsioni motivanti e quelle finalità risulti un'unità, per l'appunto una "società"» (Simmel, 1997, 37-38).

Un riconoscimento dell'altro che avviene non solo sul piano mentale ma anche fisico, corporeo. L'esigenza del legame mente-corpo è parte integrante dell'essere persona. Fin dall'antichità il corpo si lega alla capacità degli uomini di apparire, di mostrarsi alla propria società di appartenenza, rivestendo ogni volta una maschera

per ogni ruolo interpretato nella società: «Nella sfera del corpo umano la modernità privilegia il viso, l'antichità il corpo tutto intero, perché il primo mostra l'uomo nel flusso della sua vita interiore, il secondo privilegia la sua sostanza permanente» (Simmel, 1998, 155).

Il viso come rappresentazione esterna della persona diviene maschera che mentre fa conoscere, nasconde. La parola persona è la traduzione del termine greco *prosòpon*, ossia la maschera teatrale indossata sulla scena dall'attore, e può mutuare il suo significato anche dall'etrusco *pershu*, indicando la maschera sacrale che ri-vela il divino (Cfr. Gruppo SPE (a cura di), 2004 e 2007).

Nella società postmoderna sembra prevalere una ipervalutazione del corpo e l'esaltazione del proprio aspetto fisico è considerata un eccesso che tuttavia non necessita di cure, di contro al deprezzamento del corpo giudicato invece come malattia. Se le persone belle, abbronzate e in salute incarnano modelli positivi, le persone obese, anoressiche e autolesioniste al contrario rappresentano modelli negativi da evitare (Cfr. Fornari in D'Andrea (a cura di), 2008, 37).

Esiste quindi un modo di presentarsi al mondo più o meno conforme alle regole vigenti nella società quotidiana, e quando il divario tra il corpo reale e quello che desideriamo mostrare è troppo grande, il corpo finisce per rappresentare soltanto un "peso" e il suo controllo diviene lo strumento più raffinato di manipolazione, come avviene nei disturbi del comportamento alimentare.

In quest'ottica relazionale, le politiche sociali e gli interventi tesi a soddisfare i bisogni dell'individuo nelle diverse condizioni e situazioni si orientano verso la promozione dell'autonomia, della libertà di decisione, di dignità progettuale, di partecipazione della persona, tentando il superamento della visione di uno Stato soggetto attivo ed erogatore di interventi e persone-cittadini destinatari passivi di interventi promossi e gestiti, appunto, dallo Stato.

L'intento è quello di cercare un incontro tra la sociologia e la politica sociale «la *persona* è, allo stesso tempo, soggetto e destinatario: attore sociale che promuove la politica sociale e la 'informa' in modo da apparire la massima espressione di una sociologia *per* la persona e configurarsi come una 'funzione' della persona stessa.

La politica sociale saldamente fondata sulla sociologia e da essa attingendo i caratteri personalistici, esprime la *mission* operando pragmaticamente per la piena realizzazione della persona» (Rizza in Gruppo SPE (a cura di), 2007, 71).

1.2. Persona in difficoltà

La vita moderna porta con sé una serie di situazioni sconvolgenti, preoccupazioni troppo numerose e sconcertanti perché il sentimento di sicurezza possa attecchire nell'uomo (Bauman, 1999, 134). In questo sentirsi insicura inadeguata la persona va incontro alle più svariate difficoltà che la vita le pone in un'era in cui la globalizzazione fa da padrona. La nostra è ora una mentalità insicura, un tipo di mentalità che può solo suggerire comportamenti eccentrici, inconsueti, irregolari, aggiungendosi al più ampio elenco delle incertezze (Ivi, 140).

L'inadeguatezza come sostiene Bauman riassume una grande quantità di paure, rivolte a oggetti differenti, vissute e affrontate in modi differenti.

Non si deve dimenticare, che, nell'epoca dell'incertezza e della fugacità delle azioni, il corpo assume la funzione primaria di rappresentare e svelare non solo la personalità di ognuno di noi, ma anche l'aspetto più profondo del nostro essere. Il corpo è più eloquente delle parole. Se lo si lascia parlare rivela molte cose. Con il corpo comunichiamo, attribuiamo la direzione qualitativa al nostro essere con gli altri (Fornari in D'Andrea, 2008, 18).

Il fallimento o l'impossibilità di portare a termine ciò che determina il processo di autoformazione, genera nella persona la paura dell'inadeguatezza, che rimanda all'incapacità di acquisire durante il percorso di crescita lo status di benessere psico-fisico generando nella persona stessa la difficoltà ad interagire con il sé e con gli altri.

La persona in difficoltà è oggi quella persona che rispetto ai più, ha forti limitazioni di tipo: fisico, intellettuale, di razza, di etnia, di libertà, di appartenenza a zone geografiche sottosviluppate, di dipendenza dalle droghe, dalle organizzazioni di prostituzione, dai prestiti ad usura. Ancora: in difficoltà vi sono varie classi sociali

che in occasione dell'attuale crisi economica hanno difficoltà di accesso intanto a cure ed assistenza medica, ma anche al reperimento di cibo, abitazione e sopravvivenza in genere.

Le persone non sempre dicono quello che pensano o sentono o di cosa hanno bisogno. Capire che cosa accade veramente nell'animo di una persona non è facile. Ancora oggi, molti ritengono che il linguaggio orale sia la forma principale di comunicazione, ma il linguaggio del corpo, come la danza, la mimica, la stessa postura rappresentano gli strumenti principali per trasmettere stati d'animo e sentimenti (Allan e Barbara Pease, 2005).

1.3. Relazione primaria tra cibo e uomo

L'uomo non può fare a meno, per vivere, di alimentarsi e il cibo è qualcosa di più del solo atto di mangiare (Bruch, 1982, 20). Il mangiare rappresenta un vero e proprio fenomeno bio-psico-socio-culturale per via delle molteplici dimensioni dell'esistenza umana che esso investe. L'atto alimentare si modula nel corso dello sviluppo di ogni individuo secondo codici cognitivi, affettivi, comportamentali, comunicativi, socio relazionali e culturali (Fischler, 1979). Il mangiare costituisce un'esperienza fondamentale nell'arco del ciclo vitale di ogni individuo. L'alimentazione, a causa dei suoi diversi significati, non può essere affrontata senza un'ottica multifocale dove natura e cultura, mente e corpo, individuo e società sono connessi tra loro.

Il cibo, quindi, ha un insieme di legami e differenti valenze: esso rappresenta il legame materno, familiare, sociale e non solo; ma anche simbolo di appartenenza, di identità e di memoria. Se pensiamo al momento della nascita, il neonato, come prima cosa, emette un vagito, un grido, un pianto: tutto questo sta a significare: "sono vivo, comincia la mia vita nel mondo, e cioè sono una persona ed esisto". Immediatamente dopo, lo stesso neonato, è alla ricerca del seno materno.

E' così che conosce il mondo "con" e "attraverso" la bocca comunica affettivamente ed emotivamente con gli altri, attraverso le sue sensazioni di fame, di sazietà, di gusto e di disgusto (Onnis, 2004, 30).

Mangiare rappresenta un'esperienza relazionale ed affettiva di grande importanza. Infatti, durante l'allattamento, madre e bambino sperimentano un'intimità psicofisica attraverso un intenso contatto corporeo (Spitz, 1965).

Le modalità usate (affettuose o meno), nell'avere il cibo potranno essere vissute come gradevoli o sgradevoli. Il cibo di conseguenza acquisterà come, oggetto-seno, un significato di buono o cattivo in relazione al modo in cui viene ricevuto (Klein, 1969).

In realtà al cibo sono legati ben altri profondi valori: di natura ideologica, legati a credenze religiose o anche a strutture e sistemi sociali che creano delle forme di tradizioni. Su tutto questo i gruppi e le organizzazioni sociali costruiscono i loro riti alimentari. Ne consegue che, le abitudini alimentari unitamente alle tradizioni culinarie acquistano un loro particolare carattere culturale, spesso nazionale, più volte locale, investendo così perfino le consuetudini alimentari della tradizione del luogo di origine e perfino della propria famiglia così da «*assegnare al cibo quella speciale carica emotiva di calore e rifugio*».

Il significato del mangiare

Il pasto può essere inteso come un modo di affrontare-confrontare gli altri. Contro la logica del tempo e la miseria che porta con sé. I riti religiosi, pagani o cristiani che siano, i riti folkloristici o locali si svolgono sempre attraverso giostrine gastronomiche. Le famiglie di uno stesso villaggio si lanciano delle vere e proprie sfide a chi preparerà il banchetto più sontuoso. La stessa sfida si ripropone tra villaggio e villaggio, tanto da dar luogo a una profusione di spettacoli culinari.

Il pasto, espressione della provocazione, deve essere compreso come un fatto sociale che ricorda a tutti che ciò che viene chiamato società è un ordine fondato sulla differenza (Maffesoli in D'Andrea, 2005, 243-244).

Ancora oggi si ripetono queste sfide di paese, attraverso le sagre, le feste di paese, alla riscoperta di pietanze antiche.

Quando si parla di cibo, osserviamo che, per la persona il cibo non ha solo una valenza biologica; in altre parole non accade che si mangi unicamente in base al valore nutritivo, oppure alla disponibilità del cibo stesso o anche alla sua commestibilità (Bruch, 1982, 20)

Mangiare diventa dunque un fatto sociale, una pratica che si apprende con gli altri. Il cibo funge da mediatore tra le persone in una rete di scambi sociali. Condividere il pane significa “essere compagni” dal latino –cum-panis-.; conviviale, sempre dal latino –cum-vivium- che significa “viver insieme”. Mangiare insieme significa: dare e ricevere cibo, accettazione e riconoscimenti reciproci, legami che si cuciono e si riaffermano (Onnis, 2004, 31). Diversamente rifiutare il cibo significa rifiutare l’altro, non riconoscerlo. In tutto questo possiamo leggere i nostri comportamenti alimentari che sono lo specchio della società in cui viviamo.

Relazioni primarie e immagine corporea

La relazione con il cibo, attraverso le esperienze interattive con le figure genitoriali, svolge un ruolo importante nella *costruzione dell’immagine corporea* quale aspetto *dell’identità, del Sé*. La qualità affettiva di tale legame influenza la rappresentazione mentale che il bambino si forma del suo corpo. Per alcuni autori (Winnicott, Jacobson, Bowlby ed altri), l’esperienza affettiva madre-bambino gioca un ruolo centrale sulla strutturazione dell’immagine come rappresentazione corporea. Già prima della nascita, nella sua vita intrauterina, e dopo, prima ancora della comparsa del linguaggio, il corpo del neonato costituisce un campo comune all’interno del quale madre-bambino interagiscono e scambiano le loro emozioni. La qualità affettiva del comportamento materno, adeguata ai bisogni e ai desideri del bambino, consente alla psiche di emergere dal corpo e costituire così una rappresentazione mentale dell’immagine corporea tale da rendere possibile l’unione corpo-psiche (Cfr. D’Andrea, 2008, 202-209).

Secondo Winnicott, l'integrazione dell'Io nel tempo e nello spazio, dipende dal modo in cui la madre tiene, sostiene (*holding*) il neonato. Proprio il sostegno materno facilita il processo di personalizzazione dell'Io, cioè dell'acquisizione di uno schema corporeo personale, una mente che si insedia in un corpo e che con esso dialoga (Ivi, 203).

La Costruzione dell'identità, dell'Io, è dunque basata sul corpo, ma è soltanto quando tutto va bene che la psiche del bambino comincia a legarsi al corpo. L'insediamento della psiche nel corpo si compie attraverso il canale personale e anche quello ambientale (Ivi, 204).

Il bambino che sperimenta un attaccamento sicuro, sarà in grado di sviluppare una strategia adattiva nella produzione di comportamenti flessibili, capace di coordinarsi con il sistema comportamentale dell'altro. Colui che sperimenta un attaccamento insicuro svilupperà strategie difensive di tipo ansioso o di evitamento. Proprio le strategie difensive creano difficoltà nel processo di gestione degli eventi. Per questi individui, anche normali segnali, potrebbero esprimere paure riguardo l'attaccamento e portare a un'espressione distorta e sintomatica del disagio. A questi ultimi si potrebbe collegare la clinica dei disturbi alimentari relativa all'insoddisfazione legata al corpo, immagine corporea, e all'autostima, l'attaccamento insicuro, (Ibidem).

L'individuo non vive in un vacuum sociale, ma in un complesso intreccio di relazioni e rapporti interpersonali e l'idea che ciascuno si fa di se stesso (e quindi anche il modo in cui ciascuno si rappresenta il proprio corpo) dipende in larga misura dal modo in cui gli altri ci percepiscono, nonché dal loro interesse nei confronti dell'individuo, lungo tutto il corso della vita.

Pertanto, la storia delle interazioni con le figure primarie porta a delle differenze nel modo in cui gli individui tendono a regolare e determinare il funzionamento complessivo: a livello delle relazioni interpersonali, delle competenze sociali e dell'immagine fisica che egli ha di sé e delle aspettative provenienti dal mondo circostante (Ibidem).

Possiamo dire che l'immagine corporea diventa la rappresentazione del corpo, lontana dal corpo reale descritto dall'anatomia; è il risultato dell'esperienza vissuta

dall'individuo attraverso le sue vicende interattive con l'ambiente. Schilder (1935) parla di immagine corporea così: - *L'immagine del nostro corpo che ci formiamo nella mente, e cioè il modo in cui il corpo appare a noi stessi. Noi riceviamo delle sensazioni, vediamo parti della superficie del nostro corpo, abbiamo impressioni tattili, dolorose e termiche(...). Ma al di là di tutto questo vi è l'esperienza immediata dell'esistenza di un'unità corporea che, se è vero che viene percepita, è d'altra parte qualcosa in più di una percezione: noi la definiamo schema del nostro corpo o anche immagine corporea.* - (Schilder in D'Andrea, 2005, 93).

1.4. Quadro storico e socioculturale

La storia del rapporto cibo-uomo è uno degli aspetti di analisi della storia umana. Ogni società ed ogni cultura plasma l'ambiente che essa abita, e le persone che compongono quella società sono, sotto questo aspetto, un ambiente plasmabile e plasmato (Secondulfo, in D'Andrea, 2008, 125).

Non è difficile comprendere come la paura della fame abbia giocato un importante ruolo nel determinare le azioni e i comportamenti dell'uomo nei confronti del cibo. D'altro canto è assodato che in ogni tempo e in ogni luogo vi sono state comunità più o meno ampie che hanno letteralmente patito la fame, ed i tempi attuali non fanno eccezione a questa regola.

Fin dal periodo paleolitico (20/30 mila anni a.C.) si hanno raffigurazioni legate al cibo. La cosiddetta *Venere di Willendorf*, statuetta in calcare ritrovata in un villaggio sulle rive del Danubio, è uno dei più antichi simboli della fertilità e della sicurezza proveniente dal cibo.



Nel periodo neolitico, nelle rappresentazioni delle sculture nella preistoria greca, nel mondo babilonese ed egiziano, si testimoniano ampiamente le preferenze e l'ammirazione artistica per immagini di donne dotate di voluminosi addomi gravidi, larghi fianchi e grosse cosce. La moda della obesità femminile raffiguranti simili donne, in realtà affette da steatopigia (il

suo significato consiste in un esagerato spessore del pannicolo adiposo sottocutaneo nelle regioni glutee) è presente negli ottentotti una popolazione negroide dell’Africa, e nei boscimani nei quali è una caratteristica razziale. (*Enciclopedia Italiana Grolier*, 1987, 303).

Tale conformazione persiste anche in epoca successiva così da costituire addirittura quello che è stato chiamato: il *culto della dea-madre*, raffigurante sempre una donna estremamente obesa con grosse mammelle e un addome enorme. Il simbolo e la mitologia della dea-madre si ritrovano in numerose culture del mondo antico anche successivo al mondo della cultura egizia.

Uno degli aspetti del corpo su cui la nostra società, anche in tempi più recenti, ha maggiormente esercitato il proprio stigma è sicuramente il grasso. In termini di status-sociale e ricchezza, in quanto tessuto non produttivo, segno quindi di privilegio sociale. *Grasso* si collegava alla donna, soprattutto con i significati altrettanto positivi di salute e fecondità, il tutto *bello* al confronto del magro. Si ricorda un vecchio proverbio: *grassezza è mezza bellezza* (Secondulfo, in D’Andrea, 2008, 130).

Tornando alle “veneri” archeologiche, siano esse rappresentazioni realistiche o solo riflettenti ideali tranquillizzanti e dell’arte del tempo, sono di fatto una convenzione ma anche simbolo profondo di un sogno di abbondanza e fertilità in epoche storiche nelle quali incombeva la più grave calamità che minacciasse il genere umano: *la mancanza di cibo, la carestia*, che erano forse più una realtà che una possibilità.

Da quanto detto in precedenza, possiamo citare uno dei ritrovamenti archeologici più antichi: un’incisione su una tomba storica egizia della *stela della carestia*. (*es. foto della stela Isola di Sehel-Tolomeo V, Epifane*)



Il rapporto dell'uomo con il cibo e l'alimentazione è stato descritto anche in epoche remote. Gli studiosi non danno l'esatta data del ritrovamento, sembra però che il periodo possa collocarsi secondo il racconto biblico duemila anni prima della storia di Abramo cioè tra la fine del terzo e l'inizio del secondo millennio (2000 a.C.).

Il rapporto fra l'uomo, onnivoro pensante, e l'atto di alimentarsi ebbe anche a suscitare timori di danni e castighi a cominciare dal racconto biblico in cui "... *bastò una mela a farci perdere il paradiso*" (Cuzzolaro, 2004, 7).

La stessa arte pittorica è scesa in campo, un esempio sono le immagini del pittore Pierre Bruegel nel "*Il combattimento tra il Carnevale e la Quaresima*" (1559) dove il legame cibo-uomo sembra presentarsi come rapporto, anche polemico, nella disputa del grasso e del magro che è stata, dal Duecento in poi, spesso raccontata da scrittori e poeti e raffigurata dai pittori di tutti i tempi.



Si può sintetizzare, quanto detto sopra, in una frase del filosofo Jean-Athelme Brillat-Savarin, che nel suo celebre trattato filosofico sulla gastronomia "*Physiologie du gout*"(1825) scrive: « ... *il buon Dio ci fa mangiare allo scopo di vivere e ... ci tenta attraverso l'appetito e ci ricompensa per mezzo del piacere*» (Ivi, 7).

Nella storia dell'uomo, in numerosi momenti e in tante epoche storiche, ci sono stati eventi che hanno provocato catastrofi di ogni genere e la privazione alimentare, allo scopo di punire o sottomettere uomini e comunità più deboli, ha purtroppo una lunga storia.

Nei testi delle Sacre Scritture leggiamo di carestia e di fame avvenute innumerevoli volte in seguito ad alluvioni, siccità , epidemie. Catastrofi di tal genere le ritroviamo nel corso della storia, in epoche e momenti successivi, sino ai giorni nostri, nei genocidi per fame operati nei vari campi di sterminio come Auschwitz e altri.

La siccità, come causa naturale ed evento catastrofico, durante i millenni, ha colpito in passato e colpisce ancora oggi i paesi dell'Asia, dell'Africa, dell'India, decimando intere popolazioni e provocando gravi conseguenze sociali. Tragici momenti di carestia si sono avuti anche a seguito di invasioni di insetti e con l'espandersi di malattie epidemiche. Riguardo all'invasione degli insetti va ricordato un evento storico notevole, che colpì l'Irlanda negli anni 1845-48 quando si produsse la distruzione totale della coltura delle patate a causa di un parassita. Le conseguenze furono che: un milione e mezzo di persone morirono e altrettante emigrarono. In Irlanda la popolazione si ridusse a quasi un quarto e oggi è poco più della metà della popolazione di allora.

Una forma diversa di magrezza è stata vissuta in passato con significato positivo. Il significato si collegava all'asse semantico carne-spirito, identificando nella magrezza il segno del distacco dalle cose terrene esercitato dal digiuno (Secondulfo in D'Andrea, 2008,130).

La storia delle ispirate o "fanciulle-miracolo" o "sante anoressiche" che utilizzavano l'astinenza da cibo volontaria o imposta che fosse come strumento di purificazione e di elevazione a Dio. Tale digiuno era perseguito anche fino alla morte per raggiungere la purezza e il loro Dio. Di quanto accennato qui ne fa un quadro ampio l'opera di Bell "La santa anoressia - Digiuno e misticismo dal Medioevo a oggi"

Attraverso le forme culturali e simboliche, le diverse società ed al loro interno spesso anche i vari gruppi capaci di produrre una sub-cultura con qualche grado di autonomia, hanno plasmato i corpi dei propri appartenenti in un doppio movimento di auto-etero identificazione (dal punto di vista soggettivo) e di costruzione della realtà attraverso un intervento diretto sulla cultura materiale (Ivi, 125).

Interessante l'indagine condotta nella prima metà del secolo scorso da Gordon Mac Gregor su 200 bambini di Pine Ridge in cinque tribù di Indiani d'America. Lo studio effettuato riportava che: la fame cronica causava apatia, lentezza e mancanza di ambizione. L'amarezza della vita nelle riserve era dovuta a quanto pare alla fame; tuttavia sembrava che l'apatia generale fosse stata tanto la causa quanto l'effetto di essa. E' lontano il tempo in cui la popolazione indiana poteva

concentrare le proprie energie nella caccia al bufalo. Il popolo Sioux era giunto dal Missouri superiore e dal Mississippi, organizzando la propria vita intorno alla caccia al bufalo. In essa si concentravano affettività, organizzazione sociale e comunitaria, usi e costumi. Tra gli indiani Sioux il corpo del bufalo veniva utilizzato tutto. Una parte serviva come cibo e il restante per vestirsi e ripararsi nonché per accessori come sacchi e canoe, corde per archi e filo per cucire, tazze e cucchiai. Anche le medicine e gli ornamenti erano tratti dal bufalo e gli escrementi essiccati al sole servivano da combustibile nei mesi freddi. Le stagioni, le cerimonie le danze e la mitologia come pure i giochi infantili esaltavano non solo il nome ma anche la sua immagine. Tutto questo ebbe fine con la venuta dei bianchi e con l'apertura di nuove frontiere. Furono massacrati migliaia di bufali sconvolgendo la caccia e con essa il territorio. Agli indiani Sioux sopravvissuti ai massacri fu negata quella condizione di sanità da cui l'individuo deve trarre il suo statuto d'essere sociale. Cominciò così una nuova era ed una nuova economia. (Cfr. Erikson, 1982,143,146). Tornando nel nostro continente, altro fenomeno interessante risalente all'inizio del nostro secolo, è stato quello degli “*artisti anoressici*”; giovani artisti, che per essere al centro dell'attenzione delle piazze presentavano la loro anoressia in forma di fenomeno da carrozzone. A volte si presentavano chiusi in gabbia, con comportamenti strani, dando spettacolo del loro deperimento per mancanza volontaria di cibo, e si esibivano per lungo tempo, quasi a morire, lasciandosi guardare ed osservare dalla gente stupefatta. Di questo “*digiuno artistico, professionale*” ne parla Kafka nel “*Il Digiunatore*” dove il protagonista della novella cita queste parole oramai in prossimità della sua morte: «*Debbo digiunare, non posso farne a meno, perché non ho mai trovato il cibo che mi piacesse. Se l'avessi trovato, credimi, non avrei fatto storie e mi sarei abboffato come te e chiunque altro*» (Kafka,1976).

Comunque il problema reale del digiuno come comportamento alimentare, come sofferenza psicologica, riconosciuta come malattia da non molto tempo, oramai definita con il termine di “*anoressia nervosa*”.

1.5. Comportamento cibo-uomo

Osservare il comportamento umano nei confronti del fenomeno-fame, ci conduce a notare l'esistenza di reazioni molto simili, che si ripetono tra individui di aree geografiche diverse e di tempi storici diversi come fenomeni costanti tra una popolazione e l'altra nelle quali si sia manifestato il fenomeno dell'*inanizione* o se si vuole di *privazione del cibo*.

Due fasi si distinguono nel corso dell'inanizione: durante la prima fase il pensiero del cibo è sempre presente, mentre diminuisce l'aspetto emotivo, il desiderio sessuale e tutto ciò che riguarda la persona. Successivamente, nella seconda fase, tali caratteristiche sono accentuate: mancato desiderio sessuale, crescente rozzezza di tutte le risposte emotive e sempre più un marcato egoismo con perdita completa di ogni riguardo umano. Lo stadio finale è caratterizzato da inattività, apatia, un ritirarsi dalla vita e un'accresciuta irritabilità per qualsiasi fattore di disturbo. Durante la ripresa, invece, il desiderio di cibo sembra insaziabile, l'unica preoccupazione riguarda il cibo e il timore di non ottenerne abbastanza persiste lungamente anche dopo che l'organismo ha compiuto il recupero fisiologico (Bruch, 1982, 22)

Interessante riportare l'osservazione degli animali (Bilz, 1971, 16-40) dal quale si ritiene che in essi vi siano almeno due tipi di comportamento nei confronti del cibo, entrambi riscontrabili anche nell'uomo. Un primo comportamento è quello nel quale ciascun animale si sposta indipendentemente e cerca qua e là di cibarsi; un secondo tipo di comportamento presenta una modalità di genere collettiva: rispettando una sorta di gerarchia, il maschio più adulto e che detiene maggior potere, viene servito per primo. Simile è il comportamento dell'uomo, presente ed osservabile in diverse parti del pianeta.

Accettati i comportamenti usuali anche agli animali, gli stessi, possono sovrapporsi e divenire anomali nel comportamento umano, quando lo spettro della fame incombe su intere popolazioni a causa di carestie o quando l'impulso per motivi ideologici induce gruppi sociali a deliberati rifiuti del cibo. Tali deliberati rifiuti di cibo appaiono piuttosto "innaturali" e danno luogo a fenomeni alquanto complessi.

La storia, specialmente quella religiosa, riporta notizie di “*prescrizioni di astinenza volontaria dal cibo*” (Bruch, 1982, 23-24), come abbiamo ricordato a proposito delle sante anoressiche, che addirittura creavano rituali più o meno complessi e magari idealizzati di lotta al peccato, rituali in uso frequente nel passato e all’interno di molte comunità religiose.

Oggi, il fenomeno è conosciuto ed appare una forte tendenza a eliminare tali pratiche rituali. E’ interessante ricordare che le origini di tali ritualità avevano lo scopo di liberare l’individuo dalle preoccupazioni materiali ed egoistiche e nello stesso tempo di purificarne il corpo e l’anima. Pratiche rituali di tal tipo sono presenti in varie religioni, nella religione buddista ad esempio, ma anche nella religione cattolica.

A tal proposito, sempre riguardo al tema del comportamento umano nei confronti del fenomeno-fame, si può ritenere che *l’obesità*, altro tipo di disturbo di comportamento alimentare, sia stata un simbolo e un emblema di difesa contro la temuta malnutrizione o l’assenza di nutrizione, realtà vissute nei periodi di guerra e nel dopoguerra; la cinematografia, i racconti dei nonni ce ne danno testimonianza. Il corpo corpulento, in passato, aveva una connotazione positiva in termini di status sociale, di privilegio sociale.

1.6. Uso e cultura del cibo (tempi e modi)

Fin dai tempi della sua prima evoluzione storico-sociale l’uomo ha stabilito un tempo da dedicare al cibo, alle ore dei pasti; creando così una sorta di ritualità in cui, in determinati momenti della giornata, la famiglia si riunisce intorno ad una tavola per consumare il pasto. Il cibo diventa così un mezzo di relazione all’interno della struttura sociale della famiglia.

Interessante riportare lo studio fatto sugli Indiani d’America da parte degli antropologi H.Scudder Mekeel in una riserva di Indiani Sioux, nel sud Dakota; e di Alfred Kroeber presso gli Yurok, tribù di pescatori sulla costa del Pacifico. Con

entrambi Erikson (1937), psicanalista americano, ha lavorato sul campo e tra gli aspetti analizzati interessante risulta la relazione che i neonati Sioux e Yurok hanno avuto con il cibo. Per il neonato Sioux il seno materno non veniva dato fino a quando non fuoriusciva latte puro e in quantità sufficiente. Il primo pasto, infatti, veniva preparato dai parenti ed amici con bacche ed erbe che, poste in una vescica di bufalo, sostituiva il seno materno intanto che il latte acquoso veniva succhiato dalle anziane. In questo modo si dava al nascituro un gesto di benvenuto da parte di tutta la comunità e con esso l'implicazione di fiducia al mondo. Una volta che il bambino si attaccava al seno materno ricco di latte, esso veniva nutrito tutte le volte che piangeva. Nella società indiana, l'allattamento era così importante che aveva una durata da tre a cinque anni. Gli antichi Sioux non avevano un sistema di svezzamento: a volte le madri dovevano smettere di allattare per ragioni di forza maggiore. Prima però di abbandonare il seno, il bambino poteva nutrirsi per vari mesi con altro cibo. In quanto a bere se aveva sete, non lesinava ad attaccarsi al seno, anche con prepotenza. Lo faceva anche con un seno che non era quello della madre. Era in uso nei bambini Sioux frugare nel corsetto della madre o chi per essa e dissetarsi. Infatti il latte materno se era abbondante diventava proprietà comune. Il primogenito poi era allattato più a lungo degli altri figli. Durante tale periodo il maschio restava lontano dalla moglie e non gli era consentito avere rapporti sessuali (Cfr. Erikson, 1982,125).

Tra gli indiani Yurok era tradizione che sino a quando non si era cicatrizzato l'ombelico, il padre e la madre non mangiavano carne di cervo né di salmone. Tale trasgressione provocava convulsioni al bambino. Per i primi dieci giorni il neonato non è posto al seno e gli viene data una zuppa di noce in una sottile conchiglia. Quello degli Yurok è il periodo di allattamento più breve tra gli Indiani d'America; che terminava intorno al sesto mese con la dentizione. Il primo cibo solido è il salmone o la carne di cervo salata con alghe.

Il pasto di uno Yurok era una vera cerimonia di autocontrollo. Si insegnava a prendere il cibo con moderazione e sempre dopo averlo chiesto. Durante i pasti ci si disponeva secondo un determinato ordine e mangiare secondo certe regole: mettere

poco cibo sul cucchiaino, portare il cucchiaino alla bocca lentamente, appoggiare il cucchiaino sul piatto mentre si mastica il cibo.

Ciò che è stato descritto sembra uscito da un libro di galateo di non tanto tempo fa ma che sta diventando una consuetudine sempre più rara per la vita frenetica e anticonformista di questi ultimi decenni (Ivi, 163).

Nella società odierna, invece, ogni situazione può essere un'occasione per consumare del cibo. Il ritmo convulsivo della vita di oggi porta la persona a mangiare ovunque. Si mangia sul posto di lavoro, quando l'attività si prolunga nella giornata, dal momento che tornare a casa diventa difficile o addirittura impossibile se il posto di lavoro è distante dal proprio domicilio. Così "mangiare al volo" sta diventando un'abitudine, soprattutto nelle grandi città. Si mangia anche durante il tragitto in automobile o sui mezzi pubblici, per non perdere tempo. Oggi, che la televisione fa da padrona in ogni casa, diventa quasi d'obbligo mettere "qualcosa in bocca" durante una trasmissione di nostro gradimento. Riunirsi intorno ad una tavola, consumare un pranzo tutti insieme in famiglia, in un'ora stabilita, ed anche parlare, sta diventando sempre più difficile e inusuale. Si sta affermando una società di "masticatori" e di "ruminanti" che ha sostituito lo schema classico dei tre pasti borghesi al giorno con improvvisati spuntini irregolari. Questo mutamento, all'uso del cibo, ha sostanzialmente inizio intorno agli anni Ottanta ed ha i suoi prodromi con la nascita dell'uso della televisione come desco!

I nostri comportamenti alimentari sono lo specchio della società in cui viviamo. I modelli di produzione, conservazione e distribuzione del cibo sono notevolmente tecnologicizzati e hanno seguito le curve e gli andamenti delle trasformazioni sociali, politiche, economiche e culturali (Onnis, 2006, 31).

Parlando sempre di alimentazione, al cambiamento di tendenza, oggi prevale sempre più un modello alimentare frammentato. Alla cultura del cibo già pronto, di pasti sregolati, consumati in orari e luoghi diversi, si aggiunge l'ulteriore tendenza, indotta anche da una pubblicità pervasiva, scorretta ma accattivante, di consumare prodotti ipercalorici e che grazie ad una sorta di iper-consumismo si trovano disponibili ovunque e comunque. Sono stati conati i modernismi "*slow food*" e "*fast food*" per indicare due differenti atteggiamenti nei confronti del cibo indicanti

rispettivamente: il primo un raro momento, quasi sacrale, di degustazione oramai praticata in opportuni club o costosi ristoranti; il secondo il mangiare veloce, uno snack sul modello del “rampante ed elegante manager new-yorkese” che fa il suo pasto in piedi davanti ad una carrettino che gli fornisce il suo giornaliero hot-dog! Siamo dunque passati ai fast-food che, con la comparsa dei McDonald’s dall’Europa alla Cina ed alla Russia, simboleggiano l’era della globalizzazione.

Tuttavia il cibo ci preoccupa sempre di più un esempio di “mucca pazza” o “polli alla diossina” potenziali pericoli di cui è portatore. Il paradosso, è che il cibo non è più portatore di vita , ma di malattia e di morte (Ibidem).

E’ un paradosso parlare dell’uomo come un onnivoro, in quanto, potenzialmente mangia di tutto ma in concreto restringe la sua scelta alimentare per svariati motivi: vitali, psicologici e socioculturali (Fischler, 1990).

L’atto alimentare diventa così un’azione delicata. L’uomo moderno deve gestire non più la penuria, ma la confusione, deve scegliere tra numerose pressioni sociali, medianiche e pubblicitarie (Onnis, 2006).

