Irene Cavalieri

**DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: TEORIA SOCIALE E INTERPRETAZIONE DEL SÉ**

**Editrice XXD**

**Aprile 2014**

***In ambito politico generale si tendono a privilegiare provvedimenti che diminuiscono la libertà individuale piuttosto che modificare gli indirizzi di politica generale.***

Giorgio Antonucci, *Critica al giudizio psichiatrico*, 1993.

***E tornino a scoppiare a ridere***

***le nostre madonne bulimiche.***

***E tornino a crepare - ma dal ridere - le nostre madonne anoressiche.***

Le luci della centrale elettrica – Piromani

**INDICE**

|  |  |
| --- | --- |
| **INTRODUZIONE** | Pag.1 |
| **CAPITOLO I** …………………………………………………………………………………………………………………….. | Pag.6 |
| **LA STORIA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE** |  |
| * 1. Gli albori…………………………………………………………………………………………………………………….. | Pag.6 |
| 1.2 Le “sante anoressiche”……………………………………………………………………………………………….. | Pag.8 |
| 1.3 Streghe e possedute…………………………………………………………………………………………………… | Pag.15 |
| 1.4 Dalla possessione allo spettacolo ed alla politica………………………………………………………. | Pag.16 |
| 1.5 Dallo spettacolo alla malattia……………………………………………………………………………………… | Pag.19 |
| **CAPITOLO II**…………………………………………………………………………………………………………………….. | Pag.26 |
| **SOCIETÀ E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE**  **Un inquadramento teorico** |  |
| 2.1 Disturbo etnico…………………………………………………………………………………………………………… | Pag.27 |
| 2.2 *Patoplasticità* e sindromi *culture-bound*.……………………………………………………………………. | Pag.33 |
| 2.3 Disturbi del comportamento alimentare in Asia, Africa, Sud America…………………………. | Pag.46 |
| 2.4 *Embodiement*……………………………………………………………………………………………………………… | Pag.54 |
| 2.5*Critical feminist approaches*……………………………………………………………………...................... | Pag.56 |
| **CAPITOLO III**…………………………………………………………………………………………………………………… | Pag.86 |
| **COSA SONO I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE** |  |
| 3.1 Anoressia, bulimia, *binge eating disorder……………………………………………………………………* | Pag.86 |
| 3.2 Una descrizione medica……………………………………………………………………………………………… | Pag.87 |
| 3.3 Una descrizione narrativa…………………………………………………………………………………………… | Pag.93 |
| 3.4 Metodo medico standard e approcci alternativi………………………………………………………… | Pag.106 |
| **CAPITOLO IV**……………………………………………………………………………………………………………………. | Pag.123 |
| **DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE, TEORIA SOCIALE E INTERPRETAZIONE DEL SÉ** |  |
| 4.1 La definizione di “malattia mentale”…………………………………………………………………………… | Pag.128 |
| 4.2 Disturbi del comportamento alimentare: il *continuum* con le norme sociali………………. | Pag.132 |
| 4.3 La malattia mentale come ribellione: modello unico e questione di genere……………….. | Pag.144 |
| 4.4 La cura e “il dopo”………………………………………………………………………………………………………. | Pag.160 |
| **CONCLUSIONI**…………………………………………………………………………………………………………………..  **RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**………………………………………………………………………………………….. | Pag. 177  Pag.186 |

**ABBREVIAZIONI**

DCA: Disturbi Comportamento Alimentare

An: Anoressia Nervosa

Bn: Bulimia Nervosa

BED: Binge Eating Disorder

**INTRODUZIONE**

Nel corso della storia dell’umanità, in ogni luogo e in ogni tempo, alcuni elementi risultano fondanti per l’identità dei gruppi, per la stabilizzazione delle relazioni sociali, e come veicoli di norme culturali: il cibo ed il corpo, così strettamente connessi alla sopravvivenza e al benessere, sono sempre oggetti di un interesse particolare, e le norme che regolano fisicità e alimentazione hanno sempre un ruolo di primo piano come pilastri della società. La forma del rapporto tra l’essere umano ed il suo nutrimento, e tra uomini e donne ed il proprio corpo, ha assunto molteplici aspetti variando nel tempo e nello spazio: è però sempre stata tematizzata, e le è sempre stato riconosciuto un ruolo di primaria importanza. Una importanza istintuale è quindi stata sempre accordata a questo elemento di vita. Durante guerre e carestie, quando il cibo è una risorsa rara, nel passato come nel presente, lo stomaco da riempire di certo scandisce la vita delle persone, ma anche nei periodi di abbondanza l’opulenza e la sazietà non relegano il tema dell’alimentazione in secondo piano, ma anzi esaltano il cibo nelle sue funzioni di veicolo sociale, di forma di intrattenimento, lo esibiscono come dimostrazione di ricchezza, come strumento di piacere e di vizio, o al contrario lo utilizzano come ricatto e castigo. Il rapporto con il palato non è, e forse non è mai stato, dunque, completamente naturale ed immediato: influenze culturali come abitudini, valori, usi e costumi, visioni del mondo e rituali mediano da sempre la relazione tra mente e bocca. Con questa importanza conferita a tale elemento, era forse inevitabile che lungo la storia qualcosa alle volte si inceppasse, ed ecco che il digiuno, o al contrario l’iperalimentazione, compaiono fin dai tempi più remoti, per non scomparire più, fino alle più moderne forme di Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA). Anoressia nervosa (An), bulimia nervosa (Bn), *binge eating disorder* (BED) e tutte le altre forme di condotte alimentari devianti dalla cosiddetta “normalità“ (DCA-NAS)[[1]](#footnote-1), sono in questo momento storico un elemento di discussione, non centrale ma presente, nella nostra società. Ma che cosa sono i DCA? Quale la storia, quale l’eziologia, quale l’epidemiologia di queste malattie spesso mortali? Quale la loro collocazione storico-geografica? Esiste una spiegazione sociologica per l’insorgere e lo svilupparsi di An, Bn, BED e DCA-NAS?

È utile cercare di esaminare le risposte che sono state date da sociologi, storici, psicologi e medici che negli ultimi decenni si sono interrogati su tali disturbi, sulla loro storia e sui loro perché, e sulla possibilità di cura. E che si interrogano anche sul rapporto tra la società e un male con un tale portato di significati, scatenato da una violenta passione e che a sua volta scatena violente reazioni in chi ne viene a contatto. Un alternarsi di ripugnanza e fascino ha da sempre caratterizzato lo sguardo di chi scorge un corpo giudicato troppo magro, o al contrario troppo abbondante. Ma questo giudizio cambia moltissimo con lo scorrere delle epoche storiche, ed allora grasso e magro diventano concetti relativi non solo ai gusti personali ma anche ai canoni estetici sociali, ed il cibo che cambia le proprie forme diventa un veicolo per esprimere status e sentimenti diversi, talvolta anche opposti.

I primi tre capitoli forniscono proprio una analisi della teoria sociale sui disturbi del comportamento alimentare.

Il primo capitolo offre una digressione storica sulle esperienze di digiuno o di iperalimentazione nel corso della storia. Dal “digiuno sacro” tante volte presente nell’Antico Testamento e nei Vangeli, il cui massimo esempio sono i quaranta giorni nel deserto di Gesù, alle Sante Anoressiche medioevali. In particolare i testi di Bell (1985), e Vandereycken e Van Deth (1994), tematizzano l’esistenza di giovani donne diagnosticabili per molti dei criteri internistici di anoressia nervosa o bulimia nervosa dal milleduecento in poi, ma ci illustrano anche le differenze tra le Sante Anoressiche medioevali e le giovani anoressiche attuali. Cosa accumuna e cosa distingue le ragazze diagnosticate con DCA secondo i moderni criteri del DSM-IV (2000) con Santa Caterina da Siena, Santa Chiara d’Assisi e le altre beate donne che utilizzarono il digiuno per martirizzarsi nella clausura di un convento? Si analizza il momento di massima diffusione di questo fenomeno ed il momento di massima repressione, con l’accusa di eresia e stregoneria. Con la secolarizzazione della società poi, si perde il significato puramente religioso attribuito a digiuno e abbuffate. Ed ecco allora comparire gli uomini più magri del mondo come fenomeni da baraccone, come prodigi cui tirare alcune monete nelle fiere annuali. Nuova dignità, almeno secondo alcuni teorici, viene nei secoli successivi restituita al digiuno come mezzo di azione politica: è l’era dello sciopero della fame per ottenere diritti o rivendicare istanze, con i due celebri esempi di Gandhi e Bobby Sands. E si arriva poi al millenovecento, con la medicalizzazione di tali disturbi, e la diagnosi “scientifica” di anoressia e bulimia. A partire da Gull e Lasegue, si apre un periodo di dissertazioni mediche, che culminano poi nella definizione dei criteri diagnostici tali come ci sono presentati, e vengono utilizzati, ad oggi. Si vedrà che per quanto riguarda la genesi storica di anoressia e bulimia troviamo fronti opposti, due grandi correnti che si contrappongono nel giudizio sulla data di nascita dei DCA. Da una parte, c’è chi sostiene che vari disturbi del comportamento alimentare vi siano sempre stati in ogni cultura ed in ogni tempo, e portano a testimone sacro gli asceti biblici e le Sante Anoressiche medioevali, mentre dall’atra parte c’è chi sostiene fermamente che anoressia e bulimia siano malattie contemporanee, figlie del benessere e del consumismo, tipiche della società postindustriale capitalista.

Ed insieme alla teoria medica, il novecento fornisce il grosso della teoria sociale sui disturbi del comportamento alimentare. Nel secondo capitolo sono stati raccolti gli approcci e le teorie ritenuti di maggior interesse. Si parte con una panoramica sul concetto di disturbo etnico, e ci si chiede se tale concetto sia applicabile ai disturbi del comportamento alimentare. Attraverso i criteri definitori di Devereux (1973) e di Gordon (2004), si avanzano ipotesi sui DCA come disturbi “strutturati e coordinati culturalmente” (Devereux, 1973, 45) o “espressione delle ansie profonde e dei problemi irrisolti di una cultura” (Gordon, 2004, 7). Assimilabile al concetto di disturbo etnico, si presenta poi quello di sindrome *culture-bound*, e anche in questo caso ci si chiede se i DCA possono essere definiti tali. Ma se lo fossero, di che culture e di che zone sarebbero propri? E in che modo sarebbe possibile giustificare la loro presenza in altre parti del mondo ed in altre culture? Vediamo alcune risposte di diversi studiosi. In ultimo, vengono presentate la teoria dell’*embodiement*, e i vari *critical feminist approaches* ai disturbi del comportamento alimentare. Essendo disturbi con una sproporzione di genere nell’incidenza poblazionale molto alta[[2]](#footnote-2), si è ritenuto di insistere sulle teorie elaborate dai movimenti femministi[[3]](#footnote-3). Infatti altro punto di aperto confronto è quello sulla questione di genere: trattandosi di malattie con proporzioni di donne ammalate così alte rispetto agli uomini, in molte e molti cercano una spiegazione. È per questa sproporzione di genere, che si è scelto di riferirsi al collettivo di persone che soffrono di DCA utilizzando il femminile, pur comprendendo nell’analisi gli uomini anoressici, bulimici o BED. Su questo punto, spesso teorie femministe e paradigmi teorici tradizionali entrano in conflitto sulle cause di una sofferenza quasi interamente femminile.

Una volta definito il percorso di genesi storica e le differenti teorie sociali sui disturbi del comportamento alimentare, si è passati a introdurre una prima parte di interpretazioni del sé di chi ha vissuto o vive in prima persona disturbi del comportamento alimentare. Per fare ciò sono state condotte diciotto interviste semi-strutturate a ragazze che sono passate attraverso anoressia, bulimia, *binge eating disorder*[[4]](#footnote-4), o che ancora lottano contro un DCA. Nel terzo capitolo si definiscono dunque i disturbi del comportamento alimentare così come vengono diagnosticati dal DSM-IV, e di contro se ne dà una interpretazione narrativa. Si presenta in questo capitolo anche il problema della cura dei DCA: il metodo verticale, psichiatrico, classico, si presenta come contrapposto a una serie di altri metodi di cura, giudicati più umani e meno dolorosi in un momento di già acuta sofferenza. Anche sul discorso della cura si aprono accesi conflitti: c’è chi sostiene il metodo psichiatrico classico, con il suo portato di repressione e verticalità, come unico metodo possibile per curare malattie così strenuamente resistenti dinanzi ai medici, e c’è chi invece sperimenta altri metodi che vorrebbero essere meno impositivi.

Il capitolo IV è infine interamente incentrato sulle interpretazioni del sé offerte dalle ragazze che hanno accettato di farsi intervistare. Si è divisa la presentazione delle narrazioni delle intervistate cercando di seguire l’ordine delle domande, integrandolo con i temi che sono emersi spontaneamente durante le conversazioni. Si parte dalla definizione stessa di Disturbo del Comportamento Alimentare, sulla quale si è lontani dall’avere un pensiero unico: quando ci si interroga sul concetto di condotta alimentare deviata, si arriva a dargli diversi nomi, con connotazioni anche molto lontane tra loro. Si va dalla severa malattia mentale, al forse riduttivo problema adolescenziale, alla semplice condotta “normale” estremizzata. Anche il valore attribuito al peso del fattore psicologico e a quello del fattore sociale all’interno di un quadro clinico anoressico o bulimico non è chiaro nelle parole delle intervistate: quale sia l’anello di collegamento tra individuale e collettivo, quando un malessere considerato individuale arriva ad essere definito come epidemia sociale, è un nodo ancora da sciogliere. Che parte giochi il solo istinto personale nel rifiutare il cibo o nel riempirsene compulsivamente, e che parte invece tocchi alle influenze che le rigide norme sociali esercitano su aspetto fisico ed alimentazione, è una questione ancora aperta. Ci si domanda poi, attraverso le interpretazione delle intervistate, se nei disturbi del comportamento alimentare può essere ravvisata una componente di ribellione nei confronti del sistema sociale, o al contrario se si tratta di una forma estrema di adeguamento ai canoni socialmente imposti. I disturbi del comportamento alimentare vanno letti come forma di adeguamento al sistema, o possono invece essere una forma di resistenza? L’anoressica e la bulimica accettano e interiorizzano così profondamente le norme e i valori sociali sulla bellezza da farne uno stile di vita, oppure le rifiutano tanto da farsi del male nel tentativo di dare la loro propria misura a comportamenti che sentono come imposti? Sono arrabbiate con la società per gli input negativi che hanno sentito insinuarsi nella loro carne, o sono grate per avere una direzione verso la quale puntare tutte le loro energie? Infine, con le ragazze viene esplorato il tema della cura, già trattato teoricamente, e soprattutto il problema del “dopo”, del reinserimento in società in seguito a un intervento di trattamento dei disturbi del comportamento alimentare, con tutti i problemi che comporta, e l’alta percentuale di ricadute.

Tramite lo studio ed il confronto di molti e diversi autori che si sono occupati e di Disturbi del Comportamento Alimentare, e tramite l’analisi di diciotto interviste in profondità a persone che vivono o che hanno vissuto sulla propria pelle storie di disturbi dell’alimentazione, in questa tesi si cercherà di sistematizzare le teorie e esplorare le percezioni, e di unire la riflessione sistematica/scientifica, alla voce di chi voce, troppo spesso, voce non ne ha, pur soffrendo in prima persona ed essendo più esperta di DCA del più bravo dei medici.

**CAPITOLO I**

**LA STORIA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE**

La nascita e la storia dei disturbi del comportamento alimentare sono oggetto di acceso dibattito: le pratiche di rifiuto del cibo sono comportamenti sempre esistiti e che sempre esisteranno, o sono un male moderno? Diversi autori hanno condotto ricerche sul tema del digiuno autoindotto in prospettiva storica, per comprendere le radici di un male che è spesso considerato, nel senso comune e in gran parte della comunità scientifica, un male moderno, collocabile geograficamente e storicamente negli orizzonti della società postindustriale e capitalista contemporanea. Ossia nella nostra società dell’immagine e del benessere che è venuta delineandosi all’inizio del novecento, e che ha poi visto una stabilizzazione dei suoi canoni e delle sue norme dalla fine della seconda guerra mondiale in poi. Anche i partitari dell’anoressia e della bulimia come mali moderni, però, hanno dovuto prendere in considerazione la storia dei disturbi del comportamento alimentare, per esplorarne i significati sociali e per scoprire il senso del rifiuto del cibo e delle abbuffate nei secoli scorsi, per comprendere somiglianze e differenze con i DCA dei nostri giorni.



Venere di Willendorf – Paleolitico

**1.1 Gli albori**

La rappresentazione umana più antica ritrovata dagli archeologi risulta essere la “Venere di Willendorf” (Bruch, 1989, 20; Ritenbaugh, 1982, 353) che risalirebbe a circa venti o trentamila anni avanti Cristo. Dalla forma di questa statuetta deriva una delle più classiche immagini usate fin dai tempi antichi come icona di devozione, come omaggio alla madre terra, per sperare nella fertilità, nel benessere e nell’abbondanza: la donna obesa, o almeno obesa la considereremmo noi nel ventunesimo secolo. Seno prosperoso, fianchi larghi, pancia quantomeno generosa: questo è stato l’ideale estetico ed artistico in tutta la preistoria, ideale trasversale a culture diverse come quella greca, quella babilonese, quella egiziana. Le donne abbondanti erano preferite, ma sempre per ragioni di controllo del corpo della donna: la procreazione era impossibile senza una massa adeguata, e per rispondere alla volontà di avere una prole numerosa l’uomo preferiva corpi femminili robusti . Non siamo in grado di dire se queste statuette rappresentassero solo un ideale o se vi fossero davvero donne di tali fattezze, se fossero solo un simbolo di abbondanza e fecondità o se rappresentassero donne venerate in vita: ciò che importa è che fosse il grasso ad essere rappresentato, non le ossa.

Le testimonianze di digiuni delle quali invece disponiamo partono da parecchi secoli dopo: è dall’epoca dei primi cristiani che infatti parte la trattazione del libro *Dalle sante ascetiche alle ragazze anoressiche* di Vandereycken e Van Deth (1994). In questo testo, gli autori ci conducono attraverso una delle ricerche considerate di maggior spessore storico nel campo del rifiuto del cibo e dell’abbuffata, una lettura imprescindibile per chiunque voglia scandagliare la storia dei disturbi alimentari.Vengono percorse le tappe fondamentali, almeno quelle di cui abbiamo testimonianza, del tema del digiuno.

Il “Digiuno Sacro” risulta essere un tema ricorrente nella Bibbia e nei Vangeli. A partire dall’esempio di Cristo e dei suoi quaranta giorni senza cibo nel deserto, i primi portatori della parola di Dio hanno fatto dell’inedia autoindotta una pratica ricca di significati religiosi. Nel neonato cristianesimo, privarsi del cibo era un modo per pregare Dio, per rimettersi nelle sue mani e avvicinarvisi. Si credeva dunque che il soffrire la fame come forma di mortificazione avrebbe portato la benevolenza de Signore contro i pericoli imminenti di penuria di alimenti e piaghe naturali, e che l’effetto purificatore dello stomaco vuoto avrebbe protetto i cristiani dallo spettro dei poteri demoniaci, creando le condizioni per ricevere in sé il divino. Non solo era una forma di penitenza, era anche il modo di rivivere sulla propria pelle le sofferenze del Cristo in Croce: era un castigo autoinflitto per i propri peccati, una sorta di automutilazione, ed era considerato una possibile via nel cammino verso il paradiso. L’astinenza da cibo era considerata la più alta forma di elevazione oltre la materialità terrena, oltre gli egoismi personali. Se la fame scatena reazioni immediate nell’animale-uomo, reazioni che arrivano fino alla perdita del riguardo per ogni altro essere umano, che “attraggono” violentemente verso la terra e la vita, e che fanno dei beni materiali commestibili il primo ed unico pensiero, riuscire a sentire il dolore del vuoto e a superarlo senza nuocere ad altri, significava per i Padri della Chiesa aggiudicarsi il favore del Signore. Infine, l’inedia era altamente considerata per la sua potenza rivelatrice: le visioni mistiche erano più ricorrenti in condizioni di deprivazione fisica. Si pensava, riconducendo questa idea al pensiero Platonico, che l’inedia permettesse di liberare l’anima dai vincoli terreni, favorendo così i sogni ascetici che derivano dalla perfezione della vita spirituale. Fuor di metafora, si credeva che non mangiando l’anima si sarebbe alleggerita, e avrebbe potuto innalzarsi verso Dio, che avrebbe risposto con dei segni, delle visioni, delle apparizioni. In questa epoca, a digiunare erano soprattutto uomini: Ero, Macario di Alessandria, Adolio da Tarso, Batteo di Edessa, l’eremita Simeone sono esempi illustri di questa epoca di santi digiunatori, che prolungavano il loro periodo di astinenza dal cibo tanto da apparire come Miracoli in vita. Questi Santi però affermavano di scegliere di digiunare, non di non riuscire a mangiare, come diranno invece sia le Sante Anoressiche medioevali che le moderne anoressiche novecentesche. E ne uscivano indeboliti e prostrati: non avevano certo l’energia da rilascio di endorfina che mostrarono poi le loro infaticabili discendenti, non vivevano certo la loro “luna di miele”[[5]](#footnote-5) con la malattia.

Non si può dire però che fossero tutti d’accordo, nei primi secoli dopo Cristo, riguardo a questa pratica. Alcuni teologi e uomini di chiesa infatti consideravano che tale prassi fosse invece in diretta opposizione ai precetti biblici ed evangelici: è Gesù stesso che invita i discepoli a mangiare e bere, che si ritrova affamato dopo aver vinto le tentazioni di Satana nel deserto, e che nega il potere contaminante del cibo[[6]](#footnote-6). I digiuni eccessivi venivano dunque condannati, ma i Santi Asceti ritenevano di avere sempre un fine nella propria deprivazione, e di astenersi dal cibo in vista di uno scopo: allenare l’anima, imparare l’auto-controllo, ed elevarsi verso la salvezza eterna. Poco a poco questi esempi di ascetismo individuale vennero comunque condannati dalla Chiesa, che li vedeva come un tentativo di autoesaltazione da biasimare, in favore di pratiche penitenziali più collettive ed organizzate. Con Benedetto da Norcia poi, intorno al 480 d.C., si inaugura l’epoca della moderazione, con regole precise sul mangiare e sul bere, per le quali non si “rischiava” né l’ingordigia, né la prostrazione e l’impossibilità di lavorare.

**1.2 Le “Sante anoressiche”**

Dal dodicesimo secolo in poi però, qualcosa cambiò nelle pratiche di digiuno mistico. Da qui comincia la trattazione di un’altra delle pietre miliari della bibliografia sulla storia dei disturbi alimentari: è il libro di Bell *La Santa Anoressia. Digiuno e misticismo dal medioevo a oggi* (1985) che va a analizzare le pratiche e i significati dell’astinenza dal cibo nelle biografie di diverse donne italiane medioevali, che furono poi state considerate Sante o Streghe a seconda dei periodi storici e dei luoghi in cui vissero, proprio in virtù del loro rapporto con il cibo.

Da questo momento in poi cominciarono a essere tutte donne le digiunatrici più accanite: normalmente di estrazione sociale medio-alta, figlie di famiglie con un alto livello di attenzione verso la progenie, spesso molto religiose, insomma tipiche famiglie della borghesia medioevale. Alcuni esempi aiuteranno a capire che cosa si intende con Sante Anoressiche.

Santa Caterina da Siena patrona d’Italia (1347-1380), al secolo Caterina Benincasa, è forse l’esempio più illustre e più conosciuto di questa schiera di donne. La sua storia ci viene raccontata da Bell (1985, cap. 2) così come è riportata nella *Vita*, scritta da Raimondo da Capua, confessore di Caterina, che si occupò di redigerne la biografia. Figlia di Lapa Piacenti e Giacomo Benincasa, sopravvisse alla morte della gemella Giovanna, e di diverse altre sorelle: visse in un’epoca di pestilenze e malattie, in una società in cui i ricordi dei morti erano più presenti dell’affetto dei vivi. La descrivono come una bambina decisa, ma obbediente e felice. Si dice anche che avesse cominciato ad avere visioni mistiche all’età di sei anni, quando un Gesù vestito di bianco le comparse innanzi al termine di una lunga passeggiata, sorridendole. Passò il resto dell’infanzia a contemplare le chiese, recitare preghiere, e salire le scale sulle ginocchia come prima forma di penitenza. Quando venne il momento, fece il suo ingresso nella società senese, timida ma partecipe. Non sappiamo se avesse deciso già da tempo quale futuro avrebbe voluto, ma sicuramente dopo la morte di parto dell’adorata sorella Bonaventura, Caterina cambiò registro e firmò un segreto e profondo patto con Dio: consacrò impulsivamente la propria verginità al Signore e si rinchiuse in se stessa. Genitori e fratelli si opposero a questa scelta: Raimondo vide un possibile affare nelle nozze di Caterina, e cercò di maritarla. Caterina iniziò dunque una battaglia terrena con la famiglia, nella quale non avrebbe capitolato: riteneva che con la sua rinuncia alla vita mondana e il ritiro in penitenza e solitudine avrebbe potuto salvare gli altri suoi cari da una morte prematura. Si tagliò i capelli alle radici per convincere il proprio parroco della sincerità della sua scelta, un gesto considerato allora un violento guanto di sfida dai suoi familiari, che però non vollero sentire ragioni. Caterina si ritirò ulteriormente, creando un oratorio dentro di sé, edificando una fortezza nella quale era ammessa solo la voce di Dio, ed evidentemente i Santi. Fu infatti dopo una visione di San Domenico che Caterina parlò alla famiglia con tale risolutezza che il padre Giacomo non fu più capace di opporsi alla decisione presa per volontà divina. Presto cominciò il digiuno per ispirazione religiosa. Inizialmente questo era benvisto dal suo padre spirituale, ma in poco tempo pare che Caterina avesse perso la misura e mangiasse pochissimo, tanto che spesso il suo unico nutrimento giornaliero consisteva nell’ostia consacrata, e perse metà del suo peso corporeo molto rapidamente. Contemporaneamente, cominciò con una autoflagellazione violenta e continua: si percuoteva con pesanti catene di metallo finché il sangue non scorreva copioso, e si tormentava con bastoni acuminati. Chi le era vicino temeva continuamente che fosse sul punto di morire di fame, e invece lei sviluppava una iperattività tale da consentirle di svolgere anche i lavori più pesanti. I suoi confessori tentarono di ordinarle di riprendere ad alimentarsi normalmente per non rischiare di offendere Dio, ma anche se Caterina diceva di voler obbedire, finiva sempre per vomitare anche quel poco che ingeriva, per tornare poi a rifiutare semplicemente tutto quanto le era offerto. Dopo una brutta malattia fu accettata dalle Sorelle della Penitenza di San Domenico, vestì il loro nero mantello e rimase in casa a vivere come terziaria[[7]](#footnote-7): rinunciò definitivamente alle tentazioni della fame, del sesso, del sonno e di ogni comodità in virtù di Gesù, che lei chiamava suo “dolce sposo” (lettera a Nanna Benincasa, Misciatelli, 1939) definendo parimenti se stessa “Dolce Sposa di Cristo” (lettera a Pietro Cardinal d’Ostia, Misciatelli, 1939). Dopo averla sottoposta a rigidi controlli e aver visto che la penitente digiunava senza inganno, e soprattutto dopo il trasferimento di Caterina a Roma nel 1378, gli alti clerici e lo stesso papa Gregorio XI cominciarono a prendere molto seriamente i consigli di questa donna, che poteva vantare infine una grande influenza su di loro. Questo durò fino al papato di Urbano VI, uomo volitivo non in grado di fermare lo scisma interno alla Chiesa: fu per protestare contro i suoi metodi che Caterina cominciò a rifiutare anche l’acqua. Sfinita da una vita di stenti, morì a trentatré anni. Lasciò un segno profondo nella cultura cristiana, lanciò una sfida a chi voleva che le sante conducessero solo una rigida vita terrena di penitenza silenziosa, e numerose fanciulle seguirono le sue orme nei secoli successivi.