Pertanto, il significato del mangiare è legato a complesse trame psicologiche, sociali e culturali senza dimenticare che il fenomeno si colloca all’interno di un processo di crescita psicosociale che ogni individuo compie all’interno dei propri contesti di appartenenza (Ivi, 32).

CAPITOLO 2

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

2.1. Il comportamento alimentare dell'uomo nella storia

I *disturbi del comportamento alimentare*, in passato rari o poco conosciuti, dagli anni 70 in poi si sono diffusi nel mondo occidentale prima, per poi estendersi nel resto del pianeta. Nella società preindustriale, un tale comportamento deviante non veniva identificato come malattia, ma era spesso “razionalizzato in termini *mistici*”, come nel caso della “*possessione*”. Un ampio quadro ci viene dato dall’opera di Bell “*La santa anoressia*”.

Malgrado le possibili differenze tra le varie nazioni, l’avanzare del processo di industrializzazione sembra aver reso possibile la comparsa del fenomeno dei *disturbi del comportamento alimentare* non solo nel mondo europeo e americano, ma anche in quello orientale, come ad esempio il Giappone fortemente influenzato dalla cultura occidentale. Grazie, comunque, alla rapida industrializzazione e urbanizzazione di grandi aree del mondo precedentemente isolate dall’influenza europea e americana, e alla generale globalizzazione culturale associata all’influenza via via crescente dei mass media, nei paesi considerati in precedenza immuni dai disturbi dell’alimentazione sono apparsi numerosi resoconti che documentano un aumento della prevalenza di anoressia nervosa.

Le ricerche sul tema hanno evidenziato un incremento dell’incidenza di *disturbi del comportamento alimentare* nel Medio Oriente, in Africa, in India e in numerosi paesi dell’Asia meridionale, come: Hong Kong, Cina, Singapore . La ricerca condotta, dallo psichiatra Sing Lee dell’Università di Hong Kong, intorno gli anni Ottanta, riporta una serie di osservazioni interessanti su casi studiati: in primo luogo la maggioranza di essi proviene dai ceti socioeconomici inferiori, ciò è in contrasto con la tipologia delle pazienti occidentali. Infatti, dalla ricerca sembra che, le

pazienti interpretano la loro incapacità di mangiare come disturbo gastrico piuttosto che come paura dell'obesità; altro aspetto importante, inoltre, è che la metà delle pazienti non soffre di distorsione dell'immagine corporea. Ciò porta a notare che a Hong Kong il problema dell'obesità non è lo stesso che in un qualunque paese dell'Occidente (Gordon, 2004, 83).

Riferendoci sempre agli studi di Lee, si può notare come negli anni Ottanta i *disturbi del comportamento alimentare* costituivano un problema poco diffuso, mentre già negli anni Novanta l'atteggiamento delle giovani studentesse per l'immagine corporea e per i *disturbi del comportamento alimentare* erano in aumento. Infatti, Lee e i coll. sottolineano che, malgrado l'incremento delle anoressiche, il fenomeno nel loro paese è minore rispetto ai paesi occidentali. Essi attribuiscono tutto ciò a svariati fattori quali: una differenza di indice di massa corporea che è minore nelle donne di questi paesi; la mancanza di obesità diffusa nella loro cultura; una presente coesione normativa della famiglia e una piena disponibilità di diete salutari culturalmente accettate per chi vuole perdere peso (Ivi, 84-85).

Se ci spostiamo da un'altra parte del pianeta e ci soffermiamo sul territorio africano, possiamo notare che, prima degli anni Novanta, i *disturbi del comportamento alimentare* erano considerati estremamente rari nella popolazione africana. Questo veniva spiegato principalmente con il tradizionale valore positivo attribuito da molte società africane a una corporatura robusta, particolarmente per le donne. La grandezza simboleggia la fertilità, e la “*stanza dell'ingrassamento*” africana, in cui le ragazze venivano preparate al matrimonio, ha rappresentato a lungo un simbolo di totale contrasto tra paesi occidentali e paesi in via di sviluppo, riguardo all'immagine corporea (Ivi, 86). Sempre in quegli anni, come Gordon riporta da un racconto di Buchi Emecheta (1982), da Nwaefuna (1981), e da Buchan e Gregory (1984), nella letteratura scientifica comparvero le prime pazienti africane affette da *disturbi del comportamento alimentare*, le quali erano state direttamente o indirettamente esposte alla cultura europea tramite l'istruzione o i viaggi.

In America Latina, fino agli anni Novanta, di *disturbi del comportamento alimentare* si sapeva ben poco, erano pochi gli studi fatti. Una ricerca condotta in

Cile intorno agli anni ottanta su una cinquantina di ragazze anoressiche ci porta a conoscenza che anche lì qualcosa sta cambiando (Pumarino, Vivano, 1982).

In Messico la frequenza di tali disturbi è cresciuta in seguito all'aumento dell'istruzione femminile, della diffusione delle riviste alla moda che hanno dato il via alla consueta condizione di vulnerabilità.

Pertanto è chiaro che *i disturbi del comportamento alimentare* non sono più limitati alle sole popolazioni europee e americane. La netta modernizzazione, l'industrializzazione di molte nazioni del mondo, l'influenza dei valori dell'economia consumistica, l'aumento dei conflitti relativi al ruolo femminile in rapida trasformazione, rendono apparentemente inevitabile il fatto che *i disturbi del comportamento alimentare* stiano diventando un problema sanitario globale (Gordon, 2004, 89).

L'aumento di questo *disturbo* è preoccupante e il numero di casi cresce sempre più. La gravità dei quadri clinici ha portato la scienza medica a studiare con maggiore attenzione la patologia, non ultimo il dato preoccupante è che, ad essere colpiti, sono in prevalenza giovani.

La sua eziologia appare complessa e non può essere definita se non attraverso una dimensione multifattoriale, che tenga conto dei diversi *aspetti bio-psico-sociali*.

I sintomi dei *disturbi del comportamento alimentare* rappresentano il tentativo di assumere in qualche modo il controllo di sé e non è difficile comprendere come questa battaglia possa essere faticosa per la persona vittima di tale conflitto culturale. E' noto che la caratteristica più comune associata a tali *disturbi* è quella dello *status socioeconomico* elevato. Questa tesi fu corroborata dai maggiori clinici impegnati in questo campo negli anni Sessanta e Settanta. Lo stesso Georges Devereux (1980), psicoanalista e antropologo, considera che “i sintomi di un *“disturbo etnico”* (così definisce i comportamenti con i quali alcuni disturbi diventano l'espressione, il segno che caratterizza un certo periodo storico e una certa cultura), rappresentano una sorta di *negativismo sociale*, di ribellione inespresa alle aspettative culturali “dominanti” (Cfr. Gordon, 2004, 197). Uno dei problemi centrali che attirò l'interesse di Devereux fu la relazione tra normalità e patologia, in cui particolari disturbi diventano espressione delle angosce profonde e

dei problemi irrisolti di una cultura. Ecco perché fa uso del termine “Disturbo etnico” che significa “tipico di una cultura”; riguarda un disturbo specifico di una particolare società appartenente a una cultura.

Paradossalmente, tuttavia, tale *comportamento antisociale* può essere ammirato e stigmatizzato in segreto nello stesso tempo. La reazione sociale nei confronti del portatore del *disturbo*, è perciò in generale ambivalente: un misto di ammirazione, paura e ostilità. Assumendo quindi l'identità di un *deviante*, il soggetto che manifesta i sintomi patologici può indirettamente punire o almeno acquistare un certo grado di controllo sugli individui più forti di lui, anche se il suo *comportamento* è allo stesso tempo *autodistruttivo*. Per la natura indiretta e implicita di questa ribellione, un comportamento del genere, non dà luogo a un cambiamento fondamentale nello- *status quo*-. Di solito finisce invariabilmente per relegare il *deviante* in una condizione di marginalità o in un'identità alternativa. Gli sforzi di ribellione consentono però al deviante di fuggire, in qualche misura, da una situazione considerata intollerabile.

L'eccesso, l'orgia alimentare e il digiuno, (quest'ultimo, non quello obbligato dalla carestia, ma quello imposto a se stessi con un atto di violenza), sono *comportamenti alimentari* che figurano da sempre nella storia dell'uomo; nella mitologia, nella letteratura, nelle arti figurative, nei riti religiosi, nelle pratiche sociali. Ma, la cosiddetta “*cerniera*” che lega il disagio del corpo alle anomalie della condotta alimentare, è una prerogativa del Novecento (Cuzzolaro, 2004, 42).

Numerosi studi, come quelli condotti da Garner e Garfinkel (1985), accreditati studiosi dei *disturbi del comportamento alimentare*, rivelano come tali malattie si concentrino in particolar modo in contesti fittamente urbanizzati, come le metropoli. Senza andar troppo lontani, è possibile osservare la situazione italiana e le chiare differenze che passano tra il freddo, efficiente e competitivo Nord (0,4% di anoressici veri e propri sul totale della popolazione) e il solare e inefficiente Sud (0,2% di malati gravi sul totale della popolazione): il doppio! E' una riflessione parziale, che ha sicuramente bisogno di approfondimento, ma che allo stesso tempo non può essere trascurata.

Dopo aver tracciato un breve quadro del *disturbo del comportamento alimentare*, passiamo ora a sviluppare in maniera più ampia il tema in questione, partendo dalla descrizione diagnostica delle tre patologie che lo caratterizzano.

2.2. Disturbi del comportamento alimentare (anoressia, bulimia e obesità)

Quando si parla di *Disturbo del comportamento alimentare* (DCA) si intende definire la condizione clinica in cui la persona si trova a compromettere la qualità della vita e delle relazioni sociali a causa del suo alterato rapporto con il cibo e con il proprio corpo. Ed è in tal senso che possiamo definire l'individuo: *Persona in difficoltà*.

Alla definizione di DCA si riferiscono le patologie indicate ai fini diagnostici. Il primo ad essere menzionato è il *disturbo anoressico* per il quale occorre che ci siano almeno i seguenti tre sintomi (secondo il DSM IV):

- una esagerata attenzione al cibo per la paura eccessiva di ingrassare con conseguente falsa percezione del proprio corpo;
- una grave perdita di peso;
- l'interruzione del ciclo mestruale da almeno tre mesi.

Anche per la diagnosi del *disturbo bulimico* si ritiene necessario la presenza dei seguenti tre sintomi:

- una attenzione esagerata per il peso;
- le forme compulsive ;
- il vomito autoindotto, uso di diuretici, lassativi, esercizio fisico.

Da questa descrizione si evince che per entrambi i disturbi l'obiettivo finale consiste nel raggiungimento di un corpo magro.

Nell'ultima versione del DSM IV TR (nota: Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders Association, 4th ed.) tra i DCA sono comprese sia *l'anoressia nervosa* sia la *bulimia nervosa* nonché i disturbi di comportamento alimentare non altrimenti specificati. Tra questi ultimi rientra il "Disturbo da alimentazione incontrollata" (*Binge Eating Disorder*). Questo disturbo ha suscitato un interesse

sempre più crescente in questi ultimi anni per il suo legame con l'*obesità*, (etimologicamente dal termine ob-edere sta a significare mangiare troppo) che però non figura finora tra i disturbi del comportamento alimentare. (Cuzzolaro, 2004, 50) Ultimamente, notevole attenzione viene rivolta ai comportamenti psicopatologici dell'*obesità*. Numerosi sono gli obesi che descrivono crisi ricorrenti di ingordigia incontrollabile, *binge eating* (espressione introdotta cinquant'anni fa da Hyman Stunkard, psichiatra di Yale, studioso dell'*obesità*) tradotta in italiano "abbuffata compulsiva" che a differenza della bulimia non è accompagnata da strategie di compenso (Ivi, 51).

I disturbi dei diversi comportamenti alimentari, al di là dei sintomi indicati sopra, sembrano siano determinati da un insieme di fattori:

- **fattore individuale:** tra questi si evidenzia sia il genere, in prevalenza femminile, sia l'età, precisamente adolescenza e prima giovinezza. A questi fattori si è soliti associare anche le possibili caratteristiche psicologiche quali: una personalità ossessiva, uno stato di perfezionismo patologico, il rifiuto della sessualità, una cattiva relazione con l'adulto di riferimento e non ultima una distorsione dell'immagine corporea;
- **fattore familiare:** determinato dalla particolare attenzione che la famiglia ha per la cura dell'aspetto fisico;
- **fattore socio-culturale:** la competitività e la spinta verso modelli di bellezza fisica , etc.

Questa brevissima introduzione alla psicopatologia del comportamento alimentare è un approccio alla problematica generale che nei paragrafi che seguono approfondiremo.

Ci sembra utile chiudere questa introduzione con un riferimento specifico all'aspetto statistico. Nel loro insieme i *disturbi del comportamento alimentare* sono un problema diffuso fra le adolescenti e le giovani donne. Si parla solitamente di una età compresa tra gli 8 e i 14 anni . Nei paesi industrializzati, compresa l'Italia, per ogni 100 ragazze in età di rischio (12-25) circa 8-10 di loro soffrono di qualche *disturbo del comportamento alimentare*: 1-2 nelle forme più gravi (anoressia-bulimia) le rimanenti nelle forme più lievi, spesso transitorie. Tra le giovani la

prevalenza della bulimia (1%) è maggiore di quella della anoressia (0,3%-0,5%) (Ivi, 49).

Tornando al problema dei *disturbi del comportamento alimentare*, si può osservare, come tale problematica abbia ricevuto una forte accelerazione grazie agli effetti della crescente globalizzazione dei flussi economici e sociali: i dati dell'ultimo decennio fanno registrare incrementi sensibili anno dopo anno. Solo in Italia si conta, ad oggi, che il 15% dei giovani tra i 15 e 25 anni soffra di disturbi alimentari.

ALTRE PATOLOGIE ALIMENTARI

Oltre alle già conosciute anoressia e bulimia, esistono altri nuovi tipi di malattie come:

- Alcorexia: il soggetto salta il pasto e lo sostituisce con una bevanda alcolica. L'alcool non fa sentire la fame e magari chi ha alzato troppo il gomito vomita e pensa di perdere peso.
- Ortoressia: forma di malattia in cui il soggetto ha una forma di attenzione eccessiva alle regole alimentari, alla scelta del cibo e alle sue caratteristiche.
- Bigoressia: forma di malattia di quelle persone insoddisfatte del proprio corpo e che hanno paura di perdere i muscoli e la propria forma. Il bigoressico abusa di integratori alimentari come proteine, creatina, che favoriscono la crescita muscolare o il suo mantenimento, e nei casi estremi steroidi anabolizzanti, GH, e quant'altro.
- Stressorexia: la persona salta i pasti perchè troppo presa dai propri impegni di lavoro, dai pensieri, dall'ansia. Questa malattia colpisce le donne tra i 24 e i 40 anni.

2.3. Anoressia nervosa

Una delle patologie identificate nei *disturbi del comportamento alimentare* è chiamata *anoressia nervosa*. L'*anoressia*, come l'isteria dell'Ottocento, esprime a livello sintomatico le contraddizioni dell'identità femminile nelle società contemporanee, nonostante la natura dei problemi della donna sia molto cambiata dall'Ottocento a oggi.

Così, nel Medioevo, una condizione forse molto simile a quella che chiamiamo oggi *anoressia nervosa* prendeva la forma del digiuno ascetico, perseguito anche fino alla morte. Sono esemplari le vicende di santi e soprattutto di sante, oscure o celebri come Caterina da Siena (1347-1380) (Cfr. Bell, 1998).

Rifacendoci a Gordon (2004), l'*anoressia nervosa*, nonostante la sua scoperta risalga ormai a qualche secolo fa, costituisce un sintomo tipico del nostro tempo, una forma di espressione del contesto socio-culturale del momento. Infatti nella realtà odierna, con i grandi mutamenti che si sono succeduti nella cultura femminile, i *disturbi del comportamento alimentare*, nello specifico l'*anoressia nervosa*, sono una risposta alla problematica dell'identità della donna che oggi più che mai si sta vivendo.

Il problema inquietante è capire perché una malattia così crudele debba colpire ragazze giovani e sane, allevate in condizioni privilegiate o perfino di lusso. Nei maschi la malattia si riscontra di solito nella fase ancora prepuberale, ma con frequenza molto minore; raramente, o forse mai, colpisce i poveri e non si trova descritta nei paesi sottosviluppati.

Non si deve dimenticare, infatti, che, nell'epoca dell'incertezza e della fugacità delle azioni, il corpo assume la funzione primaria di rappresentare e svelare non solo la personalità di ognuno di noi, ma anche l'aspetto più profondo del nostro essere: "Il corpo è eloquente. Più delle parole". (Cfr. Fornari in D'Andrea (a cura di), 2008, 18).

La domanda che ci si pone è la seguente: da dove scaturisce questo disturbo? Quale fattore scatena tale malessere da ridurlo ad una vera e propria patologia?

Spesso il modello di *alimentazione disturbata* si ritrova nella stessa famiglia di origine. Un modello può essere quello costituito dal genitore con *disturbo alimentare* anche se questo comportamento non viene riconosciuto.

Può accadere che per competere-battere un genitore, una sorella, si può intraprendere una dieta per ripicca. Un fattore, a volte trascurato, nell'eziologia sociale dei *disturbi del comportamento alimentare* è l'influenza delle coetanee. Non ultimo, ma forse il più importante fattore, responsabile nella nostra epoca della diffusione sociale dei modelli di comportamento, è determinato dall'accresciuta azione dei mass media.

Infatti vediamo come le modelle, i personaggi televisivi influenzino gli ideali corporei dei giovani d'oggi. Benché le fiction e i programmi televisivi possano aver esercitato una certa influenza, senza dubbio la fonte più abbondante di informazione sui disturbi dell'alimentazione è stata la stampa divulgativa. Soprattutto gli articoli apparsi sulle riviste femminili, oltre al filone inesauribile dei libri autobiografici. L'intera cultura di libri sulle diete è un terreno fertile per le malate, di solito, accanite lettrici di questo tipo di pubblicazione, che spesso utilizzano come sussidio nella costruzione dei sintomi. Oggi poi si è aggiunto un ulteriore strumento mediatico quale il computer con internet.

Qualcuno si chiederà: cosa c'entra la globalizzazione con la diffusione di una malattia *psico-comportamentale*. C'entra più di quanto si possa pensare.

La malattia contemporanea, è spesso una malattia provocata da una decisa manipolazione dell'individuo: le malattie moderne sono simili a “*guasti della percezione*” Infatti nell'anoressia si parla di *dispercezione* del proprio corpo.

L'*anoressia nervosa* è una patologia individuale che però è radicata all'interno di un dato contesto sociale. La sfrenata riproposizione di modelli irraggiungibili, ottiche competitive applicate con utilitarismo puritano, istinti sessuali continuamente stimolati e ricompresi in quantità esorbitante dagli schermi e dalle onde del *grande fratello*. E' intollerabile vedere assimilati questi problemi a quelli delle ragazzine *viziate e complessate*. E' intollerabile che venga data loro responsabilità di una condizione che invece è generata da un contesto che non riesce più a valorizzare niente, a parte il corpo e il vestito che lo copre.

“Essere o non essere”, non è solo una parafrasi dell’Amleto di Shakespeare, ma vuole essere una provocazione per meglio comprendere oggi quando si è in grado di “vivere, abitare il proprio corpo” (Cfr. Fornari in D’Andrea (a cura di), 2008, 22).

Non c’è una formazione artistica, umanistica, tecnica, sportiva, ludica, capace di sviluppare le facoltà personali al di là di un modello che diventa sempre più totalitario, sempre più unico, che instilla nella base stessa della società il desiderio potentissimo dell’*omologazione*. Chi non ci sta, o non può starci, viene consegnato a un percorso di autodistruzione lenta e tormentosa. Qui sta un dato importante e spesso confuso: l’anoressia non è voglia di omologazione, è un passo successivo, è il rifiuto delle regole del gioco, è l’abbandono del modello. Se inizialmente la patologia nasce da un desiderio di conformarsi, essa prende poi i tratti di una fuga dal modello stesso.

La globalizzazione, esplorando, intensificando e accelerando il modello sociale urbano-occidentale, provoca una manipolazione sempre più forte delle soggettività e propaganda come positivi quei crismi che portano le ragazzine alla passione per il niente. L’anoressia è la passione per il niente.

L’anoressia nervosa comincia spesso con una dieta che, inizialmente, non è diversa da tanti tentativi che gli adolescenti mettono in atto ai fini di perdere peso . Il decidere di sottoporsi ad una dieta crea nell’individuo, che la mette in atto, un forte senso di autocontrollo. In questo tipo di scelta sono insite delle motivazioni sia interne, in quanto il mettere in atto la dieta procura, all’individuo che vi si sottopone, una certa carica e una sicurezza che prima di intraprendere tale scelta non aveva. La persona prima di iniziare la dieta si sente non solo caratterialmente debole, ma anche depressa e vuota. Le motivazioni esterne che spingono la persona alla dieta sono invece da ricercare in una cultura che valorizza la magrezza; e in cui il raggiungimento di una forma corporea esile rappresenta una conquista. Spesso le anoressiche crescono in famiglie dove il successo personale, l’aspetto esteriore e il controllo del peso sono di vitale importanza e il tutto viene incentrato sull’aspetto esteriore. Si tratta, molte volte, di figlie compiacenti che hanno un enorme bisogno di piacere agli altri, di “essere buone”, ma sotto sotto esse si sentono deboli (Bruch, 2003). Obbligate a soddisfare, più o meno correttamente, quell’incessante richiesta

di perfezione a cui la famiglia le sottopone o almeno è ciò che esse percepiscono. Pertanto, il desiderio di autocontrollo, di perfezione, di sicurezza e al tempo stesso, le dinamiche sociali che le genera, le alimenta quali: la famiglia, la sessualità, la carriera, etc...si possono considerare le cause dell'anoressia che sono molto più di una dieta finita male.

La realtà di oggi, sempre più cinica, agisce in modo deciso su questo tipo di patologia e sulla persona che ne è affetta. Un tempo l'*anoressia nervosa* era rara, misteriosa, elitaria; oggi è diventata terribilmente comune. Nonostante la natura dei problemi della donna di oggi sia fortemente mutata nei confronti di quelli che erano i problemi della donna dell'Ottocento, l'anoressia rimane comunque manifesta, a livello sintomatico. Se ieri l'anoressia poteva avere un senso anche di protesta contro la mortificazione dei sensi, oggi, in effetti, l'anoressia appare come un segnale delle contraddizioni dell'identità femminile presenti nella attuale società (Gordon , 2004,13).

Una caratteristica predominante nelle anoressiche, evidenziata da Hilde Bruch (1982), è legata al periodo evolutivo. Durante la crescita, le donne provano spesso un profondo senso di inadeguatezza, di incapacità di influenzare il proprio ambiente e quindi di determinare il proprio destino (Gordon, 2004, 101).

Capita quindi che le donne risultano impoverite della percezione di sé, questo per il fatto di essere cresciute in un ambiente familiare in cui il successo e la riuscita sono valori dominanti e preponderanti. Questa tendenza, nello stesso tempo, impedisce loro di manifestare una qualsiasi forma di comportamento autonomo ed anche di sviluppare le proprie doti individuali. Le difficoltà evolutive "normali" della vita, scatenano nei soggetti che mancano di autonomia una crisi di autostima, precisamente di mancanza della stessa. Il profondo sentimento di inadeguatezza e l'attenzione esclusiva alle aspettative provenienti dall'ambiente esterno rappresentano la forma estrema, anche esasperata, di un *pattern* evolutivo comune fra le adolescenti nelle società occidentali. Occorre notare che per un qualsiasi individuo che abbia dolorosamente sperimentato il senso della propria inadeguatezza, il riuscire ad intraprendere una drastica dieta che lo conduce alla

fame, rappresenta *un segno forte*, una dimostrazione, una consapevolezza di potenza e di indipendenza.

Prima di passare a trattare l'argomento è bene tornare a studiare le cause dell'anoressia nervosa. Lo psicologo Pierr Janet(1920), basandosi sulle opere di Lasègue (1874), e Charcot (1889), descrisse l'anoressia isterica come una malattia costituita da tre fasi distinte. Primo stadio: gastrico, il paziente è disponibile a cambiare la dieta e a prendere farmaci. Nel secondo stadio: morale, la giovane si trova in conflitto con i familiari, è ostinata ipocondriaca, iperattiva, vomita tutto ciò che è costretta a ingoiare. Il terzo stadio, periodo di inedia, il sintomo non si può più nascondere. Alcune pazienti più ostinate muoiono, altre si spaventano, si assoggettano all'autorità del medico e guariscono. La regolarità e la gravità dell'evoluzione della malattia lo portò a concludere "che essa è dovuta a un profondo disturbo psicologico, di cui il rifiuto del cibo è semplicemente l'espressione più evidente". Era particolarmente incuriosito dell'iperattivismo tipico del secondo stadio della malattia. Gull e Lasègue avevano notato nelle loro pazienti una passione per l'esercizio fisico.

Janet considerò l'iperattivismo un aspetto fondamentale della stessa malattia e implicava una soppressione del senso di stanchezza. L'esito di questa soppressione, era un aumento del livello di "attività fisica e morale, una strana sensazione di felicità , un'euforia" suggerì Janet "come è conosciuto nei santi in preda di estasi mistiche, per esempio, sopprime il bisogno di cibo". E ancora Janet sosteneva che "le cause dell'anoressia sono più profonde", ma modestamente non pretese di spiegare, e devono essere studiate per giungere alla comprensione della santa anoressia.

In generale comunque, non si è ancora stabilito del tutto, fino a che punto le difficoltà e le esperienze caratteristiche delle anoressiche siano un riflesso ingigantito dei vari problemi sociali legati all'identità femminile. Questo accade in particolar modo in una cultura, quale l'attuale, che riconosce e gratifica l'immagine della magrezza e quindi accorda, di fatto, grande valore alle diete. Così lo scegliere una soluzione di tal tipo, apparentemente scelta libera, in realtà appare

giustificabile, se si vuole comprensibile, proprio a causa di una risposta sociale, altamente positiva, che il fenomeno è portato a generare. Questo ideale culturale della magrezza, specialmente femminile, che le candidate all'anoressia perseguono, dovrebbe potersi collegare e raffrontare con l'aspirazione femminile al desiderio di poter ottenere un potere pari a quello degli uomini (Ivi,105).

All'*anoressia nervosa* occorre collegare anche la problematica legata alle esperienze sessuali, in precedenza appena accennata. Come esempio è facile comprendere che una esperienza sessuale indesiderata, un abuso o uno stupro genera una reazione che facilmente può innescare in una giovane, o in un giovane, un meccanismo patologico di tipo alimentare che conduca a forme forzate di diete. Non vi è dubbio come ciò sia frequente nei casi nei quali una prima esperienza viene vissuta come violenza subita, momento disgustoso, fatto di per sè penoso ed umiliante. Questi fattori provocano indubbiamente una ulteriore, forte, diminuzione della autostima, che tende a crescere in funzione di una graduazione che va dalla molestia sessuale fino ai casi nei quali viene consumato un effettivo abuso sessuale. E' noto come ricercatori inglesi e statunitensi, già da tempo hanno espresso statistiche in tale direzione, evidenziando che il tasso di abuso sessuale tra le donne affette da disturbi dell'alimentazione, può essere valutato tra il 15 e il 25 per cento (Ivi, 107). *L'anoressia nervosa*, una sindrome individuata dai medici almeno da tre secoli, anche se i nomi sono cambiati nel tempo e i criteri diagnostici modificati via via. Nella società odierna l'incidenza crescente di casi di anoressia è fenomeno evidente. Si potrebbe persino parlare di un'epidemia, per la quale non esiste però un agente contagioso; la sua diffusione deve essere attribuita a fattori socio-psicologici. Tuttavia è parere generale che quanto appare sia solo la misura di una punta di un iceberg di un fenomeno di più vasta portata. Questo fenomeno va sicuramente collegato ai cosiddetti frequenti e segreti disturbi subliminali della soglia dei disordini alimentari (*subthreshold eating disorders*) e da conseguenti e paralleli disturbi dell'immagine corporea. Il vivere delle forme di insoddisfazione nei riguardi del proprio corpo e per il proprio peso, la paura d'ingrassare e di fornire una immagine negativa del sè, inizia in età molto giovane, circa sugli otto anni, come è stato verificato anche in Italia, mediante interessanti indagini da non sottovalutare.

Ci riferiamo, per esempio, ad uno studio condotto su 501 alunni (M = 275; F = 226; età media = 10,8) di scuola elementare (ultimi due anni) e scuola media inferiore (tutti e tre gli anni) che hanno mostrato una presenza, precoce e inquietante, di disagio del corpo e di conseguenti disturbi dell'alimentazione. Dei soggetti esaminati, uno su quattro (24%) temeva di essere giudicato grasso e il 6% riferiva un grado elevato di insoddisfazione del corpo). Il rapporto sembra essere da dieci a uno anche se ultimamente l'incidenza maschile sia aumentata rispetto al passato (Cuzzolaro, 2004, 36).

Anoressia: comportamento sociale ed antisociale

L'anoressia, la cui manifestazione rientra nella caratterizzazione che Devereux descrive dei *sintomi etnici* in generale. Sono *comportamenti sociali antisociali*; come tutti i comportamenti devianti in negativo, la persona provoca negli altri il tentativo di controllo e reazioni punitive.

Poiché i comportamenti di ribellione rappresentano tendenze antisociali latenti in tutti, essi possono essere segretamente ammirati e addirittura imitati. Il fatto che i comportamenti delle anoressiche talvolta suscitino ammirazione risulta dalle risposte che si hanno da amici e congiunti di esse del tipo: "E' alla moda", "Si tiene sotto controllo", "E' magra", "E' una vincente". Mentre espressioni come: "E' scarna", "E' smunta" sono usate molto meno.

La risposta sociale, quindi, nei confronti di coloro che manifestano un disturbo etnico è ambivalente. Da una parte essi vengono considerati ribelli, devianti; dall'altra suscitano ammirazione, invidia o addirittura soggezione. La spettacolarizzazione dell'anoressia cessa di sorprendere se si pensa al fatto che il disturbo "incarna" ideali culturali quali la magrezza, l'autocontrollo e la competitività.

Il fatto che sia confusa con valori sociali positivi contribuisce a spiegare perché l'anoressia è diventato un modello di devianza largamente imitato nelle società in cui questi valori sono importanti. In una situazione in cui molte modelle adottano

comportamenti che confinano con l'anoressia, non sorprende che il disturbo stesso sia diventato "di moda".

Per quanto possa essere spettacolarizzata e romanticizzata, soprattutto allo stadio iniziale, l'anoressia finisce per suscitare reazioni di orrore, di repulsione. Le reazioni negative che suscitano le anoressiche si possono riscontrare, in parte, considerando il loro rifiuto di collaborare e di conformarsi alle aspettative e alle norme sociali. L'anoressica respinge totalmente il simbolo della ricchezza e del successo, cioè l'abbondanza del cibo.

La Bruch pensa che «la malattia sia collegata all'esagerato accento che la Moda pone sull'aspetto snello [...] e trasmettere l'esigenza assoluta di restare magre» (Bruch, 2003,12). Il più delle volte accade che, la presenza in famiglia di una persona con un peso eccessivo, evidenzia come il fatto di essere grasse possa provocare tanta inquietudine e disagio. Non è raro, ad esempio, che in una famiglia una sorella maggiore, con una eccedenza ponderale pone alla sorella minore di osservare quanto dolore provochi il fatto di essere grasse.

Lo stesso possiamo dire per quanto concerne ciò che ci viene trasmesso dai media in generale. La televisione, in primis, giornalmente ci bombarda di spot, immagini e qualunque altra sollecitazione nel considerare l'equazione "magro è bello". Così quanto ci deriva dai media (televisione, riviste, libri, film) sollecita qualunque soggetto a rivedere il proprio corpo e la propria immagine tanto da tentare di renderlo esteticamente rispondente a quanto viene richiesto dall'esterno.

Così la maggioranza degli individui hanno in comune un unico obiettivo: il tentativo di adeguarsi ad ogni costo. L'ansioso messaggio viene di continuo ripresentato e trasmesso nelle riviste, nei film, e in modo sia palese che sottile e comunque insistente della televisione. Giorno dopo giorno viene inculcata e diffusa l'idea che solo chi è abbastanza sottile può essere amato e rispettato.

Un ulteriore fattore sembrerebbe essere la giusta esigenza del genere femminile del raggiungere, forse conquistare, una maggiore libertà nell'esplicare le proprie abitudini e nell'utilizzare le proprie doti. Un'adolescente può sentire questo stato di liberazione come una esigenza, forse una sfida, tanto da convincersi di "dover-

voler” fare qualcosa di eccelso. E’ con la ricerca, spesso implacabile, di un’eccessiva magrezza che sembra trovarsi una risposta , se non l’unica.

Tutto ciò sembra non intaccare i paesi orientali, dove, le rotondità sono ancora un segno di salute.

Comunque, quale che sia la ragione di questa accresciuta incidenza, rimane il fatto che *l’anoressia nervosa* è diventata estremamente frequente ed è considerata come una tra le patologie che meglio caratterizzano questi tempi di post-modernità.

Tale disturbo si è sviluppato in questi ultimi anni nei vari paesi del pianeta; relazioni su persone anoressiche, sempre più numerose, sono state pubblicate dagli Stati Uniti al Giappone, dalla Danimarca alla Spagna, dall’Italia ai paesi dell’Est Europa. La questione non è tanto di natura geografica, quanto di natura culturale.

Profilo storico dell’anoressia

Anoressia tradotto dal greco: an (privazione, mancanza) e orexis (appetito) viene usato in modo generico per indicare una diminuzione dell’appetito o un’avversione per il cibo. Chi di noi, viene da chiedersi, non ha sperimentato almeno temporaneamente nella vita, un disturbo di questo genere? Con questo però ci sembra azzardato dire che in quel caso abbiamo sofferto di *anoressia*. Noi, da un punto di vista fisiologico non possiamo comandare a noi stessi di avere fame se non l’abbiamo, né sentirci sazi se siamo affamati. La persona, infatti, risponde a uno stimolo che ha nel cervello e che si trova al centro del sistema neurovegetativo chiamato ipotalamo, controversie su questa definizione non mancano (Bell, 1998, 3).