Se Caterina morì di stenti, abbiamo anche la descrizione di Sante Anoressiche che invece guarirono, o per lo meno ripresero a mangiare decentemente. È l’esempio di Santa Veronica Giuliani, nata Orsola, da Francesco e Benedetta. Viene descritta dai familiari come bambina buona e obbediente, ma l’adulta che racconta se stessa nella *Vita* si ritrae come una fanciullagoffa, capricciosa e prepotente. Fu di certo molto amata: se la madre morì presto, fu tutto il resto della famiglia a impegnarsi in quanto sentiva di dover “proteggere” la bambina da se stessa e dai suoi modi esuberanti, che la portavano spesso a ferirsi durante i giochi. Pare però che l’infante Orsola cercasse di nascondersi per compiere in pace le proprie penitenze: camminare sulle ginocchia, leccare il pavimento con la lingua disegnando delle croci, battersi con uno straccio annodato. Trovò nel parroco di Mercatello un abile aiutante: fu lui che le procurò il flagello ed il cilicio che desiderava. Stando a quanto Veronica, con la sua scrittura stentata, riporta nella sua biografia, fu per ripagare il cieco amore familiare, di cui non si sentiva degna, che Orsola decise di sacrificare se stessa alla vita monacale, e volle entrare in convento “per l’Amor di Dio, con il quale mi sposerò” (Bell, 1985, 80). Anche in questo caso la sua decisione non fu però supportata, e anzi Orsola si ritrovò in aperta ostilità con il padre Francesco e gli altri familiari, che volevano maritarla. Il padre arrivò a ricattare Orsola, chiedendole di abbandonare i suoi progetti per non abbandonare lui: si aprì così una dura battaglia, dagli esiti incerti. Fu un’altra volta una brutta malattia a convincere Francesco ad accettare il volere della figlia testarda, proprio come nel caso di Caterina da Siena. Si può ipotizzare che fu questo il momento in cui Orsola cadde per la prima volta nell’anoressia, dalla quale si riprese solo dopo che il padre ebbe benedetto la sua intenzione di prendere i voti. Entrò nel severo convento dei Cappuccini di Città di Castello, con il nome di Veronica, nonostante il parere contrario del suo confessore, che riteneva che la giovane non avrebbe sopportato la ferrea disciplina. Afflitta da mille sensi di colpa per ogni peccato che avesse potuto commettere nella sua corta vita secolare, Veronica smise di mangiare e si impegnò in maratone di preghiera senza riposo, ed in tutte le faccende che potesse svolgere all’interno del chiostro. Si trovò più volte in aperto conflitto con i suoi confessori, che la umiliavano, le negavano la comunione, le imponevano prove durissime, con l’intenzione di ribadire a questa giovane, che spiccava tra le altre per le sue ossa ben esposte, chi era veramente a detenere il corpo del suo sposo, chi ad essere in contatto diretto con il Signore, chi a poter decidere se dispensare o meno grazie salvifiche. Le venne ordinato di ricominciare a mangiare normalmente, e seguirono anni di ansie e tormenti, con due suore preposte sempre a controllare che mangiasse tutto quanto le veniva prescritto. Sono riportati episodi nei quali Veronica fu sorpresa a mangiare voracemente e di nascosto, anche se poi fu detto che non era lei ma una apparizione del diavolo con le sue sembianze ad abbuffarsi. Medici, preti e confessori lavorarono in equipe per riportare l’alimentazione di Veronica alla normalità: con minacce e promesse, divenne possibile per la futura Santa riacquistare il controllo. Se all’inizio disobbediva volontariamente, alla fine trovò nella ricerca di punizioni sempre più severe la motivazione necessaria a riprendere una vita più moderata. Riprese a sottoporsi alle pratiche di digiuno tipiche del suo ordine, senza però eccedere, dormendo di più e lavorando di meno, e mettendo da parte le catene per l’autoflagellazione tanto usate durante la malattia. Divenne badessa, e fu riconosciuta come modello da seguire dalle giovani novizie.

Umiliana de’ Cerchi, Margherita da Cortona e Angela da Foligno furono altre tre donne famose per la loro rinuncia al cibo, durante il XIII secolo. Contrariamente a Caterina e Veronica, tutte e tre conobbero la vita terrena e carnale: furono mogli e madri, prima che anoressiche e sante.

Le aspirazioni religiose di Umiliana vennero fortemente osteggiate dal marito e da altri parenti maschi, ma alla morte del consorte rifiutò perentoriamente nuove nozze, e dichiarò di essersi data in sposa a Dio. Per non aver potuto consacrare la propria verginità al Signore, Umiliana cominciò una estenuante serie di penitenze. Digiunava per cicli di quaranta giorni, vomitava spesso quel poco che ingurgitava, e anche lei si flagellava a sangue e indossava regolarmente il cilicio. Anche in questo caso, i confessori le ordinarono di mangiare di più, ma lei oppose una strenua resistenza: morì a ventisei anni, con le membra “scarnificate come uno scheletro” (Bell, 1985, 108).

Margherita invece non si sposò mai, ma visse per nove anni come amante e concubina di tale Arsenio, da cui ebbe un figlio. Visse questi anni con grande ostentazione di ori e di bellezza, finché la sua coscienza non ebbe l’epifania dell’errore che stava commettendo, e scelse anche lei di consacrare la sua vita alla penitenza ed alla santità. I francescani la accettarono come terziaria, e si rinchiuse a vivere in una piccola cella: si tosò il capo, andò proclamando i suoi peccati ad alta voce, battendosi fino a coprirsi di lividi, attendendo lunghe veglie di preghiera, e soprattutto mangiando poco o nulla. Si nutriva solo di cibi crudi e un po’ di pane, e mai in presenza d’altri, anche se ci vengono riportati alcuni episodi di ingordigia: pare che alle volte Margherita di nascosto si abbuffasse nella cucina del convento, per poi accorgersi del suo grande peccato grazie ad apparizioni divine, che la conducevano a penitenze estreme. Anche i confessori di Margherita, Frate Giunta in particolare, cercarono di indurla a mangiare di più, ma non riuscirono mai nei loro propositi. Margherita morì in età abbastanza avanzata, verso i cinquanta anni, ma con un corpo devastato dai digiuni e dai supplizi.

Angela pure fu sposa e madre, fino a quando non decise di consacrare la sua vita a Dio e prendere in sposo Cristo, superati i quarant’anni. Anche in questo caso da qui cominciano i lunghi supplizi e le automortificazioni. Per non perdere un momento di preghiera, Angela cominciò a non mangiare, cercando di eliminare ogni bisogno terreno. Digiunò perché voleva sentire fame solo di Cristo, per rispondere a un ordine che il suo sposo le aveva dato durante una apparizione dicendole, secondo la santa: “Voglio che in questa vita tu abbia fame e languisca di me” (Bell, 1985, 128).

Ultimo illustre esempio di Santa Anoressica italiana in Italia è certamente Chiara D’Assisi. Compagna di Francesco, fondatrice dell’ordine delle Clarisse Povere, la sua storia è paradigmatica delle sante anoressie: lunghi digiuni, inframezzati solo da qualche boccone ingurgitato nel tentativo di obbedire agli ordini di confessori uomini. Stavolta tale pretesa arrivava direttamente da Francesco, ossia San Francesco d’Assisi. Ma per chi conosce la storia del Santo, questo risulta paradossale: anche Francesco seguiva una dieta molto frugale, ma nessuno si sarebbe azzardato a contestarla. Francesco con i suoi modi gentili parlava a tutte le creature, ma con Chiara non superò lo schema arrogante di predominanza maschile (Bell, 1985, 145), e rimase pratica non questionabile, forse soprattutto nelle gerarchie ecclesiastiche, che l’uomo ordinasse e la donna ubbidisse. Ma nonostante gli autoritari tentativi, Francesco non riuscì comunque mai a persuadere Chiara a mangiare. Provò con ordini e minacce, e questo mentre le linee guida dell’ordine cofondato prendevano forma: Francesco e i suoi fratelli, i francescani appunto, in giro per il mondo a predicare la Madonna Povertà, Chiara e la sue sorelle, le clarisse, rinchiuse dietro le alte mura del convento. Un’altra volta, il rifiuto del cibo diventa l’unica forma con cui far ascoltare la propria voce. Ma se a Francesco non riusciva a opporsi, Chiara si era in realtà già ribellata a tutti i parenti uomini, che l’avrebbero voluta maritare, scegliendo per se stessa un modello di pietà femminile ormai tipico: non mangiava, non dormiva, mortificava il corpo con cilicio e battiture. Aveva rasato il capo e vestiva con un sacco, era insomma una nobile donna che aveva abbandonato il palazzo per vivere nella polvere del chiostro, di duro lavoro e privazioni. Una vita di piedi nudi e bocche chiuse dal silenzio e dalla fame, senza mai uscire dal monastero: questo era il modello di pietà femminile che avrebbe dovuto essere emulato secondo la Chiesa. Chiara cercava forse un modo per esasperare questa condizione ed arrivare a farsi sentire, così come già aveva fatto Caterina: arrivò quasi a lasciarsi morire di fame, ma alla fine si riprese da questo stato, divenne priora e invecchiò rinunciando agli eccessi, predicando moderazione alle sue giovani sorelle, e dimostrando amore, obbedienza, tranquillità e austerità.

Molte altre donne potrebbero essere aggiunte a questo elenco, come la Beata Benvenuta Bojani, la Beata Giovanna da Orvieto, o Santa Agnese Segni di Montepulciano, o Santa Francesca Romana (Francesca Ponziani), o Santa Eustochia da Messina (Eustochia Smeralda Calafato): tutte con storie simili di opposizione agli uomini di famiglia, di digiuni infiniti e tremende autopunizioni, di repressione e stretto controllo da parte dei confessori, e di processi da parte dell’Inquisizione.

Queste donne esibivano anche schemi di comportamento estremamente simili: non mangiavano nulla o quasi nulla, salvo alcuni episodi di ingordigia, erano infaticabili lavoratrici, dormivano solo poche ore, si martoriavano con pratiche penitenziali strazianti. Alcuni storici riconoscono in questi comportamenti i sintomi tipici dell’anoressia nervosa moderna: il rifiuto del cibo con, alle volte, episodi bulimici, l’iperattività incontrollabile nonostante la deprivazione fisica, l’autolesionismo. Anche le reazioni della Chiesa davanti a queste persone che si dichiaravano miracolate dal Signore furono simili: inizialmente il digiuno era una pratica incoraggiata dai confessori e dai Padri Spirituali come pratica di penitenza, ma poi erano i confessori stessi che ordinavano alle loro adepte, spesso con scarsi o nulli risultati, di riprendere un’alimentazione più sana. Anche in questo caso il parallelo con le anoressiche e le bulimiche del ventesimo secolo viene riproposto, e la resistenza ai superiori uomini viene paragonata con la resistenza ai tentativi di cura psichiatrici o psicoanalitici contemporanei. La Santa anoressica medioevale assopisce la carne, per non cadere in tentazione: in quasi tutte le biografie delle Sante si narrano episodi in cui diavoli tentatori disturbano il sonno delle pie donne, tentandole con visioni erotiche e invitandole a concedergli la propria verginità o il proprio corpo. I desideri, le voglie e gli istinti sessuali vengono insomma sublimati nel sogno, ma additati come opera del diavolo. Anche per le moderne digiunatrici si parla di rifiuto dell’identità sessuale, e le vite anoressiche non contemplano quasi mai il sesso come piacere. Ultimo paragone possibile, è quello tra la dura *routine* del convento e gli ospedali psichiatrici o i centri di riabilitazione nutrizionale. Fu la dura vita del convento che permise ad esempio a Veronica di salvarsi dalla morte per fame? Le preghiere, il lavoro, la vita comune, ma anche i ricatti e le punizioni dei confessori, offrivano una cornice di premi e punizioni[[8]](#footnote-8) paragonabile a quella delle moderne cliniche per i disturbi alimentari.

Bell (1985) propone una interpretazione chiara e convincente del significato sociale di queste vite: si tratta di tentativi disperati di autoaffermazione da parte di donne che lottano strenuamente contro gli uomini della propria famiglia, che le vorrebbero solo mogli e madri devote e ubbidienti. Lottano anche contro le gerarchie maschili della Chiesa cattolica, che, in quanto donne, le vorrebbero solo penitenti silenziose, e non esempi di santità in competizione con i martiri uomini. Alla radice dell’anoressia medioevale c’è la ricerca di una propria identità e di una propria autonomia, c’è la coscienza di un individuo che vorrebbe poter scegliere per sé, e che trova come canale di espressione l’estremo controllo su ciò che rimaneva nella sfera di azione di una donna medioevale, e rimane in maniera simile per le ragazze dei nostri giorni: il proprio corpo e la propria alimentazione. Consacrandosi come serva devota di Dio e sposa di Cristo, la Santa Anoressica medioevale si sottrae all’autorità e alle imposizioni di ogni altro uomo sulla terra, e sceglie questo cammino anche se significa cancellare la propria umanità, con i propri bisogni e istinti: annulla la fame, i desideri sessuali, la sensazione di fatica, la necessità di riposo. La consunzione del corpo ed il martirio della carne tramite pratiche penitenziali estreme potrebbero essere inserite in un tentativo di percorso di liberazione dall’autorità patriarcale che vorrebbe prendere le decisioni al posto della giovane, e di rivolta contro il modello cristiano che vorrebbe la umile, passiva e dipendente dal confessore, uomo. Dimostrandosi Santa tramite la presunzione del vivere di nulla, la pia donna può arrogare il diritto di un contatto diretto con Dio, presentandosi addirittura come sposa di Cristo, unico titolo, quello di moglie, che conferiva dignità a una giovane donna: l’oratorio nella sua testa diviene il solo luogo in cui ascoltare i comandamenti divini, e l’uomo che incontra e conserva in se stessa, Cristo, rimane l’unico uomo a cui ritiene di dover qualcosa. Non esistono più dunque le strutture patriarcali autoritarie del clero, non esiste più la donna-oggetto con una spiritualità eterodiretta, ma si afferma la donna-soggetto che decide di se stessa in termini religiosi, ma non solo: sceglie di non sposarsi, sceglie di ritirarsi in convento o in casa. Questa acquisita autonomia le eleva anche a consigliere ed esempi: sono pochissime le donne per le quali si può dire che fossero ascoltate dai loro contemporanei, e molte di queste sono Sante, e anoressiche. Alcuni autori (Vandereycken, van Deth, 1994, XVI) vedono in questo comportamento una sfumatura narcisistica, nuova conferma della volontà di lottare per l’imposizione del sé fronte alle strutture dominanti. Vedono donne che non hanno maniera di opporsi alle costrizioni che la società e la famiglia impongono loro, e cercano una via di uscita, rendendosi di se stesse cercando di sfuggire al controllo di altri.

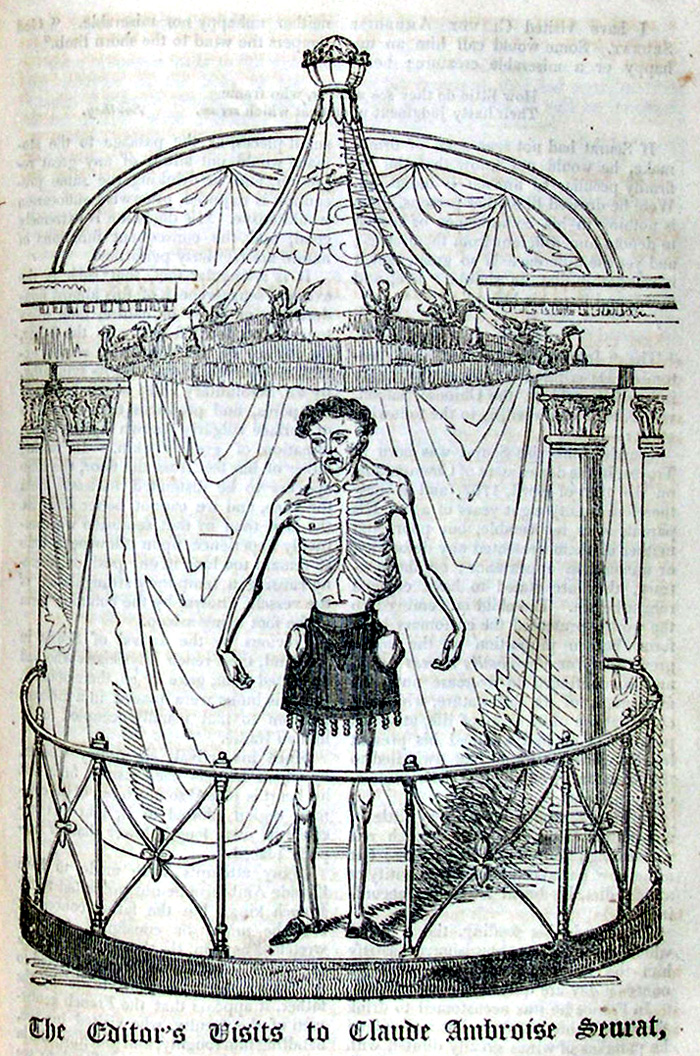
**1.3 Streghe e possedute**

Intorno al 1500 le biografie delle Sante Anoressiche cominciarono a cambiare, e da esempi portati all’imperitura memoria del popolo, diventarono racconti didascalici pensati solo come lezioni per i chierici. La Chiesa dopo la Riforma[[9]](#footnote-9) diventava sempre più apertamente misogina, e la dominazione maschile sempre più pronunciata: i gesuiti furono il primo Ordine a rifiutare completamente le donne al proprio interno. Le *Vitae* delle donne diventarono in quel momento gli strumenti per elencare gli errori commessi da queste Sante e sottolineare i pericoli che sarebbero potuti derivare da queste signore che cercavano una propria via di fede. Si va delineando un modello meno polemico di santità femminile, che prevede carità, insegnamento e assistenza, al posto che digiuno e automortificazioni. E nell’astinenza da cibo comincia a venir letto proprio l’opposto della luce divina: la stregoneria e la possessione diabolica. È allora il Diavolo ad allontanare il cibo dalla bocca delle donne, sono tormenti diabolici invece che estasi ascetiche a determinare i sogni e le visioni, e sono spiriti maligni a provocare il vomito: queste almeno furono le spiegazioni date nei casi di anoressia del tardo medioevo, come quello della Beata Colomba da Rieti (Angelella Colomba Guadagnoli) o della Beata Caterina da Racconigi (Caterina Mattei), vittima di prelati gelosi della sua posizione di consigliera di alti politici, o Domenica dal Paradiso (Domenica Narducci), citata dal nunzio al Tribunale della Vicaria con l’accusa di stregoneria. In alcuni casi la Chiesa intervenne dunque con il suo braccio armato, gli inquisitori, che sottoposero le digiunatrici a pressanti controlli con l’intento di scoprire un inganno da parte loro, e che in diversi casi finirono poi per sottoporre a processo queste ragazze. Potevano essere processate per gli inganni perpetuati, come defraudatrici della fede, oppure come eretiche, con il rogo e l’accusa di stregoneria già pronte per contenere personalità femminili che si stavano mettendo troppo in evidenza, e normalizzare la situazione. Tali accuse si basavano sulle più vili superstizioni: le streghe volavano, e per volare dovevano essere fisicamente leggere. Addirittura, un metodo per svelare la natura di strega diventava il “controllo del peso” (Vandereycken, van Deth, 1994, 47), ed il sottopeso diventava una prova evidente di colpevolezza, invece che di santità. Cominciarono anche a essere più comuni gli esorcismi, con le conseguenti torture, per far riacquistare l’appetito alle giovani. Se quindi la maniera di esprimersi delle donne rimase in questo periodo sostanzialmente invariata, fatta di anoressia e autoflagellazioni, cambiò la reazione dei chierici davanti a questi strumenti di autoaffermazione, che divenne sempre più duramente oppositiva.

**1.4 Dalla possessione allo spettacolo ed alla politica**

Conclusasi la caccia alla streghe, un ampio processo di secolarizzazione coinvolse tutta la società. Dopo il medioevo la religione cessò di essere l’unico universo a conferire senso e significato ad ogni aspetto della vita umana, ed anche al digiuno: tra gli alti prelati e i primi medici cominciò a serpeggiare il sospetto che l’inedia non fosse affatto questione di tentazioni diaboliche o favori divini, quanto di fama e di denaro guadagnato con le offerte dei devoti. Il dubbio non intaccava invece l’immaginario del popolo, che continuava a ricercare e idolatrare i celebri casi di eteree digiunatrici, circondate nonostante tutto da un’aura di santità. L’astinenza dal cibo, seppur per ispirazione divina, era diventata un grande spettacolo da montare sulla pubblica piazza, per attirare visitatori e curiosi da ogni dove, persone disposte a percorrere lunghi pellegrinaggi per far visita alle “fanciulle miracolose”. Queste fanciulle erano proprio le prime attrici di tali macabri spettacoli: Martha Taylor, Mary Vaughton, Maria Furtner, Jeanne Balam e diverse altre donne che pareva non mangiassero divennero celebri, ma oltre ai curiosi, attirarono anche l’attenzione di illustri medici. Questi iniziarono una fitta corrispondenza tra di loro per cercare di spiegarsi come fosse possibile per un essere umano sopravvivere a mesi di sola acqua, o nei casi più chic di sciroppo di prugne[[10]](#footnote-10). Queste donne, seppur indicate con l’epiteto di “miracolose”, erano cosa ben diversa dalle Sante medioevali: l’aspirazione religiosa non era così spiccata, non erano penitenti né si autoflagellavano, ma restavano ad accogliere le schiere di fedeli traendo beneficio dagli omaggi e dalle offerte, e facendo arricchire anche la zona vicina che si apriva ai forestieri in pellegrinaggio. Ma la gente cominciò a capire che l’ansia del guadagno poteva essere la causa scatenante del digiuno, e magari anche dell’inganno: le fanciulle cominciarono a essere sottoposte a strettissimi controlli di medici preposti a svelare la frode o a celebrare il miracolo. Zelie Bourriou e Ann Moore furono tra le digiunatrici scoperte a mentire: furono costrette a scappare e sottoposte a processo. Andò peggio a personaggi come Anna Maria Eeltiens, esposta al pubblico ludibrio, o Anna Maria Kienker condannata alla gogna e poi spedita in casa di correzione. La più sfortunata di cui abbiamo testimonianza fu Margaretha Ulmer, la cui madre fu torturata per complicità, garrotata e bruciata sul rogo, mentre a lei venne sfigurato il viso con un ferro rovente, e imprigionata[[11]](#footnote-11). Il clima non era insomma più propizio per le digiunatrici, miracolose o imbroglione che fossero: i medici acquisivano sempre più potere ed erano sempre più convinti dell’impossibilità dei digiuni assoluti.

Claude-Ambroise Seurat, celebre digiunatore francese dell’inizio del 1800, era alto 1,81 cm e pesava 35 kg.



Per gli “artisti della fame”, come quello dell’immagine, il clima era un po’ diverso. Loro non si professavano miracolati né vendevano falsi miti: essi sceglievano di far del loro digiuno la loro fonte di guadagno, e smettevano di mangiare come atto cosciente e deliberato, per essere esposti come animali in gabbia nelle fiere e nei circhi. Il loro corpo ossuto esercitava un macabro fascino di morte[[12]](#footnote-12) sui pingui spettatori, che osservavano e conferivano maggior popolarità a chi risultava maggiormente consunto. Ma anche questi artisti, detti “morti viventi” o “portenti di magrezza”, all’inizio del millenovecento smisero di aver seguito e fortuna. Il celebre racconto di Franz Kafka “Il digiunatore” del 1922 descrive bene la vita di queste stelle di grande fama, e delle folle che accorrevano per vedere l’uomo dalla volontà di ferro, capace di resistere alla fame e alla sete. Narra però anche il loro triste epilogo, la parabola declinante che portò le fu stelle a essere scordate, e a morire sole, in sudice gabbie di metallo. Dopo gli anni trenta del novecento, nessun artista della fame fu più visto in Europa.

Tra gli atti di digiuno coscienti e deliberati merita di essere citato lo sciopero della fame per motivi sociali e politici, come scelta pubblica e come forma di protesta, che prese piede nel milleottocento. Si rifiutava il cibo per cercare di conseguire una posizione di potere, per esprimere rabbia, per proclamare la rabbia: Gandhi ed i suoi scioperi sono l’esempio principe di questa forma di protesta. Il leader indiano della lotta all’indipendenza dagli inglesi si sottopose a diciassette protratti digiuni (Hilde Bruch, 1989, 24). È difficile comprendere il perché di tale sfida alla morte: un martire costringe almeno il nemico a diventare carnefice, chi decide di lasciarsi morire non sporca invece le mani altrui. È una forma di coercizione più oscura, più sottile, utilizzata però diverse volte e in diverse lotte. Un altro celebre e drammatico esempio è quello di Bobby Sands, che intraprese uno sciopero della fame per denunciare i maltrattamenti ai prigionieri politici in carcere per aver lottato per l’indipendenza irlandese, ancora una volta dagli inglesi. Sands morì nel 1981 nella prigione di Long Kesh, in seguito a un *hunger strike* durato sessantasei giorni. Altri nove uomini morirono di fame tra il maggio e l’agosto del 1981, come conseguenza del medesimo sciopero. Le storie politiche e i metodi di lotta di Bobby Sands e di Gandhi sono distanti o addirittura divergenti, pur avendo entrambi come obiettivo la liberazione dal colonialismo della Gran Bretagna, eppure entrambi scelsero lo sciopero della fame come strumento politico di rivendicazione di libertà e diritti.

**1.5 Dallo spettacolo alla malattia**

Superati gli inganni delle fanciulle miracolose, tramontate le stelle scheletriche, l’astinenza volontaria dal cibo passa da essere materia per preti o impresari a essere interessante elemento di studio per la nascente professione medica.

Alcuni dottori, come gli svizzeri Charles Chossat (1796-1875) e Jacob Zwinger (1569-1610), cominciano a tessere ipotesi sul digiuno, e a cercare di verificarle mediante esperimenti su animali e su umani volontari. La conclusione era però ancora metafisica: se il digiuno compromette il corpo ed il suo sistema di umori, conducendo alla morte, chiunque resista a lungo senza mangiare può essere considerato “miracoloso”.

Delle spiegazioni provvidenziali però non si accontenta più nessuno, e le possibili cause naturali vengono scandagliate per trarne improbabili spiegazioni mediche. Esponenti di questo periodo sono il Professor John Reynolds (?) ed il medico Cornelius Stalpart van der Wiel (1579-1630) che lanciarono la loro crociata contro i supposti miracoli. Pur non tralasciando completamente la possibile influenza di Dio – e di Satana – cercarono nei muchi e nei succhi gastrici in eccesso, dovuti alla cattiva alimentazione, la spiegazione per la perdita dell’appetito. Altre fantasiose spiegazioni “organiche” vennero fornite in seguito da altri medici. Il dottor Johan Jacob Ritter (1710 - ?) per esempio, pensò di aver trovato nell’amenorrea la chiave del dilemma, e fornì tale spiegazione per il caso di Cristina Kratzer[[13]](#footnote-13): la donna avrebbe potuto alimentare se stessa con il sangue mestruale trattenuto. Dopo questa bizzarra idea, si diffuse la teoria degli elementi nutritivi nell’aria: il medico olandese Peter Nielen (?), il dottore tedesco Ludwig Schmidtmann (?) ed altri anonimi colleghi credettero fermamente nella possibilità che i digiunatori e le digiunatrici assorbissero in realtà dall’aria ciò di cui avevano bisogno per sopravvivere. Le spiegazioni venivano ricercate in un clima di incertezza e confusione, perché storicamente i medici erano sempre stati accaniti partitari dei digiuni: l’astinenza da cibo era spesso prescritta per guarire quasi ogni malattia. Doversi ora trovare a guarire il contrario, ossia i danni provocati da tali digiuni, lasciava i dottori spiazzati. I danni fisiologici cominciavano a essere evidentemente associati alla perdita di appetito o allo stato di inedia, ma non si trovavano spiegazioni somatiche per questo stato, né malattie soggiacenti che potessero spiegare le nausee e il vomito.

È verso l’inizio del millesettecento che la mente, la psiche e le sue “alterazioni” cominciano a essere tenute in considerazione nel discorso sull’“autocondanna all’inedia” (Hilde Bruch, 1989, 26). Il medico Cristophorus Harderus (1648-?)[[14]](#footnote-14) è tra i primi a parlare di *animus pathema* come causa dell’anoressia in quanto rifiuto del cibo. Era un male che portava rabbia, tristezza, paura, e che secondo il dottore causava inedia per insensibilità del cervello agli stimoli gastrici. Il più celebre esempio è forse quello del medico inglese Richard Morton (1637-1698), che nella sua disquisizione sulla tisi accenna alla “consunzione” del corpo, distinguendola in due tipi: sintomatica e primaria. La consunzione sintomatica ha per noi scarso interesse: indica il deperimento fisico come conseguenza di altre patologie, ad esempio la tubercolosi. È più interessante però soffermarsi sulla prima categoria citata da Morton, detta anche “consunzione nervosa” o “atrofia nervosa”, descritta come un deperimento fisico dovuto alla perdita dell’appetito e alla cattiva digestione (senza soffermarsi a spiegare se la seconda sia causata dalla prima, o viceversa), “attribuibili a ansia o malinconia” (Gordon, 2004, 15). La causa è da ricercarsi in una generica distruzione del tono dei nervi, anche se i fattori psicologici non sono sottovalutati: la “passione violenta della psiche” (Vandereycken, van Deth, 1994, 40), con la tristezza e le preoccupazioni che ne derivano, è ciò che andrebbe curato in questi pazienti. A lui seguirono il medico italiano Giorgio Baglivi (1668-1706), che sottolineava le relazioni tra psiche e stomaco, sostenendo che tutti i disturbi mentali prima o poi si manifestano anche come disturbi gastrointestinali, ed anche Erasmus Darwin (1731-1802), nonno del più celebre Charles, che studiò un sistema di classificazione delle malattie: tra i “disturbi della sensazione” citò anche l’anoressia, come perdita dell’appetito con conseguente deperimento fisico totale. Ma l’anoressia non era ancora considerata un quadro clinico a se stante: si pensava fosse un disturbo collaterale ad altre malattie, mentali e non. Non era infatti solo associata alla tubercolosi, ma anche a un’altra grande protagonista della storia clinica del milleottocento: l’isteria.

“Nell’Ottocento, la grande ribelle si chiamava isteria” (Grando, 1998, 33): questa citazione rende l’idea di quello che è stato questo fenomeno. La ribelle era la donna isterica, ma era anche la stessa malattia, che con i suoi mille e uno sintomi, con le sue svariate manifestazione, era di difficile comprensione da parte dei medici che pretendevano di curarla. È necessario contestualizzare questo fenomeno per renderlo comprensibile. La donna ricca di questo periodo storico era invariabilmente descritta come debole: stretti corsetti, pelle pallida, aspetto infantile, appariva sempre fragile e malaticcia. Le si addicevano dunque malesseri ricchi di “pathos romantico” (Enrenreich, English, 1973, 97) come svenimenti ed emicranie, tali da costringerla a letto per giorni, ma non certo i violenti sintomi isterici. Le crisi nervose, le paralisi, la temporanea cecità, erano simbolicamente troppo violente per accostarsi a tale immagine di debole signora. Una sintomatologia inerente ai disturbi alimentari era spesso presente: disturbi allo stomaco, perdita di appetito, nausee e disgusto per il cibo venivano citati come sintomi isterici. La fonte del malessere veniva localizzata nell’utero e spiegata spesso con qualsiasi tipo di attività, fosse sessuale, intellettuale o fisica, esulasse dai leggeri compiti femminili, o facesse temere qualche scelta indipendente. Localizzata dunque nella sede della riproduzione, e vincolata al desiderio sessuale: se gli impulsi femminili non erano solo strettamente legati alla procreazione si riteneva che vi fosse qualche patologia in corso, perché i medici e gli uomini in generale erano convinti della repulsione della donna verso l’atto sessuale di per sé. L’isteria è stata la malattia sociale per eccellenza del secolo diciannovesimo, e del ventesimo: ed è oggi considerata un veicolo di espressione del disagio femminile in quel momento storico, affermazione che nella nostra epoca è stata ripresa per l’anoressia. Veicolo di parola, possibilità di ampliare il proprio raggio di azione in virtù di “una malattia”. Spesso le isteriche erano considerate subdole e ingannatrici, proprio come le anoressiche moderne. Inoltre con l’isteria il corpo è già un *corpo-sintomo*, come sostiene Recalcati (1998, 161): è un corpo che parla, un corpo che impone e sottopone allo sguardo degli altri e allo sguardo dei medici la letterale messa in scena dei sintomi. Il corpo come palcoscenico della malattia, come ribalta del disturbo psicologico, è inaugurato con l’isterica. Per innescare un cambiamento nello status quo, in maniera probabilmente inconscia l’isterica usa il linguaggio enigmatico ma visivo del sintomo. Linguaggio che ha l’effetto di destabilizzare l’Altro, di entrarci in dialettica, di migliorare la propria condizione attraverso una espressione del disagio che punta al cambiamento. Nel passaggio all’anoressia, il corpo-sintomo non ha più come scopo sorprendere lo sguardo dell’altro, del medico, per favorire un cambiamento, ma ha forse quello di trattenerlo, di gelarlo, di fissarlo sulla sua “consunzione iconica”, diventando un *corpo-segno* (idem). Per decenni, i disturbi alimentari sono rientrati nel calderone dei disturbi isterici. Philippe Pinel (1745-1826), pioniere della psichiatria, si occupò di costruire una classificazione delle nevrosi, ed un capitolo è proprio dedicato alle “nevrosi della digestione”, cui appartengono anoressia, bulimia e pica[[15]](#footnote-15). Mostra però un atteggiamento contraddittorio rispetto a queste problematiche: considera l’astinenza da cibo come sintomo essenziale dell’isteria in alcuni passaggi, ma non cita neanche tali problematiche in altri passaggi fondamentali di descrizione della malattia. Pierre Briquet (1796-1881) scrive un importante trattato sull’isteria, rilevante anche per la trattazione dei disturbi alimentari. Oltre ad essere il primo ad ammettere che anche gli uomini potevano essere colpiti da isteria, il dottore descrive accuratamente i disturbi alimentari, ed alcuni passaggi sono degni di nota per la simmetria che presentano con i sintomi dell’anoressia nervosa moderna. Per esempio non solo descrive una avversione verso il cibo in generale, ma parla anche “pazienti colte da attacchi isterici ogni volta che assumono un certo tipo di cibo” (Vandereycken, van Deth, 1994, 180): il paragone con i “cibi proibiti”[[16]](#footnote-16) per le anoressiche e le bulimiche moderne è immediato. Briquet risulta estremamente importante perché per la prima volta non parla solo di rifiuto del cibo ma anche di fame insaziabile, e del circolo abbuffata–vomito tipico di tante forme di DCA. Non parla di bulimia però, ma sempre e soltanto di sintomi di isteria.

Anoressia, bulimia e pica sono citate come disturbi anche dal medico Fleury Imbert (1795-1851), che divide le *anorexie* in *gastrique* e *nerveuse*. L’anoressia nervosa non è però considerata una malattia psichiatrica, o un disturbo psicologico, ma è trattata in chiave neurologica, cioè come problema neuronale a livello cerebrale, come disfunzione della materia grigia a livello encefalico.

Molto più romantico è invece un altro disturbo, noto con il languido nome di “malinconia”, che presentava spesso sintomi alimentari associati a perdita di peso. L’irrequietezza, i timori infondati, l’insonnia e le idee fisse sono le caratteristiche dei soggetti malinconici, ed il digiuno si manifesta con un’alta frequenza. Ancora più connotato è il termine che si usa per identificare un altro disturbo ricorrente nella letteratura psichiatrica del diciannovesimo secolo: “il mal d’amore”. Dimagrimento e pallore non potevano che caratterizzare tale stato. La mancanza nelle descrizioni di alcuni sintomi e la presenza di altri induce però a pensare che non si trattasse delle moderne anoressie.

Louis-Victor Marcè (1828-1864) fu per molti anni dimenticato nella trattazione dei disturbi del comportamento alimentare, ma un articolo del 1860 è stato ritrovato e riportato in auge, in quanto descrive minuziosamente i sintomi dell’anoressia: “era scomparsa ogni traccia di tessuto adiposo, il corpo era simile a uno scheletro, il rivestimento addominale così scarso da sfiorare la colonna vertebrale, il polso filiforme e insensibile (…) l’energia intellettuale concentrata sulle funzioni gastriche (…) idee deliranti (…) energia sufficiente soltanto per resistere ai tentativi di alimentarle*”[[17]](#footnote-17)*. Si parla di idee fisse, di rituali alimentari e soprattutto di resistenza strenua alla terapia. Marcè raccomanda l’allontanamento dall’ambiente di casa, l’aumento graduale della razione di cibo, anche attraverso l’intimidazione o l’uso della forza, compresa la sonda esofagea: tutti metodi ancora in uso nei nostri giorni. Il medico però lo definisce disturbo ipocondriaco, senza attribuire dunque una natura propria al quadro sintomatico.

Se tutti questi autori avevano descrissero sindromi complesse che comportavano problemi alimentari, tali disturbi divennero entità a sé stanti da quando il medico inglese Sir William Gull (1816-1890) e il neurologo francese Charles Lasègue (1816-1883) pubblicarono dei lavori sul digiuno volontario in cui apparivano finalmente tutte quelle caratteristiche con le quali è stata poi classificata l’anoressia nervosa contemporanea: lavori che passarono alla storia soprattutto per aver scatenato una certa attenzione e curiosità nella professione medica verso questa classe di patologie, fino a quel momento ritenute di scarsa importanza. L’importanza di questi due medici, con le loro diverse forme di affrontare il problema, è ben descritta dal libro della Grando (1998), che riporta i testi originali delle conferenze dei due intellettuali. A chi spetta però l’onore della prima descrizione della malattia che infesterà poi tutto il secolo successivo, è una contesa ancora aperta.

Il medico inglese William Withey Gull, acuto osservatore dei fatti per una sistematica ricerca scientifica, pubblicò nel 1868 un articolo in cui parlava della scoperta di una “nuova sindrome” in relazione al deperimento delle pazienti che presentavano un insistente rifiuto del cibo. C’era dunque un accenno a una nuova malattia, ma non ancora accuratamente descritta né chiamata “anoressia”: questo termine venne utilizzato in conferenze e articoli successivi, ad indicare uno stato morboso di rifiuto dell’alimentazione diverso dalla tubercolosi. Gull riportava anche con particolare attenzione descrizioni stupite dell’iperattività e della forza delle pazienti debilitate dall’inedia, così come della loro resistenza alle cure e della totale inconsapevolezza della malattia.

Il francese Charles Lasègue pubblicò nel 1873 un articolo intitolato proprio “*De l’anorexie hystérique”* in cui descrisse un quadro clinico con una sintomatologia abbastanza costante da essere riconosciuta facilmente dall’occhio medico, tanto da poterne dare un diagramma riassuntivo completo di diagnosi e prognosi. Descrive precisamente il classico atteggiamento di rifiuto dell’anoressica, il modo rituale e fobico di rapportarsi al cibo, e le interazioni squilibrate con i familiari. Lasègue continua a parlare delle malate come “isteriche”, ma aggiunge anche che vanno classificati e studiati i gruppi sintomatici delle affezioni, per ricomporne poi i frammenti e costruire un quadro organico della malattia. I disturbi alimentari sono un gruppo su cui Lasègue si sofferma particolarmente, dandone descrizioni metodiche, senza perdersi in perversi aneddoti, pur riconoscendo lo stato di confusione nel quale si trova la medicina nell’affrontare questi problemi, questi fenomeni così vari per cui ogni regola diventa immediatamente una eccezione. E così i disturbi alimentari: sono una eccezione perché sono unici, in quanto Lasègue stesso sostiene che ogni altra manifestazione isterica, ove esistente, scompare con la perdita dell’appetito. Che fossero sindromi già note ma confuse con altro? Il francese osserva e sospende il giudizio, sembra ammettere di non avere a disposizione una strumentazione concettuale e simbolica sufficiente per tirare delle conclusioni sui fenomeni alimentari osservati. È un atteggiamento speculare a quello tenuto oggi dalla professione psichiatrica, sostiene Pietro Feliciotti nell’introduzione al libro della Grando (1998, 34): ora è il paziente ad essere borderline ogni volta che non rientra in una specifica categoria medica, allora era uno psichiatra come Lasègue a fermarsi al bordo, a guardare stupito alle manifestazioni singolari e soggettive della malattia, e saper di non sapere. Consiglia dunque di tacere, ma questo non vuol dire che ascolti: non c’è traccia delle parole del soggetto in tutto il lavoro di osservazione e compilazione dei dati.

Secondo il nostro contemporaneo Edward Shorter (1987), storico della medicina, all’inizio del milleottocento vi fu un discreto aumento dei casi di anoressia nervosa, ma la malattia non decollò. È possibile però che i casi presenti venissero confusi con una lesione del lobo anteriore della ghiandola pituitaria che il dottor Morris Simmonds (1855-1925) riuscì ad associare a cachessia e deperimento. Per i successivi anni una perdita ponderale importante venne dunque sempre associata a una patologia ipopituitaria. Durante questi anni non vi furono progressi nella comprensione clinica dei disturbi del comportamento alimentare.

Fu negli anni sessanta del millenovecento che i casi scoperti e curati cominciarono a crescere velocemente e il disturbo arrivò ad assumere le proporzioni che presenta oggi. È utile seguire la trattazione di Richard Gordon nel libro *Anoressia e bulimia. Anatomia di una epidemia sociale* (1990) per quanto riguarda questo periodo. È nell’offerta di cibo abbondante e seduttiva del boom economico che anoressia e bulimia mettono le loro radici e si preparano al grande *exploit.* Secondo lo psichiatra svedese Sten Theander, che esaminò gli archivi delle maggiori università cliniche del suo paese dagli anni trenta agli anni sessanta, in questo arco di tempo le diagnosi di anoressia quintuplicarono. Altri studi condotti nella Contea de Monroe (Stato di New York), nel distretto de Camberwell (Londra), nella zona nord-est della Scozia (Aberdeeb[[18]](#footnote-18)), nella città di Zurigo e nell'isola di Bornholm (Danimarca) (Gordon, 1990, Cap. III) mostrarono tra il 1970 e il 1985 un incremento di tre/quattro volte dei casi trattati. Sempre negli stessi quindici anni, la bulimia si diffonde in maniera definita addirittura sensazionale. Una ricerca condotta dall'Università del Minnesota mostra che il rapido passaggio fu da 7,4 casi ogni centomila persone nel 1980 a 49,7 casi nel 1983. In tre anni, i casi trattati aumentano di sette volte. Le ricerche appena presentate hanno però dei gravi limiti metodologici. In primo luogo i criteri diagnostici non erano stati definiti rigorosamente, per cui quello che si intendeva per anoressia o bulimia poteva raccogliere una ampia gamma di variazioni. In secondo luogo parte dell’aumento dei casi si può anche certamente spiegare con una maggiore consapevolezza dei dottori rispetto ai DCA, e dunque un aumento della sensibilità professionale e pubblica verso queste malattie. Inoltre, un’altra frazione dell’aumento dei casi diagnosticati è probabilmente spiegabile con l’estensione della copertura sanitaria a fasce meno abbienti e dunque con il maggior numero di persone che potevano permettersi di ricorrere a un medico. Nonostante questi limiti, la diffusione dei disturbi del comportamento alimentare indubbiamente crebbe parecchio.

È la pubblicazione dei libri e delle teorie di Hilde Bruch (1978) a imprimere una ulteriore svolta nella definizione, e cristallizzazione, di anoressia e bulimia, della loro sintomatologia e eziologia, ed il contemporaneo aumento dell’incidenza dei casi clinici riconosciuti e trattati di queste patologie. È da questo momento in poi che possiamo cominciare a parlare di anoressia e bulimia avendo in testa quello stesso concetto di malattia riportato sul *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV* (DSM-IV, 2000).

**CAPITOLO II**

**SOCIETÀ E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE**

**Un inquadramento teorico**

La storia dei disturbi alimentari ci aiuta a capire che l’utilizzo del cibo e del corpo come mezzo di espressione delle emozioni è comune a tutte le epoche. La cultura cattolica medioevale ha offerto terreno fertile per le radici dei disturbi del comportamento alimentare, che poi si sono evoluti, sono cambiati, ma hanno mantenuto delle costanti che legano le Sante del milleduecento alle giovani che si sono ammalate dagli anni settanta del novecento in poi.

Ci sono validi motivi per ritenere che i disturbi del comportamento alimentare abbiano una componente sociale di fondamentale importanza, e che non siano solo strade individuali per esprimere un malessere meramente soggettivo, ma siano invece cammini suggeriti dalle norme sociali vigenti nel campo dell’apparenza, ma anche della cura del corpo e della salute.

Come vedremo, non tutti sono concordi nel definire i DCA come “malattie mentali”. È però evidente come il potere psichiatrico le consideri tali inserendole nel DSM, come le istituzioni deleghino al campo della salute il loro trattamento, e come il senso comune le percepisca tali e risolva le situazioni di condotte alimentari devianti tramite l’intervento di medici e/o psicologi. Dunque i disturbi del comportamento alimentare hanno per molti a che vedere con la malattia mentale, che è sempre socialmente e culturalmente connotata. Per dirla con Ethan Watters, “l’esperienza della malattia è inscindibile dalla cultura” (2010, 6), e tutti i disturbi mentali sono influenzati da credenze e aspettative culturali.

Inoltre il corpo, come la bellezza e l’apparenza, sono concetti a forte componente normativa. An, Bn e BED sono malattie che vanno a insistere sul corpo, coinvolgendo simbolicamente anche l’idea di bello, di sano, di “normale”, coinvolgendo insomma il gusto, che è prodotto culturalmente. Infatti, struttura sociale e concezione del corpo interagiscono incessantemente non solo in settori specifici come moda o medicina, ma anche nella vita quotidiana delle persone, quando l’occhio dell’altro, ricolmo di aspettative sociali, si fissa su quel fisico che è il nostro veicolo primo di comunicazione con l’esterno.

Inoltre vanno considerati aspetti sociali come la crescita esponenziale dell’incidenza poblazionale di An, Bn, BED, come riportato dal rapporto Istisan n.13/6 del 2013[[19]](#footnote-19), ed anche la sempre maggiore tematizzazione di questa problematica nel dibattito pubblico, la nascita di filoni di studio specializzati e di teorici dell’An e Bn, lo status di “malattie di moda” di cui godono i disturbi del comportamento alimentare, la pervasività del discorso sulla rete internet. Ed è poi da considerare che l’anoressia presenta un livello di mortalità per le giovani donne più alto di quello di qualsiasi altra malattia mentale[[20]](#footnote-20).

Alcuni autori hanno dato delle definizioni sociali di queste sindromi culturalmente connotate e delimitate, ed è interessante la loro applicazione al caso dei disturbi del comportamento alimentare.

**2.1 Disturbo etnico**

Il primo studioso ad aver utilizzato il termine “disturbo etnico” è stato l’antropologo e psicoanalista Georges Devereux nei suoi *Saggi di etnopsichiatria generale* del 1973, nel quadro di un filone di studi attraverso il quale avveniva il tentativo di legare sociologia/antropologia e psichiatria, fornendo alla prima “scienza” (sociale) il vaglia della seconda (medica). Come “disturbo etnico” Devereux intende quella serie di disturbi psichici, rintracciabili in ogni società, che è possibile definire come “strutturati e coordinati culturalmente” (1973, 45). Etnico ha qui infatti il significato di “proprio di una cultura”, ed il disturbo diventa l’espressione patologica attraverso la quale si rivelano le contraddizioni cruciali di un sistema di pensiero, le sue falle e debolezze, ma anche i suoi strumenti di sopravvivenza. Infatti secondo Devereux è la cultura stessa a contenere sia le pulsioni conflittuali che scatenano il disagio, sia le difese possibili, difese declinate in sintomi standard cui le persone si appellano nell’espressione del proprio malessere, che l’antropologo chiama “modelli di malattia”, “indicazioni di impiego abusivo” o “modelli di cattiva condotta” (Devereux, 1973, 47). A traumi idiosincratici tanto diffusi da portare a una presa di coscienza sociale del problema seguono dunque peculiari risposte sociali: ogni villaggio sa esattamente cosa deve fare “il pazzo” per essere definito tale e può prevederne il comportamento per non farsi prendere alla sprovvista, prevedibilità che scaturisce proprio da un potente condizionamento culturale. Secondo Devereux questo è possibile perché anche l’individuo identificato come malato è condizionato nell’espressione del suo disagio da alcuni canovacci sociali tipici, canovacci che variano dall’*Amok* dei malesi al *Cane Pazzo* degli Indiani d’America [[21]](#footnote-21). Sono tutti disturbi suggeriti e riconosciuti come espressione “formale” di contraddizioni sociali e dilemmi identitari, che permettono di definire il comportamento problematico proprio nei termini culturali delle norme dalle quali, per definizione, vorrebbero allontanarsi. Devereux si spinge un passo oltre, e declina i disturbi etnici parallelamente al concetto di “negativismo sociale”, ossia di alterazione psichica che però manifesta necessariamente un comportamento polemico e ostile alle norme di comportamento in società, diventando dunque una forma di resistenza locale. Resistenza e non sovvertimento però, secondo Devereux: infatti coloro che si ammalano di un disturbo etnico non hanno di norma una personalità talmente oppositiva da spingerli a una “rivolta totale” (Devereux, 1973, 53) verso la società, ma prendono in prestito i mezzi che permettono loro di esprimere il disagio personale in maniera convenzionale, tanto da non essere considerati totalmente *folli* né dai medici né dal senso comune, ma da riuscire a svelare le contraddizioni su cui si basa il modello sociale in cui vive. Si tratta infatti di comportamenti che potrebbero essere messi in atto da qualsiasi individuo “ben adattato” nel suo sistema, e che fino a un certo punto sono anzi considerati condizioni necessarie per godere dell’approvazione sociale. Devereux evidenzia bene come *normale* e *anormale* siano definizioni relative, e come sia dunque difficile diagnosticare l’elemento di devianza fino a che non raggiunge limiti intollerabili dal soggetto stesso o dagli altri significativi.