Pertanto la privazione di cibo, la mancanza di appetito deve avere, nell’*anoressia*, una ben altra origine patologica. La letteratura precedente descriveva la malattia come isteria, termine oggi in disuso. In molti casi essa veniva confusa con altre psicosi gravi, compresa la schizofrenia.

L’*anoressia* appare solo di rado nei resoconti medici di alcuni secoli fa benché, sia in Europa che in Inghilterra, “ragazze che digiunano” cominciano ad essere sempre di più. La storia dell’*anoressia* risale almeno a tre secoli fa. Infatti, fu nel 1689 che

Richard Morton, un medico inglese, diede notizia di una sindrome di “deperimento” di origine nervosa attribuibile ad “ansia o malinconia”. Il primo caso conosciuto di anoressia nervosa, nella letteratura medica, è stato citato da Richard Morton (1689) nella *Phythisiologica: or a Treatise of Consumptions*, in cui sono descritte le condizioni di una giovane di vent’anni da lui curata: “.....*il suo appetito cominciò a diminuire, la sua digestione divenne via via più difficile. La sua carne divenne sempre più flaccida e cadente, e l’aspetto sempre più pallido [...] aveva l’abitudine di studiare durante la notte, era continuamente china sui libri, e si esponeva giorno e notte, alle ingiurie dell’aria [...] non ricordo di aver mai visto in tutta la mia vita pratica medica una persona che si tenesse in vita così devastata dal più alto grado di consunzione (era pelle e ossa), ma non c’era febbre, anzi tutto il corpo era freddo [...]. Semplicemente il suo appetito era diminuito, la digestione diventata difficile, soffriva di ricorrenti crisi di svenimento* (Bell, 1998, 6).

Nei trattati medici del secolo XVIII appaiono solo alcuni riferimenti sparsi riferiti a dimagrimenti auto-provocati. Uno dei più importanti tra i precursori di Freud, Giorgio Baglivi, a cui fu conferita la cattedra di Teoria Medica alla Sapienza di Roma da papa Clemente XI, sosteneva che alcuni disturbi mentali si manifestavano attraverso sintomi gastrointestinali. Baglivi riconosceva francamente di non poter spiegare il processo per cui lo squilibrio emotivo sfociava in sintomi fisici e si occupava invece dei rimedi terapeutici. Il suo regime di cura consisteva soltanto nell’incoraggiare la guarigione spontanea del paziente con l’aiuto di “ un medico che abbia la lingua sciolta e sia un maestro nell’arte della persuasione” (Cfr. Bell,1998, 7).

In tutta la letteratura medica del secolo XVIII è praticamente impossibile distinguere l’*anoressia* nervosa da altre malattie nervose. Benjamin Rush in una conferenza sulle malattie degli indiani, rivolgendosi a un gruppo di dignitari ben nutriti dichiarò che: “ Le malattie isteriche e ipocondriache, un tempo usuali nelle stanze dei signori, si trovano ora nelle cucine e nei laboratori: tutte queste malattie sono causate dall’aver abbandonato le semplici abitudini di vita dei nostri antenati” (Ivi, 8).

Persino agli inizi del secolo XIX gli autori che descrivevano la sintomatologia tipica dell'*anoressia nervosa* lo facevano nel contesto di trattati sull'isteria e sulle nevrosi genitali femminili. Il disturbo cresce di attenzione solo dopo la metà del XIX secolo, ma per una diagnosi e nomenclatura specifiche si dovettero attendere le osservazioni di William W. Gull che nel 1868 descrive di una strana affezione che sembra colpire le giovani donne che rifiutano il cibo anche quando sono estremamente denutrite. Gull chiamò questa malattia "*apepsia hysterica*", sei anni più tardi la chiamò "*anorexia nervosa*". Contemporaneamente a Gull anche E. Lasègue pubblicò un'ampia relazione che chiamò "*anorexia hystérique*" in cui fece una netta distinzione tra malattia e il "dimagrimento isterico" e anche l'improvvisa perdita di peso associata a una depressione acuta. Un decennio più tardi in Francia cominciò ad essere chiamata "*anorexia mentale*" e diagnosticata come una malattia specifica di origine psichica

Lo storico della medicina Edward Shorter (1987) ha sostenuto che all'inizio del XIX secolo ebbe luogo un "primo grande aumento dei casi di *anoressia nervosa*", che raggiunse una sorta di plateau all'inizio del XX. A partire da questo plateau nella frequenza media, l'*anoressia* decollò negli anni Sessanta, fino ad aumentare lo status epidemico che ha al giorno d'oggi (Gordon, 2004, 16-17).

Dal secondo decennio del Novecento e fino alla fine degli anni trenta, l'intero problema dell'*anoressia nervosa* scomparve praticamente dalla discussione psichiatrica. Si insinuò che alla base dell'*anoressia* vi fosse un'anomalia endocrina o biologica e questa ipotesi è perdurata.

Tolstrup (1953) così definisce il problema relativo al forte dimagrimento: "L'*anoressia nervosa* può essere definita come un disturbo caratterizzato da una grave perdita, nel paziente, del suo regime alimentare".

Agli inizi degli anni Quaranta, però, la teorizzazione psicologica dell'*anoressia nervosa* prese il via. Il momento decisivo fu la comparsa del lavoro di Hilde Bruch che coincise con un forte incremento dei disturbi dell'alimentazione. La pubblicazione nel 1973 del libro sui disturbi dell'alimentazione, "Patologia del comportamento alimentare", costituì una grande novità nell'ambito sia della teoria sia della pratica. L'autrice sosteneva che i disturbi di *anoressia* e *bulimia* ruotavano

intorno a problemi dell'immagine di sé oltre a certe difficoltà caratteristiche dello sviluppo psichico. A livello teorico, alcuni autori hanno ipotizzato un fattore culturale alla base della supposizione che la magrezza sia l'obiettivo "primario" dell'anoressia nervosa. Citiamo lo psichiatra Sing Lee (1991) che dal 1980 ha studiato numerosi casi di anoressia nervosa a Hong Kong. Egli sostiene che circa la metà dei casi non è caratterizzata dalla ricerca di magrezza in quanto la presenza di persone obese è relativamente bassa.

Secondo Lee, la motivazione principale dell'anoressia nervosa è proprio il rifiuto del cibo che rappresenterebbe una forma di lotta per ottenere l'indipendenza dalla famiglia d'origine.

La crescita nel paese del disturbo anoressico è da imputare, secondo Lee, ai costumi occidentali che enfatizzano il ruolo della magrezza attraverso le immagini diffuse dai mass media. Un'ulteriore ragione è che i drammatici nei valori generazionali di madri e figlie possono avere accelerato una crisi evolutiva connessa all'autonomia delle giovani donne cinesi, sollevando problemi psicologici che erano per lo più ignorati nell'ambito del rapporto madri e figlie tradizionale. Questo è anche quanto sostiene la Bruch riguardo la crescita del disturbo anoressico.

Fattori determinanti

E' importante dare un cenno ad una possibile classificazione di alcuni fattori presenti nel caso di disturbi alimentari che da un lato possono essere considerati determinanti e da un secondo punto di vista presenti in modo ripetitivo.

Intanto il *fattore età* e il *fattore genere*. Fin dall'età tenera (abbiamo indicato gli otto anni), le ragazzine, più spesso dei maschi, segnalano problemi con l'alimentazione e il peso. Il genere sembra influire fortemente sulla valutazione che l'immaginario collettivo fa del proprio corpo e del proprio peso. Nelle donne, l'insoddisfazione del corpo tende ad esprimersi nell'equazione "io non sono abbastanza magra". Nei maschi, la tendenza è differente, i motivi più comuni di scontentezza sembrano essere differenti e l'equazione diviene "io non sono abbastanza muscoloso".

Spesso si parla dei *fattori biologici* ed essi possono contribuire a spiegare la predisposizione delle donne ai disturbi dell'alimentazione. Tuttavia sembra ormai acclarato che i *fattori sociali* sono quelli da prendere in maggiore considerazione. Accanto alle influenze sociali, o meglio alle pressioni di ordine sociale, esercitate sulle donne, si presentano anche le pressioni di ordine culturale, pressioni che tendono alla costruzione di un "marchio" caratteristico delle società occidentali, marchio che va a stigmatizzare le donne grasse.

Non vogliamo nemmeno trascurare quelli che sono gli *aspetti psicologici* più sottili. Tali aspetti si collegano alle varie inquietudini provocate dalla mancanza di fattori positivi quali l'autonomia, l'autostima, la tendenza al successo, il controllo del contorno sociale, in sostanza quelle caratteristiche considerate qualità per uno sviluppo equilibrato dell'identità psico-sociale. Il concetto di identità, elaborato da Erik Erikson, (in Gordon, 2004, 99) rimanda all'esperienza soggettiva, al senso di continuità e principalmente di persistenza nel tempo. Lo sviluppo di una identità coesa, dipende da molteplici fattori sia individuali che sociali; a sua volta quello che chiamiamo sviluppo dell'identità è un processo dinamico, che si svolge nel tempo e durante il corso dell'esistenza dell'individuo. Tale processo è influenzato dai vari fattori sopra indicati assieme alle condizioni del momento storico-sociale, nonché alla particolare storia individuale e della famiglia, non ultimo le predisposizioni genetiche. Rimanendo l'assioma che l'adolescenza risulta essere il periodo più critico nella formazione dell'identità, aggiungiamo ancora che possibili mutamenti radicali nel ruolo sociale e nelle aspettative, possono causare crisi profonde nello stesso processo di formazione dell'identità.

Ancora qualche osservazione sull'ambiente familiare; si tratta della forte spinta al successo, derivante dalle aspettative della famiglia e dal contorno sociale ove la famiglia è immersa. Questo fenomeno è stato spesso rilevato nell'insorgenza di sindromi anoressiche o nelle descrizioni cliniche dei casi stessi di anoressia come fattore che genera profonde implicazioni, in modo più o meno evidente. Lo stesso Lasègue (1873), nel descrivere l'anoressica, asserisce che: "...l'ambiente in cui vive la malata esercita un'influenza che sarebbe riprovevole omettere o disconoscere".

Con le sue opere: *“Patologia del comportamento alimentare”* e *“La gabbia d’oro”* la Bruch ha messo in rilievo i grandi temi dell’identità, dell’autonomia e della perfezione: «Le anoressiche combattono contro la loro sensazione di essere costrette, sfruttate e impedito di avere una vita autonoma. Preferiscono soffrire la fame piuttosto che continuare ad essere arrendevoli. In questa cieca ricerca di un senso di identità e di autonomia non accettano niente di ciò che i loro genitori, o il mondo intorno a loro, hanno da offrire... Nella reale o primaria anoressia nervosa il tema principale è la lotta per il dominio di sé, per un senso di identità, competenza ed efficienza» (Bruch, 2003,1-22).

Ma cosa porta una persona a sviluppare un disturbo clinicamente significativo? Sebbene da un punto di vista diagnostico sembri che il fattore chiave stia nell’intensità o nella frequenza di comportamenti; vi sono fattori individuali che entrano in gioco e spingono i soggetti ad adottare tali comportamenti finché diventano autodistruttivi. Ad esempio: persone con un precedente disturbo dell’umore o dell’ansia, con vicende di abuso, con una storia familiare di ossessione per il peso.

A partire dalla metà degli anni Ottanta la correlazione classe sociale elevata e disturbo dell’alimentazione non fu più la stessa; pare sia diventato più “democratico” e non più di “élite”. Il fattore centrale non è tanto il livello del reddito economico quanto i valori culturali. La Bruch lo spiega chiaramente in *“La gabbia d’oro”* quando dichiara l’importanza del successo femminile e dell’ascesa sociale nelle famiglie delle anoressiche, quale che sia il loro reddito. E’ anche vero che nelle società del tardo novecento, la cultura dei consumi e la televisione hanno livellato le distinzioni di classe. In questo modo i dilemmi conflittuali circa l’identità femminile, che un tempo facevano la differenza di classe per i disturbi dell’alimentazione, ormai sono diventate un ricordo del passato (Ivi, 95-96).

Autori come David Barlow e Mark Durand in un loro testo di psicopatologia sostengono che nei disturbi dell’alimentazione giocano un ruolo eziologico i fattori sociali e culturali. Un dato a favore dell’interpretazione socioculturale di tali disturbi, è la loro insorgenza in aree del mondo in cui dilagano la globalizzazione e l’occidentalizzazione; non ultimo l’atteggiamento occidentale nei confronti del

culto del corpo. I conflitti relativi alle aspettative sociali riguardano soprattutto il ruolo della donna. La spiegazione di questo fenomeno va probabilmente collegata alla diffusione del consumismo globale e al desiderio di successo individuale in società precedentemente governate da una morale di obbligo e di deferenza verso l'autorità parentale e sociale. Quindi, è probabile che, il capitalismo avanzato porta con sé da un lato i propri vantaggi, dall'altro le proprie patologie.

Ma il disturbo s'impose all'opinione pubblica solo all'inizio degli anni Ottanta, raggiungendo una certa notorietà, a causa della morte per arresto cardiaco della cantante Kare Carpenter.

Le crisi di sviluppo delle adolescenti e delle giovani adulte possono fornire un quadro più esteso per un approccio transculturale e transtorico all'anoressia nervosa, in particolare facendo luce sui modi in cui l'anoressia nervosa compare e scompare nel corso degli anni. Nei periodi in cui il ruolo femminile è tradizionalmente statico e non muta da una generazione all'altra, l'anoressia nervosa è in genere poco diffusa. Ma nei periodi di intenso mutamento dei ruoli femminili, quando le aspettative tradizionali vengono messe alla prova, ricompare in misura sempre maggiore.

Ciò avvalorava la definizione proposta da Di Nicola (1990) sull'anoressia nervosa come "*sindrome da cambiamento culturale*" (Cfr. Gordon, 2004, 21).

Nelle società occidentali queste forme manipolatorie e mascherate di protesta sono messe in atto attraverso un disturbo psichiatrico o una "malattia mentale". Nell'Occidente la stragrande maggioranza dei disturbi etnici si manifesta fra le donne, dal momento che continuano a subire limitazioni dovute ad uno status sociale inferiore e ad una relativa mancanza di potere.

Dalla fine del XIX secolo sino ai giorni nostri, i disturbi di conversione, di somatizzazione, l'agorafobia, l'anoressia nervosa che da sempre prevalgono fra le donne, sono diventati espressioni dell'impotenza femminile. Una donna isterica si ribellava allo stereotipo imposto dalla società. I vantaggi erano costituiti da una fuga dai doveri che molte donne sentivano come un fardello. In questa prospettiva, i disturbi alimentari come l'anoressia e la bulimia nervosa possono essere intesi come

l'ultimo anello di una lunga catena di espressioni stereotipate di "disagio femminile" (Gordon, 2004, 199).

Da notare che questo tipo di condotta si manifestava, in passato, nelle famiglie di un certo ceto sociale; là dove il cibo si presentava con una certa abbondanza e disponibilità. Oggi, forse per l'aumento del malessere sociale, non mancano casi di anoressia a persone appartenenti a ceti socioeconomici più bassi. Oggi si è ben coscienti di queste forme di autoinduzione e gli studi degli analisti sono stati caratterizzati da queste crescenti e rapide metamorfosi delle forme cliniche e delle caratterizzazioni delle fasce interessate.

L'aumentare dei casi hanno fatto sì che studiosi e ricercatori hanno coniato termini quali "*epidemie sociali*", per il loro esplosivo incremento. Oggi i problemi dell'alimentazione costituiscono un aspetto di particolare rilievo nell'ambito del disagio giovanile. (Bruch, 1982).

Componente familiare: la famiglia dell'anoressica

Un problema interessante è quello di caratterizzare come possa essere il genitore - tipo di una anoressica e parimenti un'analisi delle relazioni-tipo di una anoressica con la propria madre. Forse è ambiziosa la richiesta di una analisi di tale forma, ma se ne trova traccia presso molti studiosi.

Alcuni descrivono come personaggio "forte" della famiglia proprio la madre; sarebbe lei il personaggio che accentua i desideri orali di appropriazione, ma che, nello stesso tempo, tende a frustrarli, rinforzando in tal modo quello che chiamiamo il Super-Io arcaico. Questa è, ad esempio l'opinione di Masserman ed anche di Lorand. MANCANO LE LORO OPERE

Dello stesso parere sono altri autori che descrivono il soggetto-madre come persona dominante e anche come figura fredda e rigida. Parallelamente il padre è figura debole, quasi sempre escluso dalla famiglia o almeno dal momento decisionale o addirittura vissuto come personaggio ostile (cfr. A. Doumic,1962; C. Laurany, 1965). Ancora Warren e Sours (data) completano questa analisi indicando nella madre dell'anoressica la presenza di forti ansie e di un carattere essenzialmente ipocondriaco. Susie Orbach (1984), forse l'autrice più conosciuta in questo campo, ha proposto che l'anoressia nervosa è il simbolo quintessenziale dell'opposizione della donna in una cultura maschilista. Secondo lei, le donne sono abituate a prendersi cura degli altri piuttosto che di se stesse. Ogni generazione di donne raggiunge l'età adulta ben catechizzata riguardo al dovere dell'abnegazione. Queste prerogative culturali sono trasmesse di madre in figlia in un ciclo senza fine (Ibidem,213-214).

Ancora Sours, pone l'accento su una sorta di investimento-realizzazione genitoriale, di valenza narcisistica, che di fatto si abbatte sul bambino prima e sull'adolescente poi, specie assegnando eccessivi valori al richiesto rendimento scolastico, a scapito di tutte le forme di evoluzione ed espressione personale. Op.cit. cap3 parag.6 pag169.

J. Boutonnier e S. Lebovici (1948) analizzano in modo chiaro queste patologie molto conflittuali presenti nell'anoressia mentale. Partendo dal fatto che "è a contatto con la madre che si è stabilita la funzione alimentare", occorre, in tal caso, accettare bambino-mondo, legame che si esplicita solo attraverso la madre. Sono in primo piano il ruolo attivo esplicito dal bambino, ma anche la sua anoressia. (B. Brusset op. cit. pag.90)

Anche seguendo Laboucarié e Barrés (1948), la loro analisi induce ad affermare che è proprio l'atteggiamento dei genitori a condizionare una dipendenza, spesso esagerata, che è in opposizione al bisogno di autonomia di un figlio, ragazzo o ragazza che sia.

Da quanto sopra riportato, si potrebbe dedurre che questa situazione patogena ha in genere derivazioni varie: essa può dipendere dai due genitori, può essere legata a eccessi di voluta protezione, o anche ad una carenza di presenza affettiva da parte

della figura materna. In questo terzo caso, la figura paterna, non è detto che abbia un ruolo costante; nei casi troviamo sia figure paterne molto forti sia molto deboli, in una varianza di gradazioni.

Selvini Palazzoli (1963) insiste sulla necessità di studiare l'intero complesso familiare come un "unicum strutturale" affetto da varie interazioni patologiche, e di non incentrare l'analisi o la terapia solo sulla madre. Rimane comunque che la madre è un soggetto fondamentale in quanto è sempre lei che, mantenendo con la figlia una relazione fin troppo stretta, tende a sottometterla, con una esagerata anticipazione dei suoi bisogni, con una sete di richieste, il cui soddisfacimento ha in realtà l'unico effetto del privare la figlia della propria autonomia. Così la vittima-figlia spesso insoddisfatta e/o depressa, finge una sottomissione apparente, che ha altre conseguenze. Del resto il rapporto tra i genitori è spesso di tipo sadomasochista e un padre debole e magari passivo presenta nella sua personalità delle strutture con caratteri ossessivi, che complicano, forse inibiscono, gli scambi di tipo positivo all'interno della famiglia. Gli scambi e il riconoscere i valori finiscono per ridursi progressivamente; tende a prevalere sempre di più la preoccupazione per la facciata, del confronto e dell'immagine dei componenti il gruppo familiare.

Tuttavia le lotte turbolente e gli scontri ingiuriosi sulla questione del cibo, quando la paziente si ammala di anoressia, spesso sono una manifestazione della lotta per il potere, latente da sempre, anche se fino ad allora repressa. Queste famiglie di solito sono eccessivamente "invischiate", timorose delle conseguenze dello sviluppo dell'identità individuale, incapaci di esprimere apertamente differenze e conflitti. Nella famiglia delle anoressiche, la figlia viene "triangolata" nel rapporto di coppia dei genitori, a carico di conflitti irrisolti. Tali conflitti, tendono ad essere negati e deviati sull'anoressia che diviene così incapace di raggiungere una propria individuazione. La questione del potere è centrale nel lavoro di Mara Selvini Palazzoli, che rileva dai suoi studi personali su anoressiche da lei trattate.

Nel saggio (1985), dedicato ai fattori culturali del sintomo, l'autrice rileva l'aumento costante del numero di pazienti anoressiche a partire dalla seconda guerra mondiale, attribuendolo ad una società ricca e orientata al consumo, al fatto che nel ceto medio i figli costituiscono in misura crescente il centro di interesse della

famiglia e alla situazione contraddittoria delle donne spinte all'emancipazione. Mentre nel libro *I giochi psicotici della famiglia* (1988), utilizzando il gioco come metafora, descrive il rapporto di coppia dei genitori nelle famiglie delle anoressiche, caratterizzato in generale da rancore, amarezza, risentimento reciproco fra i partner. Questi conflitti non vengono mai ammessi, anzi, sono mascherati da una facciata di armonia e deviati mediante un'eccessiva sollecitudine verso i figli. L'attenzione capillare per i bisogni del bambino può essere opportuna, o almeno comprensibile, prima dell'adolescenza, ma è completamente inadeguata nel caso degli adolescenti. Nei bisogni evolutivi di questi ultimi rientrano sia una relativa autonomia dal controllo dei genitori, sia la riformulazione di valori inevitabilmente critici nei confronti di quelli della generazione precedente. La famiglia delle anoressiche non è in grado di negoziare la riorganizzazione della propria struttura al momento dell'adolescenza dei figli; inoltre, nonostante la moderna retorica della emancipazione, le figlie sono ancora sottoposte ad un controllo assai più rigido da parte dei genitori rispetto ai maschi. Non appena i genitori notano e commentano il suo dimagrimento, l'anoressica scopre che il suo digiuno è uno strumento per "mettere in ginocchio i genitori", anche se nell'intimo si sente sempre più senza controllo, di solito questa è la fase in cui si ricorre all'ospedale, alla psicoterapia.

Il culto della magrezza

La magrezza può facilmente esser caricata di valori morali, ma anche religiosi;« è legata al significato dell'ascetismo, della rinuncia ai beni del mondo. Lo spettro della morte rende la magrezza sgradevole e persino angosciata. Ma più angosciata dell'immagine della morte è l'immagine del condannare a morte. Un essere è condannato a morte, un corpo che, a poco a poco, si distrugge metodicamente, lentamente ma con certezza. L'idealizzazione della magrezza si configura sempre di più come un imperativo. In Occidente prima, in Europa occidentale poi e via via

sempre più verso oriente, l'idea della magrezza oramai è estesa a tutto il mondo industrializzato.

In media le donne si considerano sufficientemente magre solo a partire da un peso pari al 90% del loro peso ideale. Gli uomini, già a partire da un peso pari al 105% del loro peso ideale.

Anche l'orientamento sessuale modula diversamente con il peso. Le donne eterosessuali perseguono una magrezza maggiore di quelle omosessuali. I maschi omosessuali ricercano una magrezza maggiore dei maschi eterosessuali. (Cuzzolaro, 2004, 36)

Sembra che alla fine dell'Ottocento il significato simbolico della magrezza fosse strettamente collegato a quello dell'appartenenza di classe. Nell'opera "La teoria della classe agiata", ad esempio, in cui viene formulata la famosa teoria del consumo vistoso, Veblen (1949) descriveva così le donne benestanti: "Ci sono uno o due particolari che meritano una menzione specifica [...]. L'ideale esige mani e piedi piccoli e delicati, nonché una vita sottile [...]. Ne deriva che in questo stadio culturale le donne si preoccupano di alterare i loro corpi in modo da conformarsi più da vicino alle esigenze dello smalzato gusto del tempo".

Lo studio più noto che documenta la diffusione crescente dell'ideale della magrezza fa parte di una di una serie di importanti ricerche condotte da David Garner e Paul Garfinkel (1985). Per oltre vent'anni dal 1960 in poi presero in esame due standard di bellezza femminile: le vincitrici di concorsi di bellezza e le conigliette di Playboy. La diffusione di questa immagine "piatta" si riscontra anche nel mondo della moda; è proprio degli anni Sessanta il trionfo delle modelle magre, quasi androgine, quali Jean Shrimpton detta -gamberetto- e Twiggy.

Nello stesso tempo, dagli stessi ricercatori, si avevano risultati di dati che indicavano che il peso medio della donna americana era costantemente in aumento. Si evince una contraddizione fondamentale: all'irrigidirsi delle indicazioni del peso ideale corrispondeva nella realtà un costante aumento del peso corporeo nella popolazione.

Oggi le donne sono ossessionate dal problema del peso. La sensazione di essere in soprappeso è più comune tra le ragazze bianche che fra quelle nere, forse a causa di

differenze culturali nella percezione dell'immagine corporea, oltre che il livello socioeconomico (anche se ultimamente molte cose stanno cambiando).

Certamente le top model, soprattutto quelle che occupano le pagine di -Vogue ed Elle-, sono più magre e hanno meno curve delle sex symbol. Nell'Europa occidentale e negli Stati Uniti l'ideale di magrezza femminile si è affermato soltanto nel XX secolo definito il "secolo della snellezza" da Bennett e Guerin in un libro sulle diete. Nel primo decennio del XX secolo, le indossatrici di Parigi avevano già adottato un tipo di magrezza estrema. Già nel 1908, il corrispondente di -Vogue- da Parigi scriveva: "La figura alla moda è sempre più lineare: meno seno, meno anche, meno vita, le gambe lunghe e magre, meravigliosamente flessuose [...] la gonna è obsoleta, preistorica. Quanta leggerezza, grazia, eleganza in questa figura femminile!". L'obesità fu sottoposta ad aspre critiche, mentre per le donne il controllo del peso diventava un pesante fardello, come mostra la seguente confessione in una rivista del 1907: "L'abito era né più né meno come previsto. Ma io [...] la colpa era mia [...] io ero più grassa? Lo indossai disperata. Nessuna possibilità [...] Sono grassa!". Fu solo negli anni Venti, comunque, che il fisico piatto, sottile si diffuse tra le donne desiderose di ascesa sociale. In America il significato simbolico della magrezza si espresse nell'immagine della *flapper*, la ragazza spregiudicata, sessualmente libera, vistosa e con le gonne corte: sconcertante, precorritrice della diffusione di massa dei nuovi ideali di indipendenza economica e sessuale della donna. Secondo Bennett e Guerin, il credo della *flapper* era chiaramente in contrasto con il ruolo materno (Bennet, Guerin, 1982, 134).

Il corpo androgino, maschile, di questo tipo di ragazza è l'anticipazione della figura piatta che si riaffermerà negli anni Sessanta. Tutto questo però ebbe un periodo in cui fu travolto dalla recessione degli anni Trenta e dal conflitto della seconda guerra mondiale. Nel dopoguerra con la contrazione dei consumi e con la diffusione di una mentalità provinciale, ritornò di moda la donna formosa, dal seno vistoso. Nell'epoca di Marilyn Monroe l'attenzione alla linea non scomparve del tutto, ma sembrò attenuarsi. Tuttavia, fin dagli anni Quaranta, cominciò ad arrivare a New York, sulle pagine di Vogue, una nuova ondata di modelle di cui si mormorava che non "mangiano nulla". Negli anni Sessanta il ritorno della snellezza con il trionfo di

Twiggy, tipo androgino, quasi fanciullone, età prepuberale; c'è la tendenza all'impiego di modelle sempre più giovani.

Il culto della magrezza è provocato dall'enorme espansione del mercato della moda per adolescenti, sempre più significativo negli anni a venire. Nelle società consumistiche post industriali, le immagini fotografiche ed elettroniche esercitano un influsso profondo ed esteso: hanno un impatto talmente forte che non ci si può stupire del dilagare dei disturbi connessi con l'immagine corporea, nella distorsione della visione di se stessi. Le distorsioni tipiche dell'anoressia e della bulimia sono a volte concretamente palesi nella pubblicità di moda. La sopravvalutazione della snellezza è sfruttata per promuovere la vendita di prodotti. L'impatto dei media colpisce, non si sa in che misura, direttamente su molti soggetti anoressici o bulimici, con l'assalto di immagini commerciali che pubblicizzano la magrezza.

Non vi è una "prova diretta" che i mezzi di comunicazione siano responsabili dell'esordio dei disturbi dell'alimentazione. Ma poiché ci sono forti prove che un'attenzione prolungata al peso sia un fattore che predispone all'anoressia o alla bulimia è difficile pensare che un ambiente che diffonde immagini di corpi magri non abbia un minimo di responsabilità nello sviluppo della patologia. Se prestare attenzione agli ideali promulgati dai mezzi di comunicazione non risulta cruciale per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione, si tratta comunque di un obiettivo primario di programmi di prevenzione. La moda e i mezzi di comunicazione non sono entità culturali isolate; essi, creano e insieme riflettono valori e interessi culturali dominanti. Nella nostra epoca le donne hanno vissuto un mutamento radicale del loro ruolo sociale e, sul piano psicologico, della loro stessa identità. Per le più vulnerabili, l'interiorizzazione del modello fisico dominante rappresenta una soluzione patologica del problema dell'identità, in quanto consente di ridurre il disagio causato dai sentimenti di debolezza e dal conflitto interiore. Infatti, la magrezza, come sostengono alcuni autori, è simbolo di grande potere, una sintesi dei "poli divergenti" del ruolo materno e dell'autoaffermazione. Per quanto varie siano le esperienze, i conflitti e le patologie individuali che si esprimono nell'anoressia e nella bulimia, fanno tutti parte di un comune significato culturale. Le patologie culturali sono *disturbi etnici*.

Alla diffusione dello stereotipo non sembra sfuggire nessuna cultura. Anche il *culto della magrezza* è ormai un vero genere di consumo di massa. Nei paesi dai quali è scomparsa la fame sono nate, alla fine dell'Ottocento, discipline mediche specialistiche come: la nutrizione clinica e la scienza dell'alimentazione. L'uomo si sente minacciato dal cibo, e chiede ai medici regole che lo proteggano e che prendano il posto di quei precetti che in ogni religione hanno sempre regolato anche il campo alimentare. I medici erigono di continuo "piramidi alimentari", pubblicano linee-guida, diffondono principi generali di sana alimentazione e attività fisica.

Ed è su questo sfondo che s'inscrivono le patologie dell'alimentazione del mondo moderno: anoressia, bulimia ed altro.

L'aumento del numero di casi di estrema magrezza nella popolazione è un dato suggestivo di incremento delle patologie del comportamento alimentare.

Questi comportamenti di controllo del peso sono risultati, inoltre, fortemente correlati ad alcuni aspetti psicopatologici, quali: bassa autostima, depressione, idee di suicidio, abuso di sostanze (Neumark-Sztainer e Hannan, 2000). Studi di screening, in Europa e Nord America, hanno evidenziato che tra il 10% e il 25% delle giovani donne hanno punteggi superiori al cut-off per l'Impulso alla Magrezza (EDI-2) e, quindi, hanno un probabile disturbo alimentare (Morande et al., 1999).

.Nelle persone marcatamente sottopeso o con diagnosi di anoressia nervosa si osserva che oltre al peso, anche il tipo di attività motoria è molto variabile. A fronte della sensazione comune che le anoressiche o affette da una patologia alimentare siano iperattive, in alcuni casi si osserva un esercizio fisico programmato (aerobica, ginnastica, corsa, ecc.) intenso e sistematico, in altri un'iperattività marcata e continua (anche nei lavori domestici), nella gravissima emaciazione una grave ipomotilità. Tutto ciò determina grandi differenze interindividuali.(Casper et al, 2001; Moukaddem et al, 1997).

Parlare di sottopeso significa essere in una condizione fisica in cui un essere umano si trova quando pesa meno rispetto al suo peso forma. Indicativamente una persona si può definire "*sottopeso*" quando il suo peso è inferiore di almeno il 10% rispetto al peso forma e il BMI è <18,5.

La magrezza patologica è una condizione di riduzione del peso corporeo (al di sotto del 15% del peso ideale)

La domanda che viene da porsi è: “le persone con disturbo di anoressia sono ipercinetiche o ipocinetiche?”. In entrambi i casi sono due modi antitetici, ma entrambi efficaci per quanto riguarda l’evitamento delle relazioni e una condotta errata di stile di vita. Lo scopo dell’indagine è quello di rilevare se è stato possibile migliorare lo stile di vita in termini di salute.

Anoressia femminile / anoressia maschile

La grande maggioranza dei soggetti anoressici sono donne; il disturbo si presenta anche negli uomini, ma in una percentuale che oscilla tra il 5 e il 10 per cento dei casi diagnosticati. Questa proporzione, approssimativamente nove femmine per ogni maschio, sembra costante sul piano transculturale, anche se alcuni studi riportano una percentuale maggiore di maschi.

Il mondo femminile delle società occidentali, è stato negli ultimi cinquant’anni sottoposto ad incessanti e continue trasformazioni anche radicali: di tipo culturale, sociale, familiare, estetico.