Gordon riprende la nozione di Devereux affermando che alcuni “disturbi psicologici” sono “espressione delle ansie profonde e dei problemi irrisolti di una cultura” (2004, 7): questa è la sua sintesi di “disturbo etnico”. Sono “scappatoie” (idem) preconfezionate socialmente per l’individuo che soffre di un insostenibile disagio, che vantano un simbolismo tradizionalmente comprensibile. Gordon afferma che l’isteria è stato il disturbo etnico per eccellenza nel secolo scorso, fornendo un nuovo elemento di parallelismo tra la classica malattia ottocentesca e i disturbi del comportamento alimentare. L’isteria, spiega Gordon, aveva la funzione di esprimere le contraddizioni tra uno stereotipo di donna sempre più seduttivo e la rigida morale sessuale, e la rabbia come reazione al dramma dell’esclusione dalla vita pubblica. L’espressione formale del sentimento di impotenza e della repressione sessuale traeva però i propri canovacci di comportamento dai tratti considerati tipicamente femminili dalla cultura patriarcale: drammaticità, emotività, vulnerabilità. Nel volgerli in patologia, inconsapevolmente, le donne riuscivano a trovare una scappatoia alla repressione e a esercitare un certo controllo sulla situazione contingente, almeno fino a quando la scure psichiatrica non si abbatteva su di loro con metodi drammatici come la reclusione in manicomio o l’asportazione della clitoride. I sintomi erano inoltre ampiamente replicati, quasi fossero contagiosi, e riproponevano lo stile “teatrale” in voga tra le classi medio-alte della seconda metà dell’ottocento.

Anoressia e bulimia sono ad oggi i disturbi mentali che hanno secondo Gordon tutte le caratteristiche per essere definiti disturbi etnici: rifacendosi al saggio di Devereux, enumera una serie di criteri che i DCA soddisferebbero. Approfondiremo poi le questioni qui aperte nelle pagine successive.

1. *Il disturbo si verifica di frequente nella cultura in questione.* Pur colpendo una percentuale della popolazione relativamente bassa, i DCA, stando alle statistiche sopra riportate, non possono dirsi rari nella nostra società. Il termine “epidemia” ricorre spesso sulla rete nel definire i disturbi del comportamento alimentare, accompagnato da termini come *sociale*, o *del ventunesimo secolo*, o *del nostro tempo*, o anche *strisciante*.
2. *Esiste una continuità tra i sintomi e gli elementi “normali” della società, ed il disturbo si esprime per gradi.* Esiste certo continuità tra enfasi alla magrezza/spinta sociale alla dieta, e comportamenti alimentari disturbati, tanto che definire la linea tra patologia e non patologia nel caso dell’anoressia e della bulimia è spesso una questione ardua. Come approfondiremo più avanti, i disturbi del comportamento alimentare si pongono dunque su un *continuum* tra ciò che è comunemente accettato e incoraggiato, la dieta, e ciò che è demonizzato e poi normalizzato, il DCA nelle sue forme più gravi. Inoltre, anoressiche e bulimiche usano il linguaggio contemporaneo dei media *mainstream* e della loro mania per le diete per spostare l’attenzione da un profondo disagio interno a un “problema” comune come quello della linea. I DCA hanno dunque anche una connotazione politico-sociale, perché hanno a che vedere con la questione del controllo del corpo della donna e con la conformità agli standard imposti. Con la variazione di tali elementi considerati “normali”, anche l’arsenale di sintomi dei disturbi del comportamento alimentare ha inoltre subito una evoluzione lungo i decenni: se prima era l’anoressica controllatrice e perfezionista a andare per la maggiore, ora tale disturbo è meno frequente rispetto a forme di anoressia-bulimia o di bulimia multicompulsiva.
3. *Il disturbo esprime i conflitti fondamentali e le tensioni normalmente diffuse nella popolazione.* È infatti pressoché impossibile trovare una adolescente donna che non problematizzi il proprio corpo e la propria apparenza, anche se in poche arriva a svilupparsi una forma ansiosa acuta come in quelle che soffrono di DCA. L’anoressia e la bulimia esprimono le contraddizioni dell’identità femminile nelle società contemporanee, alla ricerca del riconoscimento della propria intelligenza e capacità.
4. *I sintomi includono comportamenti che in situazioni normali vengono considerati altamente positivi.* Non esagerare a tavola, mantenere sotto controllo i propri istinti e pulsioni, limitare le calorie e con esse i desideri, sono comportamenti normalmente apprezzati nelle donne. I rinforzi positivi all’iniziale dimagrimento danno una ulteriore evidenza del valore sociale positivo conferito a comportamenti di restrizione alimentare, almeno per la maggior parte della popolazione.
5. *Il disturbo è la tappa finale di espressione del disagio psichico che deriva da una grande varietà di problemi personali.* *Le persone con questi disturbi possono mostrare vari gradi di gravità.* Anche questo è vero per anoressiche, bulimiche e binge eaters: non si può rintracciare una causa comune alla malattia, ma queste donne si ammalano per una serie indefinibile di cause individuali. Possono mostrare vari gradi di gravità in termini fisici, psichici e di durata della malattia. Le cause individuali provocano in soggetti affetti da DCA una frattura, ma è il loro carattere etnico a far sì che smettano di mangiare e si ossessionino con la linea, piuttosto che mostrare invece altre forme di comportamenti devianti. Vi sono moltissimi e diversi stimoli alla base del desiderio di magrezza, e la società fornisce un ottimo “modello di impiego abusivo” attraverso l’ampia letteratura su diete, prodotti dimagranti, fitness e affini. An e Bn sintetizzato in maniera estrema questi materiali culturali dai quali siamo costantemente travolti.
6. *Il disturbo è una forma di disagio altamente strutturata e ampiamente imitata, è un “modello di devianza”.* Questo è vero per l’anoressia ancora più che per la bulimia o il BED: la quantità di foto, di articoli, di pagine web, di libri dedicati a tale patologia è notevole, ma spesso è veicolo di “trasmissione” di comportamenti devianti. Come vedremo nell’analisi delle interviste, poche volte le informazioni sui DCA passano elementi positivi: molto più spesso suggeriscono trucchi e propongono modelli di anoressiche fashion, che vengono poi imitati. Si struttura dunque un modello di devianza ripreso da più persone. Caratteristica dei DCA è anche essere modelli di “devianza socialmente tollerata”, stigmatizzata sì, ma non alla stregua delle tossicodipendenze o dell’alcolismo: ai DCA si riconosce uno status diverso proprio perché si intravede “l’anormalità” della questione ma dietro comportamenti culturalmente promossi.
7. *Il disturbo provoca risposte ambivalenti:* timore e rispetto, ma anche reazioni punitive e di controllo. Anche questo argomento meriterà un paragrafo a sé, ma si può anticipare che l’anoressia, con il suo impatto visivo, ma anche la bulimia, per la violenza dei suoi gesti, scatena emozioni violente che vanno dal fascino alla paura, dall’invidia allo schifo.

Gordon ha dunque preso spunto dalla definizione di disturbo etnico per punti di Devereux, individuando quelli che secondo lui erano applicabili al concetto di disturbo del comportamento alimentare. Seguendo l’intuizione di Gordon, citerei altri aspetti presenti nella trattazione di Devereux (1973) che ritengo possano essere utili a capire se i DCA possano considerarsi un disturbo etnico:

1. *Il disturbo acquista una “massa sociale” così considerevole che vengono prese misure sociali particolari per controllarlo* (Devereux, 1973, 46)*.* Sono nati negli ultimi decenni luoghi preposti allo studio ed alla cura dei soli disturbi del comportamento alimentare. Da “Centri per lo studio, la terapia e la prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare” a “Centri disturbi del comportamento alimentare”, da associazioni a “Comunità terapeutico-riabilitative per i disturbi del comportamento alimentare”, a “Residenze per la cura dei disturbi del comportamento alimentare e del peso”. E ancora “Centro dei disturbi della condotta alimentare” e “Centro di riferimento regionale per disturbi del comportamento alimentare”, a percorsi dedicati e “Centro interdipartimentale di ricerca per i disturbi del comportamento alimentare”[[22]](#footnote-22). Oltre ai centri specializzati, una serie di altre misure *ad hoc* vengono continuamente proposte per la prevenzione e la cura dei DCA. Ne sono recente esempio il progetto di “Le buone pratiche di cura nei disturbi del comportamento alimentare” (2008) promosso dal Ministero della Salute, che dà anche una normativa regionale in materia e una lista dei Servizi assistenziali minimi, ed anche il tentativo di “Manifesto nazionale di autoregolamentazione della moda italiana contro l'anoressia” (2007) promosso dal Ministero per le Politiche Giovanili e le Attività Sportive, Camera Nazionale della Moda Italiana e Alta Roma. Al di là dell’efficacia o meno di questi proclami, ci danno conferma delle misure *ad hoc* contro la diffusione dei DCA, considerati un problema sociale a cui la politica tenta di dare una risposta.
2. *I sintomi (…) rivestono un quadro quasi deliberatamente provocatorio* (Devereux, 1973, 53)*.* Approfondiremo più avanti questo discorso, ma la sfida lanciata in particolare dal corpo delle anoressiche, ma anche dal gesto violento delle bulimiche o dall’opulenza delle BED è da tenere in considerazione nello studio del fenomeno. L’anoressica muovendosi nel mondo con le sue ossa sporgenti potrebbe riportare nel corpo sociale la paura atavica della fame, e l’evidenza della morte in una società in cui l’idea stessa della morte è privatizzata e rimossa[[23]](#footnote-23). La bulimica che invece vomita con tutti i suoi sforzi potrebbe simbolicamente mostrare disprezzo verso la fatica e il lavoro che permettono un certo standard di vita, ed il rigetto del benessere consumista e dell’offerta che esso comporta non solo in termini alimentari, ma di continua soddisfazione di desideri passeggeri, di input al consumo, di vittorie della medicina contemporanea. Queste ipotesi verranno approfondite in seguito.
3. *In ogni disturbo etnico la struttura del comportamento dell’individuo anormale è (…) spesso del tutto opposta alle nostre idee culturali circa la “maniera in cui si diventa pazzi” (Devereux, 1973, 54)*. Un altro tema complesso è quello della rappresentazione sociale della follia. Il senso comune, forgiato dalla letteratura e dall’esperienza secolare, ha in ogni società degli stereotipi del “folle” e dei comportamenti da lui tenuti. È per esempio utile citare un topos della letteratura italiana, *L’Orlando furioso* dell’Ariosto, un personaggio che vaga alla ricerca del senno perduto fin ad arrivare sulla luna, o i personaggi della letteratura pirandelliana[[24]](#footnote-24), o lo *Zeno Contini* di Italo Svevo, il *Cappellaio Matto* di Alice nella letteratura per bambini. Anche le citazioni cinematografiche potrebbero sprecarsi: da *Shining* a *Rain Man*, da *A Beautiful Mind* a *Si può fare*. Per quanto riguarda le discipline artistiche, le immagini che hanno ritratto il senso comune della follia sono per esempio quelle di Hyeronimus Bosch in *Nave dei folli* (1494) o *Estrazione della pietra della follia* (1494) o Pieter Bruegel *Margherita la pazza* (1561) (Foucault, 1963, 28 e 596), o la perdita di senno nei *Disastri della Guerra* di Goya e l’autolesionismo di Van Gogh. Fino al senso comune popolare, all’idea del Folle o del Grullo (Foucault, 1963, 26), dello “Scemo del villaggio” allo “Scienziato pazzo”. Ma anche violenza, urla, parole senza senso, e la temuta camicia di forza fanno parte delle immagini della malattia mentale. Tali rappresentazioni culturalmente costruite hanno però poco a che vedere con la follia dell’inedia “volontaria”, o del vomito autoindotto: anoressia e bulimia non provocano un ghigno sarcastico o un sorriso di benevolenza, perché non fanno parte delle immagini che, per senso comune, generalmente si associano alla follia nella nostra società.
4. *Il fatto che i disturbi etnici siano culturalmente strutturati (…) rafforza notevolmente la mia idea che i disturbi psicologici comportano (…) un impoverimento, una de-differenziazione e una de-individualizzazione.* Nel diagnosticare, incasellare, etichettare un individuo in una categoria di disturbo alimentare scatta un processo per il quale si arriva effettivamente a una de-differenziazione. Il meccanismo di cura in regime di ospedalizzazione (e non solo per quanto riguarda le malattie psichiatriche, ma come caratteristica fondamentale delle istituzioni totali) ne è la prova più lampante: stesse regole, stessi orari, stessi diritti e doveri per tutti, e numeri a gestire la realtà quotidiana del peso, del pasto, del dosaggio della medicina, del letto a cui associare una persona, del bagno da controllare. La ragazza che smette di mangiare non è un individuo altamente differenziato, è immediatamente una anoressica, indipendentemente da caratteristiche personali come la personalità, la provenienza geografica o sociale, la famiglia eccetera. Il set di sintomi è preconfezionato: il DSM li elenca puntualmente (DSM-IV, 2000, 539-550).

In accordo con le considerazioni di Gordon, ed aggiungendo altri spunti di riflessione, ritengo che sia possibile accordare ai disturbi del comportamento alimentare la definizione di disturbo etnico di Devereux.

**2.2 *Patoplasticità* e sindromi *culture-bound***

Come nel pensiero di Devereux, anche in quello di Watters (2010) la malattia mentale è inscindibile dalla cultura, perché le storie, le credenze, le norme e i valori sociali modellano e influenzano tutti i disturbi mentali. È importante non perdere la prospettiva umana dell’esperienza individuale, ma bisogna tenere conto che tale esperienza assume nella maggior parte dei casi la forma prevista o suggerita dalla società nella quale si sviluppa il disagio. L’estrema magrezza dei modelli estetici, il valore morale conferito alla snellezza, la spinta alla dieta e tutti gli altri elementi sociali che abbiamo considerato e considereremo parlando di DCA non sono dunque secondo Watters la causa dei disturbi del comportamento alimentare, ma suggeriscono una strada, un cammino, indicano una possibile via per avere successo e risanare le proprie ferite, nel nostro mondo e nella nostra epoca. C’è chi fa di questa falsa promessa di felicità il centro della propria attenzione/ossessione, e investe le proprie energie per arrivare alla perfezione del modello. E se ogni epoca ha una o più sindromi che esprimono parte della sua essenza, se cioè i sintomi della malattia mentale sono bagliori che illuminano sullo “spirito del tempo” (Watters, 2010, 3), forse An, Bn e BED ci permettono di comprendere qualcosa in più del nostro, di tempo: i fattori individuali come la bassa autostima, il perfezionismo, i problemi di regolazione delle emozioni sono indissolubilmente legati ai fattori socio-culturali nel momento in cui giovani ragazze pensano che potrebbero stare meglio con se stesse se solo perdessero qualche chilo. E non si tratta di una banalizzazione, ma di una popolazione di individui vulnerabili (adolescenti donne) bombardati da norme sul corpo e sull’apparire, che spostano l’attenzione dai propri drammi personali alle forme corporee, in un tentativo di fuga. È dunque un bombardamento che svolge un effetto *patoplastico*, e cioè indirizza l’espressione del disagio giovanile femminile localizzandolo nella pancia, o meglio nello stomaco dilatato o nelle ossa sporgenti.

La teoria sulla *patoplasticità* delle malattie mentali e dei disturbi del comportamento alimentare ce la forniscono Bianchini e Dalla Ragione (2006). Secondo le autrici infatti le affezioni della psiche sono mutevoli e adattabili ai decorsi storici, e la forma che assumono dipende dal contesto specifico nel quale si sviluppano. Ogni contesto presenta infatti dei *fattori patoplastici* che concorrono nel delineare la fenomenologia del disagio, senza esserne la causa. Questi fattori svolgono una azione performativa e modellante, suggerendo la strada attraverso la quale malesseri più profondi e strutturali possono esprimersi e risolversi. Non vanno confusi con i *processi patogenetici*, che sono invece le cause individuali delle malattie, sono le predisposizioni di personalità, o i traumi o le ferite che innescano il comportamento patologico. La sofferenza è dunque per Bianchini e Dalla Ragione individuale, ma la sua declinazione e la forma che va ad assumere la sua espressione sono dettate dalle norme culturali. Le autrici propongono alcuni dei possibili fattori patoplastici che concorrerebbero a delineare i disturbi del comportamento alimentare (Bianchini, Dalla Ragione, 2006, 19 e seguenti): la tendenza culturale ad associare bellezza e valore personale, imperativi sociali contraddittori sul ruolo della donna, che deve essere ancora votata alla famiglia e alla casa ma anche autonoma e competitiva, un modello mediatico del corpo sempre perfetto e l’insicurezza del proprio fisico che ne deriva, le immagini e le ideologie egemonizzanti relative alla bellezza femminile. Questa è secondo l’autrice la “visione del mondo” delle “società occidentali e occidentalizzate”. Con visione del mondo (Bianchini, Dalla Ragione, 2006, 24) intendono una raccolta di strumenti, abiti concettuali, modelli di comportamento fondati su abitudini di pensiero che influenzano ogni giudizio sulla realtà. Con società occidentali e occidentalizzate (Bianchini, Dalla Ragione, 2006, 25) intendono le società industriali avanzate dei paesi fortemente industrializzati quali Europa occidentale, Stati Uniti, Canada, Australia e Nuova Zelanda, Sudafrica e Giappone, ed affermano che l’espansione dei disturbi del comportamento alimentare appare correlata ai processi di occidentalizzazione culturale legati al colonialismo ed alla globalizzazione economica.

In accordo con Bianchini e Dalla Ragione, risulta possibile definire i disturbi del comportamento alimentare come sindromi *culture-bound* (CBS). Con questo termine si intende una serie di malattie che esistono solo all’interno di un determinato ordine culturale e sociale, proprio perché la cultura le impone, le “ordina”. Data l’importanza del fattore culturale, lo stesso DSM-IV (2000) si pone dei dubbi sulla possibilità di utilizzo del manuale per diagnosticare disturbi mentali al di fuori degli Stati Uniti. Nel paragrafo dedicato a “*ethnic and cultural considerations*” (DSM-IV, 2000, XXIV) considera che sono stati fatti numerosi sforzi per includere nell’analisi popolazioni statunitensi con diversi background culturali, ma che può comunque rappresentare una sfida difficile l’utilizzo di questo strumento da parte di un professionista proveniente da un certo gruppo etnico per la valutazione di un paziente proveniente da un altro. Un professionista che non sia familiarizzato con la cultura di provenienza di un individuo potrebbe aver problemi di definizione e riconoscere come patologiche forme culturali a lui sconosciute: riportando questo discorso in scala macro, l’idea di utilizzare i criteri diagnostici per anoressia e bulimia del manuale americano in Cina, in Africa o alle Fiji lascia alcune perplessità. Il DSM-IV dedica anche una appendice proprio alle *culture-bound syndromes* (DSM-IV, 2000, appendix I, pp. 843-849), e le definisce “comportamenti ed esperienze ripetitive, strutturate e disturbanti, tipiche o note in certe regioni del mondo” (DSM-IV, 2000, 844). Sono dunque considerate sindromi che si trovano solo in un dato numero di società che presentano alcune caratteristiche psico-sociali particolari. Inizialmente rientravano in queste definizioni solo patologie ritenute dalla psichiatria “esotiche”, proprie di gruppi indigeni di alcune aree geografiche *altre* rispetto all’Occidente inteso come zona di studio e applicazione dell’*American Psychiatric Association*, come per esempio il già citato *amok*. Ora però lo stesso DSM-IV ammette la possibilità che esistano disordini concettualizzabili come patologie *culture-bound* proprie delle società altamente industrializzate e pressoché assenti in altre culture: come esempio di malattie di questo tipo, cita esattamente l’anoressia nervosa (idem). Né anoressia né bulimia vengono però tematizzate in questa parte del DSM-IV, ma i criteri diagnostici si trovano in una sezione dedicata specificatamente ai Disordini Alimentari (DSM-IV, 2000, pp.539-550). Nell’*appendix I* dedicata alle sindromi *culture-bound* gli autori tornano proprio sull’importanza di alcuni elementi culturali, e ritengono che:

* È necessario comprendere quali siano i riferimenti culturali ed etnici dell’individuo cui si vogliono applicare i criteri di diagnosi. Nel caso di migranti, bisogna specificare che grado di coinvolgimento presentano sia con la cultura di origine sia con quella del paese in cui vivono.
* Bisogna identificare le maniere in cui il malessere e il bisogno di supporto vengono normalmente comunicati all’interno del gruppo culturale di riferimento e appartenenza, ed anche i significati che gli individui attribuiscono ai sintomi;
* Si devono comprendere le interpretazioni che il gruppo culturale di riferimento da di queste maniere di espressione e di questi sintomi, e riconoscere e comprendere le soluzioni che propone.

Attenendosi alla definizione di sindromi culturalmente connotate del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental* Disorders ritengo sia possibile ricondurre a tale categoria anche An, Bn, BED. È infatti nel cuore dell’Europa e del Nord America che i DCA nascono e proliferano, nelle terre in cui si raccomanda uno stile di vita sano ma contemporaneamente si assiste a una mediatizzazione della magrezza come necessità.

L’aumento di DCA in queste società e la comparsa della patologia di pari passo con l’occidentalizzazione di altre parti del mondo stabilisce un “nesso quasi incontrovertibile” (Rizzuti, in Bellini, 2010, 38) tra tali disturbi ed il ruolo giocato dalla cultura. Rizzuti non da una definizione geografica di Occidente, ma economico-culturale: Occidente sono le “società contemporanee tecnologicamente avanzate” (idem), caratterizzate dalla “postmodernità” che ha come aspetti peculiari la padronanza sulla natura, il progresso tecnico, il controllo sul corpo, la disperata ricerca della snellezza ad ogni costo, l’individualismo spinto all’estremo e la cultura dell’autorealizzazione anche quando autodistruttiva (Rizzuti, in Bellini, 2010, 40). È attraverso molteplici canali, quali ad esempio l’espansione delle multinazionali, la diffusione dei media di massa, la possibilità di viaggiare o di conoscere on-line altre parti del mondo istantaneamente, che i fattori patoplastici della società occidentale danno forma a questa sindrome culturalmente determinata che sono i disturbi del comportamento alimentare.

Non c’è però accordo sul concetto di sindrome *culture-bound*. Per capire le critiche che vengono mosse a tale idea ci torna utile la dialettica tra Cheryl Ritenbaugh (1982) e Sing Lee (1996). L’autrice americana di *Obesity as a culture-bound syndrome* propone nel suo articolo una sistematizzazione della definizione di sindromi culturalmente caratterizzate simile a quella proposta per i disturbi etnici da Devereux (1973). L’autrice individua quattro criteri che una malattia dovrebbe compiere per essere indicata come sindrome culturalmente caratterizzata, e li declina proponendo il caso dell’obesità lieve o media come appunto malattia *culture-bound*. Lo psichiatra cinese di formazione medica inglese, invece, in *Reconsidering the status of anorexia nervosa as a western-bound syndrome* critica i criteri addotti dalla Ritenbaugh, e spiega le sue perplessità rispetto alla definizione di anoressia nervosa come CBS. Vediamo dunque ogni criterio proposto e la conseguente critica. Per dare un quadro alla controversia, è però necessario definire due concetti. In primo luogo, è importante capire cosa intendono gli autori con “società occidentali”. La Ritenbaugh (Ritenbaugh, 1982, 352) declina la cultura occidentale come universo di credenze all’interno del quale si sarebbe sviluppato il pensiero biomedico caratterizzato dalla netta separazione tra mente e corpo. È in questo quadro che si sono formati poi la maggior parte degli psichiatri più influenti della nostra epoca. Lee da invece una definizione di Occidente geografica, e intende Europa Occidentale, Nord America, Australia e Sudafrica. In secondo luogo, è necessario anche definire cosa intendiamo quando parliamo di obesità. L’autrice non fornisce una sua definizione, ma per averne una idea possiamo rifarci a quella utilizzata dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, WHO)[[25]](#footnote-25), che si basa sul BMI, ossia sul Body Mass Index o indice di massa corporea, che è il risultato della proporzione tra il peso e la statura al quadrato. Il range del normopeso va da 18.5 kg/m2 a 24.9 kg/m2. L’WHO considera in sovrappeso chiunque abbia un BMI≥25 kg/m2, ed obeso chiunque abbia un BMI≥ 30 kg/m2. A sua volta, l’obesità viene divisa in tre segmenti: lieve (BMI= 30-34.9 kg/m2; eccedenza ponderale del 20-40%), media (BMI= 35-39.9 kg/m2; eccedenza ponderale del 41-100%), grave (BMI= >40 kg/m2; eccedenza ponderale oltre il 100%). Secondo l’WHO, sovrappeso e obesità sono il quinto fattore di rischio di morte prematura prevenibile al mondo (WHO, 2013, 1), perché comportano un più alto rischio di diabete, infarto, ischemia, scompenso cardiaco, ictus, malattie respiratorie, ipertensione e alcuni tipi di tumore[[26]](#footnote-26). Riassumendo il pensiero della Ritenbaugh, il nodo principale è la scarsa distinzione nel senso comune tra una obesità grave, che è mortalmente pericolosa, e il sovrappeso o l’obesità lieve o media, che vengono invece stigmatizzati più in risposta a un canone estetico che a un canone medico. Tematizza inoltre i significati culturali e sociali del grasso, che variano storicamente e geograficamente, passando dall’essere considerati simbolo di buona fortuna all’essere interpretati come mancanza di autocontrollo.