Si tratta proprio della costruzione o nascita di una nuova identità femminile, che non sempre ha trovato risposte sociali adeguate e ha esposto molte giovani donne allo sviluppo di disturbi dell’alimentazione e sollevato nuovi problemi. Oggi, accanto alle aumentate aspettative di successo, managerialità e di rendimento, resta forte la pressione nei confronti della femminilità tradizionale, basata sulla bellezza, la piacevolezza, la passività. La cultura di massa ha “mitizzato” un concetto di una donna che “riesce in tutto”: una *superdonna* ! L’immagine della “*superdonna*” incontra ancora difficoltà in ambito aziendale e in altri posti di potere dove il fenomeno del “maschilismo” è ancora presente. Possiamo dire che ancora oggi l’intelligenza femminile e principalmente le capacità della donna sono vissute come una minaccia per il potere e il dominio maschile. Per la donna resta ancora difficile avanzare a livelli manageriali o di potere più elevati.

In ambito sociale, un altro aspetto legato alla cultura industriale è la svalutazione del ruolo materno tradizionale. Viene data scarsa considerazione a tutto quello che riguarda la cura, l'attenzione e l'educazione dei bambini. Le madri manager tendono a delegare; le figure professionali che raccolgono la delega sono essenzialmente personale della scuola materna e primaria. Tuttavia tali figure professionali sia dal punto di vista del prestigio sia da quello remunerativo, sono mal considerate e mal pagate. Ancora meno considerate e spesso professionalmente improvvisate sono le figure di assistenti casalinghe: le baby-sitter.

Tutto questo ci fa meglio comprendere come donne ambiziose di carriera, nel mondo sociale vivano grossi conflitti. Molte di loro tendono a reagire identificandosi con i tradizionali valori maschili esprimendo durezza e potere, con conseguente rimozione del ruolo materno. Il disturbo causato dalla perdita del ruolo materno è presente in modo patologico nelle donne anoressiche e bulimiche che incontrano difficoltà ad accudire i propri figli in quanto sono in primo luogo incapaci di accudire loro stesse. Non solo, ma la soluzione del conflitto si manifesta proprio nella cancellazione della femminilità del proprio corpo.

La nostra cultura ha sviluppato un sistema pubblicitario in cui la donna è messa in primo piano sui cartelloni pubblicitari, sulle riviste, soprattutto quelle femminili, nelle pubblicità televisive.

La donna è protagonista nella presentazione di prodotti alimentari. Tutto questo non può che farci pensare come la selettività del messaggio è da ritenersi una delle cause dei disturbi alimentari di prevalenza femminile. L'informazione sia televisiva che cartacea, relativa a ricerche scientifiche sul cibo e sull'alimentazione, hanno prodotto quello che sostanzialmente può essere considerato un "atteggiamento paranoico" nei confronti del cibo. Sembra che la parola d'ordine sia quella di mangiare poco e male, sembra assurdo ma è così!

Esercitando il controllo sulla funzione alimentare, alcune hanno la sensazione, per la prima volta, di avere una personalità, di essere all'unisono con i propri sentimenti. Altre considerano questo sacrificio una specie di *rito di iniziazione*. Nelle descrizioni classiche dell'anoressia l'accento è posto soprattutto sulle conseguenze somatiche della denutrizione, la grave perdita ponderale, l'aspetto

scheletrito, l'anemia, la cute secca, la peluria fine che copre tutta la superficie corporea, la cessazione delle mestruazioni e il metabolismo basale ridotto; disturbi delle funzioni neurologiche ed endocrine.

E' osservazione costante che le anoressiche vanno incontro ad un isolamento sociale durante l'anno che precede la malattia; alcune dicono che si sono separate dalle amiche, altre che sono state escluse, altre ancora per il disaccordo con i valori dei coetanei in termini di condiscendenza. Molte di queste ragazze ricordano un preciso avvenimento o un'osservazione che le hanno fatte sentire troppo grasse.

Questa condizione si verifica solo raramente prima della pubertà, ed è molto più frequente tra le donne. E' sempre difficile, comunque, dire che cosa c'è alla base di un comportamento così irrazionale come l'auto-privazione del cibo.

L'anoressia maschile non presenta differenze sostanziali da quella femminile. I dati ricavati dalle ricerche epidemiologiche sul fenomeno riportano il problema in misura minore nei maschi, tuttavia sembra che, ultimamente, il disturbo dell'alimentazione sia in aumento anche tra gli uomini.

Gli uomini che soffrono di disturbi alimentari per il fatto di avere un problema di "natura femminile", evitano spesso il trattamento; spesso subiscono una considerevole stigmatizzazione, anche da parte delle stesse donne con gli stessi disturbi; e ancora, i clinici sono più riluttanti a diagnosticare un disturbo dell'alimentazione in un uomo; infine molte rassegne epidemiologiche condotte sulla popolazione generale, ignorano la popolazione maschile a causa della maggioranza femminile colpita da questo disturbo. Nel complesso, i dati a disposizione dicono che almeno il 10 per cento della popolazione maschile è affetta da disturbi dell'alimentazione. Un interessante studio condotto da Andersen e Di Domenico, spiega questa particolare disparità (Gordon, 2004, 117).

Nonostante siano simili i comportamenti alimentari e le preoccupazioni per l'immagine corporea tra i maschi e le femmine, c'è un numero di fattori scatenanti che sembra più comune tra gli uomini: il fattore atletico è uno di questi. Un altro tra i fattori, benché non universale, i conflitti sull'orientamento sessuale e l'omosessualità palese, sono piuttosto frequenti tra gli uomini con disturbi

dell'alimentazione, e in alcune ricerche circa il 50 per cento di anoressici maschi mostra tendenze omosessuali. Dubbi sulla propria virilità, possono dare adito nell'uomo allo sviluppo di tendenze omosessuali; dubbi che spesso sono originati da esperienze familiari problematiche. In particolare possono derivare dalla difficoltà incontrata durante l'infanzia a identificarsi con il padre. L'idea di incertezza relativa alla propria virilità, racchiude un fattore di rischio di disturbo alimentare. Attualmente, la percentuale di uomini che desidera perdere peso è aumentata rispetto agli anni passati, nonostante il numero piuttosto elevato di coloro che vogliono aumentare di peso. Ciò va collegato all'importanza che gli uomini attribuiscono al vigore e ai muscoli. "Reverse anorexia nervosa o muscle dysmorphia (dimorfismo muscolare) è l'espressione con la quale, da alcuni anni, gli psichiatri inglesi indicano la condizione di giovani dal bisogno di sviluppare la propria muscolatura. Tra le varie ricerche, ricordiamo che Harrison Pope e i suoi coll. dell'ospedale di Boston hanno identificato una sindrome tra i culturisti, chiamata "reverse anorexia" o "dismorfia muscolare". In questi casi, per lo più maschi, sviluppano un'ossessione per l'idea di non essere. Secondo Pope si tratta di un'ossessione socialmente dannosa, poiché porta come la magrezza, a evitare il contatto sociale e un assorbimento ossessivo in attività che rendono più muscolosi (Op. cit., 116-120).

Sembra che il primo caso di anoressia maschile sia stato descritto da R. William nel 1790.(vedere e segnare l'opera). Gull segnala questa sindrome nel 1874 e il predominio femminile come lo stesso Decourt (trovare l'opera) ha osservato solo otto casi maschili su 250 femminili. La stessa Bruch, in venticinque anni di pratica orientata in tal senso, ha trovato solo 9 casi maschili. Molti autori hanno constatato che la forma tipica di anoressia mentale insorge nel ragazzo in periodo prepuberale. Lo dimostrano i casi riportati da Falstein e coll. di 4 casi, di ragazzi di 10/12 anni, preoccupati per le dimensioni del proprio corpo. Lo stesso dicasi per i 4 ragazzi osservati su un totale di 28; corrispondevano a giovani di età inferiore ai 14 anni. Nel caso degli "anoressici cronici", i disturbi hanno avuto inizio nella prima infanzia e si sono protratti fino a migliorare, paradossalmente, durante l'adolescenza e ricomparire nell'età adulta. La restrizione alimentare compare in un contesto di

disturbi digestivi, astenie, etc. e assume spesso una coloritura ipocondriaca. Spesso sono evidenti perturbazioni dell'ambiente familiare (Op. cit., 125-126).

Analogia tra anoressia medioevale e moderna.

Benché l'anoressia medievale e quella moderna abbiano aspetti di sorprendente analogia, è importante esaminare le differenze tra le due. Un abisso separa la Modernità dal Medioevo, pertanto è ovvio che il fenomeno della privazione di cibo abbia un significato diverso; ciò che colpisce è il fatto che le anoressiche moderne digiunano per raggiungere un certo aspetto fisico esteriore: un obiettivo completamente laico che, almeno in apparenza, ha poco in comune con gli ideali morali e spirituali delle anoressiche medioevali. Le digiunatrici medievali si esprimevano mediante un vocabolario spirituale ricco ed elaborato, ricavato dalla visione magico-religiosa propria del cristianesimo medievale. Le moderne anoressiche, usano un linguaggio che fa riferimento al controllo del peso e alla magrezza, al contrario si avverte la lotta delle sante medievali per ottenere purezza e perfezione. Del resto, un'anoressica di straordinario talento, Simone Weil, (Cfr. Petrement J., 1994), illustre e famosa dal punto di vista intellettuale, elaborò una concezione alternativa del cristianesimo, densa di metafore impregnate sul cibo e sul nutrimento che ricorda le visioni delle digiunatrici medievali.

Nelle pratiche di digiuno dell'India antica, l'uso manipolatorio è più esplicito: digiunare era e ancora è parte integrante delle tradizioni indù. Un esempio: nei villaggi dell'India antica era pratica comune che il creditore si accampasse davanti alla tenda del debitore, digiunando finché il debito non veniva saldato. Questo "ricatto masochistico" usato anche da Gandhi nella lotta contro l'autorità britannica, divenne il simbolo estremo della nazione indiana. Lo sciopero della fame rappresenta la quintessenza dell'uso politico del digiuno, è uno strumento simbolico potente che di solito suscita reazioni solidali. E' interessante notare che nel corso della storia la grande maggioranza di coloro che hanno adottato questa forma di protesta politica era di sesso maschile (unica eccezione le suffragette). Al contrario, il digiuno femminile era ammissibile soltanto in ambito religioso o psichiatrico. La

protesta femminile deve restare celata sotto un linguaggio mistico o sintomatico. Nel XIX secolo, le manifestazioni pubbliche di ascetismo, da parte degli artisti, acquistano notorietà in Europa e negli Stati Uniti. La moda dell'artista affamato si afferma quasi nello stesso periodo in cui l'anoressia emerge quale disturbo riconosciuto. Un esempio il racconto di Kafka nel quale la psicologia inconscia del digiunatore e quella dell'anoressia sono di fatto identiche: la ricerca narcisistica mediante il controllo dell'appetito. Agli albori del XX secolo le suffragette sono state le prime donne ad utilizzare il digiuno come forma diretta di protesta politica. Il digiuno nelle anoressiche esercita comunque un'attrazione psicologica molto potente. Infatti, prima di dare il via alla dieta, l'anoressica si sente segretamente schiava, dipendente. Trasformandosi in digiuno, la dieta poi comincia a produrre un senso eccitante di potere e di indipendenza.

La soppressione delle necessità fisiologiche e delle sensazioni fondamentali –fatica, pulsione sessuale, fame, dolore- permette al corpo di compiere imprese eroiche e all'anima di comunicare con Dio. Tale particolare sistema di compensazione, una volta innescato, diventa poi autoindotto e autopetruantesi, un caso classico di circolo tra stimolo e risposta. Ma una straordinaria attività fisica e il digiuno non possono coesistere molto a lungo. Giunta al punto critico, la santa anoressica è disposta a obbedire non al consiglio di un abile medico ma alle richieste di un'autorità più alta. La morte diventa una logica, dolce e totale liberazione della carne. Il cammino da compiere in santa autorità è segnato, ed esso dà ricompense estreme. La fine è più semplice da spiegare che l'inizio (Bell, 2004,15-17).

Santa anoressia

L'interpretazione psicosomatica dell'anoressia nervosa, offre ipotesi molto utili allo studio della santa anoressia. Essa, implica il bisogno di fissare una identità personale, un conflitto interiore, un desiderio di autonomia. Nel lavoro "Saints and Society", Donald Weinstein e R. Bell (1982) propongono una distinzione netta tra santi e sante, specialmente nei confronti dei loro esercizi di ascesi, basata sulle loro

differenti percezioni della localizzazione del peccato. Per le donne il peccato era interno e il Diavolo una forza parassitaria connaturata, mentre per gli uomini il peccato era una risposta impura a uno stimolo esterno, che lasciava il corpo inviolato. Nelle allucinazioni delle sante anoressiche abbondano serpenti, rospi e bestie feroci, ma come possiamo essere sicuri che tali immagini abbiano un significato sessuale oltre che religioso? La letteratura medica più recente sull'anoressia nervosa è andata oltre la semplice considerazione della componente orale ed ha proposto un'interpretazione che offra migliori prospettive all'analisi della santa anoressia (Bell,1998,19-23).

La santa anoressica non si arrende mai, e alla fine può morire delle sue privazioni; rifiuta la pratica cattolica di passività e dipendenza attraverso la mediazione dei sacerdoti e l'intercessione dei santi, e così diventa lei stessa una santa. Generalmente è una figlia felice e obbediente di genitori protestanti e forse a volte nobili. E' in qualche modo una figlia speciale, qualche volta l'ultima e la prediletta, altre volte l'unica superstite, sempre molto amata. I segni precoci della sua straordinaria santità possono essere comparsi sin dai primi giorni della sua vita, ma anche i più singolari non possono far presagire l'amara lotta che dovrà sostenere più tardi. I suoi devoti genitori, al principio, incoraggiano i suoi impulsi spirituali. Ben presto, tuttavia, la natura convenzionale della loro religiosità ha il sopravvento ed essi cominciano ad osteggiare questa figlia che non solo rifiuta ogni loro consiglio, ma anche le regole conventuali. La giovane per poter divenire più bella agli occhi di Dio, può tagliarsi i capelli, sfigurarsi il volto e indossare ruvidi stracci. Per poter pensare più spesso alla Passione può camminare con trentatrè sassolini nelle scarpe o infilarsi spilli d'argento nel seno. Rimane tutta la notte con le braccia tese in preghiera e in penitenza e smette di mangiare, traendo il proprio nutrimento dall'ostia. La stessa Caterina da Siena rigettava il minimo briciolo che aveva inghiottito. Di fronte agli altri la giovane santa era docile e non si lamentava mai, era persino servile, eppure nell'ambito spirituale i suoi successi erano grandissimi (Bell, 1998, 24-25)

Le anoressiche del XIV e quelle del secolo XX non vogliono nutrirsi perché ne aborriscono le conseguenze. E pur di diventare sante o di dimagrire, accettano con gioia gli effetti del loro digiuno (Bell, 1998,208).

Un'analisi dei criteri diagnostici di Feighner (1972), che si riferiscono agli stati attitudinali, dimostra una notevole somiglianza tra la santa anoressia e l'anoressia nervosa, quanto la "santità sia giustapposta alla magrezza. Inoltre vi sono buoni motivi di paragonare la santità medievale alla magrezza contemporanea. Entrambe rappresentano due stati ideali negli ambienti culturali considerati. Nell'Italia medioevale la "santità" era tenuta in grande considerazione ed era uno stile di vita molto ricercato. Alle donne venivano presentati modelli di santità ai quali dovevano aspirare (Chiara di Assisi, Caterina da Siena). Analogamente, nella cultura contemporanea, la "magrezza" è continuamente decantata come modello ideale della bellezza femminile. Le adolescenti sono letteralmente sommerse da messaggi culturali che attribuiscono un enorme valore alla capacità di dimagrire e di mantenere la linea. Altri parallelismi tra la santa anoressia e l'anoressia nervosa evidenziano che sia nell'Italia medievale che nel secolo XX le anoressiche sono iperattive, perfezioniste e mai soddisfatte dei risultati dei loro sforzi per essere sante o magre. I loro pensieri sono ossessivamente rivolti alla santità o alla magrezza. Le sante anoressiche e le loro attuali controparti, affermano di non avere alcun interesse per i comuni rapporti umani. Si considerano autosufficienti e indipendenti, sempre pronte ad aiutare gli altri, ma contrarie a ricevere ogni tipo di aiuto.

Il rapporto tra la santa anoressia e l'anoressia nervosa in relazione ai bisogni e desideri interiori richiede una particolare attenzione. Le sante anoressiche detestavano i loro desideri corporali; le attuali anoressiche sono ugualmente diffidenti nei confronti del proprio corpo. Il cibo e il desiderio di mangiare sono essenziali, ma ne provano repulsione. Analogamente accade nei confronti del sesso e sono disgustate dall'egoismo (Bell,1998,209-210).

E' interessante osservare che la reazione della gerarchia cattolica alla santa anoressia presenta alcune somiglianze con gli attuali metodi di cura. Generalmente, i confessori che erano tanto intimi di molte se non tutte le sante, ricordano molto da

vicino gli psicoterapeuti del secolo XX. Allora, come ai nostri tempi, l'intento era di istituire un sistema di ricompensa-punizione che dovesse modellare e controllare il comportamento. Inoltre, le diverse regole e consuetudini alimentari che venivano spesso consigliate alle sante per mitigare la loro astinenza sembrano simili a quelle dei medici e dietologi attuali circa le proprietà caloriche dei cibi consigliate alle anoressiche. Secondo Bell: è possibile che le anoressiche medievali siano state dichiarate sante proprio perché nessuno riusciva a capirle. La gente nel Medioevo ascriveva al cielo tutto ciò che non poteva essere compreso sulla terra

Le Sante Anoressiche

L'uso della privazione volontaria del cibo come strumento di manipolazione e controllo di sé e degli altri ha, in realtà, una lunga storia e costituisce una strategia impiegata soprattutto dalle donne. “La vergine forte”, di cui parla J. Hubert Lacey, era la figlia di un re portoghese, divenuta poi santa Wilgefortis e vissuta attorno al X secolo. Lacey avanzava l'ipotesi che la storia della santa presentava alcuni elementi di analogia con il comportamento anoressico utilizzato di fronte alla prospettiva di andare sposa a un brutale re di Sicilia. Cominciò a digiunare e divenne così emaciata che il pretendente ruppe il fidanzamento e il padre la fece crocifiggere. Più attendibili sono i casi di privazione volontaria del cibo in donne del Basso Medioevo e degli inizi dell'Età Moderna in Europa, molte delle quali finirono per essere santificate dalla chiesa. Queste donne sono state definite “sante anoressiche” da Rudolph Bell nel suo libro sconvolgente. Come le pazienti attuali, la maggioranza delle “sante anoressiche” cominciava a digiunare nell'adolescenza. Il loro comportamento di radicale ascetismo, che finiva per rendere i loro corpi asessuati e sterili, le escludeva dalla vita coniugale, spesso in aperta sfida alla famiglia, che sperava in un matrimonio combinato. Il comportamento eccentrico e masochista di queste donne, secondo un'ipotesi di Caroline Bynum, sembra costituisse un tacito rimprovero nei confronti delle famiglie in gran parte appartenenti a un ceto mercantile laico e materialista, che si sentivano a disagio di fronte alla religiosità e all'ascetismo fanatico delle figlie. Interessante è la politica

sessuale implicita in questi antichi esempi di privazione volontaria del cibo. La maggior parte di queste donne era restia ad accettare le limitazioni convenzionali del ruolo femminile e aspirava a qualcosa di più elevato. L'idea di una autonomia spirituale o di una autorità femminile era del tutto inaccettabile per la chiesa (Gordon, 2004,199-201).

La giovane donna italiana del Medioevo in lotta per l'autonomia, non diversamente dalle moderne ragazze americane, inglesi o giapponesi di fronte al medesimo dilemma, a volte spostava la lotta dal mondo esterno, in cui subiva una sconfitta sicura, a una battaglia interiore per ottenere la padronanza su se stessa e sui propri impulsi fisici. Una ragazza aveva aperte davanti a sé meno strade di un ragazzo; fino a un'epoca piuttosto recente, con qualche eccezione di alcune nobildonne, l'unica via era il passaggio dalla dominazione paterna alla sottomissione maritale. La cultura occidentale condanna ogni tipo di deviazione da questo modello; le donne si trovano in condizioni sfavorevoli, psicologicamente dominate dal senso di colpa. –Zitella- e non –scapolo-; -puttana- e non –cicisbeo-; prostituta- e non –gagà- Queste parole introducono la distinzione tra i due sessi, offrono l'immagine di una realtà storica profonda, che nell'uomo ha un comportamento tollerante o disapprova ammiccando, ma che condanna nella donna, specialmente nel campo sessuale e matrimoniale.

In questo senso la risposta anoressica è senza tempo. E almeno temporaneamente, è una vittoria potente e reale sull'unica cosa che la civiltà occidentale (o occidentalizzata) permette a una ragazza: di conquistare se stessa. Ma la vittoria spesso porta all'autodistruzione.

Molte erano le streghe, poche le sante. Nei tempi antichi comportamenti simili richiedevano l'intervento dei preti o guardiani maschi, praticanti una teologia patriarcale che vedeva nelle donne Eva in tutta la sua malvagità; solo nel XX secolo questi casi “devianti” sono rimessi alle cure dei medici della razionalità scientifica. Aspetti dell'anoressia erano comuni nel XIII secolo anche tra le mogli e madri. La maggior parte di loro aveva superato i venticinque anni o addirittura avevano passato anche la menopausa, e avuto anni di esperienza di attività sessuale. Spesso dopo la morte del marito si sottoponevano a periodi di digiuno estremo.

Un esempio di santa anoressica di questo secolo è Margherita da Cortona concubina per diversi anni, ebbe un figlio da lui ; dopo la morte del compagno Margherita rimase con il figlio e da allora iniziò la sua vita di pentimento di sofferenza.(Bell,1998,108).

Comunque, l'anno 1500 sembra rappresentare una sorta di spartiacque nella storia della santa anoressia. Il comportamento che un tempo si riteneva ispirato dal soprannaturale può essere visto, sotto un'altra luce, come il prodotto di sviluppi umani (Ibidem,206). Alla donna-oggetto, sopravvissuta a pratiche di spiritualità interiore, succedette la donna-soggetto, creatrice del suo destino. Nel descrivere questo comportamento nella "santa anoressia", Bell vuole attirare l'attenzione sulle somiglianze e le differenze tra essa e l'"anoressia nervosa". L'aggettivo è determinante. Il fatto che l'anoressia sia santa o nervosa dipende dal tipo di cultura nella quale si trova la giovane che lotta per acquisire il dominio della propria vita. In entrambi i casi l'anoressia insorge quando la giovane tende a un fine socialmente molto apprezzato (salute corporea, magrezza, autocontrollo nel ventesimo secolo / salute spirituale, digiuno e autoprivazioni nel cristianesimo medievale). La moderna anoressica soffre di una *distorsione visiva*, per cui si "vede" allo specchio realmente più pesante e grassa. La santa anoressica "*vede*" l'anello di Dio al suo dito e un posto per lei in paradiso, "*sente*" l'amore di Dio e si ciba della sola ostia. Entrambe perseguono con devozione fanatica e ossessiva i propri obiettivi, approvati dalla società, esternamente diversi, ma psicologicamente analoghi. Alla fine il loro comportamento autodistruttivo e pericoloso richiama l'attenzione della famiglia, di amici e dei medici.

Santa anoressica: Caterina da Siena

Un caso notevole di santa anoressica è quello di Caterina da Siena.

" Al nome di Gesù Cristo crocifisso e di Maria dolce... Io Caterina, serva e schiava de' servi di Gesù Cristo inutile, mi vi raccomando, con desiderio di vederci trasformati e uniti in quella dolce eterna e pura verità...". Caterina diventa la sposa

di Cristo, non la sua ancella, la sua sposa e comunica regolarmente con Lui, attraverso Maria e attraverso la santa ostia. E ancora “.. mandatimi dicendo che singolarmente io pregassi Dio ch’io mangiassi. E io vi dico, padre mio, e dicovelo nel cospetto di Dio, che in tutti quanti e’ modi ch’io o’ potuti tenere, sempre mi so’ sforzara, una volta o due el dì, di prendere cibo.... Che in questo atto del mangiare io viva come l’altre creature, s’egli è sua volontà, però che la mia ci è... Io, per me, non so che altro rimedio ponarci, se no ch’io prego voi... che mi dia grazia, che mi faccia prendere el cibo, se li piace. .. Pregovi che, quello rimedio che voi ci vedete, che voi me lo scriviate,...io el farò volentieri”.

Caterina era una giovane donna di circa ventisei anni quando dettò queste parole, siamo intorno al 1373-74. La fonte principale d’informazione su Caterina Benincasa, a parte i suoi scritti, è una biografia composta all’incirca nel decennio successivo alla sua morte da Raimondo da Capua, il suo confessore e sua guida spirituale nel 1374. Su queste fonti edificò una *-legenda-*, termine che per lui significava: testimonianza, un documento autorevole della sua vita, in vista di una possibile canonizzazione di Caterina. “La vita” o “Legenda” di Raimondo da Capua diventò un punto di partenza per la definitiva canonizzazione di Caterina nel 1461. La sua vita diventò un modello e fu imitata nel corso dei due secoli successivi dalle sante anoressiche. L’opera si compone di trenta capitoli; il diciassettesimo, è dedicato alle abitudini alimentari di Caterina.

Essere la serva di Dio significa non essere soggetta all’autorità di nessun uomo. Cancellare ogni sensazione umana di dolore, fatica, desiderio sessuale e fame significa essere padrona di se stessa. Ogni sua azione, in ogni campo, come lei stessa diceva, era guidata dal suo sposo spirituale Gesù Cristo, e non si faceva condurre né consigliare da esseri terreni. Tutti sapevano che non mangiava quasi nulla; la sua astinenza andava molto al di là dei severi e rituali digiuni ai quali si sottoponevano i più santi uomini e donne del suo tempo, e spesso era in diretto contrasto con gli ordini espliciti dei suoi confessori. Molti di questi, incaricati di sorvegliarla, controllarla e guidarla sulla via di santità, le ordinavano di mangiare. Per qualche tempo obbediva, ma la presenza sia pure di un solo boccone di cibo nello stomaco le procurava il vomito. Avvertita che andando avanti con queste

abitudini alimentari avrebbe rischiato di morire, Caterina ribatteva che mangiando si sarebbe ugualmente uccisa, e perciò avrebbe preferito scegliere di morire di fame e nel frattempo comportarsi come credeva.

Da giovane Caterina si era sottoposta a digiuni rigorosi, ma non eccessivi. Poi, all'epoca della sua conversione alla santità totale, che iniziò quando non aveva ancora sedici anni, ridusse la sua dieta a pane, vegetali crudi e acqua. Circa cinque anni dopo, in seguito alla morte del padre e alle visioni in cui Cristo le diceva di rinunciare alla sua vita solitaria e di cercare la compagnia di uomini e donne di mondo, perse l'appetito, e non poté più mangiar pane. Raimondo riferisce i disturbi anoressici di Caterina basandosi sulle confessioni rese a lui stesso e dagli scritti del suo predecessore

Come le anoressiche del nostro tempo, poteva essere fisicamente molto attiva, dormiva molto poco, e assicurava che avrebbe mangiato molto volentieri, ma non aveva appetito. Il risultato era l'entrata in quel ciclo del mangiare-vomitare, che è comune alle anoressiche acute a lungo termine.

Il senso di colpa le veniva, ogni volta, dal fatto di seguitare a vivere quando tante persone amate erano morte (Bell, 1998, 49). Il prezzo da pagare era grande, una vita di dura penitenza e solitudine. Rafforzata da un patto personale con Dio, Caterina sortì una battaglia contro la sua famiglia. (Ivi, 50).

Si flagellava tre volte al giorno con una catena di ferro (Ivi,53).

Restò prigioniera della logica della sua vita e ne fu emotivamente distrutta. Nel gennaio del 1380 pose fine al suo completo sciopero della fame (ivi,61).

Spesso la santa adolescente anoressica dell'Italia medievale e protomoderna decideva di entrare in convento e di condurre una vita di intensa spiritualità. Il mondo claustrale per queste giovani donne era vitale e animato e forniva un'importante cornice di stabilità fisica e psichica. Per la donna era un modo per ribellarsi contro le sue condizioni sociali, e insieme “una via positiva per conquistare la propria realtà individuale e la propria autosufficienza”. La reclusione permetteva alla donna di rifiutare il suo destino di “funzionaria dell'uomo e della sua cultura” e di sperimentare l'ebbrezza della “vera autonomia” nel contesto di una istituzione riconosciuta valida dalla società. (Ivi,66).

Un modello di santa anoressica “guarita” si può riassumere in breve: una bambina dall'apparenza ubbidiente, ma di carattere fortemente volitivo, viene educata nella religione, generalmente dalla madre. Compiuti i dieci anni, il padre prende il sopravvento e la costringe a sposarsi, lei resiste e giunge a mostrare i sintomi classici dell'anoressia; alla fine si rifugia in un convento, o il padre muore, o in qualche modo la sua volontà viene drammaticamente spezzata durante il noviziato, e per molti anni seguenti, è profondamente depressa, tormentata da visioni demoniache e sempre “incapace di mangiare”. Gradualmente, in genere verso i trenta anni, “guarisce” e diventa attiva nelle cure del convento, spesso eletta a superiora (Ivi, 67).

Queste donne dichiaravano una guerra senza quartiere al proprio corpo. La spinta alla distruzione del corpo è particolarmente importante fra le sante anoressiche che sono state sposate. Siccome vergini o pie vedove non hanno rapporti sessuali, il cibo è l'unica cosa che entra nel corpo e loro scelgono di dire no. P.134

Prima del secolo XIII si possono accertare pochissimi casi di santa anoressia, per la scarsa documentazione. La sindrome del comportamento anoressico non consiste soltanto nel rifiuto del cibo, ma anche in una crisi della personalità in fatto di autonomia, che nelle antiche leggende non è trattata. Il prototipo di questi racconti è la tentazione di Gesù nel deserto, quando digiunò per quaranta giorni e quaranta notti. Il punto essenziale del vangelo è il suo rifiuto della tentazione di Satana, in quanto Gesù è affamato, cosa che le sante anoressiche raramente ammettono. Per Gesù e per altri che andavano nel deserto, il digiuno era una penitenza controllata, intrapresa per depurare il corpo dalle impurità e per temprare lo spirito alla battaglia in difesa della fede. Le sante anoressiche, al contrario, ricevevano dalle autorità religiose l'ordine di mangiare, ma affermavano di non poterlo fare.

Il digiuno nella preparazione cerimoniale è comune a tutte le religioni. Il comportamento anoressico, si tratti del genere trecentesco o del tipo secolare del ventesimo secolo, quale che sia all'inizio il suo intento (la santità o la snellezza), non ha chiaramente un limite, né accetta un termine, e neppure si pone una meta. p 137

I vangeli sono concordi nel negare che il digiuno possa essere una via alla santità.

Almeno per il mondo occidentale, l'impulso ascetico ha i suoi antecedenti storici più nell'antica Grecia e in Oriente che nella fede Giudeo-Cristiana. Lo si può vedere nei Pitagorici, il cui dualismo pose le basi di una più tarda giustificazione delle mortificazioni corporali come mezzo di liberazione dell'anima dal corpo. Ne parlò Platone, Aristotele, Tommaso d'Aquino.

Il trionfo della moderazione è dato da Benedetto da Norcia nel VI secolo. Sulla scena italiana la maggiore santa anoressica è Chiara d'Assisi.

Nel XIII la santa anoressia si spostò dal convento alla casa., tanto che nei secoli XIV e XV quasi la metà delle sante italiane non si facevano suore. Ostilità verso gli uomini, un desiderio di voler lottare attivamente contro le strutture patriarcali e la parte maschile del clero, il bisogno di raccontare la propria storia, crebbe nel tempo. L'influenza del modello anoressico era cresciuto e la sua diffusione si stava allargando.

Quasi tre secoli dopo il suo inizio, questo modello di comportamento raggiunse il culmine. Finalmente era evidente che la santità della donna era conseguenza di sacrifici e di volontà; la santa non poteva più essere considerata semplicemente un ricettacolo di grazia divina, sempre bisognosa di guida maschile.. Una vivente e potente alternativa alle due Marie, la vergine e la prostituta convertita, era stata riconosciuta e accettata. p.174.

I parenti, e i genitori, perseguono questi fini con successi soltanto marginali e spesso l'onorano solo superficialmente. Lei, invece, emerge da una situazione psichica di paura e insicurezza, superficialmente mascherata dal suo desiderio esteriormente gradevole di diventare un campione nella corsa alla perfezione (fisica o spirituale). L'anoressia diventa la sua identità e il digiuno volontario va al di là del controllo della sua coscienza. L'insicurezza (“non sono nessuno: sono un'indegna e umile peccatrice”) cede a una sicurezza assoluta. *Tra le anoressiche medievali il cui numero è impossibile da stabilire, probabilmente solo una piccola percentuale riuscì a convincere i genitori e poi i funzionari ecclesiastici che il loro strano comportamento era ispirato da Dio. Avevano evidentemente bisogno di un grande carisma e di un'esteriore fiducia in se stesse (nonostante i dubbi interiori mai*

completamente risolti) per iniziare e poi mantenere una simile condotta. Le poche che riuscirono a farlo divennero oggetto di timore e reverenza. La loro anoressia cominciò ad essere considerata come l'aspetto esterno di un eroico, ascetico masochismo ampiamente giustificato nella letteratura della religiosità cristiana. Op.cit. 24-27

2.4. Bulimia nervosa

All'inizio degli anni Ottanta, un altro problema legato all'alimentazione cominciò venir fuori: la *bulimia nervosa*: - un'orgia alimentare- seguita da svuotamento dello stomaco (di solito vomito provocato). Al pari delle anoressiche, le bulimiche hanno l'ossessiva ricerca della magrezza e del terrore mortale di ingrassare (Gordon, 2004, 4-5).

Se l'anoressia, che un tempo era un disturbo raro, è aumentata fino a diventare abbastanza diffusa, l'improvvisa crescita della sindrome bulimica oggi non lo è da meno. E' difficile determinare quando la *bulimia nervosa* si sia diffusa. Si parla di questa sindrome in un lavoro della Bisskind-Lodahl come sindrome diffusa nei campus universitari statunitensi a metà degli anni Settanta.(Cfr. Gordon, 2004, 73).

La *bulimia nervosa*, una pericolosa variante dell'anoressia nervosa, il cui quadro clinico fu proposto alla comunità scientifica come diagnosi autonoma solo a partire dal 1979 con lo psichiatra Gerald Russell, il quale pubblicò un articolo sulla prestigiosa rivista "Psychological Medicine" diventato in seguito un riferimento classico. Con lo studio fondamentale di Gerald Russell sulla sindrome bulimica, da lui descritta in quell'articolo intitolato " *Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa*, pubblicato nel 1979, fu coniato il termine *-bulimia nervosa-*. Lo straordinario incremento di bulimiche in cerca di un trattamento potrebbe essere dovuto a un disturbo dapprima celato e solo più tardi manifestato apertamente (Ibidem).

Il primo studio epidemiologico sulla bulimia fu condotto da Katerine Halmi e coll. in occasione dell'immatricolazione estiva a un'università di New York. Fu sottoposto un questionario alle matricole e risultò che il 13 per cento del campione rispondeva ai criteri clinici della bulimia. In altri studi epidemiologici come quello effettuato da Harrison Pope, con la somministrazione del questionario a 304 commesse, il 10 per cento dei soggetti che riconsegnarono il questionario riferiva di aver avuto in passato episodi di bulimia e quasi il 5 per cento dichiarava di soffrire di disturbi bulimici. I soggetti avevano tutti un'età compresa tra i 20 e i 40 anni. Altri studi condotti sempre da Pope e coll. nei campus universitari indicarono una prevalenza assoluta di bulimia dal 10 a un massimo del 20 per cento.

Pare che in questi ultimi anni, il problema della bulimia nervosa affligga circa un milione di donne americane e un numero molto più elevato nel resto del mondo industrializzato. Malgrado l'ampia documentazione relativa alla bulimia, essa resta ancora una questione circondata da un'aura di vergogna e di segretezza.

Bulimia nervosa nella storia

Stili alimentari bulimici erano stati segnalati fin dall'antichità. *Bulimia* è una parola che viene direttamente dal greco “*bous = bue e limos = fame*” e significa “fame da bue”. Usata già ai tempi di Ippocrate, Aristotele, sempre con il significato di fame enorme, smisurata. Lo stesso Seneca dipingeva con parole lapidarie i comportamenti alimentari diffusi nell'antica Roma dove i voraci commensali avevano l'abitudine di provocarsi il vomito più volte allo scopo di rendere interminabili i banchetti. Il mangiare per vomitare e il vomitare per mangiare dei romani era una forma d'ingordigia condivisa e codificata nell'epoca. Somiglia molto poco alla bulimia nervosa, solitaria e segreta, assediata dal terrore di ingrassare e da problemi con l'immagine corporea.

La bulimia nervosa è molto più diffusa nelle grandi città che nei piccoli centri e nelle campagne. Queste differenze sono meno evidenti per l'anoressia.

La tendenza all'eccesso alimentare, che accompagna l'essere umano sin dalle origini della sua esistenza, si associa nella nostra epoca a preoccupazioni del tutto particolari per il peso e l'aspetto del corpo e a pratiche compensatorie che prevengono l'ingrassamento e costituiscono quella nuova sindrome che chiamiamo, dal 1979, *bulimia nervosa*. La descrizione medica di casi che oggi definiremmo di *bulimia nervosa* è probabilmente il saggio presentato alla Società psicanalitica tedesca il 12 aprile 1932 da Moshe Wulf. (cit., 37).

Anoressia e bulimia colpiscono soprattutto le donne. Il rapporto tra casi femminili e casi maschili è 10:1 per l'anoressia e 20:1 per la bulimia. L'anoressia in passato prediligeva le classi sociali medio-alte. Negli ultimi due decenni tutti i disturbi del comportamento alimentare si sono equamente diffusi nei vari strati sociali (Cuzzolaro, 2004, 49).

Esse sono sindromi "culture bound", culture e specifiche di alcuni paesi. E' un dato importante per la comprensione del peso dei fattori sociali e culturali nella loro patogenesi. Sono disturbi frequenti nei paesi ricchi e fortemente industrializzati: Europa occidentale, Stati Uniti, Canada, Australia e Nuova Zelanda, Sudafrica, Giappone. Sono assenti o molto rari nei paesi poveri dell'Africa, dell'Asia e dell'America Latina, dove la loro incidenza sale insieme con lo sviluppo economico e l'occidentalizzazione della cultura.

Anoressia e bulimia appaiono legate a valori e conflitti specifici della cultura occidentale, connessi in particolare con la costruzione dell'identità femminile e al ruolo familiare e sociale della donna. La diffusione di queste patologie nei paesi dell'Est europeo, del Terzo mondo e fra gli immigrati da nazioni povere verso nazioni ricche appare correlata al miglioramento delle condizioni economiche e, ancora di più, ai processi di occidentalizzazione culturale. E' da notare che nei paesi poveri, parallelamente all'aumento dei disturbi del comportamento alimentare stanno aumentando, in misura esplosiva, i casi di obesità (Ivi, 39).

Come nell'anoressia, anche nella bulimia *i fattori* che determinano questa patologia sono: *individuali, familiari e culturali*.

Individuali: il genere –femminile (in larga parte), l'età –adolescenza prima giovinezza, tratti ossessivi di personalità, aspettative esasperate, perfezionismo

patologico, grande difficoltà nel processo di separazione-individuazione, rifiuto del corpo adulto e della sessualità, fissazione all'infanzia e a forme infantili di dipendenza e di controllo.

Familiari: predisposizioni genetiche, scarsa definizione dei ruoli del gruppo familiare, incapacità di riconoscere e incoraggiare la distinzione, la separazione, l'autonomia.

Sociali: sono frequenti il bisogno di rispondere alle aspettative sociali, la dipendenza dal consenso ammirazione degli altri. La competitività esasperata, l'esaltazione della magrezza, le sollecitazioni dai media, la moda e quant'altro a cui è esposta la donna nell'era postmoderna.

Le anoressiche e le bulimiche usano il tipico linguaggio contemporaneo che si usa sulla mania delle diete, della magrezza e del controllo dell'alimentazione, divenuti fattori endemici delle società industriali avanzate. Tali preoccupazioni vengono usate come difese che permettono di sfuggire a un disagio interiore incontrollabile che ruota, nella maggioranza dei casi, attorno a problematiche di identità.

La bulimia come l'anoressia sono disturbi socialmente strutturati, sono una possibilità "alla moda" di distinguersi tramite la devianza; hanno un certo fascino, provocano, nello stesso tempo, ripugnanza a causa del loro radicamento in contraddizioni sociali percepite da tutti.

I disturbi dell'alimentazione hanno una connotazione politica, dal momento che sono connessi alla questione del controllo del corpo femminile e della conformità agli standard di bellezza (Ivi, 11).

La famiglia della bulimica

Le problematiche del potere hanno importanza cruciale anche nelle dinamiche familiari delle bulimiche. In queste famiglie scontri e conflitti sono molto più espliciti rispetto alle famiglie delle anoressiche. In un'atmosfera spesso esplosiva, sono comuni i problemi di abuso di alcol, stupefacenti, oppure la sovralimentazione compulsiva e l'obesità. In queste famiglie la separazione è altrettanto problematica della convivenza: è come se un legame ambivalente tenesse insieme la famiglia. Le

pazienti bulimiche interiorizzano queste modalità di relazione fortemente ambivalenti. In generale la bulimica, durante la crescita, è fortemente condizionata dalla figura paterna critica, a volte offensiva; la madre è percepita come debole e inefficace. L'incapacità di lasciare la casa, è l'espressione culminante della difficoltà a raggiungere l'indipendenza che ha attanagliato diverse generazioni di donne. Come nell'anoressia, la ricerca di potere da parte della bulimica è autodistruttiva. Infatti il "potere estremo" che risiede nei sintomi sta nelle gratificazioni che la bulimica riceve per la sua magrezza e questo feedback purtroppo finisce per rinforzare il sintomo e cronicizzarlo (Gordon, 2004, 209-210). Dall'anoressia e dalla bulimia si può guarire. Le cure sono per lo più lunghe, difficili, a volte drammatiche.

2.5. Obesità

Nel mondo contemporaneo, le preoccupazioni estetiche per l'immagine del proprio corpo si concentrano molto sul peso e sul grasso. Molte persone grasse si vergognano dolorosamente di esserlo. Molte persone si sentono grasse senza esserlo.

Nelle società industriali avanzate, un numero sempre più elevato di individui, soprattutto donne, dedica grande attenzione e preoccupazione al controllo del peso e dell'immagine per mezzo delle diete (Cuzzolaro, 2004, 33).

Sullo sfondo del progressivo aumento di attenzione all'immagine corporea si colloca l'altresì progressivo aumento dei disturbi del comportamento alimentare includendo l'obesità e il suo rischio. L'interesse per il soprappeso come grande problema medico è nato nel Novecento.

Nella stessa epoca, la magrezza si è imposta come uno dei requisiti fondamentali della bellezza soprattutto femminile. Il problema si è esasperato a partire dalla fine degli anni sessanta del secolo scorso. Una generazione fa, negli Stati Uniti, la media delle modelle pesava l'8% in meno della media delle donne americane della stessa età; oggi pesa il 23% in meno. La forbice del peso ideale proposto dagli stereotipi

mediatici e il peso reale della popolazione si è sempre più aperta. La rivista “Psychology Today” già nel 1985, mise in evidenza che il 41% degli uomini e il 55% delle donne americane erano insoddisfatte del loro peso corporeo e dato ancora più importante, che il 29% degli uomini e il 47% delle donne si consideravano in soprappeso pur avendo un peso normale. Sono dati che aiutano a comprendere la diffusa insoddisfazione femminile per il proprio corpo e la ricerca di esilità irrealistiche.

Nell’arco di vent’anni (1970-90) in 32 numeri della rivista “Seventeen” (i cui lettori per la gran parte adolescenti) solo 24 articoli erano dedicati agli aspetti nutritivi dell’alimentazione, la metà di questi articoli insegnava, a perdere peso attraverso il conteggio delle calorie o la categorizzazione dei cibi in buoni e cattivi. La stampa per lettori adulti non si comporta in modo troppo diverso (Ivi, 34).

Analizzando per un anno (1999) il “Corriere della Salute” l’inserto settimanale di medicina del quotidiano “Corriere della Sera”, le informazioni raccolte sono che: gli articoli pubblicati e nel titolo e/o nel contenuto, dedicati all’alimentazione, sono risultati in totale 199:36 (18%) collegavano l’alimentazione all’estetica; gli inserti pubblicati dedicati agli alimenti , integratori, sono risultati in totale 282: di questi, 120 (43%) contenevano un messaggio o un’immagine che legava l’alimentazione all’estetica del corpo.

A questo intreccio confuso di indicazioni mediche e stereotipi estetici di massa, soprattutto femminili, si deve il fatto che il 90% delle persone in cura per *obesità* sono donne, benché i rischi per la salute sono maggiori per gli uomini.

Gli studi diretti a misurare la prevalenza dei disturbi del comportamento alimentare, clinici e sublimali, in vasti campioni di popolazione scolastiche romane. Tra le informazioni raccolte, una riguarda il giudizio sul proprio peso corporeo. Il 30% circa delle ragazze, di età compresa tra i 15 e i 20 anni, si giudicava grassa. Quasi una su tre. Inoltre, ed è questo l’aspetto più importante, l’indice di massa corporea medio delle ragazze che si giudicavano soprappeso non era maggiore di quello delle altre in una misura che fosse statisticamente significativa.

Sono davvero tante, dunque, le ragazze che affidano al tentativo di dimagrire la soluzione di conflitti, insoddisfazioni, problemi psicologici di varia natura. Sono

persone che non correrebbero gravi rischi di sovrappeso ma che, sulla base di una cattiva accettazione della propria immagine fisica e corporea, sviluppano disturbi del comportamento alimentare che a volte, sembra un paradosso, cadono nell'*obesità*.

Le culture umane hanno nel tempo valorizzato vari tipi corporei. In base agli studi che paragonano civiltà diverse, nella maggioranza delle culture umane la grassezza è stata preferita alla magrezza soprattutto nelle donne. La spiegazione più diffusa di questa scelta si fonda sul determinismo economico: nelle società in cui le risorse e le ricchezze sono limitate, il corpo grasso è oggetto di ammirazione in quanto simbolo di ricchezza e di scorte abbondanti (soprattutto di cibo). Il rapporto fra grassezza e riproduzione si può cogliere con la massima evidenza nei rituali africani della “cerimonia di ingrasso” e delle “stanze dell’ingrassamento”, un tempo diffuse nell’Africa centrale e orientale. Dopo la pubertà (generalmente tra i 15 e i 18 anni) le ragazze venivano intenzionalmente sovralimentate; successivamente, i loro corpi abbondanti venivano mostrati alla comunità con una cerimonia volta a celebrare le capacità riproduttive e la condizione economica. Oggi quei rituali sono pressoché scomparsi. Le donne più anziane ricordano l’esperienza di queste cerimonie, le loro figlie, soprattutto quelle che studiano e vivono nei centri urbani, sono oramai influenzate dai moderni modelli di magrezza (Gordon, 2004, 133-134).

Nelle società dell’abbondanza, l’*obesità* si riscontra di solito nelle persone delle classi sociali povere e inferiori. La disponibilità di cibo è premessa indispensabile dell’*obesità*; se si osserva la scarsa o scarsissima disponibilità di cibo nei paesi sottosviluppati, si può comprendere come questo disturbo è ad appannaggio solo delle persone privilegiate (Bruch, 1982, 27). Nella nostra società, che attribuisce tanto valore alla snellezza, la pressione cui sono esposti gli adolescenti obesi, si riflette in prove di proiezione da cui risulta che ragazze delle classi superiori soffrono di un’eccessiva sensibilità e ossessiva preoccupazione per la loro corpulenza; vi si associa una tendenza alla passività e all’isolamento dal proprio gruppo e il senso di essere vittime di un pregiudizio molto radicato (L.F. Monello e J. Mayer, 1963).

L'adolescente grasso si sente discriminato ma finisce con l'accettare questo trattamento giusto. Si sente incapace di sfuggire alla sua situazione, si chiude timidamente in se stesso, cerca di riuscire gradevole tanto da sopportare le offese (M.J. Cahnaman, 1968). in (Bruch,1982:34-35).

Dal punto di vista antropologico l'atteggiamento di vari popoli primitivi verso l'*obesità* risulta essere una cosa molto rara. Solo in alcuni popoli della Polinesia era considerato segno della massima distinzione esseri così ben nutriti da diventare grassi. Anche dei re della Malesia si dice fossero molto corpulenti e grassi e trattavano il loro corpo con speciali massaggi ed esercizi per mantenersi in buona salute (Bruch,1982, 27). Anche nelle società tribali, dove il procurarsi il cibo era duro e faticoso, l'ingordigia era accettata e rispettata ogni volta che se ne presentava la possibilità. Powdermarker, riporta ciò che dice durante una festa l'abitante dell'isola di Trobriand nel Pacifico: "Saremo felici, mangeremo fino a vomitare", e un'espressione tribale del Sudafrica dice: "Mangeremo fino a quando si gonfieranno le nostre pance e non ci reggeremo in piedi" (Powdermarker, 1960, 36).

Cloete descrive l'atteggiamento del sudafricano tipo, il quale desidera ardentemente essere grasso e avere grassi moglie e figli e bestiame. E' il sogno biblico, dell'indigeno, dell'abbondanza in un paese colpito dalla fame (Cloete, 1953, 34:111.).

Viaggiatori dei tempi remoti avevano descritto le strane usanze di civiltà primitive. In molte zone del continente africano era costume mandare le ragazze alla pubertà in case di ingrasso, per prepararle al matrimonio. Quanto più grassa era la giovane tanto più era reputata bella; al contrario dei maschi, dai quali si esigeva che restassero snelli e atletici. Le donne dei re, la madre, le mogli, facevano a gara per essere più corpulente, non si muovevano e per spostarsi si facevano portare in palanchini per andare da un posto all'altro. In certi distretti rurali dove le ragazze essendo tanto mal nutrite, ridotte a pelle e ossa, la pratica si rende necessaria per la preparazione alla vita adulta, la gravidanza, la maternità (Bruch,1982, 27).

Da osservazioni fatte intorno agli anni Cinquanta in una comunità mineraria nella Rhodesia settentrionale, la Powdermaker riporta una canzone in cui il grasso è paragonato alla bellezza. L'autrice sostiene che, a quell'epoca, l'ideale della

bellezza muliebre non era l'estrema corpulenza, bensì una modesta rotondità (Powdermaker, 1960, 36:286-95).

Così la Bruch, parlava delle madri di un gruppo numeroso di bambini obesi, appartenenti alle classi medie e inferiori trattati negli anni Trenta in un ambulatorio di New York in cui esprimevano un primitivo desiderio di essere grasse, loro e i loro figli. Molte di queste donne erano state povere immigranti e avevano sofferto la fame in gioventù. Non riuscivano a capire perché qualcuno avesse da ridire sul fatto che un bambino fosse grasso e rotondo cosa che per loro era segno di successo e di libertà dal bisogno (Bruch, 1940, 58:738-81).

Diversi sono gli scrittori cresciuti in condizioni del genere che ci hanno lasciato chiari resoconti dell'atteggiamento tenuto verso il cibo fra gli immigrati. Basta citare a proposito Harry Golden (Golden, 1963) in cui il significato "Mangia, mangia, bambino mio", è ben più profondo. Non è solo espressione di amore materno ma, battaglia per la sopravvivenza.

Un piacere per l'abbondanza del cibo, è stato descritto, circa un decennio più tardi, da Alfred Kazin, nel suo "A Walzer in the City" (Kazin, 1951) parla delle abitudini a spiluzzicare a casa dalla mattina alla sera e per la strada a rimpinzarsi di continuo di bevande dolci, e dolciumi di ogni genere; preda dell'avidità per i dolci come di una malattia. In questo ambiente un bambino corpulento non era chiamato grasso, ma ammirato perché "solido" o "forte." Golden attribuisce quest'enfasi sul cibo tra l'altro legato alla paura della tubercolosi, male a quel tempo endemico fra i lavoratori sfruttati dei ghetti. Nelle case degli immigrati non accettare il cibo era come se si rifiutava l'amore che la madre aveva per i suoi cari. L'ospite, anche se sazio, mangiava coraggiosamente tutto quanto veniva offerto dalla padrona di casa: non farlo sarebbe stato un insulto. Tuttavia gli stessi figli di questi immigrati, diventati uomini di successo, hanno continuato le abitudini alimentari e in molti casi e combatterle spesso senza alcun risultato. E sempre Harry Golden confessa di essere stato un bambino robusto e ciò che ricorda della sua infanzia erano le esortazioni della madre: "mangia, mangia o mi fai morire" (Golden, 1963). Queste parole gli tornavano alla mente ogni qualvolta provava a fare una dieta anche in età adulta tanto che il peso eccessivo metteva in pericolo la sua salute.

L'obesità nel corso della storia

Nel corso dei secoli la preoccupazione per l'*obesità* si è sentita tra le classi privilegiate del mondo occidentale. Infatti, i popoli del passato si davano pensiero su come restar magri pur vivendo nell'abbondanza.

Gli antichi greci invidiavano i loro predecessori, i cretesi, per l'uso di un farmaco che nonostante il loro cibarsi a volontà, permetteva loro di rimanere snelli pur mangiando a piacimento. Gli spartani, invece, erano severi e pronti a punire l'*obesità*, a tal punto che i giovani che aumentavano di peso erano costretti a dedicarsi ad esercizi fisici per non ingrassare. Anche gli ateniesi non amavano la corpulenza. Sembra che Socrate ballasse ogni mattina per restare magro, e che a Platone si perdonava il corpo alquanto robusto solo in virtù del brillante spirito. Ippocrate descriva la corpulenza con dovizia di particolari e con osservazioni che sono tuttora pertinenti (Bruch, 1957). Ai romani il peso eccessivo era invisibile quanto ai greci. Le matrone della Roma antica, o almeno dell'Impero, pare che abbiano sofferto tanto quanto, se non più, delle ragazze moderne per mantenersi snelle. Si sa che i romani furono gli inventori del vomitorio; potevano così lasciarsi andare a eccessi alimentari e poi liberarsi; questo metodo, a quanto sembra, è stato reinventato successivamente dalle giovani bulimiche. Fra i celebri romani vi erano anche dei grassoni come risulta essere Mario, il difensore di Roma, che si compiaceva di mangiare quantità enormi di cibo, mentre il poeta Orazio era un buongustaio famoso per la straordinaria varietà ed eleganza dei suoi pranzi. Nel Medioevo le opinioni sull'*obesità* variavano: da un lato, la ghiottoneria unita all'orgoglio e alla lussuria era considerata uno dei peccati capitali, dall'altro la corpulenza era considerata segno della "grazia di Dio". Esiste, come si può vedere, un'abbondante letteratura sull'*obesità*, in diverse società e in diversi tempi (Clauser, G. e Spranger, J., 1957).

All'inizio del secolo XIX, William Wadd (Wadd, 1816) riportava una osservazione di come la crescente ricchezza e raffinatezza dei tempi moderni se, da un lato tendeva ad eliminare la peste e altre pestilenze dalle nostre città, dall'altro con

molta probabilità tendeva a produrre tutta una serie di “affezioni nervose”, oltre ad aumentare la frequenza della corpulenza. Anche nella società occidentale moderna si sono avute notevoli variazioni nell’atteggiamento verso l’obesità. Non è passato tanto tempo da quando l’apprezzamento della buona tavola e i segni delle conseguenze che ne derivano erano considerati prove di successo, di ricchezze recentemente acquisite.

Quando si parla di *obesità* ci si riferisce a una condizione somatica definita su base morfologica. Un eccesso di peso corporeo per eccesso di massa grassa e non è dimostrato che sia associata a particolari disturbi psichiatrici o di personalità. Quando però si parla di ingordigia incontrollabile, ci riferiamo all’abbuffata compulsiva al “*binge eating*”, espressione inventata da Hyman Cohen alla fine degli anni cinquanta. La parola abbuffata è esplicita ed esprime con chiarezza che la persona non vive l’esperienza di nutrirsi, alimentarsi per star bene ma piuttosto quella di ingozzarsi, fino a star male. Cohen era un mangiatore compulsivo e definiva *binge eating* un tipo di trasgressione alla dieta, una bramosia del cibo travolgente priva di controllo. Su questo tipo di disturbo alimentare ampie indagini epidemiologiche si sono fatte tra la fine degli anni Ottanta e i primi anni Novanta. La proposta di considerare il “*Binge eating disorder*” come una sindrome a se stante è molto recente, siamo all’ultimo decennio del secolo scorso: 1990 (Bruch, 1982, 31).

L’aumento dell’*obesità* è endemico al processo di industrializzazione ed è collegato a numerosi fattori: la relativa abbondanza di cibo, l’alimentazione ricca di grassi e di zuccheri, uno stile di vita più sedentario. Nelle società in gran parte rurali, in cui c’è scarsità di cibo e la fame è un ricordo recente o forse anche una realtà attuale, essere grassi è desiderabile, in quanto considerato segno di ricchezza e di prestigio sociale. Questo nesso potrebbe valere ancora oggi, ad esempio in paesi come l’India e il Kenia. In ogni caso, è importante notare che, quando una società diviene più ricca, la distribuzione sociale tipica dell’*obesità* si capovolge. Nelle società ricche la magrezza è simbolo di prestigio, mentre l’*obesità* è *–déclassé–*.

Nei paesi occidentali, il rapporto tra *obesità* e classe sociale non è soltanto simbolico; infatti, numerose ricerche mostrano che nelle nazioni industrializzate la

prevalenza di *obesità* è più alta nelle fasce sociali più basse, mentre vale l'opposto nei paesi meno sviluppati. La grande attenzione riservata dalla medicina al problema dell'*obesità* nei paesi occidentali è motivata dal fatto che essa è collegata a varie patologie: ipertensione, disturbi cardiaci, diabete e alcune forme tumorali. Prima degli anni Novanta, tutte le ricerche erano relative alla popolazione adulta maschile; negli ultimi anni desta una crescente preoccupazione l'aumento della prevalenza dell'*obesità* fra i bambini e gli adolescenti. Questo problema appare strettamente collegato allo stile di vita che conducono: al numero di ore che i giovani passano davanti al televisore. Infatti, in questa attività sono presenti due fra i *fattori* che predispongono all'*obesità*: La sedentarietà e il continuo mangiucchiare. Il trattamento dell'*obesità* è sempre stato accompagnato da un forte pessimismo terapeutico. Albert Stunkard, uno dei più famosi esperti mondiali dell'*obesità*, afferma che: “la maggior parte delle persone obese non vuole sottoporsi a un trattamento, la maggior parte delle persone che lo fanno non vuole perdere peso, e la maggior parte di quelle che lo perdono poi lo recuperano”.

Un cauto ottimismo è stato espresso in seguito ad alcune recenti scoperte sull'*obesità* fisiologica. Nel caso di *obesità* patologica sono state sviluppate alcune misure drastiche come “*la cucitura gastrica*”. Negli anni Novanta è sorto un interesse per il trattamento chimico dell'*obesità*: l'impiego di farmaci come il Redux che ha provocato un vero e proprio delirio medico per un decennio, placato poi dai danni che produceva. Gli atteggiamenti verso la magrezza e le diete sono influenzate dalla fantasia di poter fare a meno del cibo pur vivendo in un mondo di eccessi. Non si vuole essere semplicemente magri, e il desiderio di dimagrire non nasce dalla spinta positiva in direzione della “salute”; in realtà noi –odiamo- il grasso. Nelle società occidentali odierne, gli obesi costituiscono una categoria disprezzata, vittima di discriminazione nel lavoro e nella vita sociale.

Lo *stereotipo* morale dell'*obesità* implica attributi quali: la *pigrizia*, *l'indulgenza* verso se stessi e *l'avidità*; al contrario la magrezza è simbolo di autocontrollo, raffinatezza, limitazione civile dei bisogni. L'atteggiamento verso l'*obesità* ha anche una qualche relazione con il razzismo, poiché vengono fatte considerazioni negative sul carattere della persona basandosi esclusivamente su un attributo fisico.

Sulle persone grasse sono ampiamente diffuse le battute negli spettacoli televisivi. Le donne grasse sono discriminate sia in ambienti accademici, sia lavorativi, incontrano notevoli difficoltà a farsi accettare, soprattutto in ambienti competitivi. L'*obesità* come la magrezza è uno stato del corpo, un'immagine di sé voluta o subita offerta agli altri. Gli atteggiamenti nei confronti dell'obeso sono ambigui: troviamo l'immagine dell'obeso felice, "il buon grassone" pieno di salute, quello dell'obeso che si è lasciato andare. Il legame tra obesità, forza, salute sembra oggi più fragile che in passato. L'immagine ideale del bambino grassoccio, e per l'esattezza obeso, ha perso certamente terreno anche se le madri tollerano meno quando il proprio figlio ha un peso inferiore alla media. . Nell'uomo ad esempio l'obesità nell'infanzia o nella prima adolescenziale può favorire canzonature sul fatto di essere una "femminuccia" o comportare un certo senso di "inadeguatezza" in ambito sportivo.

La capacità di accumulare riserve di energia in forme di tessuto adiposo, ha garantito per molti anni la sopravvivenza e la possibilità di riprodursi in epoche di carestie ricorrenti e di incertezze continue sulla disponibilità di cibo. E' possibile che negli attacchi di voracità smisurata, alternati a digiuni severi, che oggi consideriamo malattia e chiamiamo bulimia nervosa, riaffiori un modello di alimentazione che risultò strategico e vincente in tempi lontani; quando capitava di poter mangiare e bisognava divorare quanto più possibile, nel tempo più breve, prima che arrivassero altri commensali a contendere il cibo e che gli alimenti si deteriorassero. E' trascorso qualche decennio per una fetta dell'umanità che è uscita dalla penuria e dall'insicurezza alimentare che l'avevano tormentata per migliaia di secoli. In alcuni paesi le condizioni di vita somigliano purtroppo ancora oggi a quelle dei primordi, se non addirittura peggio. Ma a fronte di un miliardo di esseri umani tuttora denutriti e affamati almeno un miliardo di persone obese abita la terra. Il numero dei primi tende forse, in alcune zone, a diminuire. Il numero degli altri sta aumentando vertiginosamente. Le calorie (kcal) disponibile per abitante al giorno sono circa 1.500 in Somalia e nella Repubblica democratica del Congo; a fronte dei

3.800 negli Stati Uniti e dei 3.700 in Italia. Il fabbisogno quotidiano medio di un adulto che svolga un'attività fisica intensa si aggira intorno alle 2.000 kcal.

Cibo e fame emotiva

Spesso il comportamento alimentare non è dettato dalla vera fame, quella fisiologica, ma è scatenata da una sola o da parecchie emozioni, quindi dalla *fame emotiva* o psicologica di cui ogni essere umano ha bisogno. Così, il comportamento alimentare che per sua natura è rivolto a soddisfare il bisogno di sopravvivenza, in alcune circostanze perde la sua finalità originaria e finisce per far fronte, più che ai bisogni dello stomaco, ai bisogni emotivi.

Il cibo, quindi, non ha solo il *valore nutritivo*, ma anche *psicologico e sociale*. Infatti l'organo che regola l'alimentazione a quanto pare sembra essere l'ipotalamo. Questo riceve afferenze da ogni parte del cervello e della corteccia cerebrale, pertanto viene influenzato non solo da stimoli di natura biologica, ma la sua attività risente anche della vita psichica e affettiva dell'uomo.

Pochi tra noi considerano il mangiare solo un mezzo di nutrimento. Anche chi non ha problemi di peso o che comunque non è affetto da "Disturbo di Alimentazione Incontrollata", raramente mangia solo per soddisfare la fame fisiologica. Dopotutto, le abitudini alimentari non sono semplicemente legate a necessità biologiche ma, servono a delimitare i confini tra classi sociali, nazioni, culture, religioni e a distinguere riti, tradizioni, feste, stagioni, momenti del giorno.

Il cibo è l'elemento di rapporto umano, d'affettività. Nessuno può essere del tutto indifferente al cibo o del tutto distaccato da esso.

Il cibo, sin dalla nascita, assume un notevole significato che va oltre la semplice azione del mangiare, del nutrimento. Esso diviene un mezzo con cui il neonato stabilisce un rapporto con le persone che si prendono cura di lui. Diviene, quindi, una forma di comunicazione. E' quasi un luogo comune quello di riferire ad esperienze nell'infanzia certi successivi modelli alimentari, in particolare quello della fame emotiva.

Bruch (Bruch, 1973) dà un'utile spiegazione della fame emotiva. Suggestisce innanzi tutto che l'esperienza della fame non è innata ma, contiene importanti elementi d'apprendimento. Quando la madre è attenta alle necessità del suo bambino offre cibo in risposta ai segnali, in genere il pianto, di bisogno nutritivo del bambino. E' questo che porta allo sviluppo della sensazione di fame come un'idea distinta e differente da altri bisogni o segnali di malessere che non hanno nulla a che vedere con la "privazione di cibo", ma avverte: *"Se d'altra parte la reazione materna è sempre inappropriata, al bambino non viene trasmesso un senso di perplessa confusione. Quando sarà adulto non sarà in grado di distinguere tra l'essere affamato o sazio, tra il bisogno nutritivo e altre sensazioni di sconforto o tensioni"*. Così il cibo viene usato come conforto quando si verifica un turbamento emotivo, sebbene l'individuo non sia fisicamente affamato. Interpreterà, in età adulta, l'ansia, la tensione, la collera, in modo sbagliato e mangerà

Bruch, insieme a M. Selvini Palazzoli (1973), notò pertanto, come l'incapacità dei pazienti con DCA (Disturbo del Comportamento Alimentare) a riconoscere i segnali fisiologici di fame e sazietà, era dovuta al fatto che l'intera coscienza fisiologica e l'intera consapevolezza di questi pazienti non erano stati programmati correttamente. Ciò porta a confondere i segnali fisiologici di fame e sazietà con i vissuti di vuoto emotivo.

Il giovane si trova quindi ad affrontare la propria quotidianità stretto fra un comportamento (la restrizione alimentare) che può accrescere la sua autostima, ma crea tensione, e la perdita di controllo che lo aiuta a ridurre l'ansia, ma mina il senso di sé, ovvero la sua sensazione di autoefficacia .La conseguenza è rappresentata da un circolo vizioso che si snoda tra tentativi di ridurre l'alimentazione e perdite di controllo che possono facilmente portare, in soggetti particolarmente predisposti, all'obesità e al sovrappeso. Il problema peso-cibo diventa una vera e propria fissazione (Ostuzzi e Luxardi, 2007, 64-65).

Riprendere il grafico p. 65 di "un boccone dopo l'altro

CAPITOLO 3

LE RISPOSTE AL FENOMENO SOCIALE NEL TERRITORIO LOCALE

3.1. Il fenomeno a livello nazionale: Strutture ed Enti

Negli ultimi anni le patologie legate al DCA hanno avuto un incremento tale da rappresentare un fenomeno di allarme sociale e sanitario non solo nazionale. Da studi internazionali la prevalenza appare tra 0,2 e 0,8% per l'anoressia e tra 0,5 e 1,55 per la bulimia; l'incidenza risulta essere per 100.000 abitanti di 4-8 nuovi casi annui per l'anoressia e di 9-12 nuovi casi per la bulimia (Ostuzzi e Luxardi, 2003). Se ai dati citati si aggiungono i casi atipici, allora il numero potrebbe triplicarsi. La stessa Società Italiana per lo studio del disturbo del comportamento alimentare (SISDCA) lancia un allarme socio-sanitario presentando il dato statistico terrificante in cui circa 150-200 mila donne italiane ogni anno sono colpite dall'anoressia o bulimia. Tali disturbi risultano essere la prima causa di morte per malattia tra le giovani in età compresa tra i 12-25 anni. I casi di mortalità per suicidio o complicanze mediche e psichiatriche sono del 10% a dieci anni dall'esordio e del 20% a 20 anni. Malattia difficile da gestire, se poi si pensa che l'età tende a scendere sempre più; si parla che parta dai 10-12 anni ma è diffusa anche tra le trentenni. La sensazione peggiore è che si stia allargando tanto da intravedere la presenza di comportamenti alimentari "allarmanti" intorno ai 7-8 anni quando si inizia un cambiamento nel modo di comportarsi a tavola. Quando il giovane manifesta scarso entusiasmo di fronte alla pietanza preferita.