Possiamo ora cominciare ad esaminare i criteri assunti dalla Ritenbaugh e a commentare le critiche contrapposte da Lee.

1. *Una sindrome culture-bound non può essere compresa al di fuori dello specifico contesto culturale o sottoculturale in cui si presenta.*

La Ritenbaugh argomenta che l’obesità lieve o media viene considerata simbolo di bellezza e salute in molte società, e tale era considerata anche in America nel secolo passato. Ora, invece, viene considerato solo come un grosso problema di salute. Viene descritta come una epidemia, ed è possibile comprendere tale allarme solo se si considera culturalmente che una quantità non esagerata di grasso in eccesso (sovrappeso o obesità lieve-media) sia comunque un pericolo per la salute dell’individuo, come ritiene in questo momento quello che l’autrice chiama il paradigma biomedico (Ritenbaugh, 1989, 351), e non certo come segno di buona fortuna come viene invece considerato nella tradizione cinese (Lee, 1982, 25).

Lee afferma che nei primi studi dedicati ai DCA era opinione comune che l’anoressia dovesse comprendere tra i propri criteri diagnostici il terrore di ingrassare, la cosiddetta *fat-phobia*, visto come attributo specifico delle classi medio-alte delle società europee o nordamericane dalle quali provenivano le prime anoressiche, e elencato come caratteristica imprescindibile della malattia. Ulteriori indagini però, hanno mostrato che An e Bn cominciano a presentarsi “democraticamente” (Lee, 1982, 23) in ogni strato socioeconomico e in ogni minoranza etnica. Inoltre, cominciano a darsi evidenze di anoressie non contraddistinte dalla paura di ingrassare a Hong Kong e in Cina. Lee propone allora una ridefinizione della sindrome da “culturalmente caratterizzata” a “transculturale”, in quanto attraversa ormai confini culturali e le aree geografiche. Argomenta dunque che le CBS non possono essere considerate come entità statiche appartenenti a una sola società, ma che bensì devono essere viste come concetti processuali, e seguiti nel loro sviluppo per essere compresi. Aggiunge inoltre che alcuni confini culturali potrebbero sì essere visti nel caso dell’anoressia nervosa così come diagnosticata dal DSM-IV, e sono i confini della cosiddetta “cultura della modernità”. Il capitalismo industriale, l’urbanizzazione, l’immigrazione, l’abbondanza di cibo, l’aumento di peso generale nella popolazione, la proliferazione di pubblicità che utilizzano il corpo (magro) come mezzo di comunicazione, i progressi nel campo del controllo delle nascite e i cambiamenti nel ruolo sociale della donna (1982, 23) sono gli elementi trans-societari che influenzano lo sviluppo dei disturbi del comportamento alimentare. È infatti all’interno di questi confini che si sviluppa l’anoressia moderna, al di là della posizione geografica della società analizzata. Ultimo punto sollevato da Lee in favore di una riconcettualizzazione delle CBS, è il concetto di sindrome *culture-reactive* (1982, 23), cioè di malattia che cambia la propria fenomenologia seguendo l’onda dei cambiamenti sociali in atto. Come esempio di “reazione” della malattia Lee propone la già citata evoluzione dei disturbi del comportamento alimentare da anoressie restrittive pure a bulimie multicompulsive, evoluzione che secondo lo psichiatra segue da vicino il passaggio da modernità a postmodernità.

1. *L’eziologia sintetizza e simbolizza i significati e le norme di comportamento chiave della cultura in questione.*

L’eziologia dell’obesità, secondo la Ritenbaugh, è riassunta dal paradigma biomedico come uno sbilanciamento tra calorie ingerite e energia spesa, cioè un rapporto disequilibrato tra alimentazione eccessiva e scarso esercizio fisico. L’autrice ritiene però che questi siano i termini medici per indicare quello che il senso comune, di cui sono portatori anche i dottori, la stampa, e gli altri organi di mediatizzazione del problema, chiamano in realtà *golosità* e *pigrizia*, contrapponendoli a *dieta* e *fitness*. La prima coppia di termini è di per sé connotata negativamente, mentre invece si insiste sulla valenza positiva della seconda: gioco che secondo l’autrice riassume la dialettica tra controllo e non controllo, dove l’obesità rappresenta simbolicamente la mancanza di autocontrollo (1982, 352). Essere obesi significa dunque nel senso comune non rispettare norme sociali fondamentali di disciplinamento personale ed apparenza, e la lotta al grasso anche moderato simbolizza la lotta alla devianza rispetto ai comportamenti chiave della nostra cultura.

Secondo Lee l’applicazione di questo criterio all’anoressia presenta invece diversi problemi. In primo luogo lo psichiatra ritiene che sia sempre molto complesso definire una eziologia nel caso della malattia mentale, e che sia dunque difficile trovare sindromi che possano senza dubbio compiere questo criterio. Riconoscerlo come vero per il comportamento alimentare disturbato varrebbe a dire assumere semplicisticamente una eziologia per una malattia che in realtà è considerata multi-causale. Inoltre, Lee sostiene che raramente la paura di ingrassare, dovuta alla spinta sociale alla dieta e alla magrezza, sia da considerare una delle cause primarie quando una persona si ammala di anoressia, sia nelle società che definisce occidentali che nelle società altre. Dunque, l’anoressia non sintetizzerebbe norme né simbolizzerebbe significati.

1. *La diagnosi della malattia culturalmente caratterizzata affonda le proprie radici in una tecnologia e in una ideologia specifiche.*

La diagnosi di “obesità” per la Ritenbaugh richiede che il grasso venga considerato come non salutare nella cultura in questione, richiede che vi sia accordo su questo punto nella professione medica, e che vi siano adeguati standard e parametri per definire la persona obesa, come per esempio gli indici misurati tramite peso e altezza, o la tecnologia per calcolare la quantità di materia grassa. I ricercatori creano indici ed indicatori, conseguentemente vengono costruite le macchine per verificare la quantità di tessuto adiposo neppure, e il sovrappeso medicalizzato.

Secondo Lee anche questo criterio non si dovrebbe applicare all’anoressia. Infatti in culture in cui il grasso non è stigmatizzato, come quella cinese, la paura di ingrassare non è un sintomo tipico di anoressia. E mancando tale sintomo, spesso alcune pazienti vengono etichettate con un generico “disturbo del comportamento alimentare non specificato”, senza tener conto che un paradigma medico differente potrebbe trovare elementi differenti di una possibile sintomatologia dell’An. Il risultato è comunque che giovani donne si lasciano morire di fame, senza che la psichiatria cinese, troppo influenzata dai criteri dettati dall’ *American Psychiatric Association*, riesca a trovare spiegazioni culturali a questa malattia. Le diagnosi di sindromi come l’anoressia possono essere dunque più influenzate dalla classificazione come CBS che dalla realtà locale della malattia (Lee, 1982, 25).

1. *Il trattamento della CBS ha successo solo con chi risulta pienamente inserito nel sistema di valori della società in questione.*

Secondo la Ritenbaugh la cura dell’obesità comprende una serie di comportamenti che non possono essere compresi dagli *outsider* della nostra cultura. L’enfasi sullo sforzo necessario per perdere peso, per esempio, o l’accento posto sullo stare a dieta, che questo porti giovamenti in termini di salute oppure no, sono tipicamente occidentali, perché tipicamente occidentale è la considerazione della dieta e dell’esercizio come garanzia fondamentale di coscienza del problema e autocontrollo. Le perdite di peso ottenute tramite altri fattori (per esempio una concomitante malattia) non sono considerate funzionali al trattamento dell’obesità, anche se i chilogrammi diminuiscono (Ritenbaugh, 1982, 353).

Secondo Lee l’assunto della Ritenbaugh presenta carenze concettuali e metodologiche. La quantità di tipi di trattamenti diversi provati per la cura dell’anoressia nervosa infatti non fa pensare che ve ne siano alcuni propri di una specifica cultura. Il trattamento corporeo con ormoni o terapia elettroconvulsiva (non utilizzata in Italia, almeno a livello ufficiale), la psicoterapia, le terapie *body-oriented*, quelle femministe, quelle cognitivo comportamentali, l’utilizzo di psicofarmaci e terapie nutrizionali, le terapie che prevedono modificazioni comportamentali coercitive (come l’alimentazione forzata) vengono utilizzate tanto in USA quanto in Cina, senza che vi siano evidenze di risultati differenti nelle due società (Lee, 1996, 26). Il criterio dunque non reggerebbe l’analisi dell’anoressia nervosa, anche se Lee ritiene di dover specificare che anche la medesima tecnica varia necessariamente nel momento in cui variano i significati del contesto nel quale viene applicata, come la definizione di salute/malattia o la concezione di che cosa significa “trattamento con successo”.

La questione se dunque obesità e anoressia siano sindromi *culture-bound* oppure no rimane aperta per Ritenbaugh e Lee. Altri interventi sono interessanti per la questione. Keel e Klump nell’articolo “*Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology*” (2003) citano per esempio Prince, che sostiene che se si considerano le CBS come una serie di segni e di sintomi (non di cause) che si presentano in un numero ristretto di culture per via delle caratteristiche psicosociali di quelle date società, allora l’An può essere considerata una sindrome culturalmente determinata. Secondo Swartz (Keel e Klump, 2003, 747) l’anoressia rimane incomprensibile al di fuori del contesto culturale in cui nasce, e la sua presenza in una società come quella cinese non scalfisce la definizione di CBS, perché dipende da una secolare influenza di USA e Europa nel resto del mondo. Lo studio condotto dai due autori (2003, 754), conclude che l’anoressia è una sindrome presente anche in società altre ma che la paura di ingrassare è invece un elemento tipico delle società occidentali, o di segmenti sociali particolarmente influenzati da queste aree del mondo. Per occidente, i due autori intendono quelle aree culturali sviluppatesi basicamente a partire dalla tradizione greco-giudaico-cristiana, ed escludono invece l’estremo oriente (Cina, Giappone, Corea), il sud-est asiatico, il subcontinente indiano, il medio-oriente e l’Africa sub-sahariana. L’America Latina e l’Oceania vengono considerate come fortemente influenzate culturalmente dall’occidente, ad esclusione delle culture indigene. Se dunque si assumono i criteri del DSM-IV per la definizione di anoressia, e si include dunque la tremenda paura di ingrassare tra i sintomi della malattia, allora per An si intende una sindrome culturalmente caratterizzata, e le altre pratiche di digiuno autoimposto che non presentino questa caratteristica di idealizzazione della magrezza e denigrazione del grasso non dovrebbero rientrare nella definizione clinica di An. Se non si considera quel criterio come decisivo invece, l’anoressia nervosa non risulta essere una sindrome culturalmente caratterizzata. Il medesimo articolo discute anche della bulimia nervosa come sindrome *culture-bound* (Keel e Klump, 2003, 761). Anche in questo caso, la concettualizzazione di bulimia come CBS o meno dipende dal grado di adesione ai criteri del DSM-IV. Le autrici considerano (2003, 762) infatti che la bulimia risulta essere una sindrome culturalmente caratterizzata solo se si mantiene la distinzione del DSM tra bulimia nervosa e *big eating disorder*, ossia se consideriamo che la bulimia per essere tale deve presentare condotte compensatorie come vomito autoindotto, esercizio fisico eccessivo, uso di lassativi o diuretici. Non si trovano infatti indizi di presenza di bulimia nei secoli passati, né emerge come costellazione di sintomi in società non occidentali o in assenza di influenze dirette dall’occidente. Se invece non consideriamo le condotte eliminatorie indispensabili per fare una diagnosi di Bn, allora episodi di abbuffate sono invece ricorrenti nella storia, alle volte come semplice alimentazione incontrollata, alle volte nei quadri clinici di anoressia premoderna. Le spiegazioni che avanzano Keel e Klump (2003, 763) per spiegare la più lunga storia dell’An rispetto alla Bn sono due. In primo luogo, l’anoressia è più difficile da nascondere perché il corpo emaciato salta agli occhi, e la ragazza anoressica viene dunque più facilmente portata dal medico rispetto alla bulimica. In secondo luogo, per le autrici le pratiche di privazione del cibo si possono compiere in ogni tempo e in ogni luogo, nel medioevo come nella modernità, in Canada come in Pakistan. Diverso è per la bulimia, che necessita di un contesto socio-culturale nel quale l’accesso a cibo abbondante sia immediato e facile. Una crisi bulimica insomma, con l’ingestione migliaia di calorie in poche ore, è possibile solo con un supermercato rifornito dietro l’angolo, o con una dispensa sempre piena e accessibile in solitudine, e non deve esserci razionamento o condivisione dei locali adibiti al pasto. Anche la mancanza di un bagno privato in cui mettere in atto i propri comportamenti compensatori rende impossibile la bulimia così come diagnosticata nel millenovecento. Quindi, se gli individui possono sempre e comunque scegliere di affamarsi, non possono invece abbuffarsi e vomitare se non si danno determinate condizioni sociali. Probabilmente è anche per questo che l’anoressia risulta essere più trans-istorica e trans-culturale della bulimia, che invece sembra essere più *culture-bound*.

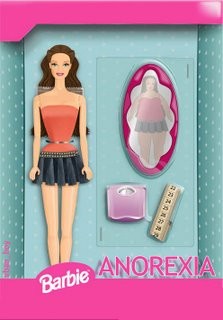
Altri autori propongono anche l’idea che non siano le malattie a essere culturalmente determinate, ma le diagnosi. Secondo Montecchi (2009) alcuni comportamenti che vengono identificati come sintomatici in una data società assumono significati diversi a seconda del codice culturale con il quale vengono interpretati. A partire dai sintomi si formano dunque diagnosi culturalmente determinate, a cui seguono terapie che hanno un senso e una utilità solo se le soggettività riconoscono l’ordine simbolico all’interno del quale vengono formulate. L’opinione di Quaranta è simile (2012, 25): la diagnosi è un processo interpretativo condotto per categorie mediche, che sono dispositivi di costruzione culturale della realtà medica. Non è una mera descrizione di uno stato oggettivo, ma è un processo di selezione di aspetti la cui rilevanza dipende da norme e valori sociali.

Tornando al già citato Watters (2010), il modo in cui una certa società pensa alla malattia mentale, ossia le categorie con le quali analizza e definisce i sintomi e la prognosi, influenza la forma stessa della malattia. Con “occidentalizzazione” Watters si riferisce alla “diffusione pervasiva della cultura occidentale” (Watters, 2010, 1) attraverso l’espansione delle multinazionali (cita MacDonald’s), l’esportazione del modello di grande fabbrica (cita la Nike), e dei simboli del benessere statunitense (cita i grandi centri commerciali costruiti nel resto del mondo su modello dei *mall* nordamericani). Secondo Watters, con questo processo il mondo diventa sempre più simile, il paesaggio diventa familiare, e si perde la complessità del pianeta. Anche le concezioni della mente umana vengono occidentalizzate secondo l’autore (idem), perché “il virus siamo noi” (Watters, 2010, 2) che abbiamo esportato le nostre idee rispetto ai presupposti scientifici su mente e malattia, influenzando e contaminando le patologie stesse. Le forme autoctone di disturbi psichici vengono livellate secondo l’autore dalle categorie mediche e dalle terapie prodotte negli Stati Uniti. L’autore sottolinea più volte che il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, pubblicato dall’ *American Psychiatric Association*, il manuale definito “Bibbia della psichiatria” (Watters, 2010, 3), viene redatto da professionisti formatisi in Europa o Nord America ma rappresenta lo standard mondiale. Ritiene inoltre che quelle che sono considerate le principali e più vendute riviste e pubblicazioni scientifiche sono edite da organizzazioni statunitensi, e che le aziende farmaceutiche che investono in cure per le malattie mentali sono americane o europee, e interessate a un certo ampio mercato per i loro prodotti. Questa globalizzazione del mercato della malattia mentale pone serie difficoltà a un processo di diagnosi e cura socialmente determinato, perché le identità si contaminano e gli universi di significato sfumano con i rapidi movimenti di soggetti e idee, aprendo a un rapido processo di omogeneizzazione culturale e sociale dei pensieri e delle pratiche.

È interessante vedere come qualcuno abbia tentato di problematizzare la relazione tra disturbi del comportamento alimentare e società giocando con l’immagine di un feticcio dei nostri tempi: la *Barbie*. Questo è uno dei giocattoli più comunemente utilizzati dalle bambine cresciute tra gli anni ottanta e novanta, ed in voga ancora ad oggi. Icone di una bellezza stereotipata, modello impossibile con il quale si sono confrontate la grande maggioranza delle bambine, sono state rivisitate per parlare di disturbi del comportamento alimentare. Ed alle Barbie io affiancherei le più moderne *Winx* e *Witch*, le *Bratz*, le *Trollz* o le terribili *Hi Glam*. Ecco il risultato di questo gioco con le immagini. La prima figura rappresenta le proporzioni che dovrebbe avere una Barbie per essere in linea con la media delle donne, confrontata con la bambola invece in commercio. La seconda e la terza giocano invece sul fatto che esiste una Barbie per tutto: esistono la sposa e la ginnasta, la sirena e la principessa, la ballerina e la cantante, ed infinite altre. Ma non esistono certo *Barbie Anoressia* e *Barbie Bulimia*.



**http://www.mzshyneka.com/2013/08/mattels-new-barbie-be-thick/**

****

****

<http://www.rehabs.com/explore/dying-to-be-barbie/>

**2.3 Disturbi del comportamento alimentare in Asia, Africa, Sud America**

Andando oltre nell’approfondimento dei concetti di “disturbo etnico” o “sindrome *culture-bound*” alcuni autori si sono dedicati a studiare le evidenze di disturbi del comportamento alimentare nei diversi paesi. Non è possibile dare qui una panoramica completa della prevalenza dei disturbi del comportamento alimentare al di fuori di Nord America, Europa e Australia, ma sarà utile riportare alcuni esempi.

Uno degli studi più famosi sulla prevalenza di disturbi del comportamento alimentare in altre zone del mondo è quello di Becker et. Al. sulle isole Fiji (2002), con il quale gli studiosi hanno provato a mettere in relazione causale la diffusione dei media televisivi nordamericani e l’andamento dei disturbi del comportamento alimentare in un gruppo di indigeni adolescenti. La base sociale e culturale nella quale venne condotto l’esperimento era quello della provincia di Nadroga, nella quale era stato segnalato solo un caso di digiuno autoindotto negli anni novanta e la televisione non era arrivata fino al 1995. Preliminarmente venne condotto uno studio sull’ideale estetico tradizionale fijiano e sulle forme corporee preferite in quell’ambiente sociale. Venne constatato che la popolazione esprimeva preferenza per i corpi robusti, e che effettivamente una grande percentuale di abitanti, soprattutto donne, avevano un peso medio superiore a quello nordamericano. Non vi era la pressione alla dieta già imperante da un paio di decenni in Europa e Stati Uniti, ma anzi i comportamenti di controllo alimentare erano mal tollerati, e la magrezza considerata negativamente, in quanto il grasso veniva letto come un segno di forza, di gentilezza e di generosità (Gordon, 2004, 140). Proprio nel 1995, anno d’arrivo del media mainstream la Becker ed i suoi collaboratori sottoposero un campione di adolescenti donne (*n1*=63), nate e cresciute nella provincia, al test EAT-26 (Eating Attitudes Test)[[27]](#footnote-27) per la verifica dell’inclinazione ai disturbi del comportamento alimentare e a una intervista semi-strutturata sulle percezioni della propria immagine corporea e del proprio rapporto con il cibo. L’operazione fu ripetuta nel 1998 con un altro campione (*n2*=65), sempre di giovani donne, quando l’area era a contatto con la televisione da ormai tre anni. Lo studio dimostrò che dopo tre anni di televisione i punteggi del test EAT-26 erano decisamente aumentati, e che i comportamenti di abbuffata-vomito con lo scopo di tenere sotto controllo il peso erano più comuni rispetto a tre anni prima tra le adolescenti di Nadroga: nel 1995 nessun individuo del campione aveva riportato episodi di vomito autoindotto, mentre nel 1998 l’11,3% del campione riferiva di aver avuto condotte eliminatorie di questo tipo (Becker, 2002, 510). Inoltre, le interviste qualitative mostravano che gli atteggiamenti verso la dieta, la snellezza e l’ideale di bellezza erano cambiati dopo che l’immaginario dei media era entrato a far parte dell’orizzonte culturale e normativo delle adolescenti dell’isola. Si erano invece persi i fattori culturali di protezione quali l’apprezzamento per le forme corporali abbondanti e la riprovazione verso le diete. Il senso di insoddisfazione verso il proprio corpo era accresciuto dopo il confronto con eroine di *Melrose Place* o *Beverly Hills 90210*, e in alcuni casi le ragazze avevano cominciato a sviluppare una vera e propria ossessione verso la dieta. Le preoccupazioni inoltre aumentarono di più tra coloro che possedevano una televisione in casa (Becker, 2002) rispetto a coloro che venivano a contatto con tale mezzo più sporadicamente. Fu anche rivelata una nuova disparità di prospettive intergenerazionali dopo il 1998: l’esposizione a valori culturali ed estetici americani ebbe dunque un effetto “dirompente” sullo sviluppo di comportamenti alimentari distorti a Nadroga (Gordon, 2004, 141). Le Fiji sono dunque un esempio di area nella quale la transizione alla modernità dovuta alla globalizzazione culturale ed economica portò con sé anoressia e bulimia.

Per quanto riguarda il continente africano secondo Gordon (2004, 87) fino agli anni ottanta soltanto quattro casi di disturbi del comportamento alimentare vennero riportati dalla letteratura scientifica: tutte e quattro le donne in questione, però, erano state esposte alla cultura occidentale durante studi o lunghi viaggi all’estero. Per Occidentale, sembra che Gordon intenda tutto ciò che è Europa e Nordamerica, e con zone occidentalizzate quelle che sono considerabili in una fase di capitalismo avanzato (Gordon, 2004, XII). Se da una parte è possibile che alcune ragazze con problemi alimentari preferissero rivolgersi a guaritori tradizionali, dall’altra è anche probabile che alcuni aspetti della cultura locale, per esempio il rito nigeriano della “stanza dell’ingrassamento”, fungessero da fattori di protezione da anoressia e bulimia. Tale rito era pensato per la preparazione al matrimonio delle giovani donne, e prevedeva un aumento ponderale rapido e pianificato, perché si pensava che il grasso fosse fondamentale per la fertilità e dunque ricercato da ogni uomo che volesse sposarsi. Effettivamente l’eccessiva magrezza comporta problemi riproduttivi: uno dei criteri diagnostici per l’anoressia è la scomparsa del ciclo mestruale, con la conseguente impossibilità di rimanere incinte. Tra la magrezza patologica dell’anoressia però, e l’abbondanza di grasso del sovrappeso, abbiamo un range di normopeso che permette di portare a termine una gravidanza senza però essere considerate robuste o avere grasso in eccesso. Disponiamo di una serie di studi che vanno a indagare la prevalenza di anoressia e bulimia in diversi paesi africani, per comprendere se tale malattia esiste, e che forme presenta. Per quanto riguarda la peculiare realtà del Sud Africa lo studio di Szabo e Delport (2008) riporta una sostanziale differenza nelle ospedalizzazioni per disordini alimentari tra le sudafricane nere e le bianche. Tra il 1998 e il 2004, su 435 ricoveri di donne per DCA solo 13 pazienti erano nere, cioè il 3% del totale (Szabo e Delport, 2008, 272). Non sono state riscontrate differenze nella tipologia di disturbo alimentare, né nelle motivazioni riportate dalle pazienti. Nel 2000 invece Wassenaar et Al. hanno condotto uno studio, sempre sul Sud Africa, dividendo il campione femminile (*n*=628) secondo la provenienza etnica, tra caucasiche, asiatiche e africane. Hanno somministrato alle partecipanti l’EDI (Eating Disorder Inventory, Garner ed Al., 1983), comparando poi i punteggi ottenuti con una analisi ANOVA tra i tre gruppi. Il risultato volle le intervistate di origine africana più attente alla ricerca della magrezza, ma questo va contestualizzato con un campione di partenza il cui BMI era significativamente più alto rispetto alle corrispettive degli altri due gruppi etnici: l’indice di massa corporea medio era infatti 21,3 per le donne asiatiche, 21,1 per le bianche e 24,3 per le intervistate di colore. Inoltre gli autori sottolineano la mancanza di una chiara definizione di *drive for thinness*, cioè di spinta alla dieta, che può assumere diversi significati a seconda delle diverse abitudini culturali alimentari, inficiando in parte la validità delle risposte all’EDI. La presenza di atteggiamenti di controllo corporeo tra la popolazione di colore non è però un dato da sottovalutare, perché mette in evidenza il fatto che le donne africane non possono più essere considerate “immuni” dai disturbi del comportamento alimentare. Altro risultato, le caucasiche hanno mostrato una maggiore propensione all’insoddisfazione per la propria immagine corporea. Gli autori riconducono questa differenza al ruolo dei media nell’enfatizzare la magrezza come unica forma di bellezza, rispetto la tradizionale accettazione per corpi più abbondanti tra gli/le africani/e (Wassenaar et Al., 2000, 232). In conclusione, gli studiosi affermano che i disturbi del comportamento alimentare stanno aumentano tra la popolazione sudafricana nera. All’inizio degli anni duemila, uno studio sulla prevalenza di disturbi del comportamento alimentare venne condotto anche in Ghana (Bennet et Al., 2004), con lo scopo di capire se l’anoressia nervosa era presente in una popolazione sub-sahariana e studiare la forma assunta da tale disturbo, se presente, in tale contesto. Lo studio venne condotto su un campione di adolescenti ghanesi (*n*=628), delle quali vennero selezionate coloro che presentavano un indice di massa corporea minore di 19, utilizzato come fattore predittivo di possibili comportamenti di restrizione alimentare di tipo anoressico. A ogni ragazza selezionata veniva chiesto di indicare una amica con un indice di massa corporea superiore alla soglia limite per creare un campione di controllo. Ogni donna del campione venne visitata dal punto di vista fisico e psicologico, con particolare attenzione alle credenze relative al cibo e al peso, e vennero somministrati due tipi di test: l’EAT-26 e il BITE (Bulimic Investigatory Test, Henderson e Freeman, 1987). I risultati dei test vennero confrontati dividendo le partecipanti in tre gruppi a seconda del BMI. Il primo gruppo era quello di coloro con un peso “molto basso” (BMI<17.5 kg/m2), il secondo presentava un peso “basso” (17.5<BMI<19kg/m2) e il terzo era quello del campione di controllo con peso giudicato “normale” (BMI>19 kg/m2). Sul campione esaminato, soltanto 10 individui risultarono avere un peso pericolosamente basso, ma non rispondevano agli altri criteri proposti dal DSM per la diagnosi clinica di anoressia nervosa. In conclusione, nessuna delle 628 ragazze intervistate presentava un DCA riconosciuto dal DSM o altri comportamenti alimentari devianti. Disponiamo anche di uno studio relativo alla presenza di An in Kenya (Njenga, Kangethe, 2004), che si pone un particolare interrogativo: punta a capire se la bassa prevalenza di DCA in quel paese è imputabile a una scarsa conoscenza dei sintomi da parte degli psichiatri locali, e se è dunque spiegabile con delle mancate diagnosi. Njenga e Kangethe hanno condotto 26 interviste a psichiatri kenioti (su 47 selezionati), per accertarsi delle loro conoscenze in merito ai sintomi di anoressia così come descritti dal DSM-IV. La conclusione dello studio è stata che l’anoressia nervosa è indubbiamente molto rara in Kenya: i partecipanti si sono dimostrati in grado di riconoscerne i sintomi, ma la media di casi trattati è stata di 1 ogni 16 anni. Leggendo questo dato, bisogna tenere però in conto che stiamo parlando di un paese povero in cui per esseri visitati è necessario pagare un ticket e comprarsi poi a proprie spese eventuali farmaci, e nel quale la maggior parte degli sforzi della sanità pubblica sono concentrati nelle lotte a piaghe sanitarie quali HIV, malaria e tubercolosi. È dunque difficile per la popolazione accedere a cure specialistiche come quelle in psichiatria (WHO, Kenya National Health Account, 2009/2010)[[28]](#footnote-28).