Non passa settimana in cui non ci si imbatte in articoli, notizie a volte drammatiche su questi casi. L'informazione fornita anche se accurata, talvolta crea confusione e preoccupazione tra chi ha a che fare con il problema. Il disagio delle famiglie è accresciuto e quando il disturbo è conclamato le difficoltà maggiori riguardano la conoscenza delle strutture che si occupano di questi problemi. I centri per la cura dei disturbi del comportamento alimentare, fino a non molto tempo fa, erano e

ancora rimangono pochi, il sistema sanitario non garantisce a sufficienza strutture adeguate. A volte si rende necessario ricorrere e trattamento salvavita coercitivo, si tratta del Tso (Trattamento sanitario obbligatorio) che in Italia è molto raro, corrisponde circa all'1% dei casi.

I DCA sono patologie che hanno gravi ripercussioni sulla qualità di vita della persona.

Le linee-guida concordano su due principi generali per il trattamento delle forme gravi di Disturbo dell'Alimentazione e dell'Obesità:

a.-team approach approccio multidimensionale, interdisciplinare multiprofessionale integrato che coinvolge medici, psicologi, dietisti e altre figure sanitarie.

b.-setting multipli: dalla gestione ambulatoriale a lungo termine alla riabilitazione intensiva – semiresidenziale e residenziale – per i casi molto gravi

A quanto sopra detto, diventa auspicabile la creazione di reti regionali per il trattamento dei DCA collegate tra loro e armonizzate attraverso un Centro di Coordinamento Regionale che va ad interagire con le Società Scientifiche che operano con i Disturbi del Comportamento Alimentare.

(Linee - guida del Ministero della Sanità per le attività di Riabilitazione -GU 30 maggio 1998, n°124).

Secondo dati forniti dal Ministero della Salute, nel 2004 risultavano esserci 43 strutture (ospedali e cliniche convenzionate), enti, associazioni in tutto il territorio nazionale.

ASSOCIAZIONI, CENTRI , STRUTTURE, NEL TERRITORIO NAZIONALE

- ABA - Associazione per lo studio e la ricerca sull'anoressia, bulimia. disordini alimentari. Sede Milano è presente in diverse parti d'Italia.
- AIDAP - Associazione Italiana Disturbi dell'Alimentazione e del Peso. Sede Verona
- ANSISA - Associazione Nazionale Specialisti Italiani Scienze dell'Alimentazione Sede Milano.
- Associazione *Salomè* Lecce.

- CENTRO AUXOLOGICO ITALIANO. Sede Milano.
- Centro Pilota regionale per lo studio e la cura dei Disturbi del comportamento alimentare, ASOU, “San Giovanni Battista”, Torino.
- CDCA - Centro per i disturbi del comportamento alimentare. Sede?
- CESA – Centro studi di Alimentazione e Nutrizione, Roma.
- CIDO - Comitato Italiano per i diritti delle persone affette da Obesità e disturbi alimentari. Sede Nazionale Roma.
- Cooperativa sociale, *Il Minotauro*, Milano.
- DAI - Centro nato nel 2009 a Città di Pieve. La prima struttura italiana che si dedica al trattamento del disturbo da Alimentazione Incontrollata (*Binge Eating Disorder*).
- INRAN - Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione Roma.
- SISDCA - Società Scientifica Italiana Disturbi Comportamenti Alimentari Roma
- SINU - Società Scientifica Italiana di Nutrizione Umana Firenze.
- SIO - Società Italiana Obesità Roma.
- SIAN –Servizio Igiene Alimentari e Nutrizione (Istituto Superiore di Sanità) Roma
- SIAS- Società Italiana Alimentazione e Sport ONLUS Palermo.
- UICO- Unione italiana contro l’obesità,sede?
- U.O.di Neuropsichiatria Infantile Ospedale “ Bambin Gesù”, Roma
- Centro per la cura dei DCA, Ospedale Niguarda “Cà Grande”, Milano.

L’ospedale Niguarda di Milano nel 2009 riporta i dati in merito ai disturbi alimentari; l’anoressia si annida nell’età adolescenziale. Il 10% di pazienti anoressici curati lì è composto da bambini tra gli 8 e i 12 anni cresciuti in situazioni di disagio psicologico e familiare a dimostrazione che l’anoressia in età precoce è in aumento. Su cinquecento pazienti il 40% ha iniziato a 16 anni; 1 su 10 tra gli 8 e i 12 anni. Da almeno 7 anni il disturbo cresce in modo

esponenziale. Se le cure sono adeguate, l'80% guarisce; il 15% ha una guarigione parziale, e il 5% è senza via d'uscita.

- Il “Pellicano” è Associazione ONLUS con sede a Perugia e si occupa di disturbi di comportamento alimentare e del peso (anoressia bulimia e Bed) con aiuto di psicologi e nutrizionisti e altre figure, svolge attività di accoglienza ascolto e auto-aiuto assistenza a persone affette da patologia e ai familiari. Dal 1997 sono uscite dall'anoressia e bulimia oltre 300 persone; di queste il 70% oggi è in grado di uscire e amare se stessi e gli altri.
- A Todi (Perugia) esiste il Centro per la cura dei disturbi del comportamento alimentare “Residenza Palazzo Francisci”. Questo palazzo nobiliare medioevale è la prima struttura pubblica italiana dedicata al trattamento dei DCA. E' stata fondata il 7 maggio 2003 e da allora al 2008 ha ospitato circa 400 persone in regime residenziale provenienti da tutta Italia e circa 1800 persone ambulatoriali. La struttura rappresenta il proseguimento terapeutico in ambiente protetto di una degenza ospedaliera acuta o una alternativa al ricovero stesso. La degenza varia da i 3 ai 5 mesi e accoglie 10 persone in sistema residenziale e 5 in regime semiresidenziale. Il Centro oggi è diventato coordinatore del Progetto Nazionale e capofila delle cinque strutture designate.
- Il Centro “Giovanni Gioia” di Chiaromonte: è situato nella regione della Basilicata dove, fare ancora il pane in casa non è una stranezza, esistono ragazze e ragazzi che quel pane lo rifiutano. Il centro nasce nel 2005 nella ASL 3 di Lagonegro (Basilicata); viene utilizzata una parte dell'ospedale di Chiaromonte, un piccolo paese nel cuore del Pollino, per costruire un centro interamente dedicato al trattamento dei disturbi del comportamento alimentare. Nasce dopo che una delegazione del posto si reca a Todi nel 2003 per conoscere l'attività che lì si svolge già, nella sede residenziale di “Palazzo Francisci”, per cogliere il modello da copiare: riproporre un lavoro in una realtà completamente diversa la Basilicata. Uno degli obiettivi era quello di non essere un luogo isolato; Chiaromonte, emblema

dell'arretratezza e dell'inerzia meridionale, oggi è diventato il primo centro residenziale pubblico del Mezzogiorno e il secondo in tutta Italia dopo l'esperienza pilota di "Palazzo Francisci" di Todi.

La realizzazione del Centro di Chiaromonte ha un duplice significato: da una parte coprire un vuoto assistenziale in una posizione strategica facilmente accessibile da tutte le Regioni del Sud e dall'altra costituire un centro d'eccellenza nel Sistema Sanitario Nazionale, come esempio di buona sanità.

Il significato scientifico e nello stesso tempo di politica sanitaria appropriata nella strutturazione del Servizio di Chiaromonte è stato evidentissimo, dal 2008 è infatti diventato centro di riferimento regionale e dallo stesso anno è stato inserito tra i cinque centri di eccellenza per la ricerca multicentrica del Ministero della Salute "Le Buone Pratiche di Cura nel Trattamento e nella Prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare".

- La "Casa di Pandora" è stata fondata nel 2006 dai familiari delle persone con disturbi di comportamento alimentare. L'associazione "Mi fido di te" è una sede per coloro che sono in una fase di miglioramento, uno spazio per pochi (4 persone), un passaggio ulteriore nel percorso riabilitativo.
- PROGETTO NAZIONALE

Nel 1998, la "Commissione di Studio del Ministero della Sanità per l'Assistenza ai pazienti affetti da Anoressia e Bulimia Nervosa" aveva pubblicato alcune indicazioni specifiche in merito al trattamento di questi disturbi. Le linee guida concepivano la terapia dei DCA in termini interdisciplinari e integrati. Si rendevano perciò necessarie strutture di intervento (day-hospital, ambulatorio, in casi acuti ricovero ospedaliero e/o centri residenziali) e una rete di assistenza sul territorio nazionale. L'Italia non possiede finora una rete completa ma, data l'incidenza crescente del fenomeno si sta lavorando per migliorare la situazione. L'accordo che venne preso dall'allora Ministri L. Turco e G. Meandri (Ministero della Salute e Ministero dello Sport) riguardava la prevenzione dei DCA e delle "tagli corporee". Il progetto si fermò con la caduta del governo.

Attualmente è stato ripreso. E' un progetto Nazionale promosso dal Ministero della Salute , del Lavoro e delle Politiche Sociali – CCM(Centro Cura Malattie) e dalla

Presidenza del Consiglio dei Ministri – Ministro della Gioventù già nell’ambito del Protocollo di Intesa “Guadagnare Salute” siglato nel 2007. E’ un progetto Nazionale promosso dal Ministero della Salute , del Lavoro e delle Politiche Sociali – CCM(Centro Cura Malattie) e dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Ministro della Gioventù già nell’ambito del Protocollo di Intesa “Guadagnare Salute” siglato il 19 settembre 2007.

Il progetto è inoltre coordinato dalla Regione Umbria (regione capofila) tramite la ASL 2 di Perugia – Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare Residenza “Palazzo Francisci” di Todi (centro coordinatore)- coinvolge tredici soggetti tra strutture pubbliche e associazioni del privato sociale Il progetto “Le Buone Pratiche di cura e la Prevenzione Sociale nei disturbi del Comportamento Alimentare,” ha la durata di 2 anni (2008-2010), si articola su due filoni distinti ma correlati, uno legato al trattamento, l’altro alla prevenzione dei DCA.

I soggetti coinvolti direttamente nella realizzazione delle azioni previste sono:

- ASL 2 Umbria-Todi: Centro per la Cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare “ Residenza Palazzo Francisci” (centro coordinatore).
- USL 3 della Basilicata – Lagonegro:Cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare e del Peso “G.Gioia” di Chiaromonte.
- ASL 10 Veneto Orientale – Portogruaro: DCAP Servizio per il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare e del Peso.
- ASL 10 Roma E-Rete Integrata di trattamento per i Disturbi del Comportamento Alimentare.
- ASL 2 Savonese-Pietra ligure Liguria: Centro a valenza regionale per i Disturbi dell’Adolescenza e del Comportamento Alimentare.

Gli obiettivi di tale progetto sono 3:

- Delineare una mappa Nazionale dei servizi pubblici e privati accreditati;
- Realizzare un’attività di raccolta dati al fine di misurare l’incidenza e la prevalenza dei casi di DCA nei servizi;

- Definire un protocollo di Buone Pratiche dei DCA da condividere nella Conferenza Stato Regioni (con la prospettiva futura che diventino linee-guida) , in collaborazione con ISS(Istituto Superiore di Sanità).

Per quanto riguarda la mappatura nell'anno 2009 sono state censite 132 strutture per un totale di 237 servizi offerti. La mappatura si propone di analizzare l'offerta dei servizi pubblici presenti sul territorio nazionale delle singole regioni e singole provincie. La mappa prevede anche l'inclusione delle Associazioni che perseguono finalità di prevenzione, studio e ricerca nell'ambito dei DCA.

Per quanto riguarda la raccolta dati, verrà effettuata da una rete di Centri di accreditata esperienza adottando la stessa metodologia diagnostica in modo da avere una misurazione attendibile e scientificamente fondata. Il campione finora è composto da 600 pazienti affetti da anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo di alimentazione incontrollata (DAI o BED) e altri DCA non altrimenti specificati (NAS o EDNOS). I dati raccolti (schede di rilevazione inizio trattamento, schede di follow-up, schede di motivazione e batteria di test).

Per quanto riguarda il protocollo ad oggi sono stati definiti i quesiti di carattere clinico da sottoporre a verifica, avviata la ricerca in letteratura nazionale e internazionale in tema di cura dei DCA al fine di produrre un documento che supporti la costruzione di una risposta adeguata , efficace ed omogenea per le persone affette da DCA in tutto il territorio nazionale.

La Prevenzione sociale dei DCA

Progetti di prevenzione su come arginare una epidemia che riguarda milioni di persone nel mondo, con fattori di rischio e di diffusione che sono collegati a modelli culturali e stili di vita difficili da modificare.

I progetti specifici si riferiscono a quattro aree di intervento: scuola, sport, mass media, industria della dieta; tutti ambiti interessati dai Disturbi del Comportamento Alimentare (anoressia, bulimia, BED).

Area Scuola (un esempio)

Associazione Jonas Onlus, Milano il cui progetto "Alimentare il desiderio", con Interventi di informazione, ascolto, prevenzione dei disturbi del comportamento

alimentare a scuola. E' un progetto che si sviluppa in rete attraverso le sedi Jonas dislocate in varie parti d'Italia.

Le sedi sono sei (Milano, Bologna, Genova, Pesaro, Roma, Trieste). Il progetto ha coinvolto 20 scuole nelle 6 città . L'intervento è rivolto agli studenti con incontri a tema riguardanti il corpo, l'identità e l'immagine di sé. In altri incontri con insegnanti con conferenze sull'adolescenza, sull'identità e sui percorsi educativi, anche i genitori sono stati interessati con conferenze tematiche.

Il progetto "Pe(n)sa differente!" organizzato dall'Associazione scientifico-culturale Salomè ONLUS di Lecce, finanziato dal Pogas e il Ministero della Salute, rientra nel progetto nazionale "Le Buone Pratiche di cura e la Prevenzione Sociale .." del 2008. Il progetto prevede una campagna di sensibilizzazione per immagini su manifesti 3x6 affissi nelle città capoluogo delle regioni che hanno partecipato. Obiettivo: prevenire il diffondere di patologie alimentari.

Sempre tra i disturbi alimentari non si può trascurare l'altro crescente problema *l'Obesità*. Si sta lavorando sul problema del soprappeso e Obesità vista la diffusione crescente tra i giovani, i giovanissimi!

E' stato attivato così il Progetto "OKKIO alla Salute" che rientra in un progetto più ampio per il controllo e la prevenzione delle malattie "Sistema di indagine sui rischi comportamentali in età 6-17 anni". Promosso dal Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e ancora dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. In accordo con le regioni, il coordinamento è stato affidato al (CNESPS) Centro Nazionale di epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute e all'(ISS) Istituto Superiore di Sanità. Si è avvalso della collaborazione tecnica dell'Istituto Nazionale della Nutrizione (INRAN). Nel corso dell'anno 2008 è stato distribuito un questionario a 45.590 alunni delle terze elementari in 18 regioni italiane, (solo il 3% non ha partecipato). I bambini hanno compilato un breve questionario sulle abitudini alimentari e attività fisica, sono poi stati pesati e misurati. I genitori hanno compilato un questionario fornendo notizie sullo stile di vita e sulla propria percezione del problema.

L'indagine ha messo in luce le cattive abitudini alimentari nei bambini da non permettere loro una crescita fisica armonica e con forti ripercussioni sul peso. Da i risultati emerge:

- 11% di bambini non fa colazione;
- 28% la fa in maniera non adeguata;
- 82% fa una merenda di metà mattina troppo abbondante;
- 23% dei genitori dichiara che i loro figli non consumano quotidianamente frutta e verdura

Un bambino su tre pesa troppo, i dati dell'Indagine fatta dall'Istituto Superiore di Sanità, mette in evidenza che 1 milione e centomila bambini italiani tra i 6 e gli 11 anni sono in soprappeso o obesi. I dati sull'attività fisica sono poco confortanti. Quasi la metà di loro abusa della TV, dei video-giochi; solo 1 bambino su 10 fa attività fisica adeguata alla sua età. Sarebbe auspicabile che ogni bambino potesse svolgere almeno per un'ora al giorno attività fisica compreso il gioco all'aria aperta. E' sempre più preoccupante la situazione dell'obesità in Italia: il 12,3% di bambini è obeso, mentre il 23,6% è in soprappeso, più di 1 bambino su 3 quindi ha un peso superiore a quello che dovrebbe avere per la sua età.

Dall'indagine si evidenziano notevoli differenze tra le regioni. La presenza di bambini in soprappeso o obesi nel sud, esempio, la Campania del 49% rispetto ad una regione del nord, la Valle D'Aosta con il 23% (CNESPS,2009).

3.2. Il fenomeno a livello locale

In **Abruzzo** sono almeno 10.000 le persone interessate da Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA). Si aggira tra lo 0,3% e l'1% della popolazione. Si colloca tra i 14 e i 25 anni la percentuale di giovani colpiti da anoressia. In questi

ultimi anni in Abruzzo, come in Italia e in diverse parti del Mondo, è in crescita un altro grave disturbo alimentare: l'Obesità BED (De Cristofaro P. Giornate di Nutrizione, Ottobre, 2007).

L'Abruzzo, un po' come tutte le regioni d'Italia, ha cercato di intervenire su questo problema, ma ancora ha molto da fare. Attualmente sono presenti sul territorio regionale due strutture: una riconosciuta per quanto riguarda *l'età evolutiva*, l'altra per la popolazione *tarda adolescenza ed età adulta*.

Una terza struttura, convenzionata, è quella di "Villa Pini" a Chieti; clinica specializzata nei disturbi del comportamento alimentare. Ad essa fanno riferimento le strutture sopra indicate allorché si presentano soggetti gravi in cui si rende necessario il ricovero.

Le prime due menzionate svolgono attività ambulatoriale di prevenzione, terapia e riabilitazione.

Una delle strutture è situata presso l'ospedale di Atri (Te), ASL Teramo.

Si è costituita, nel febbraio 1998 come: "Centro di Nutrizione dell'età evolutiva" nel 2008 riconosciuta dalla Regione come "Centro di riferimento Regionale di Auxologia e Nutrizione Pediatrica".

Il Centro si compone, di un'équipe di cui fanno parte:

- un Direttore responsabile medico pediatra;
- una pediatra;
- una dietista (strutturata), due dietisti (volontari);
- tre psicologhe (volontarie);
- un'infermiera professionale;
- una segretaria.

Il personale volontario è reso possibile grazie alla disponibilità offerta dalla Associazione ONLUS "Crescere" di Atri.

Il Centro si occupa di disturbi di alimentazione selettiva strutturale anche nei bambini in età prescolare e scolare. Il percorso alimentare, in questo caso, viene programmato e consegnato ai genitori.

Vengono seguiti i ragazzi dagli 11 ai 16 anni che presentano disturbi del comportamento alimentare (anoressia, bulimia, obesità).

L'équipe opera all'interno dell'ospedale di Atri e precisamente nel reparto di pediatria. La sua attività ha risonanza non solo nel territorio abruzzese, ma anche fuori regione.

L'obesità risulta anche in questa realtà locale in crescita, come sta avvenendo nel resto della nazione. Abbraccia un universo di giovani che va dai 6 ai 18 anni con picchi intorno ai 9 anni.

L'obesità si riscontra tra gli 11 e i 18 anni con un picco tra 13-16 anni. Questa patologia, equamente distribuita, ha una manifestazione superiore nei maschi nella fase prepuberale, prevalentemente lieve nelle femmine dopo la pubertà.

Il disturbo anoressico, invece, è prevalente nelle femmine; il rapporto è di 9a 1 .

Il tipo di intervento:

- -Ricovero ordinario per i casi gravi;
- -Day Hospital terapia per una alimentazione assistita;
- -Trattamento ambulatoriale.

Le classi svantaggiate sono quelle in maggioranza relativa.

Il 5% riguarda casi con una diagnosi di malattia organica endocrina o genetica; il 95% è da attribuirsi ad uno squilibrio energetico.

A determinare ciò, concorrono per il 30% fattori costituzionali (metabolismo); per il 70% fattori ambientali.

Il Centro negli ultimi tre anni ha effettuato un numero di prestazioni pari a: 1696 nel 2007; 1103 nel 2008; 855 nel semestre 2009 (i dati sono stati rilevati dalle statistiche del Centro e riguardano prime visite, visite di controllo).

Il Centro si raccorda con il territorio (medici di base, pediatri) e con Centri Nazionali che si occupano della stessa problematica (il tipo di organizzazione e i dati provengono dall'intervista al responsabile del centro).

Ogni anno da 13 anni ormai, il Centro, con il Progetto "*Crescere in armonia*" attiva il campo scuola estivo in montagna.....

Sul territorio locale esiste un'altra struttura istituita nel 1998 e riconosciuta come struttura regionale nel 2008. E' conosciuta a livello nazionale: è il "Centro di

Riferimento Regionale di Fisiopatologia della Nutrizione”Presidio Sanitario Giulianova (Te).

La struttura è composta da un gruppo di operatori così qualificati:

- 1 Responsabile medico
- 1 medico
- 1 medico volontario
- 2 psicologi psicoterapeutici 2 psicologi volontari
- 4 dietisti
- 1 segretaria amministrativa

L’esperienza condotta, come ricerca, all’interno del Centro ha posto in evidenza l’importanza di un intervento multidisciplinare e integrato nel trattamento delle patologie (anoressia, bulimia , obesità BED).

Ho avuto modo di conoscere come una struttura istituzionale sanitaria, esistente sul territorio, possa intervenire su persone in difficoltà per cercare di migliorarne la qualità della vita “lifestyle”.

Da qui l’importanza di un’equipe, in cui le diverse professionalità si integrano per dar luogo ad un programma terapeutico individuale e specifico per ognuna delle patologie, che tenga conto dell’individuo con le sue problematiche psicologiche e socio-ambientali che lo distinguono

E’ bene evidenziare l’importanza del “team,” del gruppo come luogo protetto; una sorta di piccolo sistema sociale in cui ciascun partecipante si sperimenta, (come in un “laboratorio”), in maniera diversa, e comunque in un contesto diverso da quello di appartenenza caratterizzato solitamente da invischiamento, iperprotezione, rigidità ed evitamento del conflitto nonché le dinamiche che vengono a svilupparsi all’interno del gruppo. Ma, in questo lavoro non bisogna parlare del gruppo bensì del singolo, della persona che nella sua difficoltà ha strutturato uno “stile di vita” dannoso per sé, e per la sua relazione con l’altro.

R I C E R C A

Premessa

Il concetto di salute si è costantemente modificato nel tempo, per arrivare ad assumere, oggi, un'accezione molto più ampia che associa strettamente una condizione di assenza di patologie ad uno stato di ben-essere globale della persona. Il benessere dell'individuo acquisisce, quindi, legami intrinseci sempre più forti con i concetti di qualità della vita e di salute.

Essere sano vuol dire avere la forza e la robustezza ed avere riserve da mobilitare per far fronte allo stress, alla fatica, alle malattie.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, riguardo al concetto di salute, ormai da tempo sostiene la non corrispondenza della salute con l'assenza di malattia, considerandola invece uno stato di benessere fisico, psichico e sociale, cosa che fa emergere una concezione olistica della persona, e della sua salute, che va considerata in un sistema bio-psico-sociale (Organizzazione Mondiale della Sanità 1948).

La qualità di vita consiste nella percezione che ogni individuo ha della propria posizione: nella vita, nel contesto del sistema culturale e di valori esistenti nel luogo in cui egli vive e in relazione agli obiettivi, alle aspettative, agli standard e agli interessi che gli sono propri. Si tratta di un concetto molto vasto che implica, in modo complesso, la salute fisica di una persona, la condizione psicologica, il livello di indipendenza, i rapporti sociali, i valori personali e il modo di rapportarsi con le caratteristiche salienti dell'ambiente. Questa definizione sottolinea la concezione secondo cui la qualità di vita si riferisce a una valutazione soggettiva, con implicazioni sia positive che negative ed è inserita in un contesto socioculturale e ambientale.

L'OMS ha identificato sei ambiti atti a descrivere, in modo interculturale, gli aspetti fondamentali della qualità di vita: un ambito fisico (ad es. l'energia, la fatica), un ambito psicologico (ad es. i sentimenti positivi), il livello di indipendenza (ad es. la mobilità), i rapporti sociali (ad es. un concreto appoggio sociale), l'ambiente (ad es.

l'accessibilità dell'assistenza sanitaria), e le credenze personali/la spiritualità (ad es. lo scopo nella vita).

Tra i fattori fisici-comportamentali è noto l'effetto positivo dell'attività fisica per il mantenimento di un buono stato di salute e, al contrario, l'effetto negativo della sedentarietà la staticità che costituisce un vero e proprio fattore di rischio per diversi disturbi.

E' utile, a questo proposito, sottolineare che quando si parla di attività fisica non ci si riferisce solamente alle attività sportive in senso stretto, ma a tutte quelle attività motorie che si espletano nella vita quotidiana e che comportano l'uso del corpo, quali salire e scendere le scale, usare la bicicletta come mezzo di locomozione, passeggiare, fare i lavori domestici.

L'uso sempre più frequente delle tecnologie (che caratterizza la nostra società) ha di molto ridotto queste attività fisiche e favorito l'instaurarsi di uno stile di vita sedentario che è necessario contrastare, per evitare l'insorgere di numerose patologie.

Il contributo positivo che può dare l'attività motoria per ridurre disturbi quali l'ansia, la depressione, lo stress, è tale da avviare il concetto più complesso e completo del miglioramento del proprio *lifestyle*.

L'attività fisica è fondamentale per mantenere l'equilibrio energetico e un peso corporeo sano, favorisce una buona stabilità psicofisica ed ha una comprovata efficacia sul tono dell'umore.

Occupava un posto importante nello sviluppo psicomotorio del bambino. Già nell'età evolutiva è possibile evidenziare come lo sviluppo armonico dell'organismo venga favorito da un'attività fisica condotta con regolarità, mentre la sedentarietà crea i presupposti della cosiddetta malattia ipocinetica.

Il non uso del sistema locomotore provoca, infatti, alla lunga patologie atrofico-degenerative. Le conseguenze negative immediate riguardano in misura variabile anche la percezione del proprio corpo e l'immagine di sé

Nel campo delle patologie alimentari si ipotizza che esista una conformità tra la cultura (o l'ossessione) del "tenersi in forma" e la ricerca di un senso di padronanza interiore mediante una dura disciplina fisica ed eccessivo interesse per l'immagine

corporea. In effetti, nel quadro culturale complessivo, la pratica fisica è uno degli strumenti fra i più efficaci per la lotta contro il grasso.

L'attività fisica per alcuni può diventare divorante e coattiva, fino al punto da distogliere l'interesse del soggetto da altri scopi, in particolare dalle relazioni interpersonali.

Allora per questi soggetti l'attuarsi dell'attività fisica assume un ruolo e una veste diversa, non più come l'individuazione di obiettivi via via crescenti e gratificanti, ma come la forma del controllo a volte ossessivo da parte dell'individuo su se stesso; diviene cioè un vero fattore di rischio per la patologia alimentare.

Il monitoraggio dell'attività fisica fatto sui questi soggetti diventa un validissimo strumento sia per la prevenzione del disturbo alimentare che per aiutare l'individuo a raggiungere un più equilibrato rapporto con la propria immagine corporea.

Al patologico “ non fermarsi mai” si rischia in contrapposizione una forma inesistente di attività fisica da determinare una catatonìa anch'essa espressione di ritiro sociale nonché di dispercezione del proprio corpo.

SOGGETTI E METODI

Il tema centrale del lavoro di ricerca è costituito dall'analisi dello “stile di vita” delle donne sottopeso confrontato con donne normo-peso afferite all'interno della struttura sanitaria quale il Centro Di Fisiopatologia Della Nutrizione regionale in sede a Giulianova nel corso dell'anno 2008.

Il lavoro di rilevazione dei dati personali è stato condotto nella prima parte della mattina. Le persone in esame successivamente hanno seguito un percorso:

tutte le altre procedure sono state, per così dire, “detecnicizzate” per diventare esse stesse linguaggio, al fine di costruire un dialogo, una relazione; e così che l'antropometria è diventata non il monitoraggio delle masse del corpo ma, uno strumento per ridefinire i confini corporei e per ricostruire l'identità corporea; il

diario alimentare è diventato lo strumento per decodificare il simbolismo e le motivazioni delle scelte alimentari.

Il tempo, la coerenza e la costanza del follow up sono stati gli elementi determinanti del successo terapeutico per la maggior parte delle persone in trattamento. A tutto ciò va aggiunta la capacità dell'équipe multidisciplinare integrata di saper attivare modelli di rinforzo e di feed back da coinvolgere persone diffidenti e resistenti e le famiglie di appartenenza

L'ANTROPOMETRIA LA PLICOMETRIA e *SENSEWEAR ARMBAND*

La valutazione antropometrica dello stato di nutrizione prevede innanzitutto la determinazione di peso ed altezza, e il successivo calcolo degli indici pondero-staturali (a cominciare dall'indice di massa corporea: $IMC = \text{peso}/\text{altezza}^2$ espressi in kg/m^2)

La plicometria, consiste nella misurazione delle pliche adipose sottocutanee e delle circonferenze corporee prosegue accanto agli indici pondero-staturali; la plicometria è una delle metodiche di uso più comune per lo studio della composizione corporea.

Il Sensewear Armband è un monitor multisensore, è stato indossato sul braccio destro, sul tricipite posteriore, viene portato per 3 giorni sia durante il sonno, l'esercizio fisico e semplicemente durante la normale attività quotidiana. Il Sensewear Armband memorizza i dati di continuo, essi poi vengono trasferiti ed analizzati utilizzando il software "Cronolife". Il monitoraggio dell'attività fisica su donne con patologia alimentare, può diventare un validissimo strumento, i dati che si ottengono offrono la possibilità di comprendere meglio l'organismo umano e in molti casi il Cronolife è risultato diagnostico. Il software prevede, oltre all'area anagrafica della persona, l'inserimento di alcuni semplici parametri antropometrici di completamento che consentono di individuare e monitorare gli indici di adiposità/magrezza della persona e di rischio dismetabolico e respiratorio. La novità di tutto ciò sta nel fatto che il software è stato creato proprio dal Centro e costituisce una novità in merito allo studio, e all'analisi dello *stile di vita* della persona. Il Cronolife è un metodo di valutazione che insieme ad altre tecniche di

indagine e diagnosi permette di avere un quadro quanto più olistico possibile della patologia, riuscendo in tal modo ad indirizzare il team terapeutico verso la cura migliore. Molte persone sono convinte di muoversi, di “non fermarsi mai”, ma il polisensore svela che al di là di quella che viene definita “dispercezione corporea”, esiste anche una “dispercezione motoria”. Cronolife fotografa molto bene le differenze di *stile di vita* tra le donne normopeso, le quali ripartiscono le loro energie in: attività fisiche, sociali e spontanee, mentre le donne sottopeso tendono a spendere le loro energie in attività concentrate, riducendo spesso, in maniera notevole, le attività leggere e/o spontanee fino alla catatonìa.

Questo avviene nel caso delle persone legate ai disturbi alimentari in cui lo *stile di vita* certamente ha perso il senso di qualità, di benessere, sia sotto il profilo personale, ma anche e soprattutto sociale dal quale si discostano, si allontanano sempre di più. .

Se si chiede alla persona di quantificare quanto esercizio fisico effettua, spesso non è in grado di farlo ecco che allora l'utilizzo di un monitoraggio, sia sul livello di attività fisica svolta, sia sul livello di sedentarietà, si rende fondamentale per una pianificazione di programma di prevenzione.

Il Sensewear Armband è in grado di calcolare:

STEPS = numero di passi delle 24 ore selezionate;

LAF = è l'indice più affidabile ed espressivo della varietà interindividuale del livello di attività fisica, in quanto rappresenta il dispendio energetico sull'intero arco della giornata, è l'indice più affidabile ed espressivo della varietà interindividuale del livello di attività fisica, in quanto rappresenta il dispendio energetico sull'intero arco della giornata. Il LAF dunque è il livello di attività, dello stile di vita della persona, ma può anche rappresentare il livello di attività a cui la persona deve tendere, all'interno di una prescrizione motoria.

LAS = esplora il livello delle attività sedentarie e/o spontanee corrispondenti quindi al livello “leggero” o alle fasi “non particolarmente attive” che è più strettamente correlato con la vitalità del soggetto

Un livello molto ridotto di LAS, (esempio), spesso è riscontrabile durante le terapie con psicofarmaci, nelle depressioni, nell'anoressia catatonica; indica una forte riduzione dell'attività motoria spontanea.

Questi sono alcuni dei dati, i più significativi, che vengono rilevati dal Sensewear Armband, che ho preso in esame nella ricerca.

Tramite il programma applicativo "Cronolife", si può procedere ad una refertazione che completa l'analisi dello *stile di vita* e consente di esprimere un giudizio sull' "*habitus*" motorio del soggetto in esame.

OBIETTIVO DELLO STUDIO

- Monitorare tramite il misuratore a bracciale "Sensewear Armband " il "*lifestyle*" (LAS,LAF, STEPS e altri indici);
- Analizzare le correlazioni del campione di donne sottopeso con un gruppo di controllo di donne normopeso;
- Verificare la reale "attitudine", di donne sottopeso affette da patologia alimentare vs le donne normopeso, ad aumentare il livello di attività fisica quale fattore coadiuvante nel mantenimento o nel raggiungimento di uno stato di eccessiva magrezza.