Per quanto riguarda l’Asia, lo studio di Watters (2010, cap. 1) offre una prospettiva interessante. L’autore descrive la diffusione dell’anoressia a Hong Kong dopo aver intervistato lo psichiatra Sing Lee, con il quale comparte la definizione di Occidente[[29]](#footnote-29). Secondo Lee, quando la conoscenza dei criteri diagnostici del DSM non era ancora diffusa in Cina, l’”anoressia” in quell’area era diversa da quella occidentale. Le ragazze che si ammalavano infatti non esprimevano alcuna paura di ingrassare, come fanno invece le coetanee americane o europee, ma rifiutavano semplicemente il cibo adducendo dolori di stomaco o gonfiori, senza darne una spiegazione emozionale in termini di fobia. Erano anche consapevoli della propria fragilità e non soffrivano di dismorfofobia, ma arrivavano comunque a morire di inedia. Inoltre, l’anoressia in Cina colpiva spesso giovani di famiglie povere e scarsi mezzi culturali, provenienti da ambienti rurali, mentre in Occidente le prime anoressiche novecentesche provenivano dalle fila della borghesia e avevano una intelligenza considerata sopra la media. Lee associa queste differenze nella malattia a differenze culturali, affermando che le credenze, le norme e i valori cinesi fungono da fattori di protezione: per esempio un corpo grande non è oggetto di disapprovazione, e la pubertà arriva per le cinesi in ritardo rispetto a europee e americane, quindi i cambiamenti fisici sono supportati da qualche anno in più di maturità emotiva. L’interpretazione occidentale della malattia, non era dunque utile nei casi cinesi. Anche se l’industria della bellezza (diete, cosmetici, fitness) era diventato il settore con maggior spesa pubblicitaria a Hong Kong (Watters, 9), ed i magrissimi modelli di bellezza troneggiavano su locandine e cartelloni, presi a esempio dalle star locali, la malattia non prendeva piede. La diffusione degli agenti patogeni di anoressia e bulimia ha dunque seguito un percorso più complesso di quello della mera esposizione alla cultura di massa che predica moda e magrezza alle giovani di ogni continente. Lee sostiene che a Hong Kong si sviluppò un processo simile a quello che avvenne alla fine del 1900. Secondo lo psichiatra cinese, studioso del canadese Shorter, furono in Europa i celebri scritti di Lasègue e Gull a creare un modello del disturbo anoressico, sancendone nome, cause e sintomi, e diffondendo un modello di comportamento sia per le pazienti sia per la risposta medica. Tale modello prese piede nell’intera popolazione, e questo avvenne perché, secondo Lee, Shorter e Watters (Watters, 2010, 31) le pazienti che in un dato momento storico vogliano esprimere il proprio disagio emozionale hanno a disposizione un “pool di sintomi” tra i quali scegliere, perché il loro subconscio proporrà solo quelli che potrebbero portare ad avere l’attenzione medica ricercata, e perché il malessere assuma una forma che venga riconosciuta. L’anoressia non era dunque negli anni novanta una “forma comoda” e pubblica di espressione di disagio per la popolazione dell’ex colonia britannica. Quello che è successo a Hong Kong negli anni novanta è dunque per i tre studiosi simile a quello che successe con le prime anoressiche: dapprima le pazienti “inventano” un sintomo originale di autoaffermazione (rifiuto del cibo), complice la storia ed i modelli normativi, ma tale sintomo evolve e si diffonde con la definizione della malattia e del suo “dover essere”. Lee conclude che le malattie mentali non esistono indipendentemente da tempo e luogo, per cui è necessario darsene una storia sociale locale. La diffusione pervasiva degli standard del DSM infatti andò a coprire forme di autoprivazione più culturalmente connotate, perdendo di vista le differenze a seconda delle realtà peculiari. In breve tempo, la sintomatologia dell’anoressia a Hong Kong cambiò per uniformarsi al modello più comune, e da disturbo raro diventò patologia diffusa. Il “detonatore epidemiogenico” (Watters, 2010, 35) fu secondo Lee la morte nel 1994 della quattordicenne Charlene Hsu Chi-Ying, che divenne il volto dell’anoressia occidentale in Cina. Morì per strada, il suo cuore cedette a trentaquattro chili. Tutte le testate giornalistiche del paese diedero grande evidenza all’evento, e cominciarono a parlare di anoressia. Era ancora un enigma, e fu risolto da media e medici guardando all’*American Psychiatric Association*, copiando le descrizioni del DSM, dando la colpa a moda e pubblicità, diffondendo lo spettro della minaccia dei disturbi del comportamento alimentare, anche se gli esperti affermavano che si trattava di un disturbo molto raro. Fu anche aperta una commissione di inchiesta sulla morte della giovane, con processi pubblici, e alle scuole venne raccomandato di fornire informazioni sull’anoressia. Gli assunti occidentali circolavano veloci non solo attraverso i media, ma anche attraverso ricercatori universitari e dottori specializzati. Se è difficile individuare il momento in cui un sintomo entra nel “pool” di quelli a disposizione per una certa popolazione in un dato periodo, è pur vero che esistono punti di svolta nelle storie sociali delle malattie, e Lee sostiene che dal 1994 in poi le pubblicazioni sui DCA si fecero più frequenti e più in linea con quelle occidentali, e le storie di celebrità malate si diffusero e vennero paragonate con quelle delle star di Hollywood. Lee rispose stizzito a questo fenomeno (Watters, 2010, 45) di classificazione dell’An solo attraverso il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, affermando che dimenticare le componenti culturali poteva rendere la malattia una astrazione standardizzata, distaccandosi dall’esperienza e demolendo l’attribuzione di significati locali tramite l’imposizione di categorie universalizzanti. Negli anni successivi alla morte della quattordicenne, i sintomi dell’anoressia cominciarono a esercitare una sempre più forte attrazione inconscia sulla popolazione vulnerabile, e a oggi sono aumentati i casi e cambiate le spiegazioni che le pazienti stesse danno del proprio comportamento.

Anche in India sono stati condotti alcuni studi per capire la prevalenza di disturbi del comportamento alimentare. Uno di questi è stato centrato sulla bulimia: Bhugra et Al. (2000) si sono concentrati sulla popolazione di un istituto privato femminile alle pendici dell’Himalaya, nel nord dell’India, e hanno studiato la presenza della patologia in questo campione. Hanno distribuito il BITE (Henderson e Freeman, 1987) a 504 studentesse, e ne hanno poi intervistate un decimo selezionate casualmente. Durante l’intervista, venivano indagate le credenze rispetto all’identità individuale e alla società, le norme ed i valori che guidavano la vita delle ragazze. Solamente due individui sul campione hanno ottenuto punteggi oltre il limite di allerta del BITE, segnalando una prevalenza di comportamenti potenzialmente bulimici dello 0,4%. Si è visto però che punteggi maggiori nel BITE corrispondevano a BMI maggiori, o a maggiori cambiamenti di peso nel corso della vita, e a una maggiore attenzione rispetto all’alimentazione, senza però comportamenti restrittivi o spinta alla dieta. Lo studio conferma dunque la quasi assenza di disturbi del comportamento alimentare nella popolazione intervistata. Gli autori avanzano l’ipotesi che la bassa prevalenza di DCA sia associabile all’alto accordo tra i valori della famiglia e della società, come riportati dalle persone intervistate, ed i valori che le ragazze dell’istituto riconoscevano come propri. L’accettazione e la condivisione delle aspettative sociali rispetto alla identità e allo stile di vita delle ragazze viene individuato come fattore di protezione dallo sviluppo di comportamenti alimentari disturbati (Bhugra et Al., 2000, 92). Shroff e Thompson (2003) hanno invece provato a esaminare la relazione tra BMI, relazione nel gruppo di pari, internazionalizzazione dei media di massa, insoddisfazione corporea e spinta alla magrezza in un campione di giovani donne dell’università di Bombay (*n*=93) e di adolescenti di una scuola privata, sempre nella medesima città (*n*=96). Furono somministrati una serie di questionari per capire le relazioni tra tutti questi differenti aspetti. I risultati non differirono molto da quelli dello studio di Lunner et Al. (2000) in Svezia e in Australia: i comportamenti alimentari restrittivi risultavano legati soprattutto all’insoddisfazione corporea nel caso delle giovani donne, e alle canzonature nel gruppo dei pari nel caso delle adolescenti. Il suggerimento degli autori è che si dovrebbe cominciare a preparare un lavoro di prevenzione e di riduzione del rischio di disturbi del comportamento alimentare anche in paesi emergenti come l’India.

Per quanto riguarda il Giappone, uno dei più importanti studi di incidenza completi di cui disponiamo è quello di Nakamura et Al. (2000), che segnala la minor proporzione di disturbi del comportamento alimentare in Giappone rispetto a Europa e nord America: l’autore ci fornisce una sua definizione di Occidente, ma gli studi che prende in considerazione durante la comparazione furono svolti in Europa (Danimarca e Inghilterra) e Stati Uniti (Boston e Rochester, Minnesota). Lo studio ha ricercato pazienti con presunta anoressia nervosa in 130 ospedali e 1326 cliniche nella zona di Niigata. La ricerca è stata effettuata rivolgendo domande ai medici di tali istituzioni, con il fine di sapere se avevano avuto a che fare con persone che rispondessero ai criteri per la diagnosi di DCA del DSM-IV. Durante la ricerca, furono individuati 80 pazienti con disturbi del comportamento alimentare di cui il 92,6 % erano di sesso femminile. Gli autori riportano dunque una incidenza annuale stimata di anoressia per 100.000 persone compresa tra il 3.6 e il 4.5, che comparano con la prevalenza tra il 18.4 e il 22.0 in Europa e Stati Uniti (Nakamura et Al., 2000, 174). La ragione è secondo Nakamura e i suoi collaboratori da ricercarsi dei fattori culturali che potrebbero fungere da protezione dai disturbi del comportamento alimentare, ma non si soffermano a spiegare di che tipo sarebbero questi fattori. Pike e Borovoy (2004) segnalano che i disturbi del comportamento alimentare in Giappone stanno aumentando: attribuiscono il fenomeno ai cambiamenti sociali e culturali successivi alla grande industrializzazione del paese, e ai conflitti di genere che ne sono derivati. Nei primi anni novanta i DCA erano effettivamente meno presenti che nelle società con le quali effettua la comparazione, e i fattori di protezione identificati si basavano sul solido sistema familiare, una dieta tradizionale salutare e pochi problemi di peso nella popolazione generale. La crescita nell’incidenza di anoressia e bulimia fu attribuita all’esposizione ai valori sociali, culturali e estetici occidentali in seguito al processo di globalizzazione. Negli ultimi dieci anni infatti, la percentuale di popolazione sottopeso sta aumentando: in particolare, il 10% delle donne tra i venti e i trenta anni e 16% di quelle tra i trenta e i quaranta presenta un Indice di Massa Corporea inferiore a 18.5 kg/m2, e questo significa che c’è stato un aumento del 100% nell’indice di sottopeso nell’ultimo decennio (Pike e Borovoy, 2004, 497). Anche se rimangono un problema meno diffuso che in Europa e USA, i DCA cominciano quindi a farsi strada in Giappone, e la popolazione più a rischio è sempre quella delle adolescenti o giovani adulte donne. Secondo le autrici, è la condizione della donna nella società giapponese, caratterizzata da un mercato del lavoro altamente polarizzato a sfavore delle donne, da una forte pressione sociale affinché la donna si occupi di casa e famiglia, e dalla maternità come passaggio obbligatorio per essere considerate adulte, a fornire il trampolino di lancio per An e Bn. Non erano infatti disponibili modelli di età adulti alternativi rispetto a quelli classici appena riassunti, e chiunque non volesse conformarsi aveva difficoltà a trovare modelli di genere per l’età adulta alternativi a cui aspirare. A meno di non considerare tali quelli della cosiddetta *culture of cute* tanto enfatizzata a livello popolare (Pike e Borovoy, 2004, 503), che fa delle *schoolgirls* stile manga un feticcio erotico, le rende sessualmente attraenti e mostra un atteggiamento indulgente con quello stile di adolescenti. Dunque, si è venuto a delineare un netto contrasto/conflitto tra la figura tradizionale e questo unico altro modello proposto, che però poco ha a che vedere con l’età adulta. Anche l’analisi sulla “spinta alla magrezza” fa capire la condizione di transizione in cui si trova la società giapponese per quanto riguarda i DCA: le ragazze alle quali è stata diagnosticata An o Bn riportano un desiderio di dimagrire molto più alto rispetto alle coetanee giapponesi senza DCA, ma più basso rispetto alle americane con il loro stesso problema alimentare. Il desiderio di dimagrire dietro al rifiuto del cibo nelle anoressiche e nelle bulimiche è più collegato alla sopracitata *culture of cute* e alla resistenza fronte ai ruoli adulti imposti socialmente, che non al dimagrimento in sé e per sé o alla *fat-phobia*. È da notare la quasi inesistenza di obesi tra la popolazione, che rende le curve abbondanti poco comuni e poco apprezzate, e che potrebbe incidere sugli alti indici di insoddisfazione culturale.

Per fornire una panoramica anche sull’America Latina, uno dei territori maggiormente studiati per l’evoluzione dei disturbi del comportamento alimentare è l’isola caraibica di Curaçao, nelle Antille olandesi, al largo del Venezuela. La particolare storia dell’isola la rende un terreno privilegiato di studio delle differenze etniche nei DCA: la maggioranza della popolazione discende ancora dagli schiavi africani delle piantagioni, ma il territorio fa parte del regno d’Olanda, e i media olandesi e statunitensi sono diffusi. Negli anni, molte coppie miste hanno fatto crescere la popolazione meticcia dell’isola, ed inoltre i medici vengono quasi tutti dalle università olandesi, il che garantisce a un buon livello di probabilità che sappiano identificare i sintomi dei disturbi del comportamento alimentare così come descritti dal DSM-IV. Due importanti studi sono stati condotti a Curaçao, uno da Katzman et Al. (2004), e l‘altro da Hoek et Al. (2005). Per studiare l’incidenza dell’anoressia Hoek e i suoi collaboratori hanno contattato tutti coloro che erano preposti alla cura della salute delle giovani sull’isola, dai medici agli assistenti scolastici ai dietisti. Hanno studiato inoltre le cartelle cliniche di 84,420 persone in cura nell’ospedale centrale di Curaçao e in altre due cliniche private tra il 1995 e il 1998. L’incidenza annuale di anoressia nervosa riscontrata è stata del 1.82 per 100.000 persone, ma nessun caso venne registrato tra la popolazione di origine africana dell’isola. È di estremo interesse notare che delle pazienti anoressiche il 55% aveva frequentato l’università, contro il 10% della popolazione generale. Inoltre, la maggior parte delle donne diagnosticate (con attenzione all’età del soggetto) guadagnava uno stipendio decisamente superiore alla media dell’isola, e tutte le donne con DCA avevano vissuto all’estero per almeno un anno (tra USA e Olanda).

**2.4 Embodiement**

Altra teoria interessante sulla matrice sociale dei disturbi del comportamento alimentare ci viene presentata da Luisa Stagi in *Anticorpi. Dieta, fitness e altre prigioni.* Secondo l’autrice, il corpo è diventato nella nostra epoca terreno privilegiato di responsabilità individuale. La Stagi ci spiega il perché facendo riferimento alla paura dell’incertezza dell’età contemporanea, riprendendo le trattazioni di Beck, di Baumann, di Giddens[[30]](#footnote-30): la disintegrazione delle certezze della società industriale ha portato complessità, disordine, e consapevolezza delle minacce intrinseche alla vita quotidiana. Si è venuto dunque a creare un contesto di paura e di ansia, ed è anche cambiata la maniera in cui ognuno si crea il proprio Io. Nella società industriale infatti l’identità era lineare e stabilita per nascita, mentre ora è composita, multicentrica, e dipende almeno in parte dalla scelta individuale. All’aumentare dell’incertezza e del rischio, l’”animale sociale” ha reagito con un processo di individualizzazione che risponderebbe alla necessità di trovare nuove “certezze” (o presunte tali) almeno per se stessi, certezze basate sulla scelta soggettiva. Ciascun attore sceglie, ma deve dimostrare anche di aver recepito le aspettative sociali sul proprio conto se non vuole aver paura di vivere al margine. E se ciò che si cerca è dunque con un aumento del dominio sul sé, il corpo è terreno privilegiato per queste pratiche. È il campo di azione privata, anello di congiunzione tra le dimensioni macro del rischio e le strategie micro di controllo e soggettività. Con l’auto-disciplinamento delle forme fisiche, l’individuo risponde al bisogno di mostrare l’autocontrollo come adempimento alla responsabilità individuale su cui tanto calca la società, e gestisce la propria ansia con la parvenza di riappropriazione di gestione dell’Ego attraverso quell’attenzione all’apparenza che diventa un dovere da espletare per sé e per gli altri. Quello che si ricerca sono secondo Beck soluzioni biografiche alle contraddizioni sistemiche, e le pratiche di regolazione del corpo costituiscono una strada per la riduzione della complessità e un mezzo per presentarsi agli altri forti di un giudizio positivo condiviso sulla magrezza, alla quale è poi dato il valore morale di autodisciplina. Contro un sistema sociale meno garantito e la flessibilità della postmodernità, il *self design* appare come uno scoglio al quale aggrapparsi per avere una parvenza di autenticità. Da qui il concetto di *embodiement*, cioè di incorporazione delle pratiche del sé, unico terreno rimasto “proprietà” dell’individuo. Diete, fitness e chirurgia estetica si *incorporano* in un fisico che diventa specchio sia dell’autocontrollo sia dell’assoggettamento alle norme sociali. E l’alimentazione fa da padrone: attraverso il cibo incorporiamo la cultura, e con il rifiuto del cibo possiamo invece riflettere il rifiuto al veicolo principe di socialità dei nostri tempi. Il corpo è materia di identità, e agire su di esso significa agire sul proprio rapporto con il mondo. È materia pressoché inesauribile di rappresentazione o ricerca del sé, dato che solo la morte ne pone limite. E allora non si può non citare Bourdieu, che assume il corpo come base stessa della cultura: se introiettiamo le strutture e le norme dell’ambiente sociale dal quale proveniamo, automaticamente le incorporiamo, perché è il fisico il luogo di elaborazione del sapere non formalizzato e non formalizzabile che ci viene trasmesso con la socializzazione. Se sotto i gesti più automatici o le tecniche del corpo più insignificanti troviamo gli schemi degli *habitus* che forniscono un orientamento nella vita quotidiana (Bourdieu, 1983, 465), allora sotto la violenta apparenza di un corpo scheletrico dovremmo ugualmente trovare l’espressione di significati interindividuali importanti.

**2.5 *Critical feminist approaches***

È ormai chiaro che anoressia, bulimia e *binge eating disorder* possono essere considerate malattie *di genere*. Le percentuali non lasciano spazio a equivoci, e risultano essere uno dei dati più intriganti rispetto ai disturbi del comportamento alimentare: se il 90/95% di chi soffre di DCA è donna, bisognerà dare conto di tale sproporzione. Ed allora, alcune studiose appartenenti ai movimenti femministi, con le varie sfumature che possono essere comprese in questo termine, hanno cominciato a studiare i DCA come patologia *gendered*, indagandone l’eziologia. Si sta quindi cercando di comprendere *come* e *perché* le giovani donne hanno cominciato a sfogare le proprie ansie, le proprie paure, le proprie rabbie attraverso il cibo, fino a mettere in atto comportamenti estremi, come diete croniche, abbuffate e vomito, ipercontrollo sul peso e sull’aspetto. È necessario però prima rendersi conto dell’utilità di un approccio femminista allo studio dei problemi della politica sui corpi e della salute in generale, declinandolo poi nel caso dei disturbi del comportamento alimentare.

Alcune studiose hanno a lungo ragionato sul rapporto tra genere e malattie mentali. Una di queste è stata Franca Ongaro Basaglia, che nel commento introduttivo al libro di Phyllis Chesler (1972), fa della “pazzia” una questione di genere e di ruoli: se lo spazio di manovra consentito nel ricoprire un certo ruolo è estremamente limitato, ogni più piccola infrazione delle norme può cadere nell’etichettamento psichiatrico ed incorrere in sanzioni. Nel caso della donna, le regole istituite, i pregiudizi, le convenzioni di carattere morale e gli stereotipi di ruolo sono tanto stretti da rendere evidente la relatività del disturbo psichico: ogni deviazione può essere pericolosamente considerata come pazzia. Sempre secondo la Ongaro Basaglia, le regole di comportamento femminile riguardano in particolare la sfera corporea, ed il suo essere corpo ha una esplicita connotazione morale riguardo alla capacità, o incapacità, di corrispondere a un modello ideale. E asserisce anche che la storia della donna non può essere che la storia del suo corpo, di un corpo “espropriato”, “per altri”, di cui non è mai totalmente padrona (Ongaro Basaglia in Chesler, 1972, XIX). Manca in questo una alternativa dialettica, secondo la autrice: la donna o è corpo come le viene richiesto, di moglie e madre, oppure non è. La gamma di comportamenti differenti socialmente tollerati è quanto mai ristretta, anzi l’alternativa appare di carattere assoluto, perché o abbraccia i canoni sociali per lei previsti, o rischia di essere isolata, e spesso anche reclusa come fosse pazza. E per non incorrere in questo destino, secondo la Ongaro Basaglia (Ongaro Basaglia in Chesler, 1972, XXVII), la reazione al restringimento dello spazio vitale può essere l’autorestringimento, cioè l’esasperazione, fino all’annullamento, del ruolo imposto: ed ecco dunque isteria, depressione, ed altre malattie mentali considerate tipicamente femminili. È interessante sottolineare come è difficile che la Ongaro Basaglia avesse avuto a che fare con molte anoressiche e bulimiche nel 1972, eppure, anche se si sono aperte diverse possibilità oltre all’essere moglie e madre, ritornano nel suo pensiero alcuni assunti validi anche per i disturbi del comportamento alimentare.

Phyllis Chesler (1972) ha analizzato approfonditamente il rapporto tra la condizione femminile pre movimenti di liberazione della donna e l’etichettamento e internamento psichiatrico. Nel suo libro avanza l’ipotesi per cui la categoria di pazzia è stata spesso applicata a quelle donne che per prime lottarono disperatamente contro l’oppressione di genere e l’imposizione del ruolo tradizionale, definito naturale, di moglie e madre, di compagna passiva relegata nella sfera del privato. La categorizzazione di “pazze” e l’ospedalizzazione furono una delle armi con le quali il potere patriarcale, dedito a mantenere lo *status quo*, ha reagito ai tentativi di superare una condizione frustrante e penalizzante. Un’arma che ha permesso di negare, brutalizzare, svergognare (Chesler, 1972, 27) donne non già “pazze”, ma profondamente infelici, insoddisfatte, economicamente senza risorse e sessualmente condizionate. La Chesler riporta anche un interessante discorso di Thomas Szasz (Chesler, 1972, 108), che paragona il trattamento riservato alle “streghe” durante l’Inquisizione con quello riservato alle malate di mente negli anni sessanta/settanta del novecento. Ne fa una questione di potere: i conflitti fondamentali nella società avvengono tra coloro che detengono il potere e lo usano per opprimere gli altri, e coloro che sono oppressi da un potere dal quale cercano di liberarsi. Il potere dell’Inquisizione è paragonabile, secondo Szasz, a quello della psichiatria istituzionale, e la persecuzione delle streghe è associabile al trattamento dei malati mentali. La strega infatti tendeva a minare le gerarchie stabilite del potere, così come lo fa il “folle”, o la donna “pazza” degli anni sessanta. Ed alla strega, al pari della malata mentale (Szasz in Chesler, 1972, 110), viene attribuito un ruolo deviante, e viene sottoposta a procedure diagnostiche che invariabilmente vanno a convalidare le teorie dell’inquisitore, o del medico, di turno. Procedure che permettano di dare ragione al Santo Padre, l’inquisitore, o al Padre Scientifico, lo psichiatra (Szasz in Chesler, 1972, 112), che, dichiarando di preoccuparsi per la salvezza delle anime, femminili, procedono alla ricerca della confessione e dell’abiura, per proseguire con la punizione. E dunque per bruciare sul rogo, un tempo, e per rinchiudere in un ospedale psichiatrico, nel novecento. I metodi dell’Inquisizione non sono più necessari nella modernità, perché camice di forza, psicofarmaci, tranquillanti, elettroshock, isolamento sono armi sufficientemente affilate per ridurre al silenzio il dissenso espresso da alcune donne. E queste donne, come le streghe, vengono continuamente umiliate (idem), e classificate con zelo per poter essere sottoposte a duri trattamenti.