Permette di aiutare la persona nel programma terapeutico, a raggiungere un più equilibrato rapporto con la propria immagine corporea. Il Cronolife consente una nuova lettura dello stile di vita dell'anoressica. Grazie a questo software, oggi, lo stile di vita è realmente misurabile, quantificabile e modificabile perché si è in grado di evidenziare e monitorare le variabili menzionate.

La visione diretta dello *stile di vita* apre un orizzonte critico:

- permette di osservarlo e di prenderne coscienza,
- insegna a nutrire correttamente le nostre fasi biologiche,
- indica il tempo, l'intensità e il costo energetico delle nostre attività motorie,
- indirizza la nostra ragione verso scelte che consentono l'autorealizzazione,
- insegna ad ottimizzare le nostre energie.

La finalità è duplice:

- aumentare il peso corporeo,
- fornire una corretta immagine del sé e della percezione del proprio corpo,
- favorire la relazione con il sé e con l'altro.

RISULTATI

Dal presente studio emerge un aspetto interessante, circa il “*lifestyle*” di soggetti sottopeso affetti da una patologia alimentare, specie se cronica. E' evidente che tali soggetti non riescono a trarre dalle relazioni sociali, e dalla relazione con il sé, quel benessere e quella “novità di vita” che permette loro di gestire delle relazioni con l'esterno. Per tale motivo il mondo perde interesse, e la passione cede il passo alla scarsa motivazione, alla monotonia, alla ripetitività e alla ritualità dei gesti, l'unica cosa che riesce ancora a dare la conferma della propria esistenza. Perché si possa ritornare a comportamenti salutari, è necessario rientrare gradualmente nell'area della consapevolezza e dell'accettazione.

CONCLUSIONE

E se “*L'anima ha bisogno di un luogo...*”, allora diventa indispensabile riuscire a servirsi di tutto ciò che può essere utile per acquisire informazioni, orientamenti, coordinate, al fine di inquadrare e comprendere appieno il sintomo. Questo è il Centro Regionale di fisiopatologia della Nutrizione.

3.3. Ricerca del Centro Regionale di Fisiopatologia della Nutrizione

Presentazione dati

Criteri di scelta usati per la selezione del campione in una popolazione afferita presso il Centro di Fisiopatologia Regionale Della Nutrizione:

Il campione comprende 48 donne con disturbo alimentare restrittivo (anoressiche), e 48 donne sane, senza disturbi del comportamento alimentare.

Lo studio della composizione corporea e dello stile di vita è parte integrante della valutazione dello stato di nutrizione e dello stato di benessere dell'individuo e può essere condotto con metodiche differenti per finalità, complessità e costi.

Scopo dello studio è stato quello di indagare sulle differenze di "stile di vita" nei due campioni, in particolare ci riferiamo a parametri quali: età, sesso, titolo di studio, professione, peso, indice di massa corporea (BMI), livello di attività sedentarie e spontanee (LAS), (LAF) e numero dei passi (STEPS).

Attraverso l'analisi dei dati è stato tracciato un profilo del campione scelto in partenza con un dato preciso riguardo al sesso, quello femminile, cercando di delinearne i tratti caratteristici in relazione ad alcune variabili di base:

l'età, titolo di studio, professione, peso, l'indice di massa corporea, il livello di attività sedentaria e spontanea, numero di passi o attività esterna (palestra piscina tennis etc.) .

Il campione empirico, composto da 48 donne sottopeso e 48 donne normopeso è stato suddiviso in 4 fasce di età.

Per quanto riguarda il campione sottopeso (S), la fascia di età che va dai 13 ai 23 anni, comprende il 58,34% delle donne, quella dai 24 ai 34 il 33,33%, dai 35 ai 45 il 2,08%, e dai 46 ai 56 il 6,25%.

Dalle percentuali ottenute possiamo rilevare che il numero maggiore di donne sottopeso, è quello nella fascia di età tra i 13 e i 23 anni.

Nel campione normopeso (N), invece, abbiamo rispettivamente il 37,50% dai 15 ai 26 anni, il 33,33% dai 27 ai 38 anni, il 20,83% dai 39 ai 50 e l'8,34% dai 51 ai 62 anni.

I dati fanno rilevare che l'incidenza maggiore di disturbi alimentari si verifica nelle donne di età compresa tra i 15 e i 26 anni.

Per quanto riguarda il titolo di studio, nel campione sottopeso, il 35,4% delle donne ha la licenza media, il 52% il diploma superiore e il 12,6% la laurea, mentre nel campione di controllo abbiamo l'8,3%, il 27,1%, il 33,4% e il 31,2% rispettivamente per licenza elementare, licenza media, diploma superiore e laurea.

Possiamo quindi affermare che la maggior parte delle donne sottopeso possiede un diploma superiore.

Il dato relativo alla professione nelle donne sottopeso risulta così distribuito: il 33,3% è studentessa alle superiori, il 27,1% studentessa universitaria, il 4,17% disoccupata, il 6,26% casalinga, il 12,5% professionista autonoma, il 2,09% professionista dipendente, l'8,32% impiegata, il 4,17% commessa e il 2,09% operaia.

Nelle normopeso abbiamo per le stesse professioni rispettivamente il 16,7%, il 12,5%, il 4,2%, il 10,4%, il 25%, il 6,25%, il 18,7%, lo 0% e il 6,25%.

Quindi sono le studentesse alle superiori ad avere i maggiori problemi alimentari.

Le donne sottopeso risultano tra 31 e 37 kg nel 16,67% dei casi, tra 38 e 44 kg nel 43,75%, tra 45 e 51 kg nel 33,33% e tra 52 e 58 kg nel 6,25%.

Nel campione normopeso il 18,75% ha un peso compreso tra 47 e 54 kg, il 50% tra 55 e 62 kg, il 25% tra 63 e 70 kg e il 6,25% tra 71 e 78 kg.

Si può dire che la maggioranza delle donne sottopeso ha un peso compreso tra 38 e 44 kg.

L'indice di massa corporea (BMI) oscilla tra 11,96 e 13,58 e tra 13,59 e 15,21 nel 12,50% dei soggetti sottopeso, tra 15,22 e 16,84 nel 25% e tra 16,85 e 18,47 nel 50%.

Il BMI nell'altro campione è, nel 43,75% dei casi, compreso tra 18,83 e 21,62, nel 47,92% tra 21,63 e 24,42, nel 6,25% tra 24,43 e 27,22 e nel 2,08% tra 27,23 e 30,02.

Pertanto risulta che, nella fascia che va da 16,85 a 18,47 si trova il numero più elevato di persone sottopeso.

Il dato interessante che risulta utile nell'analisi dello stile di vita delle anoressiche è il dato relativo all'intensità delle attività leggere/spontanee (LAS) nelle donne sottopeso ha una frequenza del 50% con un livello pari a <1,30 (molto ridotto);

l'attività sedentaria è il 27,10%, cioè tra $\geq 1,30$ e $< 1,40$ (ridotto); il 22,90% è compreso tra $\geq 1,40$ e $< 1,70$ (normale); non ci sono donne con un livello di attività sedentaria considerata vivace compreso tra $\geq 1,70$ e $< 2,00$, come pure risulta nullo, cioè molto vivace, un livello pari a $\geq 2,00$.

Nelle donne normopeso il livello di attività sedentaria risulta molto ridotto e cioè $< 1,30$ nel 8,30%, ridotto, cioè $\geq 1,30$ e $< 1,40$ pari al 12,50%; il 52,10% ha un livello normale compreso fra $\geq 1,40$ e $< 1,70$. L'attività sedentaria risulta vivace quando il livello oscilla tra $\geq 1,70$ e $< 2,00$. Infine risulta dell'8,30% e cioè molto vivace quando il livello è $\geq 2,00$.

Si rileva pertanto una incidenza maggiore di donne sottopeso quando il LAS è pari a $< 1,30$.

Il livello di attività fisica (LAF) nelle donne sottopeso ha una frequenza del 25,00% $< 1,30$ (ipocinesia); l'altro 25,00% ha un livello di attività fisica molto leggero pari a $\geq 1,30$ e $< 1,40$; il 29,20% è tra $\geq 1,40$ e $< 1,70$ (leggero); il livello medio è del 14,60% pari a $\geq 1,70$ e $< 2,00$; il livello elevato ($\geq 2,00$) è del 6,20%.

Nelle donne normopeso, il LAF è così distribuito: il 2,10% $< 1,30$ (ipocinesia); il 14,60%, cioè $\geq 1,30$ e $< 1,40$, è molto leggero, mentre il livello di attività fisica leggero, cioè tra $\geq 1,40$ e $< 1,70$, risulta per il 37,50%; il livello medio, pari a $\geq 1,70$ e $< 2,00$, è del 31,20%; l'attività fisica ha un livello elevato pari a $\geq 2,00$ nel 14,60%.

Infine, per quanto riguarda il numero di passi calcolati in migliaia (K), nel primo campione risulta il 10,40% delle donne pari a $< 4K$ (molto ridotto), per il 41,70% è pari a $\geq 4K$ e $< 8K$ (ridotto); risulta adeguato e cioè $\geq 8K$ e $< 12K$ per il 31,20%; il numero di passi risulta discreto tra $\geq 12K$ e $< 16K$, pari al 4,20%; notevole, e cioè $\geq 16K$, per il 12,50%.

Nelle normopeso risulta nulla l'attività molto ridotta pari a $< 4K$; nel 33,30% è ridotta, cioè $\geq 4K$ e $< 8K$; nel 29,20% l'attività è adeguata, cioè $\geq 8K$ e $< 12K$; per il 16,70% risulta discreto, cioè $\geq 12K$ e $< 16K$; il 20,80% è notevole, cioè $\geq 16K$.

La maggior parte dei soggetti sottopeso ha un numero di passi compreso tra $\geq 4K$ e $< 8K$ (Cfr. Tabelle).

. Cronolife fotografa molto bene le differenze di *stile di vita* evidenziando come, nel nostro caso, le donne normopeso ripartiscono le loro energie in attività fisiche,

sociali e spontanee, mentre le donne sottopeso tendono a spendere le loro energie in attività concentrate, riducendo spesso notevolmente le attività leggere e spontanee fino a diventare catatoniche.

Il monitoraggio sopra descritto rende possibile l'acquisizione di informazioni utili e permette di avere un quadro quanto più chiaro possibile allo specialista e alla persona interessata. Perché l'anoressica possa ritornare a comportamenti salutari, è necessario rientrare gradualmente nell'area della consapevolezza e dell'accettazione.

TABELLE

Campione sottopeso (S)

Tabella 1S-Classi di età

Anni	Totale sg	%
Da 13 a 23	28	58,34
Da 24 a 34	16	33,33
Da 35 a 45	1	2,08
Da 46 a 56	3	6,25
	48	100,00

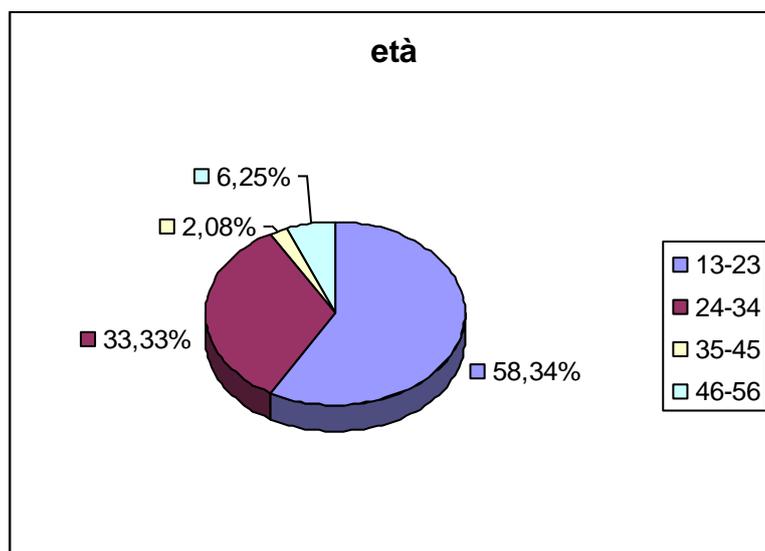


Tabella 2S-Titolo di studio

Items	Totale sg	%
Licenza elementare	0	0,00
Licenza media	17	35,40
Diploma superiore	25	52,00
Laurea	6	12,60
	48	100,00

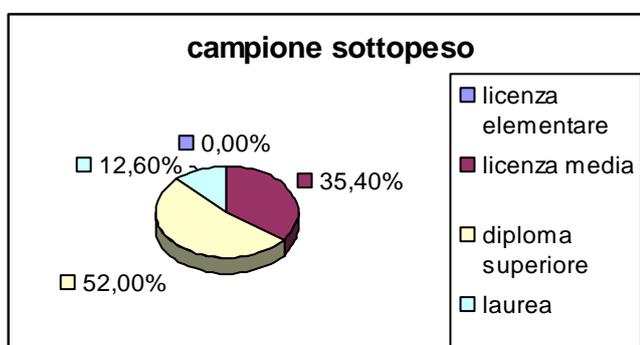


Tabella 3S-Professione

Items	Totale sg	%
Studentessa superiori	16	33,30
Studentessa universitaria	13	27,10
Disoccupata	2	4,17
Casalinga	3	6,26
Professionista autonoma	6	12,50
Professionista dipendente	1	2,09
Impiegata	4	8,32
Commessa	2	4,17
Operaia	1	2,09
	48	100,00

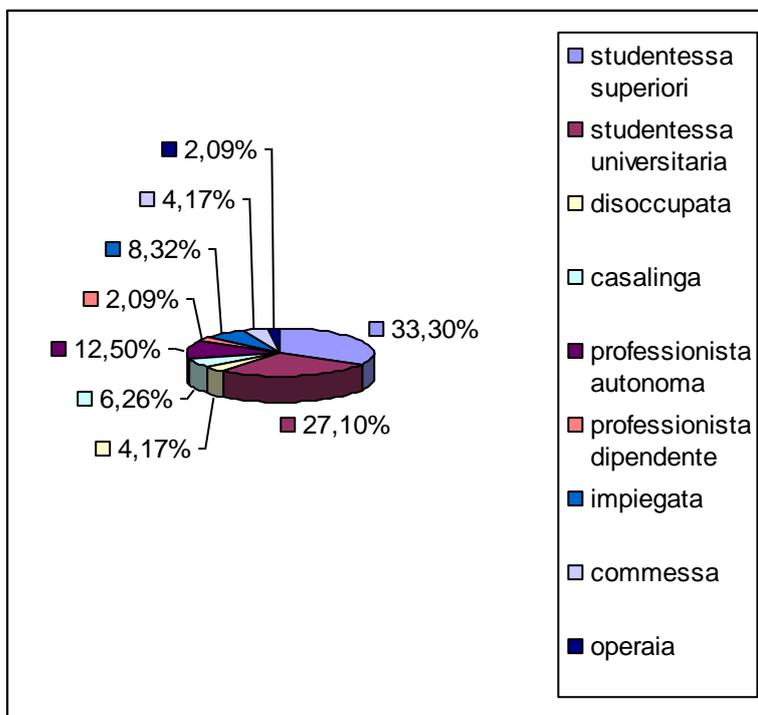


Tabella 4S-Classi di peso

Kg	Totale sg	%
Da 31 a 37	8	16,67
Da 38 a 44	21	43,75
Da 45 a 51	16	33,33
Da 52 a 58	3	6,25
	48	100,00

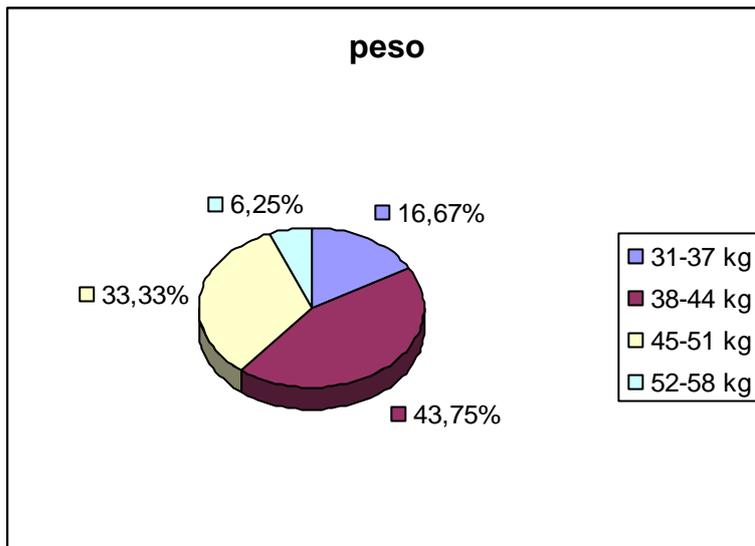


Tabella 5S-Classi di BMI

Indice di massa corporea	Totale sg	%
Da 11,96 a 13,58	6	12,50
Da 13,59 a 15,21	6	12,50
Da 15,22 a 16,84	12	25,00
Da 16,85 a 18,47	24	50,00
	48	100,00

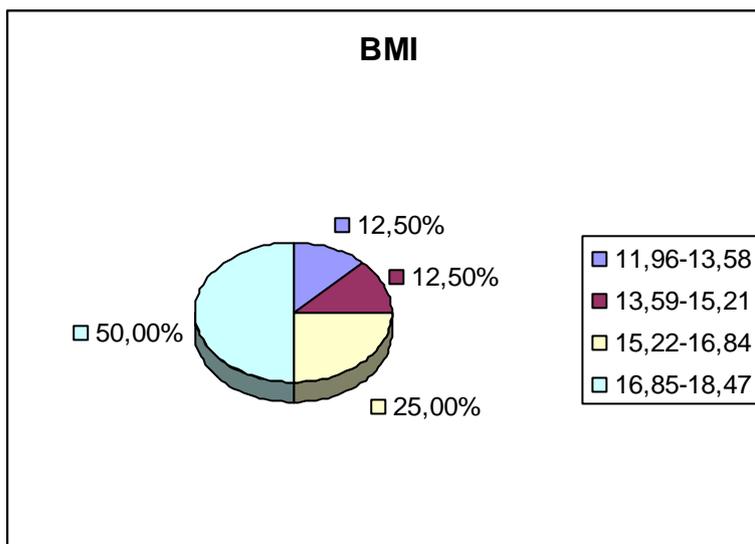


Tabella 6S-Classi di LAS

Livello attività sedentarie	Totale sg	%
<1,30 molto ridotto	24	50,00
≥1,30 - <1,40 ridotto	13	27,10
≥1,40 - <1,70 normale	11	22,90
≥1,70 - <2,00 vivace	0	0,00
≥2,00 molto vivace	0	0,00
	48	100,00

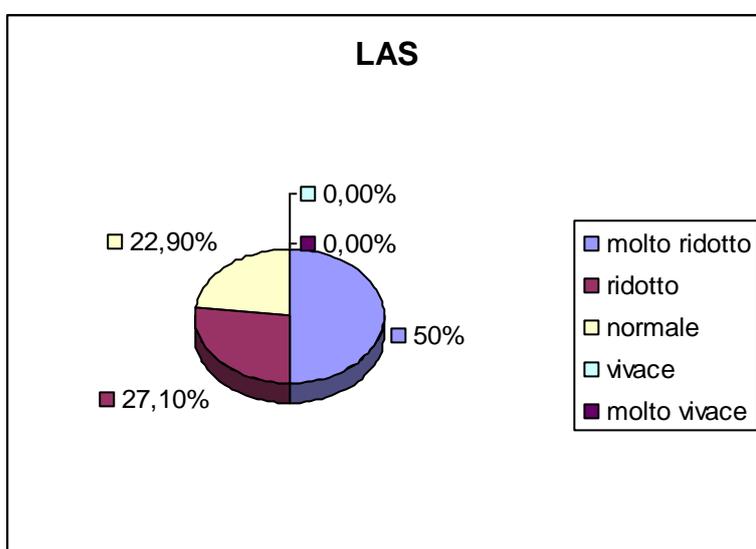


Tabella 7S –Classi di LAF

Livello di attività fisica	Totale sg	%
<1,30 ipocinesia	12	25,00
≥1,30 - <1,40 molto leggero	12	25,00
≥1,40 - <1,70 leggero	14	29,20
≥1,70 - <2,00 medio	7	14,60
≥2,00 elevato	3	6,20
	48	100,00

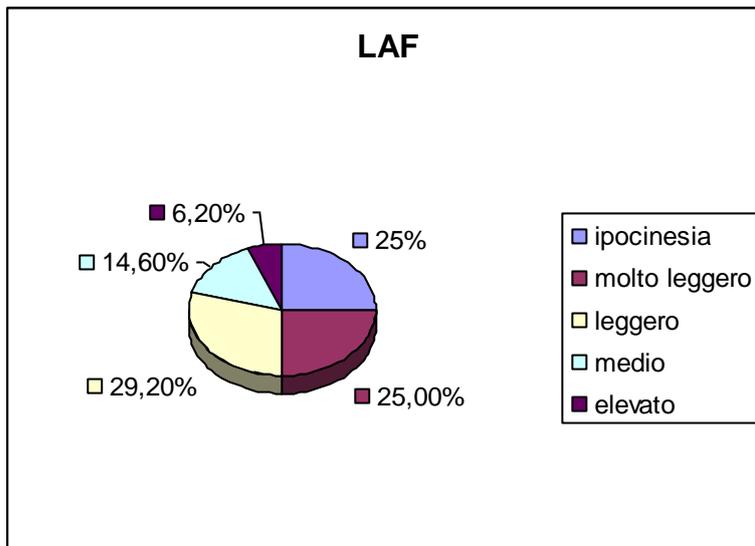
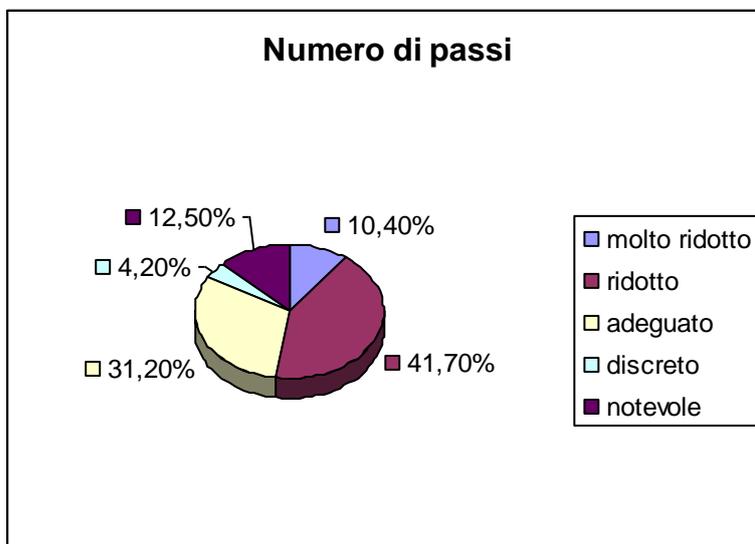


Tabella 8S-Classi di STEPS

Numero di passi (in migliaia = k)		Totale sg	%
<4k	molto ridotto	5	10,40
≥4k - < 8k	ridotto	20	41,70
≥8k - <12k	adeguato	15	31,20
≥12k - <16k	discreto	2	4,20
≥16k	notevole	6	12,50
		48	100,00



Campione normopeso (N)

Tabella 1N-Classi di età

Anni	Totale sg	%
Da 15 a 26	18	37,50
Da 27 a 38	16	33,33
Da 39 a 50	10	20,83
Da 51 a 62	4	8,34
	48	100,00

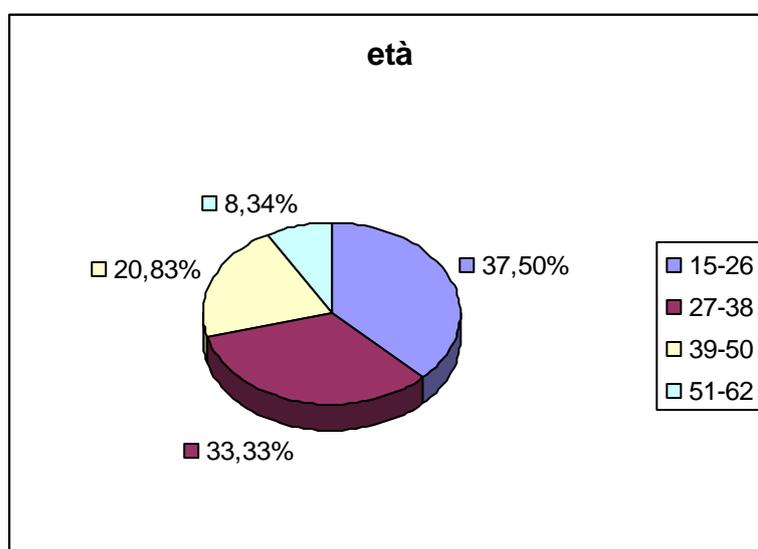


Tabella 2N-Titolo di studio

Items	Totale sg	%
Licenza elementare	4	8,30
Licenza media	13	27,10
Diploma superiore	16	33,40
Laurea	15	31,20
	48	100,00

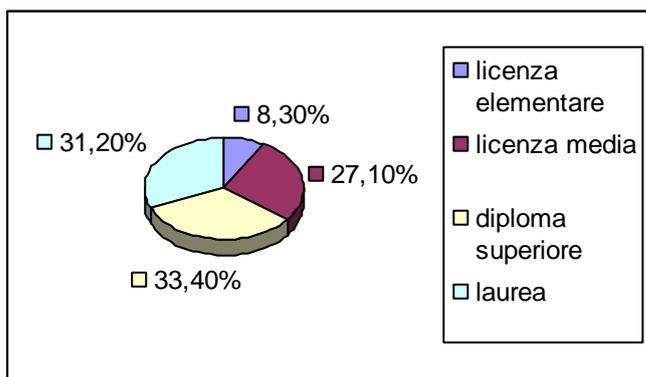


Tabella 3N-Professione

Items	Totale sg	%
Studentessa superiori	8	16,70
Studentessa universitaria	6	12,50
Disoccupata	2	4,20
Casalinga	5	10,40
Professionista autonoma	12	25,00
Professionista dipendente	3	6,25
Impiegata	9	18,70
Commessa	0	0,00
Operaia	3	6,25
	48	100,00

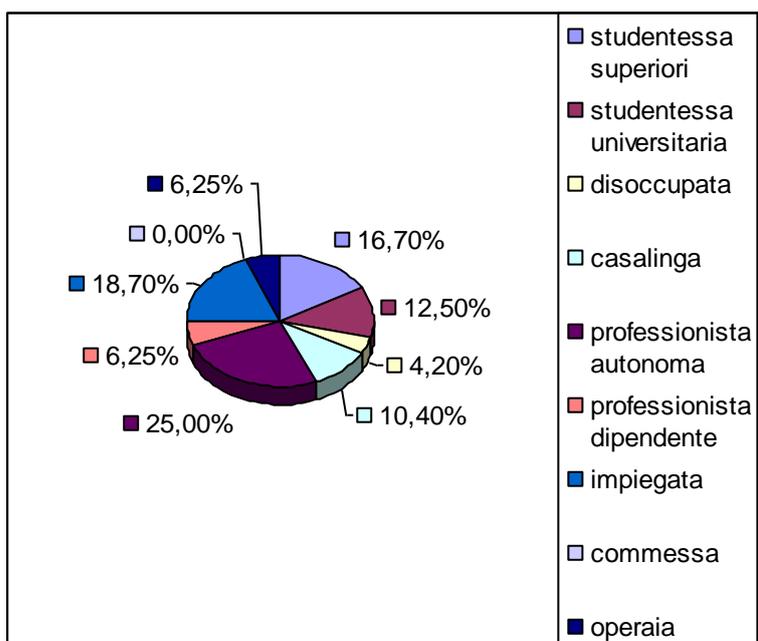


Tabella 4N-Classi di peso

Kg	Totale sg	%
Da 47 a 54	9	18,75
Da 55 a 62	24	50,00
Da 63 a 70	12	25,00
Da 71 a 78	3	6,25
	48	100,00

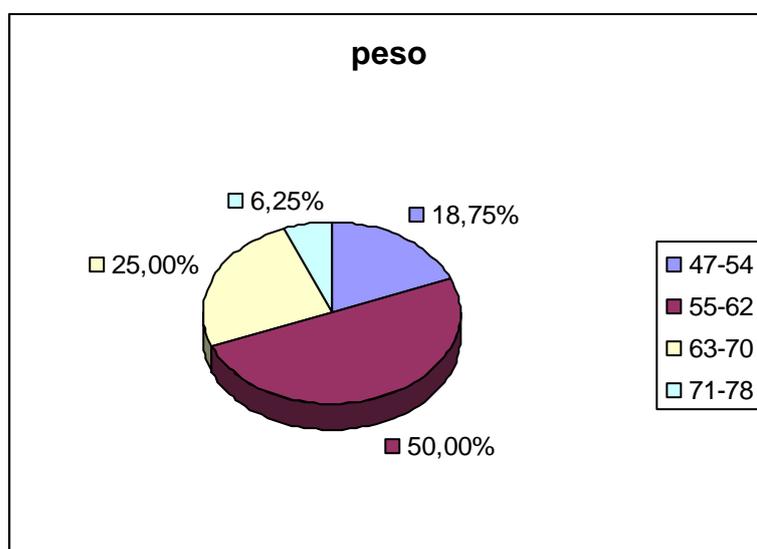


Tabella 5N-Classi di BMI

Indice di massa corporea	Totale sg	%
Da 18,83 a 21,62	21	43,75
Da 21,63 a 24,42	23	47,92
Da 24,43 a 27,22	3	6,25
Da 27,23 a 30,02	1	2,08
	48	100,00

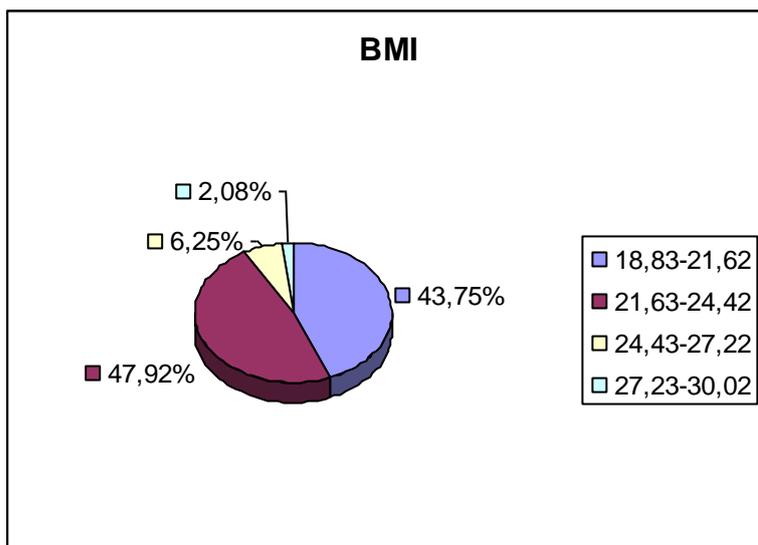


Tabella 6N-Classi di LAS

Livello attività sedentarie	Totale sg	%
<1,30 molto ridotto	4	8,30
≥1,30 - <1,40 ridotto	6	12,50
≥1,40 - <1,70 normale	25	52,10
≥1,70 - <2,00 vivace	9	18,80
≥2,00 molto vivace	4	8,30
	48	100,00

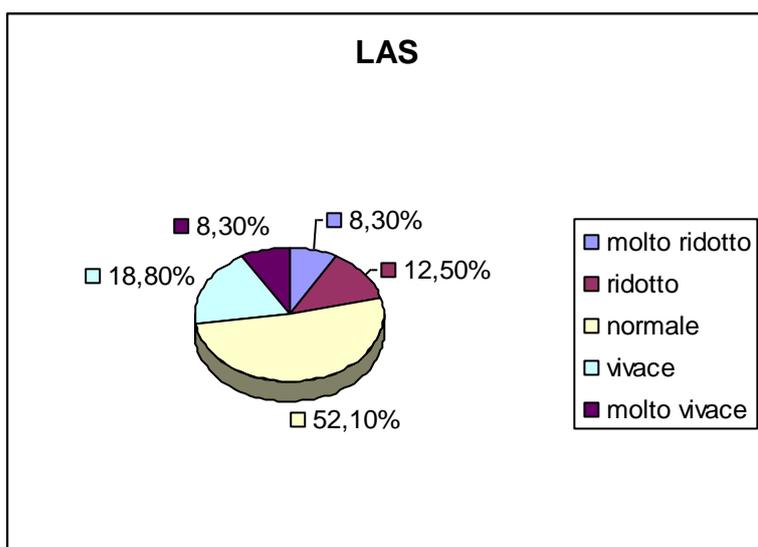


Tabella 7N-Classi di LAF

Livello di attività fisica		Totale sg	%
<1,30	ipocinesia	1	2,10
≥1,30 - <1,40	molto leggero	7	14,60
≥1,40 - <1,70	leggero	18	37,50
≥1,70 - <2,00	medio	15	31,20
≥2,00	elevato	7	14,60
		48	100,00

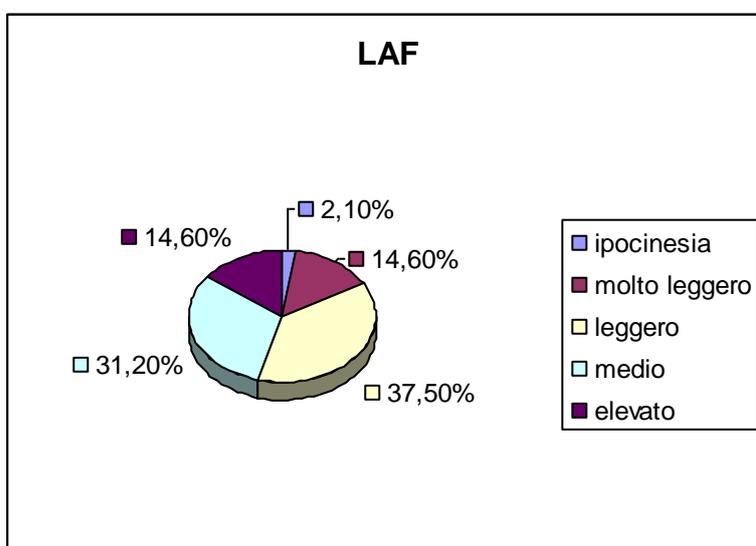
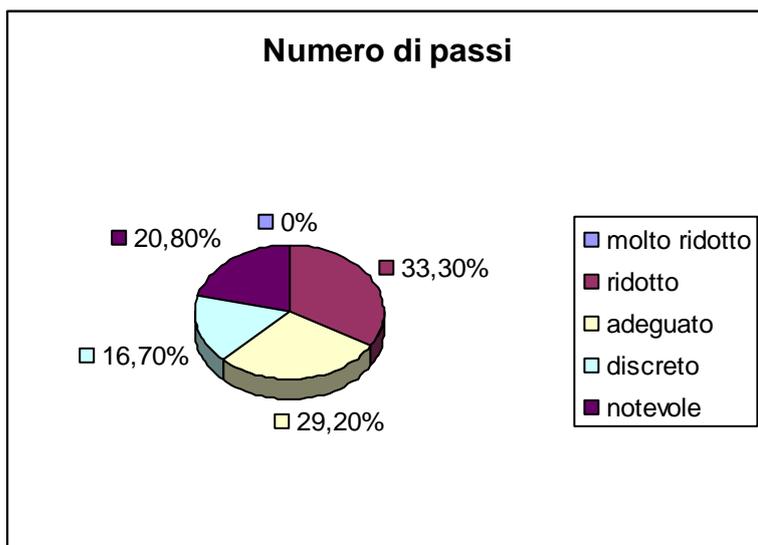


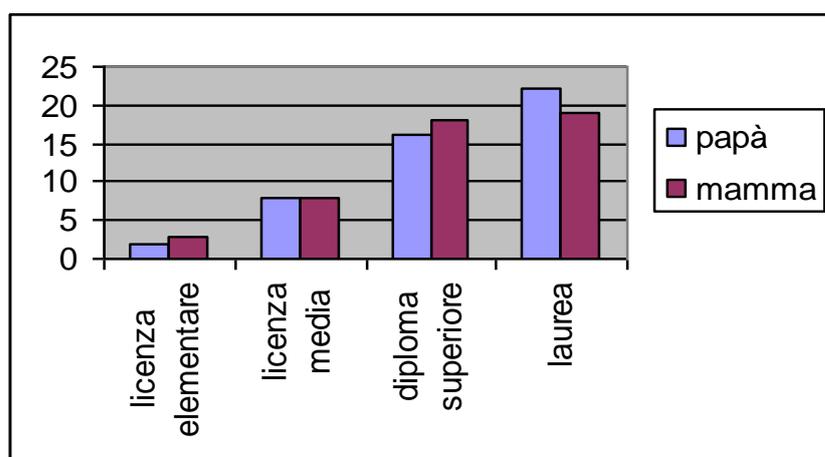
Tabella 8N-Classi di STEPS

Numero di passi (in migliaia = k)		Totale sg	%
<4k	molto ridotto	0	0,00
≥4k - < 8k	ridotto	16	33,30
≥8k - <12k	adeguato	14	29,20
≥12k - <16k	discreto	8	16,70
≥16k	notevole	10	20,80
		48	100,00



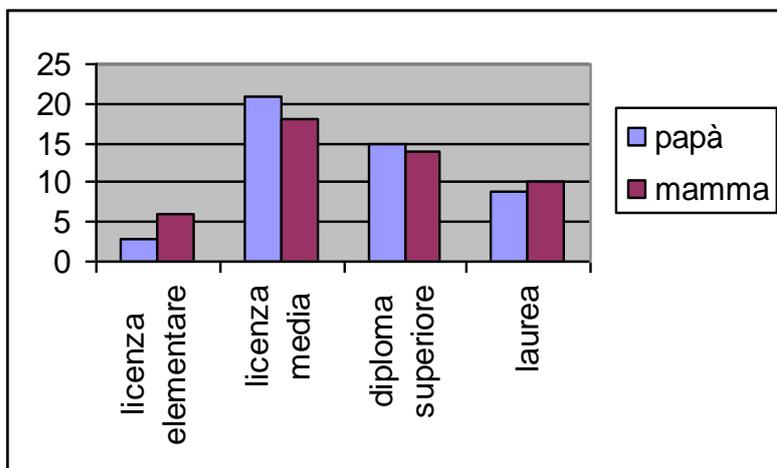
Titolo di studio dei genitori del campione sottopeso (S)

ITEMS	MAMMA	PAPA'
Licenza elementare	3	2
Licenza media	8	8
Diploma superiore	18	16
Laurea	19	22



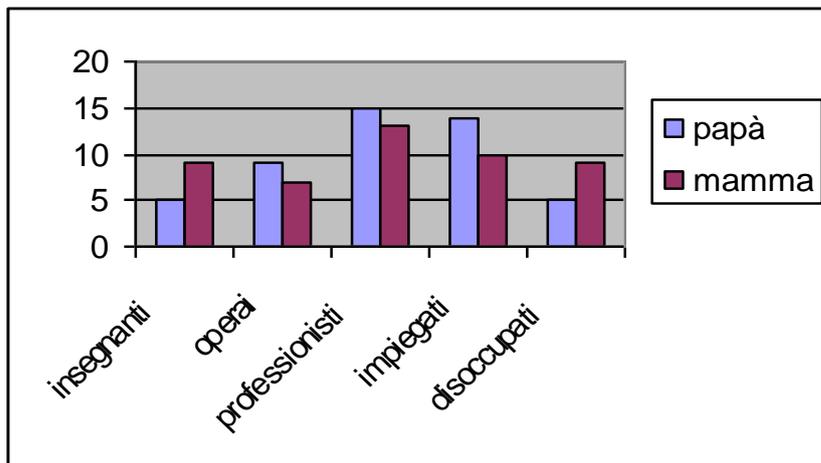
Titolo di studio dei genitori del campione normopeso (N)

ITEMS	MAMMA	PAPA'
Licenza elementare	6	3
Licenza media	18	21
Diploma superiore	14	15
Laurea	10	9



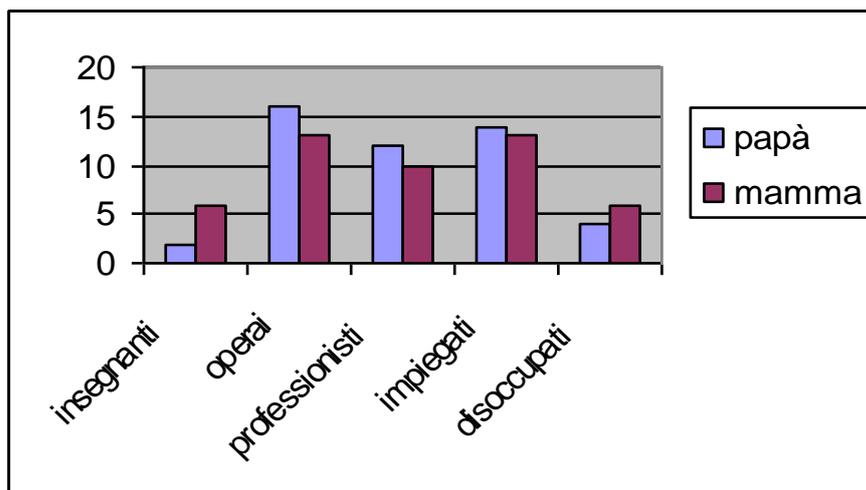
Occupazione dei genitori del campione sottopeso (S)

ITEMS	MAMMA	PAPA'
Insegnanti	9	5
Operai	7	9
Professionisti	13	15
Impiegati	10	14
Disoccupati	9	5



Occupazione dei genitori del campione normopeso

ITEMS	MAMMA	PAPA'
Insegnanti	6	2
Operai	13	16
Professionisti	10	12
Impiegati	13	14
Disoccupati	6	4



RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Abramson E. (1993), *Emozioni e cibo*, Positive Press, Verona.
- American Psychiatric Association, *DSM-III. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (1983), Masson, Milano.
- Ancona L., Gagliardi R., Strangolo S. (1969), “La dinamica del campo sociale post-edipico nella strutturazione dell’identità personale”, *Infanzia Anormale*, febbraio.
- Anzieu D. (1974), *L’io-pelle*, Borla, Roma.
- Ardirò A. (1997), *Società e Salute*, Franco Angeli, Milano.
- Bauman Z. (1999), *La società dell’incertezza*, Il Mulino, Bologna
- Barman Z. (2003), *L’intervista sull’identità*, Laterza, Roma-Bari.
- Bell R. (1998), *La santa anoressia - Digiuno e misticismo dal Medioevo a oggi*, tr. it. Laterza, Bari.
- Benasayag M., Schmit G. (2004), *L’epoca delle passioni tristi*, Feltrinelli, Milano.
- Bennet W. Guerin J. (1982), *The Dieter’s Dilemma*, Harper and Row, New York.
- Bettelheim B. (1950), *L’amore non basta*, CDE, Milano.
- Bilz R. (1971), *Anorexia nervosa*, in “*biol. Psychiat. Neurol.*”, 147.
- Bovone L. e Ruggerone L. (2006), *Che genere di moda?*, Franco Angeli, Milano
- Bowen-Woodward K. (1999), *Quando il tuo corpo non ti piace*, Feltrinelli, Milano.
- Bowlby J. (1982), *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bowlby J. (1989), *Una base sicura*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bruch H. (1940 a), *Obesity in childhood. III. Physiologic and psychologic aspects of the food intake as obese children*, in “*Amer J. Dis Child.*”, 58:738-81
- Bruch H. (1957), *The importance of Overweight*, Norton, New York.
- Bruch H. (1982), *Patologia del comportamento alimentare. Obesità, anoressia mentale e personalità*, Feltrinelli, Milano.
- Bruch H. (2003), *La gabbia d’oro. L’enigma dell’anoressia mentale*, Feltrinelli, Milano.
- Brusset B. (1979), *L’anoressia mentale del bambino e dell’adolescente*, Borla, Roma.

- Buchan T., Gregory L.D. (1984), *Anorexia nervosa in a black Zimbabwean*, in “British Journal of Psychiatry”, 145: 326-330.
- Calvo V. (2007), *Il colloquio di counseling. Tecniche di intervento nella relazione di aiuto*, Il Mulino, Bologna.
- Camaioni L. a cura di), (1993), *Manuale di psicologia dello sviluppo*, Il Mulino, Bologna.
- Cahnman M.J. (1968), *The stigma of obesity*, in “Soc.Quart.”.
- Cardano M. (2003), *Tecniche di ricerca qualitativa*, Carrocci, Roma.
- Cardano M. (), *Cibo come religione Religione come cibo*, Franco Angeli, Milano.
- Chesseguet-Smirgel J. (2005), *Il corpo come specchio del mondo*, Raffaello Cortin, Milano.
- Cipolla C. (2006), *Della salute dei giovani. Una ricerca nella provincia Forlì-Cesena*, Franco Angeli, Milano.
- Charcot J-M. (1889), *Clinical Lectures On Diseases of the Nervous System*, trad. ingl di Savill T., London..
- Clauser G. e Spranger J. (1957), *Hinweise auf die Aitiologieder Fett und Magersucht aus Volkstum, Kunst Medizingeschichte und Wissenschaft*, “Munchen. Med.Wschr.”, 99:53-58.
- Codisposti O., Simonelli A., (2006), *Narrazione e attaccamento nelle patologie alimentari*, Raffaello Cortina, Milano.
- Collins P. (2005), *Nè giusto nè sbagliato*, Adelphi, Milano.
- Contaldo F. (2006), *La nutrizione ai confini della vita*, Guida, Napoli.
- Cooper P.J. (1995), *Bulimia nervosa: una guida alla guarigione e un manuale di auto-aiuto per chi ne soffre*, Armando, Roma.
- Crisp A.H. (1980), *Anorexia Nervosa: Let Me Be*”, Accademic Press, London.
- Crisp A.H. e al. (1997), *Il desiderio di cambiare*, Positive Press, Verona.
- Cloete S. (1953), *I Speak for the African*, in “Life”, 34:111.
- Cuzzolaro M. (1983), *Obesità: Aspetti psicologici e psicopatologici*, in “Enciclopedia Medica Italiana”, X, USES, Firenze.

- Cuzzolaro M. (2004), *Anoressie e bulimie*, il Mulino, Bologna.
- Dalla Ragione L. (2005), *La casa delle bambine che non mangiano*, Il Pensiero Scientifico, Milano.
- De Cristofaro P., Ferrante N. (2009), *Vissuti di anoressia*, Tracce, Pescara.
- De Cristofaro P.:(2002), *Basi Metodologiche dell'approccio psiconutrizionale*. SEE editrice-ISBN 88-8465-033-X. Firenze.
- D'Andrea F. (a cura di) (2005), *Il corpo a più dimensioni*, Franco Angeli, Milano.
- D'Andrea F. (a cura di) (2008), *Il corpo in gioco*, Franco Angeli, Milano
- Degli Esposti P. (2004), *Il cibo dalla modernità alla postmodernità*”, Franco Angeli, Milano.
- Devereux G (1980), *Normal and abnormal*, in “Basic Problems of Di Nicola V.F. (1990), *Anorexia multiforme: Self-starvation in historical and cultural context*, in “Transcultural Psychiatric Reserch Review”, 27, 245-286
- Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders Association, 4th ed.
- Di Nallo E. (2006), *Cum Sumo Prospettive di analisi del consumo nella società globale*, Feltrinelli, Milano.
- Di Nicola V.F. (1990), *Anorexia multiforme: Self-starvation in historical and cultural context*, in “Transcultural Psychiatric Reserch Review”, 27: 245-286.
- Di Pietro G. e Sorge F. (2000), *Disturbi del comportamento alimentare in Italia: revisione degli studi epidemiologici*, “Minerva Psichiatrica”, 41, 3.
- Dolto F. (2001), *I problemi degli adolescenti*, (a cura di) Catherine Dolto-Tolich, Tea, Milano.
- Donati P.(2009), *La società dell'umano*, Marietti, Milano.
- Donati P. (1982), *Salute e analisi sociologica*, Franco Angeli, Milano.
- Dragani B., MalatestaG., Di Ilio C.and De Cristafaro P: (2006), “Dynamic monitorino of restricter eating disorders by in direct calorimetry: a useful cognitive approach. EWD (Eating Weight Disorsdes), 1.
- Emecheta B. (1982), *Double Yoke*, Ogwugwu Afor, London.
- Emerson R:W. (2003), *Serf Reliance. La fiducia in se stessi*, Ibis, Como-Pavia.
- Erickson E.H. (1982), *Infanzia e Società*, Armando, Roma.
- Erikson E.H. (1986), *Cicli della vita. Continuità e mutamenti*, Armando,Roma.

- Erikson E.H. (1982), *Gioventù e crisi di identità*, Armando, Roma.
- Enciclopedia Italiana Grolier, (1987), Eraclea, Milano.
- Favaro A., Santonastaso P. (1996), *Anoressia e bulimia, quello che i genitori (e altri) vogliono sapere*, Positive Press, Verona.
- Feighner J. P. (1972), Diagnostic Criteria for use in Psychiatric Research, "Archives of General Psychiatry" 26.
- Fo J., & C. (1993), *La vera storia del mondo*, ed. Demetra, Verona.
- Freud A. (1936), "L'io i meccanismi di difesa", in *Opere*, vol.I. Bollati Boringhieri, Torino.
- Fromm E. (1973), *Il linguaggio dimenticato*, Garzanti, Milano.
- Fruggeri L. (1997), *Famiglie, dinamiche interpersonali e processi psico-sociali*, Carrocci, Roma.
- Galimberti U. (1983), *Il corpo*, Feltrinelli, Milano.
- Galimberti U. (2001), "La vera sofferenza mentale è il deserto", *La Repubblica*, 11 gennaio.
- Garner D.M., Garfinkel P.E. (1981), *Body image in anorexia nervosa: measurement theory and clinical implication*, "International Journal of eating Disorders", 11: 263-284.
- Garner D.M., Garfinkel P.E. (1985), (a cura di), *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*, Guildford Press New York.
- Gardner D. M; Dalle Grave R. (1999), *Terapia Cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione*, Positive Press, Verona.
- Gehlen P. L. (1983), *L'uomo, la sua natura e il suo posto nel mondo*, Feltrinelli, Milano.
- Gerlighoff M., Backmund H. (1996), *Anoressia e bulimia*, Red, Milano.
- Girelli G. (1998), *Sistemi Sanitari*, Franco Angeli, Milano.
- Giusti E. (1995), *Autostima. Psicologia della sicurezza in sé*, Sovera, Roma.
- Giusti E., Testi A. (2006), *L'assertività* Sovera, Roma.
- Gockel R. (2007), *Donne che mangiano troppo*, Feltrinelli, Milano.
- Golden H. (1963), *Ess, ess, mein Kind*, Putnam's Sons, New York.

- Goleman D.(1999), *Intelligenza emotiva*, Rizzoli. Milano.
- Gordon R.A. (2004), *Anoressia e bulimia: anatomia di un'epidemia sociale*, Raffaello Cortina, Milano.
- Grimoldi M., Vicinal F. (2000), *Prima del digiuno*, Franco Angeli, Milano.
- Gruppo SPE (a cura di) (2004), *Verso una sociologia per la persona*, Franco Angeli, Milano.
- Gruppo SPE (a cura di) (2007), *La sociologia per la persona. Approfondimenti tematici e prospettive*, Franco Angeli, Milano.
- Gull W.W. (1874), *Anorexia nervosa*, in “Transactions of the Clinical Society” London, 7:22-28.
- Hall L., Cohn L. (1994), *Bulimia. Una guida verso la guarigione*.Positive Press, Verona.
- Janet P. (1920),*The Major Symptoms of Hysteria*, New York.
- Kafka F. (1976), *Il digiunatore*, in “ I racconti”, Mondadori, Milano.
- Kazin A. (1951), *A Walzer in the City*, Harscurt Brace, New York.
- Klein M.(1930) “ L'importanza della formazione dei simboli nello sviluppo dell'io” in *Scritti 1921-1958*,Bollati Boringhieri, Torino, 1978.
- Kestemberg E. (1974), *La fame e il corpo*, Astrolabo, Roma.
- Lasègue C. (1874), *De l'anorexie hysterique*, in “Archives Générales de Medicine”,21.
- Lavanchyn P. (1994), *Il corpo in fame*, Rizzoli, Milano.
- Lee S. (1991), *Anorexia nervosa in Hong Kong: A Chinese perspective*, in “Psychological Medicine”, 21: 703-701.
- Lee S (1993), *Review of “Transcultural aspects of eating disorders”*, in “Transcultural Psychiatric Reaserch Review”, 30:163-168.
- Ley J. (1983), *Il distacco dalla famiglia*, Astrolabio Roma.
- MacSwrrn M. (1999), *Corpi anoressici*, Feltrinelli, Milano.
- Minuchin S., Rosma B.L., Baker L. (1979) *Famiglie psicosomatiche. L'anoressia mentale nel contesto familiare*, Astrolabio, Roma.
- Monello L.F. e Mayer J. (1963), *Obese adolescent girls: unrecognized minorit  group?*, in “Amer. Clin. Nutr.”.

- Morton R.(1689), *Phthisiologica:Or a Treatise on Consumptions*, London.
- Niero M. (2008), *Discorrendo di metodologia*, Franco Angeli, Milano.
- Nwaefuna A. (1981), *Anorexia nervosa in a developing country*, in “British Journal of Psychiatry”, 138: 270.
- Onnis L. (2006) *Il tempo sospeso, Anoressia e bulimia tra individuo, famiglia e società*, Franco Angeli, Milano.
- Orbach S. (1984),*The construction of Femminity: Some Critical Issue in the Psychology of Women*, in Conference del Center for the Study of Anorexia and Bulimia, New York.
- Ostuzzi R., Luxardi G.L. (2003), *Un boccone dopo l'altro*, Baldini Castoldi Dalai, Milano.
- Ostuzzi R., Luxardi G.L. (2007), *Figlie in lotta con il cibo*, Baldini Castoldi Dalai, Milano.
- Paulain J.P. (2008), *Alimentazione, cultura e società*, Il Mulino, Bologna.
- Pease A. e B. (2005), *Il linguaggio del Corpo*, RCS libri, Milano.
- Petrement J. (1994), *La vita di Simone Weil*, Adelphi, Milano.
- Piccini F. (2008), *Ri-vedersi. Guida all'uso dell'autoritratto fotografico per la scoperta e costruzione del sè*, Red, Milano.
- Powdermarker H. (1960), *An antropological approach to the problem of obesità*, in “Bull. N.Y. Acad. Med.”, 36:286-95.
- Pumarino H. Vivano N. (1982), *Anorexia nervosa: Medical and psychiatric characteristics of 50 patients*, in “Revista medica de Chile”, 110: 1081-1092.
- Rosemberg-Smith C. (1972), *The hysterical woman: Sex roles in 19th century America*, in “Social Research”, 39: 652-678.
- Ruocco R.; Alleri A. (2006), *Il “peso” del corpo. Conoscere e vincere i disturbi dell'alimentazione*, Franco Angeli, Milano.
- Rush B. (1972), *Medical Inquiries Observations Upon the diseases of the wind*, reprint New York.
- Schelotto G. (1994), *Una fame da morire*, mondadori, Milano.
- Selvini Palazzoli M.(1963), *L'Anoressia mentale*, Feltrinelli,Milano.

- Selvini Palazzoli M. (1985), *Anorexia nervosa: A syndrome of the affluent society*, in "Transcultural Psychiatric Research Review", 22:199-204. Tr. it in Onnis L. (a cura di), *Famiglia e malattia psicosomatica*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1988.
- Selvini Palazzoli M. et al. (1989), *I giochi psicotici della famiglia*, Raffaello Cortina, Milano.
- Selvini Palazzoli M (1998), *Ragazze anoressiche e bulimiche*, Raffaello. Cortina, Milano.
- Selvini Palazzoli M. (1988), "L'anoressia mentale in una prospettiva sistemica", *Psicobiiettivo*,7, n.2.
- Silvermann P. (1989), *I gruppi di mutuo aiuto*, Erikson, Trento.
- Sini C. (1998), *La mente e il corpo*, CUEM, Milano.
- Simmel G. (1996), *Sulla psicologia della discrezione*, Armando, Roma.
- Simmel G. (1997), *La socievolezza*, Armando, Roma.
- Simmel G. (1998), *Saggi di cultura filosofica*, Neri Pozza, Vicenza.
- Shorter E. (1987), *The first great increase in anorexia nervosa*, in "Journal of Social History", 21:69-96.
- Sontag S. (1977), *Malattia come metafora*, Einaudi, Torino.
- Trentini G. (1994), *Il cerchio magico. Il gruppo come oggetto e come metodo in psicologia sociale e clinica*, Franco Angeli, Milano.
- Todisco P. (2001 a), *Anorexia nervosa: aspetti interventistici nella diagnosi e nella terapia*, in Montagnani M. (a cura di), *Atti del VII Congresso Nazionale Interdisciplinare, "Magrezza, obesità e sovrappeso"*, Siena Italia.
- Todisco P. (2001 b), *Bulimia nervosa: aspetti interventistici nella diagnosi e nella terapia*, in Montagnani M, (a cura di), *Atti del VII Congresso Nazionale Interdisciplinare, "Magrezza, obesità e sovrappeso"*, Siena Italia.
- Tolstrup K. (1953), *On Psychogenic obesità in childhood*, IV, in "Acta Paediat", 42
- Totano M.M., Napoletano I., De Cristofaro P.(2006), *Patologie compulsive a confronto*, Alimenti & Comportamenti Vol.5, N. 1.
- Valerio N. (1999), *Manuale di terapia con gli alimenti*, Mondatori, Milano.
- Veblen T. (1949), *Teoria della classe agiata*; tr. it. Einaudi, Torino.

- Vernant J.P. (2000), *L'individuo, la morte, l'amore*, Raffaello Cortina, Milano.
- Vinai P.; Todisco P (2007), *Quando le emozioni diventano cibo*, Cortina, Milano.
- Wadd W. (1816), *Cursory Remaerks on Corpulence, or obesity considered as a disease. With a critical examination of ancient and modern opinions, relative to its causes and cure*, Callow, London.
- Weninstain D. e Bell R. M.(1982),*Saint and Society: The Two Worlds of Western Christendom, 1000-1700*,Chicago.
- Winnicott D.W. (1993), *Gioco e realtà*, Armando, Roma.
- Winnicott D. W. (1986), *Il bambino deprivato*, Raffaello Cortina, Milano.

Sitografia

- [wwwEducare.it](http://www.Educare.it) Rivista on line (nata nel 2001 sostenuta da UniVerona Centro di formazione, consulenza editoriale)ultima consultazione 29/10/09
- [wwwSALUS.it](http://www.SALUS.it) ultima consultazione 7/11/09
- [wwwCorriere.it/salute/nutrizione](http://www.Corriere.it/salute/nutrizione) ultima consultazione 4/11/09
- [wwwsanitanews.it](http://www.sanitanews.it) ultima consultazione 30/10/09
- www.epicentro.iss.it ultima consultazione 6/11/09
- www.Timshel.it (sito internet dedicato ai giovani sui disturbi del comportamento alimentare nato dalla collaborazione del ministero della salute con l'ospedale "Bambin Gesù" di Roma ultima consultazione13/11/09

APPENDICE: Una indagine scolastica sul territorio teramano

L'attività di ricerca fa riferimento allo sviluppo di un'indagine conoscitiva sulle abitudini alimentari degli adolescenti delle scuole di medie inferiori e superiori della provincia di Teramo. Il lavoro è basato sulla distribuzione di un questionario ad un campione di studenti delle prime classi delle medie inferiori e delle prime classi superiori; età che si aggira tra i 13 e 14/15 anni. Siamo quindi proprio nella fascia di età cosiddetta adolescenziale.

Premessa dell'indagine è quella di sviluppare iniziative di comprensione/intervento nei riguardi delle tematiche relative all'alimentazione e nella fattispecie alle abitudini alimentari. Ed è proprio dallo studio del questionario e dall'esame del tipo di alimentazione che riusciamo ad individuare sia le categorie di coloro che hanno un disordine alimentare sia a comprendere le cause e la natura del disturbo stesso.

Da notare che il disordine alimentare, proprio in questa fase di età dello sviluppo della persona, determina un disturbo di seria entità così come si è a lungo scritto nei capitoli precedenti.

Tornando alla tipologia e alla metodologia della ricerca, si è proceduto con un campionamento a grappolo a un solo stadio, a partire dai dati scolastici rilevati con l'ausilio del sistema informatico presso il Centro Servizi Amministrativi di Teramo, con un dato totale di circa 5449 studenti nell'intera Provincia nell'anno 2005/2006.

Tenendo presente il territorio della provincia di Teramo che si sviluppa su un territorio geograficamente vario (costa-collina-montagna) il campione a grappolo è sembrato abbastanza buono per abbracciare le diverse realtà del territorio.

Da un universo scolastico di ben 5449 alunni delle classi sopra indicate, è stato estratto un campione pari al 20% cioè 1089 alunni ripartiti poi in 520 (47,7%) delle scuole medie inferiori e 570 (il 52,3%) delle scuole medie superiori.

La prima parte del campione cioè i 520 (47,7%) delle scuole medie inferiori sono stati ulteriormente scelti esaminandone 203 (39%) della costa, 260 (50%) della

collina e 57 (11%) della montagna secondo la distribuzione numerica delle scuole,

Numero di ragazzi		Media anni		Altezza media (cm)	
Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
486	589	12,72	13,19	157,27	155,31

più numerose in collina e meno numerose in montagna.

Dalla seconda parte del campione, cioè i 570 (il 52,3%) delle scuole medie superiori, sono stati ulteriormente scelti ed esaminati 202 ragazzi (35,4%) della costa, 368 (36%) della collina e 13 (0,2 %) della montagna secondo la distribuzione numerica delle scuole superiori in quelle zone.

QUESTIONARI EFFETTIVAMENTE COMPLETATI TOT.1083

.Scuole MEDIE scuole SUPERIORE

Costa n°233 Costa 201

Collina 236 Collina 287

Montagna 118 Montagna 8

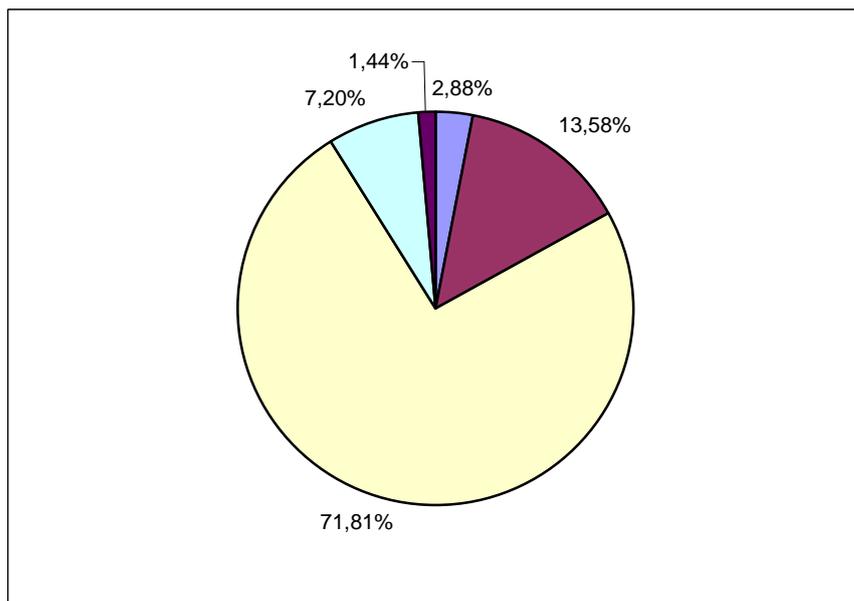
Tot 587 Tot 496

Statistica relativa al test somministrato

Peso medio		Media massimo peso raggiunto		Peso minimo		Peso ideale	
Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
52,82	47,92	54,16	49,65	45,70	41,89	47,98	44,11

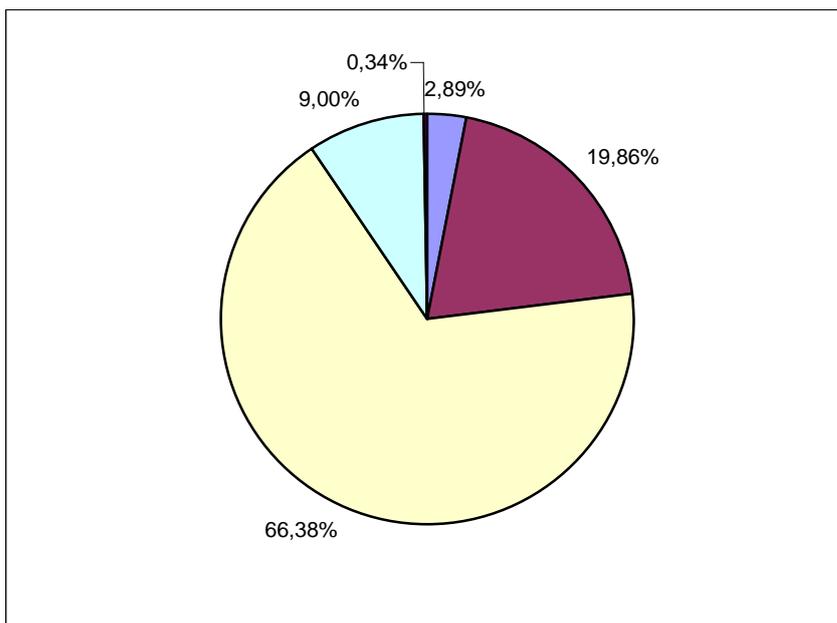
Maschi hanno dichiarato di essere:

Molto sovrappeso	Sovrappeso	Nella media	Sottopeso	Molto sottopeso
14	66	349	35	7
2,88%	13,58%	71,81%	7,20%	1,44%



Femmine hanno dichiarato di essere:

Molto sovrappeso	Sovrappeso	Nella media	Sottopeso	Molto sottopeso
17	117	391	53	2
2,89%	19,86%	66,38%	9,00%	0,34%



Maschi hanno dichiarato che:

Il loro peso aumenta 2Kg/settimana		Il loro peso diminuisce 2Kg/settimana	
59	si	393	si
412	no	62	no

Femmine hanno dichiarato che:

Il loro peso aumenta 2Kg/settimana		Il loro peso diminuisce 2Kg/settimana	
484	si	483	si

69	no	53	no
----	----	----	----

Frequenza di consumo pasti (maschi):

	Ogni giorno	Cinque su sette	Tre su sette	Un giorno su sette	Mai
Colazione	70,37%	4,53%	4,12%	4,53%	5,76%
Pranzo	87,24%	2,88%	0,62%	0,00%	0,21%
Cena	86,42%	2,88%	1,23%	0,00%	0,00%
Snack fra i pasti	35,39%	17,08%	9,05%	9,05%	9,47%

Frequenza di consumo pasti (femmine):

	Ogni giorno	Cinque su sette	Tre su sette	Un giorno su sette	Mai
Colazione	60,27%	6,45%	6,28%	8,32%	13,58%
Pranzo	92,36%	2,55%	0,17%	0,00%	0,00%
Cena	88,96%	5,26%	0,68%	0,17%	0,17%
Snack fra i pasti	35,14%	21,56%	6,96%	6,96%	9,51%