Susan Bordo (1993), vent’anni dopo, sostiene che gli studi femministi hanno avuto il merito di trasformare il corpo in sede di lotta politica, per la critica, e il sovvertimento, dell’influenza che la cultura mantiene sui nostri corpi tramite pratiche e abitudini quotidiane, tramite valori, credenze e codici di comportamento. Anche la nozione di corpo come strumento del potere risale secondo la Bordo agli studi femministi americani dopo i movimenti sociali degli anni sessanta, ed il movimento di liberazione della donna in particolare. Già Marx sosteneva che la classe sociale influisce sul corpo dell’individuo, sulla sua esperienza e definizione, ma è stato il femminismo a identificare il corpo come sede centrale delle lotte per il potere. Da qui nasce la nuova commistione tra politico e privato, e la consapevolezza che la vita imperniata sul privato a cui erano relegate le donne era un fatto totalmente politico. Abbellimento del proprio fisico, cura di quello degli altri e consacrazione alla riproduzione sono stati secondo la Bordo i meccanismi normativi principali con i quali si è cercato di fare della donna un corpo docile, socialmente controllato. Il punto focale, secondo la Bordo, è che i femminismi sono riusciti a riconoscere che anche gli aspetti più comuni dell’esistenza di una donna sono – o in parte erano – elementi importanti di costruzione sociale di un modello di comportamento femminile oppressivo. Si tratta di riconoscere micropratiche della vita quotidiana come configuranti un disegno per plasmare la soggettività femminile ed omologarla: cosa si indossa, chi lava o chi cucina sono stati i primi bersagli di questi femminismi attenti, che più recentemente hanno riconosciuto un ruolo importante anche a cosa di mangia o cosa non si mangia. Si cominciava allora a denunciare l’intreccio tra sessismo, conformismo e cultura consumistica che poteva rivelare il corpo, il corpo femminile in particolare, come corpo “socialmente definito” e “storicamente colonizzato” (Bordo, 1993, XXXIII), quando avrebbe dovuto essere se mai uno dei luoghi dell’autodeterminazione individuale. Riconoscere questo passaggio è stato il primo passo per opporsi a una cultura che vorrebbe trasformare i corpi delle donne in oggetti sessuali, mercificarli e asservirli ai desideri altrui, e per passare dall’essere *agite*  all’essere *agenti* del cambiamento, della determinazione della propria vita. Se questo passaggio è vero anche per i disturbi del comportamento alimentare, rimane la domanda a cui alcune femministe hanno cercato e stanno cercando di dare una risposta.

Mari Luz Esteban (2006) ci suggerisce due assi di analisi nell’ambito della salute e della medicina per i quali il contributo della letteratura femminista è stato fondamentale. In primo luogo, come sostenuto anche dalla Bordo, questa ha reso possibile la denuncia della “naturalizzazione sociale della donna” (Esteban, 2006, 11), dove per naturalizzazione si intende una percezione assolutamente *essenzialista* e *biologista* del corpo umano e delle sue patologie, che colpisce in particolare alcuni collettivi sociali e che può portare a discriminazioni di sorta per ragioni che vengono proposte come innate, ovvie, insite nei meccanismi biologici del corpo umano e del mondo in cui agisce. Per quanto riguarda le donne, le spiegazioni biologiste dell’ordine sociale hanno cercato di rendere naturali le disuguaglianze di genere costruite culturalmente. Secondo la Esteban, legare indissolubilmente il corpo e la mente della donna, i suoi bisogni ed i suoi desideri, alle caratteristiche biologiche che permettono la riproduzione, ha favorito la scienza medica e le istituzioni politiche nella creazione di un sistema in cui il lavoro di cura era – o è – “naturalmente” delegato alle donne. Foucault chiama *biopotere* questa costruzione discorsiva di gerarchie e sistemi impari che fa del dominio sui corpi un mezzo indispensabile per la creazione di una società controllabile e conservatrice di un ordine funzionale alla produzione (Foucalt, 1981, 30 e seguenti): è stato fatto un investimento politico sul corpo stesso, che si trova al centro di una fitta rete di rapporti di potere e di dominio, e viene assoggettato ai bisogni ideologici declinati dai membri delle categorie professionali più influenti, dette anche professioni esperte. È una tecnologia del potere, una microfisica con cui lavorano apparati e istituzioni per creare un “corpo politico” presentato poi come naturale, immutabile. Secondo la Esteban, i contributi femministi hanno il merito di aver decostruito la categoria di “naturale” per ragionare sul culturale, sul politico, e de-naturalizzato dunque la visione della malattia come pura devianza dalla norma biologica, a favore di una analisi che consideri la questione fisiologica legandola però a dimensioni sociali e culturali. Hanno insomma contribuito a superare le limitazioni del paradigma biomedico positivista questionando l’eziologia delle malattie e proponendo modelli multicausali. In generale, ma nel caso dei disturbi del comportamento alimentare in particolare, tali modelli devono anche tener conto delle categorie binarie costruite dal sistema di pensiero occidentale sia per quanto riguarda la distinzione mente/corpo che per quanto riguarda invece i modelli di uomo/donna e di maschile/femminile, localizzando dunque le patologie in un quadro storico che possa essere discusso e relativizzato, e non dato per immutabile, naturale, assodato. Per Occidente l’autrice intende un quadro di società che definisce “capitalista, borghese e colonialista” (Esteban, 2006, 251). Un secondo asse sul quale avrebbero lavorato le autrici femministe sarebbe quello che ha portato alla distinzione dei concetti di sesso e genere, utilizzando il secondo per lavorare su un piano di astrazione che permettesse di smascherare la gerarchizzazione degli spazi e delle funzioni sociali attribuiti agli uomini e alle donne, e muovere una critica politica alle convinzioni “bio-ideologiche” (Esteban, 2006, 13) alla base della subordinazione della donna nella società.

Questi concetti sono stati usati da diverse autrici nel caso dei disturbi del comportamento alimentare.

Riprendiamo dunque la Bordo, che ne *Il peso del corpo*, dopo una introduzione sul femminismo e le sue conquiste, analizza i disturbi del comportamento alimentare. La Bordo è una delle prime a teorizzare che la cultura non ha solo un ruolo *modulatore* nell’insorgere dei disturbi alimentari, cioè non è solo un elemento che esaspera una condizione patologica già esistente, ma è al contrario un fattore che *produce* anoressia e bulimia. E le produce attraverso l’ideologia e l’immaginario che mediano la costruzione del genere nel novecento. La rigida costrizione dell’appetito e del desiderio femminile si trova in questo secolo in contrapposizione all’emergere di una nuova cultura borghese dell’opulenza e dell’edonismo per gli uomini (Bordo, 1993, 9): il rifiuto totale del cibo risulta essere un sintomo appropriato per esprimere l’inquietudine, l’incertezza e la sofferenza di una situazione confusa, in cui è necessario essere tutto ed essere niente allo stesso tempo, a seconda della situazione e delle persone con cui ci si relaziona. Autodeterminazione, costruzione di un proprio percorso di vita anche attraverso studi superiori, aspirazione al successo vengono nel novecento ad essere ideali in auge, ma la donna è ancora relegata nella sfera privata: non mangiare significa riuscire a esprimere il proprio disagio per non riuscire a superare le contraddizioni sociali. La prospettiva “cultural-femminista” (Bordo, 1993, 12) ingaggia allora una lotta per il riconoscimento della necessità di una analisi sociale sistemica antecedente a una analisi delle disfunzioni individuali per comprendere i disturbi del comportamento alimentare. Tutte le distorsioni cognitive tipiche dei DCA devono secondo la Bordo essere decostruite per portare alla luce la natura di disturbo *culturale* e poterle collocare su un *continuum* lungo il quale si potrebbero situare tutte le donne, in qualche maniera assuefatte all’imperativo sociale che lega la magrezza alla bellezza, ed al valore. Imperativo che per essere assecondato prevede la capacità della donna di autoeducarsi alla restrizione ed al controllo degli impulsi, e negarsi il cibo diventa una delle micropratiche centrali per dimostrare di aver recepito le istruzioni di quella “disciplina pratica”, come la chiama la Bordo citando Foucault, che è il “controllo sociale della fame femminile” (Bordo, 1993, 61). L’anoressica è l’estremo doloroso di tale *continuum* che mostra attraverso le ossa la difficoltà di una battaglia psicologica comune, e che deriva dalla costruzione della femminilità in termini di debolezza e insicurezza. Tale costrizione ha portato una generazione di donne a considerarsi piene di difetti, e non degne di vivere una vita felice a meno che non si trasformino in persone nuove, digiunando o vomitando. Costrizioni che sono anche andate intensificandosi, secondo la Bordo (Bordo, 1993, 47) durante la “controffensiva culturale e ideologica” sferrata verso la donna nuova emergente dai movimenti di liberazione degli anni sessanta e verso la sua sfida ai vincoli di genere. In nome di un disagio comune il paradigma cultural-femminista rifiuta la definizione di patologia per i DCA, ma identifica vari livelli possibili in un disturbo diffuso: alcune persone mantengono le ossessioni a livelli più funzionale a una vita “normale”, mentre altre arrivano a un punto per cui tali dilemmi sono invece invalidanti. In ogni caso, il modello dittatoriale di magrezza compromette lo sviluppo pieno del potenziale delle donna (Bordo, 1993, 19). La professione psichiatrica, al contrario, non solo si basa sul concetto di patologia, ma secondo l’autrice tende spesso a medicalizzare la popolazione complessiva, ribaltando esattamente il discorso: se tutte le donne soffrono, a vari livelli, di dispercezione visiva, non è la società che insegna a guardarsi in una forma spesso mortificante, ma sono le donne, e le adolescenti in particolare, ad essere tutte un po’ malate. Almeno, così interpreta la Bordo il pensiero Strober[[31]](#footnote-31). Susan Bordo risponde anche alla classica domanda sul *perché* alcune donne allora si ammalano gravemente ed altre no. L’autrice afferma che se è vero che siamo tutte sottoposte alle immagini ed alla ideologia omogeneizzante relativa a una femminilità normalizzata, è vero anche che l’identità individuale non si forma solamente in relazione a questo immaginario, ma dipende anche dalle particolari configurazioni della vita delle singole persone. La cultura di massa e le sue immagini coercitive di donne magre e di successo sono dunque fattori di produzione dei DCA, ma una serie imprevedibile di altri elementi concorre nel definire il grado di pericolosità del comportamento disturbato. Per esempio la classe sociale incide in questo senso, dati i diversi significati che possono essere attribuiti al rifiuto del cibo in situazioni di abbondanza e in situazioni di deprivazione. Anche le concezioni etniche di bellezza femminile influiscono, perché associate a atteggiamenti culturali differenti che possono offrire spunti di resistenza verso le ideologie dominanti. La resistenza avviene attraverso il lavoro sul corpo, secondo la Bordo: per l’analisi femminista, è necessario riconoscere alla donna con un disturbo del comportamento alimentare la capacità, per quanto autodistruttiva, di dare un significato al proprio fisico, di lavorarlo. La magrezza può essere utilizzata secondo la Bordo per esprimere una serie di inquietudini o di aspirazioni, quali:

1. Il superamento della femminilità “domestica” e l’ammissione a un mondo pubblico con l’immagine non della donna arrendevole, ma di quella forte, ferma, autonoma. Non presentarsi come donna-nutrice, dunque, ma come donna indipendente e di successo, che rifiuta il cibo con ferma decisione e grande forza di volontà;
2. Il controllo simbolico e reale della fame intesa come controllo degli appetiti, dei desideri, dei bisogni, che la cultura patriarcale ha insegnato a nascondere con vergogna (Bordo, 1993, 27);
3. Il potere di definirsi da sé lo spazio da occupare, invece che limitarsi a quello che la società prevede per la donna;
4. L’ideale del controllo totale sul sé e sul corpo, e quindi della completa indipendenza dagli altri.

Decodificare la snellezza come metafora di questi ideali significa secondo la Bordo mostrare le associazioni tra un corpo scheletrico e l’ideale di autonomia, volontà, spiritualità, quasi trascendenza del corpo femminile. Non già una sola configurazione esterna, dunque, ma una condizione spirituale interiore è quella che viene riflessa nel corpo anoressico, ed è quella che deve essere interpretata se si vogliono comprendere i disturbi del comportamento alimentare.

Una configurazione interiore, tiene a ribadire la Bordo, che però esprime tutta l’ossessione della nostra cultura per un corpo sottile. Anzi, in quanto psicopatologia, esprime la *cristallizzazione* di tutto ciò che non funziona nella nostra cultura (Bordo, 1993, 75): l’anoressia e la bulimia sono un sintomo, sovradeterminato, di eterogenee angosce che contraddistinguono la nostra epoca. I disturbi del comportamento alimentare sono patologie, o problemi, che hanno una particolarità: uno schema molto articolato di associazioni mentali e immagini a guidare il disturbo, quasi una metafisica anoressica composta di elementi derivati storicamente da orientamenti culturali e valori che convergono trovando espressione nel corpo dell’anoressica. La Bordo chiama questi orientamenti *assi*, che si incontrano e si incrociano nella sindrome anoressica, *di continuità*, continuità per il sincronismo con altre pratiche culturali contemporanee e per le connessioni storiche che è possibile identificare. L’assunto da cui si muove la Bordo nel contestualizzare questi assi che trovano espressione nei disturbi del comportamento alimentare ha alla base Foucault e il suo ragionamento sul corpo, che viene definito come “stretto nella morsa delle pratiche culturali” (Bordo, 1993, 78). Sia il corpo *vissuto*, cioè il corpo come viene esperito, che il corpo *fisico*, biologico, sono il terreno principe sul quale il potere lavora per imporre i propri modelli. Ed il corpo femminile ancor più di quello maschile è oggetto imposizioni: la manipolazione del corpo femminile è una strategia centrale nel mantenimento del rapporto di potere tra i sessi. Il primo asse esaminato è l’*asse dualistico*: Platone, Descartes e Agostino sono considerati dalla Bordo i principali teorici di un concetto filosofico importante quando si parla di disturbi del comportamento alimentare, che concepisce l’esistenza umana come composta di due parti, di due sfere, quella *corporea, materiale* e quella *mentale, spirituale*. Le caratteristiche fondamentali dell’immaginario dualistico, sostiene la Bordo, risultano comprendere l’immaginario corporeo fondamentale dell’anoressica/bulimica. Il corpo come qualcosa di *alieno*, come un *non-sé*, come materia bruta. Il corpo come *restrizione* e *limitazione* a una vita pura, giusta, come prigione dell’anima. Anima non necessariamente in senso religioso, ma più spesso come pura intelligenza, come capacità, come potenzialità, come possibilità di massima espressione rispetto a una materia che invece lega alla trivialità della terra. Corpo come *nemico* dunque, come sede dei tormenti e delle inquietudini, dei bisogni scontati e scoccianti come quello del nutrimento, ma anche come la necessità di essere riparati, riscaldati, e sessualmente appagati, e delle “noie” come le malattie, le debolezze. Corpo infine come luogo di *minaccia rispetto al controllo*, come terreno in cui non è possibile esercitare la propria sorveglianza costante e che non è possibile muovere secondo solo la propria volontà. La consapevolezza che non è mai possibile soffocare completamente i desideri e i bisogni fisici tramite la gestione mentale non fa che rafforzare il *dualismo* fondamentale e può condurre fino all’identificazione del sé con il controllo. Per conseguire una certezza sul sé si cerca allora l’assoluta padronanza sugli impulsi naturali: quando si fallisce, si ha fame o freddo, si accentua ulteriormente l’estraneità verso il corpo e il disprezzo verso la materia, e si ricerca un controllo ancora maggiore. Si entra in un circolo vizioso di tipo anoressico, che porta al tentativo estremo di soffocare ogni istinto, di *cessare di esperire* appetiti e desideri. Collegato al primo asse, il secondo, non di continuità storica ma di *continuità sincronica* tra la cultura occidentale e la metafisica anoressica, è proprio quello che la Bordo chiama ancora una volta *asse del controllo*. Secondo l’autrice, la nostra epoca, cioè gli ultimi venti/trenta anni, è particolarmente ossessionata dalla gestione del proprio corpo perché esperisce il resto della propria vita come alieno dalle sue manovre, non determinabile da sé. L’anoressica non riesce a capire dove allocare le proprie energie nel passaggio alla vita adulta, quali cammini seguire, perché sente che nessuna strada ha alcuna garanzia, e soprattutto che la riuscita di un percorso non è un evento perfettamente controllabile da lei stessa. Possibilità di scelta, ma incertezza del risultato: questa è però una condizione comune alle giovani del novecento, esasperata nella condizione di chi soffre di disturbi del comportamento alimentare e trasforma il proprio corpo in un regno del quale diventa il dittatore. Secondo la Bordo, questo è però un “modus operandi centrale per il controllo dell’ansia borghese contemporanea” (Bordo, 1993, 84). Il ragionamento anoressico è in continuità con quello di chi passa ogni pausa pranzo in palestra o salta il pranzo per andare in piscina, di chi si priva di ore di sonno per fare jogging compulsivo ogni mattina o per prepararsi in modo da apparire impeccabile, di chi compra solo prodotti light a meno che non si garantisca il tempo per bruciare le calorie accumulate, di chi si sottopone a invasivi interventi chirurgici per eliminare ogni segno del tempo che passa o del grasso che si accumula. E se le palestre si sono trasformate nel tempio del corpo contemporaneo ed il mercato dei prodotti a basso contenuto calorico spopola, non saranno certo solo le anoressiche a rimuginare su certe idee fisse. Il senso del successo deriva per tutti coloro che fanno questi tipi di investimenti nella corporeità dall’avere una padronanza totale sulla propria immagine, e dall’avere la responsabilità della propria forma. Si cerca di imporre alla natura i propri gusti, anche indotti, ed il proprio immaginario, e si trae enorme piacere dall’idea di poter vincere su qualcosa come l’aspetto fisico “naturale”. In continuità con al cultura contemporanea è anche il discorso sull’immortalità. Nonostante sia il disturbo psichiatrico con la più alta mortalità[[32]](#footnote-32), l’anoressica si sente *invulnerabile* durante tutta la durata della sua malattia. Può arrivare molto vicina alla morte, ma non la teme, non la concepisce: il delirio di onnipotenza e di immortalità, vecchio sogno dell’umanità, è sussunto nell’anoressica. E se è un sogno antico, solo in epoche molto recenti è diventato anche una quasi possibilità medica. Il progresso della medicina e i suoi effetti sulla durata media della vita e sugli anni della vecchiaia hanno trasformato il mito filosofico in aspirazione scientifica, che l’anoressica si sforza di raggiungere attraverso il tentativo di vivere di niente. Il terzo asse che la Bordo identifica nel disegnare la metafisica anoressica è detto asse *genere-potere*. Conosciamo le percentuali di genere nella diffusione di anoressia e bulimia, ma anche a livello della popolazione senza disturbi del comportamento alimentare le donne risultano essere più ossessionate degli uomini dall’aspetto fisico, più condizionate “da se stesse, dalla cultura e dagli uomini” (Bordo, 1993, 88). L’”altro sé” che impone l’astinenza dal cibo, il vomito autoindotto, l’esercizio estenuante è sempre un maschio nelle immagini delle donne citate dalla Bordo, che riprende anche il pensiero di Hilde Bruch. Ed è sempre in contrapposizione con quello che queste donne immaginano e descrivono come il *sé femminile* (Bordo, 1993, 89), degli appetiti e dei desideri, che viene però annientato nella sindrome anoressica. L’autrice attribuisce due livelli di significato a queste associazioni di genere: da una parte, c’è il disprezzo per i ruoli femminili tradizionali e per il sistema di potere che cerca di imporli, ma dall’altra c’è anche la paura del *Femminile* per via delle sue associazioni archetipe con la mancanza di volontà, l’incontrollabilità, l’insaziabilità. La mitologia, e l’ideologia della donna/divoratrice è ricomparsa più volte nella storia: nei periodi di grave crisi sociale e culturale, per esempio il periodo nero dell’Inquisizione con al sua caccia alle streghe, ma anche durante le prime ondate di femminismo, a fine ottocento, con le sue riproposizioni di Dalile e Salomè, o le assassine e vampire del novecento. Molte ragazze anoressiche verbalizzano la paura di diventare donne mature, di essere associate a queste figure definite *insaziabili*: la scomparsa del seno, e del ciclo mestruale, asseconda i sogni, più palesi o più remoti, di rimanere bambine. La Bordo descrive l’anoressia come una sorta di “protesta femminista inconscia” (Bordo, 1993, 90), che esprime la rabbia verso le limitazioni imposte dai modelli di genere, che rifiuta i valori tradizionalmente associati a questi modelli, che allontana l’incubo di finire per essere controllata da qualcuno invece che controllarsi da sé. Una protesta contro quella “mistica della femminilità” imperante negli anni cinquanta/sessanta, che prescriveva come cura per qualsiasi disturbo la vita domestica, che allontanava le donne dai posti di lavoro e dalla vita pubblica che avevano occupato durante la guerra, o usava le donne nell’ambito della produzione come lavoro poco qualificato e a basso costo. Una protesta anche contro l’immagine della donna bisognosa: il desiderio o la necessità di qualcosa vengono esperite dall’anoressica come degradanti, e la paura diventa quella non saper tenere a freno questo desiderio, e di essere “troppa”. Troppo vivace, troppo estroversa, troppo espansiva, troppo presente. L’antidoto, è ricercato nel non-essere. Susan Bordo sottolinea però come tale protesta sia scritta sul corpo dell’anoressica, ma non sia quasi una scelta politica consapevole: l’idea fissa per la magrezza svuota ogni altro pensiero di anoressiche e bulimiche, e non lascia spazio alla rivendicazione politica o sociale. Sono anzi “patologie della protesta femminile” che colludono spesso con il sistema di pensiero dominante, seguendo fino all’estremo i diktat che questo impone. La ricerca di una forma che assomigli a quella che viene proposta come sensuale, attraente, bella, non finisce mai, richiede sempre nuovi sforzi e nuove attenzioni. Questo è il modo in cui le pratiche sociali, quelle che secondo Foucault dominano sull’ideologia e plasmano le nostre vite, trasformano le donne in corpi docili, regolati dall’esterno. Tali discipline normalizzanti, che vedono nelle diete e nel fitness i propri baluardi pratici, organizzano il tempo e lo spazio in modo che vi sia maggiore concentrazione sull’autotrasformazione che sulla vita politico-sociale. Per combattere anoressia e bulimia la Bordo vede necessaria una ricostruzione del discorso femminista sul corpo. Per farlo, suggerisce di riprendere Foucault, ed iniziare allontanandosi dalla sola idea che vi sia un gruppo di oppressi e un gruppo di oppressori: è necessario invece ragionare sulle reti di pratiche, istituzioni e ideologie che sostengono la subordinazione di un gruppo rispetto a un altro. Quelle reti che fanno del disciplinamento e della normalizzazione del corpo femminile una strategia di controllo sociale funzionale al mantenimento delle configurazioni di genere esistenti. Occorre una analisi del potere e dei suoi metodi di azione nella sfera della femminilità, metodi che rendono apparentemente spontanea l’accettazione di pratiche che definiscono l’allocazione delle energie e che configurano il desiderio. Un discorso politico efficace sul corpo femminile permetterebbe di opporci ai meccanismi per i quali la donna, ed è vero in particolare per l’anoressica e la bulimica, finisce per colludere con le forze che rendono possibile l’oppressione. Infatti, nel corpo dell’anoressica si legge la volontà di perseguire strenuamente le regole di quella che è considerata una “femminilità normale”, che nell’esasperazione diventa però devianza. Una devianza che spaventa molto, perché ricorda che la sofferenza dettata dalla violenza di certe regole non cerca parole nuove e fuori dall’ordinario, ma si serve di imposizioni onnipresenti, e che è potenzialmente molto facile andare oltre e passare da una vita “normale” a una vita esasperata di digiuni e sforzi inimmaginabili. Una devianza che, ancora una volta, è protesta nel momento in cui mette in stato di accusa un intero sistema, nel momento in cui mostra alle altre donne che non seguono poi così fedelmente i diktat alle quali credono di essere consacrate, che si può fare sempre di più. Ed è una protesta che sconvolge i medici e i familiari: le strenue resistenze opposte alla cura da anoressiche e bulimiche lasciano chi è abituato a esercitare la propria autorità con una sensazione di impotenza, e di rabbia per non riuscire a vincere nella sfida che portano i digiuni e le abbuffate. Ecco però che la Bordo sottolinea un’altra contraddizione dei DCA: il gesto della protesta si trasforma anche nel gesto della rinuncia. È un gesto controproducente, autolesionista e autodecostruttivo (Bordo, 1993, 110), che isola e mette in pericolo, che trasforma il corpo in un feticcio, e che porta inevitabilmente il soggetto alla resa: la cura o la morte interrompono in ogni caso la battaglia intrapresa. E questa rinuncia ha però anche un’altra faccia, ed è quella della patologia femminile come prodotto sociale mediante il quale una sterminata fonte di risorse e energie, che potrebbero essere utilizzate secondo l’autrice per vere lotte di resistenza e ribellione, sono invece rese strumentali al mantenimento dell’ordine costituito. Questo perché secondo la Bordo l’anoressia e la bulimia iniziano come pratiche della femminilità convenzionale, con un atteggiamento verso il proprio corpo come “oggetto” da modellare e conformare agli standard di bellezza, ma si risolvono poi nell’assunzione, nella metafisica dei DCA, di una serie di valori e atteggiamenti che la cultura nella quale viviamo ha codificato secolarmente come “maschili” nella sua costruzione gerarchica del genere sessuale. Un’etica del superamento di sé, e del dominio sugli altri soggiogati tramite la paura della morte, la sensazione di potere, di invulnerabilità verbalizzate costantemente da anoressiche e bulimiche sembrano una sfida a quella “tradizione di limitazioni imposte” (Bordo, 1993, 114) sperimentate dalle donne nei secoli. Il “problema” della fame femminile infatti è sempre stato, come ricorda la Bordo, complesso, perché è sempre stato vissuto come qualcosa che avrebbe potuto sfidare i modelli sessuali consolidati, ed in generale l’ordine patriarcale. Ma tale sfida non avviene nei termini di una ricostruzione di una femminilità alternativa e libera, ma attraverso il tentativo di passare a ciò che viene concettualizzato come un opposto, la virilità. Se questo non bastasse, le donne ammalate sono in realtà tutto meno che padrone di sé stesse e, se psichiatrizzate, delle proprie vite: ancora una volta, la sfida si decostruisce nel perpetuarsi di una dominazione esterna. La Bordo suggerisce come antidoto di riprendere il discorso femminista di lavoro sul corpo come *luogo* delle “pratiche quotidiane di resistenza alla dominazione di genere” (Bordo, 1993, 118), perché le *prassi* che le stesse donne intendono come femminili non siano al servizio della normalizzazione dei rapporti di genere. Nell’ultimo saggio del suo libro *Il perso del corpo* la Bordo affronta propria il tema della “norma” in anoressia e bulimia, cioè della maniera in cui opera la “tirannia della magrezza” che fa della preoccupazione per il peso “uno dei meccanismi più potenti di normalizzazione del nostro secolo” (Bordo, 1993, 120). È, secondo la Bordo, una pratica studiata per la creazione di corpi docili, che si abituano a autocontrollarsi, che si ripiegano su se stessi e insistono sulla loro propria disciplina. Le pratiche di gestione del corpo sono tra quelle che, secondo la Bordo, che riprende a sua volta Mary Douglas, cristallizzano le inquietudini della società generale. Infatti, secondo l’autrice le immagini del “microcosmo”, ossia il corpo fisico, riproducono simbolicamente ciò che genera ansia del “macrocosmo”, ossia il sistema sociale. E nel caso dei DCA, i fattori di ansia, i punti deboli cristallizzati, sarebbero quelli che impongono una costruzione contraddittoria della personalità nella società capitalista avanzata. Gli eccessi della bulimia ed il forte contrasto tra anoressiche e obese simboleggerebbero dunque le contraddizioni del corpo sociale. Nella società capitalista la persona è infatti soggetta a una doppia richiesta pressante. Da un alto, deve essere produttore: rigido, disciplinato, votato al lavoro in quanto produzione, deve sublimare ogni la voglia di avere tutto e immediatamente. Dall’altro, deve essere consumatore: libero, eccessivo, sempre alla ricerca della soddisfazione dei propri illimitati - e illimitabili - desideri. Ed è proprio la regolazione del desiderio che diventa difficoltosa: il loro appagamento risulta alle volte orribilmente dannoso, ed alle volte estremamente necessario, subiamo tentazioni continue con le pubblicità, ma veniamo condannati se cediamo – e ingrassiamo. Questi desideri sono quelli che preoccupano il corpo sociale, e la fame insaziabile diventa metafora della preoccupazione che riguarda tutto ciò che non può essere perfettamente tenuto sotto controllo, tutto ciò che non può essere deciso e preparato. E tenere sotto controllo la fame è possibile se si punta a tenere sotto controllo il corpo: lo si tratta allora come un nemico da attaccare prima che le sue necessità ci attacchino, come qualcosa di alieno di cui vanno gestiti i processi interni. Il non cedere agli impulsi ha di nuovo una codifica morale, ed il fisico come luogo di ordine o di disordine riflette lo stato emotivo dell’individuo, e diventa indicatore di quanto ci si possa fidare del soggetto, di quanto potere gli si possa concedere. Sono soprattutto cibo e dieta a esprimere questi problemi e queste contraddizioni, con un grande sforzo teso però a presentare in maniera ingannevole la pubblicità di cibi ipercalorici con gli annunci di prodotti dimagranti di fianco: si presenta come non in contraddizione, come se fosse semplice includere nella propria vita entrambe le facce dell’alimentazione. La bulimia secondo la Bordo rivela proprio la “costruzione tipica della personalità moderna” (Bordo, 1993, 135), perché esprime la tensione tra il cedere completamente al desiderio ed il tentativo di recuperare e ripulire le proprie colpe. Idem per la coesistenza di anoressia e obesità: mostra la coesistenza contraddittoria della possibilità di reprimersi completamente e la possibilità di cedere completamente. L’estrema magrezza e l’obesità infastidiscono perché mostrano gli estremi, ed il tentativo è quello di ricondurli alla mediocrità, di far sì che questi corpi si normalizzino in maniera da non emergere dalla massa. In questo ultimo saggio della Bordo viene nuovamente affrontata la questione del genere, e l’autrice sottolinea come la “normalità” del corpo femminile diventi sempre più evanescente nei periodi di cambiamento dei modelli sociali di genere. Il tema era già stato affrontato in altre parti del libro, ma qui si ragiona nuovamente in termini di contraddittorietà: infatti la nuova forma snella può essere vista sia come risposta positiva al tentativo di contenimento del desiderio femminile, sia come autoliberazione della donna dal destino domestico e dalla riproduzione necessaria, simboleggiati dalla scomparsa del seno, del ventre, dei fianchi e del ciclo. Per quanto riguarda gli uomini, avere una partner magra ha, per la Bordo, anche la funzione di placare l’ansia generata dal ricordo del potere materno (Bordo, 1993, 141). Con questo l’autrice intende dire che l’infanzia è il momento della vita di un uomo in cui è maggiormente sottoposto all’autorità di una figura femminile, quella della madre, rispetto alla quale si sente impotente ed è tenuto a ubbidire. Le parti carnose evocherebbero dunque tale femminilità materna, ed in un momento storico in cui le donne stanno cercando di conquistare potere sociale, la neutralizzazione del ricordo del potere subito nell’infanzia ha la funzione di placare la paura dell’uomo di essere nuovamente sottoposto all’autorità di una donna. Tale neutralizzazione passerebbe attraverso l’immagine di un corpo asciutto.

Andando oltre questa pietra miliare della letteratura femminista sui DCA, uno dei primi contributi – e dei più importanti – del femminismo è quello di Esther Rothblum con lo storico articolo *“I’ll die for the revolution but don’t ask me not do diet”: feminism and the continuing stigmatization of obesity* (1994). Secondo l’autrice, i movimenti femministi hanno condotto lotte per i diritti delle donne in molti campi incluso quello del diritto al controllo del proprio corpo, ma non si sono mai occupati dell’odio per il grasso nella nostra società. La Rothblum parte da un inquadramento storico della questione, e sottolinea come agli inizi del novecento sia cominciato un processo di inversione di tendenza rispetto alle forme abbondanti prima maggiormente apprezzate: è nel 1920 infatti che compare per la prima volta la *flapper* magra e senza seno, e da allora in poi il peso medio delle modelle ha inesorabilmente continuato a scendere. Fino agli anni sessanta, quando alla potenza del movimento femminista veniva contrapposta dai media l’immagine considerata desiderabile di una donna sempre più emaciata e dunque debole, presentata come eroticamente più attraente rispetto alla donna in pantaloni, con le spalline rinforzate, pronta a scendere in strada, e a occupare spazi pubblici ai quali era fino a quel momento interdetta. Questi movimenti, secondo l’autrice, hanno però fondamentalmente il torto di aver sempre lasciato ai media di massa la definizione del peso ideale, considerandolo un assunto di scarso valore ideologico: sostiene invece che data la cruciale importanza accordata all’aspetto fisico nella nostra società, sarebbe stato opportuno che i femminismi considerassero tutti i modi in cui il corpo della donna è stato posto sotto controllo tramite norme imposte, peso incluso. La Rothblum conferisce una nuova dignità alla questione della bilancia e ne fa motivo di lotta, identificando il grasso come questione di classe e di genere. Questione di classe, perché a mostrare i livelli maggiori di sovrappeso sono infatti i ceti socio-economici inferiori, che sviluppano anche patologie connesse allo stress di una doppia discriminazione: di ceto e di aspetto. L’autrice parla di *antifat prejudice*, che scaturirebbe poi in una mobilità sociale discendente dovuta a un alto grado di discriminazione sul lavoro delle persone in sovrappeso. Questo si deve all’associazione tra il grasso in eccesso e il carattere della persona: si considera il peso come un elemento controllabile dal singolo, e uno scarso controllo significa scarsa disciplina del sé. Alla bellezza fisica, si legano dunque questioni morali. Questione di genere, o meglio di *sex war* (Rothblum, 1994, 61) perché le donne sono quelle che più vivono tale imposizione alla snellezza, e sono anche quelle che più spesso si vedono più grosse dei loro coetanei uomini. Inoltre, secondo l’autrice controllare l’apparenza della donna significa controllare la sua libertà. In nome della moda, le aberrazioni più tremende sono state perpetuate sui corpi femminili. Dalla fasciatura dei piedi di moda in Cina ai corpetti/corsetti europei, il controllo sociale è spesso passato attraverso capi di moda che limitassero le possibilità di movimento e rendessero il corpo più debole. Chi li indossava era indotto a credere che la scomodità potesse sottolineare la posizione di potere di una donna che poteva permettersi di stringersi in un corsetto perché non aveva necessità di lavorare, facendo dell’immagine di nuovo una questione di classe, ma le norme *strict* si sono sempre rivelate svantaggiose e limitatrici solo per chi ne era costretto. Tali pratiche repressive sono state sostenute da istituzioni di controllo sociale, economia e mercato in primis: le industrie medico-chirurgiche e cosmetiche si sono arricchite proponendo sempre nuovi prodotti *light* e rendendo le donne consumatrici prima di ogni altra cosa. I media di supporto hanno poi contribuito: tramite le figure di donne famose magrissime hanno infatti dato autorità al messaggio economico definendo il fascino, e proponendo la donna come colei che appare, in contrapposizione a un uomo – un marito – che è colui che agisce. Secondo la Rothblum poi, negli anni ottanta le donne hanno cominciato a entrare nelle strutture di potere, ed i disturbi del comportamento alimentare sono aumentati. Le donne possono ai giorni nostri ambire a una carriera professionale, ma la situazione rispetto a cosa sentono verso il proprio aspetto fisico può essere peggiorata. L’autrice sostiene infatti che dietro alla maggior parte delle donne di successo vi sia una “vita segreta” (*a secret underlife*, Rothblum, 1994, 70) che avvelena quella libertà tanto anelata con nozioni di bellezza e ossessioni fisiche. Infatti, l’importanza dell’aspetto rimane pressante: le donne possono secondo la Rothblum essersi emancipate in tanti campi, ma continuano a essere preoccupate per l’apparenza e a dimostrarlo c’è l’epidemia di diete dei nostri anni. L’autrice conclude che se, come donne, smettessimo di cercare di conformarci a un ideale di bellezza eteroimposto, avremmo certamente a disposizione maggiori energie, soldi, tempo, e più felicità. Se si fosse capaci di riconoscere e ammettere le sensazioni di rabbia e ansia causate dagli schemi dietetici, se si facesse più caso ai rituali compulsivi di esercizio o alle ore spese a contare calorie o usare prodotti di bellezza, si potrebbe riconoscere che questi sono schemi di controllo sociale al pari di altri verso i quali si combatte. Si potrebbe allora arrivare a sentirsi belle ed in pace con i propri corpi, ma nel rispetto delle differenze e con una pluralità di modelli, evitando così di arrivare ad affamarsi o ad abbuffarsi e poi vomitare nel tentativo di raggiungere modelli che le donne non si sono scelte.

Il lavoro di Gilbert e Thompson *Feminist explanations of the development of eating disorders: common themes, research findings, and methodological issues* (1996) è invece utile perché fornisce una panoramica delle teorie femministe sui disturbi del comportamento alimentare. Sostenendo che sia difficile trovare una e una sola spiegazione di genere ai DCA, propongono lo sviluppo di un quadro teorico integrato e di un modello articolato presentando e comparando diverse prospettive femministe sui disturbi del comportamento alimentare. Per ogni corrente di pensiero, vengono presentate le teorie e i sostegni empirici riscontrati. Per corrente si intende un gruppo di teorie elaborate da diverse persone che condividono un assunto di base, ma possono differire in altri passaggi. Ecco gli assi portanti:

1. *Culture of thinness* (cultura della magrezza). Questa corrente di ipotesi condivide l’assunto di base, ossia che l’enfasi sull’importanza dell’apparenza e dell’aspetto fisico nella donna, con il particolare accento moderno sulla magrezza, è uno dei mezzi principali di sottomissione della donna nella cultura patriarcale (Gilbert, Thompson, 1996). La stigmatizzazione del grasso e la glorificazione della snellezza come chiave per la felicità impongono infatti un modello unico di corpo di donna, alla ricerca del quale vengono spese importanti risorse emotive e intellettuali, che non sono più disponibili per essere allocate in comportamenti e pensieri potenzialmente più pericolosi per l’ordine costituito. Le imposizioni sociali, e lo scherno che sfocia talvolta nel disprezzo verso chi non si adegua, sono considerate forme di sessismo e misoginia, che non accettano la varietà delle individualità di donne ma cercano l’omologazione a uno standard come strumento di controllo dei desideri. Molte donne si trovano a lavorare incessantemente sul proprio corpo per raggiungere gli alti standard imposti dalla società, per perseguire la *Culture of Thinness*, e lo sforzo anoressico viene qui inteso come tentativo ascetico di raggiungimento del massimo risultato. La bulimia viene invece interpretata come il medesimo intento frustrato dal fallimento, con un enorme portato di ansia, rimorso, depressione. Alcune femministe comparano le prescrizioni moderne sulla dieta alla morale sessuale repressiva dei secoli passati: la castità allora, e la dieta oggi, diventano parte integrante dell’idea di senso comune di “femminilità”. All’interno di questi studi, si avanzano ipotesi per spiegare come mai la magrezza è diventata un imperativo sempre più categorico a partire dagli anni sessanta, in seguito alla ribalta di modelli estetici alla Twiggy. Ancora una volta, il capitale viene indicato come motore di promozione verso il cambiamento. Le industrie dalla seconda metà del novecento ha deciso di convertire la produzione dai vestiti verso i cosmetici e i prodotti dimagranti. Per appoggiare questo cambio industriale, le agenzie di marketing hanno poi cominciato a produrre pubblicità che generassero insicurezza e rinforzassero dunque il mercato. I media hanno infatti giocato un ruolo importante con la glorificazione della donna emaciata, che allude simbolicamente alla donna debole tanto in voga come ideale erotico, per mitigare la paura di una conquista di maggior potere per le donne attraverso i movimenti sociali, e generare insicurezza. Tale insicurezza non rimane solo legata al peso, ma viene estesa al corpo in generale, sul quale ogni imperfezione diventa un tabù: una donna in televisione non può essere sporca o sudata, non può mangiare troppo o maleducatamente. Il controllo sul cibo diventa dunque controllo sul corpo ma anche sul comportamento in generale, che deve essere gestito secondo il perenne mantra della restrizione, dall’ingestione calorica alla libertà di movimento. Da qui, viene assimilata l’ossessione sociale alla magrezza con l’antica ossessione per l’obbedienza della donna: si ritiene che la cultura della magrezza sia stata utilizzata come mezzo per tentare di zittire i gruppi femministi spostando il centro dell’attenzione, sia maschile sia di tutte quelle donne non compromesse con tali movimenti, verso assunti come l’aspetto fisico, provando così a allontanare il focus dell’attenzione da istanze di rivendicazione.

Come supporto empirico a queste ipotesi, vengono per esempio presentate le ricerche sull’immagine corporea dagli anni sessanta in poi, che mostrano come solo i corpi delle donne siano diventati sempre più magri nella rappresentazione in televisione, al cinema o sulle riviste. Inoltre, alcuni studi hanno comparato la quantità di pubblicità di prodotti dimagranti e di articoli sulle diete tra giornali femminili e riviste maschili, mostrando come siano le donne a essere bombardate da questi messaggi angosciosi. Suggeriscono dunque che nel campo dei disturbi alimentari la differenza percentuale tra uomini e donne che si ammalano sia proporzionata a una diversa quantità di stimoli alla magrezza nei due gruppi.

Le ricerche condotte finora però, hanno mostrato che esiste certamente una relazione tra Cultura della Magrezza e disturbi del comportamento alimentare, ma non hanno trovato un collegamento causale diretto tra i due fenomeni.

1. *Weight as Power and ControlI* (Peso come potere e controllo). Questo gruppo di ipotesi ha invece come pensiero di base l’assunto che i disturbi del comportamento alimentare forniscano la sensazione di controllo su aree prima di dominio quasi esclusivo di mariti e medici, di uomini, come il corpo. Controllare il corpo può dunque servire a diminuire la frustrazione per non riuscire a imporsi anche in altre aree della vita. Paradossalmente, nel proprio sforzo per avere il dominio le donne che si ammalano di DCA in realtà si arrendono alle pressioni sociali e focalizzano la loro attenzione su peso e aspetto, con meno energie per dedicarsi ad altri aspetti del proprio essere, come già sostenuto in *Culture of Thinness*. Secondo altre femministe invece, l’idea del corpo magro nasce dalle donne stesse come risposta alla cultura patriarcale: il corpo magro risulta più androgino e quindi meno desiderabile, almeno rispetto all’immagine della donna formosa imperante fino agli anni sessanta. In questo caso allora, il corpo anoressico potrebbe simboleggiare una reazione contro l’oggettivazione del corpo della donna come corpo sessuale, una protezione dall’essere vista come puro oggetto di desiderio erotico. Secondo questo punto di vista, sono le donne stesse che scelgono che uso fare del proprio corpo a seconda di quelle che sentono come necessità: su questo punto si consuma lo scontro con le teorie della *Cultura della Magrezza*. La prima corrente propone infatti le donne come soggetti che subiscono passivamente le imposizioni della cultura dominante, mentre secondo le ipotesi del *Peso come Potere e Controllo* la donna è un soggetto attivo che controlla il proprio corpo e il proprio peso per i suoi fini.

I supporti empirici presentati per sostenere queste teorie si basano su studi che interpretano i disturbi del comportamento alimentare come espressione di rigetto per l’autorità, in primo luogo parentale, e per i ruoli imposti dalla società, vedendoli come tentativo di riappropriazione della gestione della vita, e come rifiuto dell’oggettivazione del corpo della donna come puro “strumento” di piacere maschile.

1. *Anxieties about Female Achievement* (Ansie per il raggiungimento di obbiettivi per le donne). Questa terza prospettiva si focalizza sui conflitti derivanti dal contrasto su ciò che ci si aspetta dalle donne in termini professionali o accademici e il concomitante imperativo sociale a un dover sempre essere più sensuali e più attraenti dei colleghi uomini. Alle donne di successo nel mondo del lavoro, secondo le autrici, (Gilbert e Thompson, 1996, 190) viene ancora alla volte associato uno stigma negativo, che comprende aggressività e competitività, virtù una volta considerate tratti stereotipici maschili: i disturbi del comportamento alimentare potrebbero essere una misura compensatoria messa in atto da alcune per assicurarsi di essere comunque attraenti secondo il modello dominante di femminilità. Credere di dover rispondere sia alla richiesta di intelligenza e successo, sia a quella di bellezza e prestanza, può creare in alcune donne un dilemma sulle proprie possibilità, priorità, desideri, e su come questi si relazionino alle questioni di genere: i DCA possono essere visti come una scappatoia che permette di risolvere tale dilemma continuando con il proprio lavoro intellettuale ma avvicinandosi contemporaneamente allo stereotipo di bellezza femminile. Nella stessa corrente di ipotesi, si collocano quelle teorie che vedono il comportamento anoressico come tentativo di rendersi invisibili e di occupare meno spazio fisico possibile in donne che occupano uno spazio simbolico importante e non si sentono legittimate nel loro posto di potere in una società dominata da uomini. Il tentativo sarebbe quello di placare l’”ansia sociale” verso le donne di potere nella *male-dominated society* (Gilbert e Thompson, 1996, 190), e di compensare la sfida che donne in alte posizioni occupazionali presuppongono alle consolidate gerarchie maschili portando sul proprio corpo i segni di una malattia invalidante. Per le adolescenti invece, l’ottenere un corpo magro, anche tramite comportamenti anoressici, può essere un obiettivo concreto per sedare il senso di inadeguatezza che può configurarsi in quel periodo della vita. Una ulteriore linea di pensiero suggerisce che i DCA possono essere utilizzati per minimizzare la femminilità, tramite la minimizzazione dei caratteri sessuali secondari dovuta agli scompensi ormonali dell’anoressia, in una società che pone barriere al successo intellettuale, professionale o politico per le donne.

Anche queste teorie si basano su premesse elaborate a partire da dati empirici. In primo luogo, sostengono che le donne con DCA hanno aspettative molto alte verso loro stesse e verso i loro successi nella vita rispetto a chi non sviluppa un disturbo alimentare. In secondo luogo, suppongono che tali donne provino sentimenti ambigui rispetto alla loro femminilità. L’unione di queste due premesse sarebbe allora alla base di comportamenti alimentari disturbati. Inoltre, la consapevolezza delle barriere sociali al successo professionale delle donne sarebbe correlato all’aumento dei disturbi del comportamento alimentare. I DCA hanno avuto un momento di espansione parallelamente all’aumento del numero di donne che seguivano corsi di studio di livello superiore, e questo dato può essere significativo: frustrate le aspettative di parità nel mondo del lavoro, i disturbi del comportamento alimentare assumerebbero un ruolo di distrazione rispetto a certe ansie e frustrazioni, pur apportandone di altro tipo. Inoltre, le autrici sostengono che sia molto comune trovare nelle donne che soffrono di disturbi del comportamento alimentare uno dei seguenti trascorsi: una madre che ha visto limitare le sue aspirazioni personali dal fatto di essere donna perché ha accettato il ruolo che al società le prefiggeva, o un episodio di critica o punizione non verbale dopo aver raggiunto importanti obiettivi sul lavoro o negli studi.

1. *Eating Disorders as Self-Definition* (Disturbi del comportamento alimentare come definizione del sè). Questa corrente di teorie ruota attorno a una ipotesi principale: se tutte le donne sono esposte massicciamente ai media, ma solo alcune sviluppano disturbi del comportamento alimentare, è allora possibile che a ammalarsi siano quelle con il “senso de sé” meno sviluppato. Sono cioè coloro le quali non presentano un senso dell’identità coerente o mostrano un insufficiente *sense of self*, ma che hanno ugualmente assimilato l’imperativo all’armonizzazione del sé con gli altri, e che dipendono massicciamente da un giudizio esterno sul proprio valore. Non avendo sufficienti conferme sul sé dall’esterno, è possibile che queste donne rivolgano la propria attenzione al corpo, fino a che corpo e identità arrivano a diventare sinonimi. Il cibo viene usato come strumento di regolazione emotiva, e l’abbuffata o il digiuno diventano mezzi per gestire i proprio sentimenti in una identità dilaniata, e per sfuggire alla consapevolezza della mancanza di un sé definito. In una fuga da un sé incerto, i comportamenti alimentari disturbati vengono usati per deviare l’attenzione dalla propria insoddisfazione.

I supporti empirici vengono forniti anche in questo caso: per esempio, la teoria vuole che la maggior parte di anoressiche e bulimiche sperimentino sensi di colpa quando tentano di definire una identità indipendente dai propri genitori (Gilbert e Thompson, 1996, 193): alti livelli di senso di colpa si accompagnano con bassi livelli di indipendenza emozionale/attitudinale/funzionale.

1. *Women as Nurturers* (Donna come nutrice). Secondo questo gruppo di ipotesi, i disturbi del comportamento alimentare rappresentano il riconoscimento del basso status sociale accordato alla donna come “nutrice”, ossia come responsabile dell’educazione e del nutrimento della prole. Sentimenti ambivalenti si sono fatti strada nelle donne dal secolo passato rispetto al proprio ruolo sociale a lungo determinato dal genere di appartenenza, e tale ambivalenza può essere espressa tramite disturbi del comportamento alimentare: il tentativo è ancora una volta quello di ridurre la propria femminilità per scappare dal ruolo di moglie e madre che risultava ancora quello prestabilito nel momento di espansione dei disturbi del comportamento alimentare. Essere donna significava allora nutrire ma non richiedere nutrimento, dare incondizionatamente senza pretendere un ritorno. Secondo questa corrente, le donne che sviluppano DCA si sentono in colpa per i propri desideri di nutrimento e i propri bisogni, e alterano i loro corpi per apparire come prive di desideri anche essenziali, ossia come prive del desiderio di cibo. L’anoressia diventa allora la completa negazione dei bisogni, mentre l’abbuffata della bulimica rappresenta simbolicamente il bisogno di nutrimento, ed ancora il vomito è invece il rigetto di tale necessità. L’anoressica riesce però a comunicare il proprio struggimento attraverso il deperimento, mentre la bulimica riflette maggiormente la volontà di sentirsi normale, di essere accettata e di accettarsi. Anche la Bordo (1993, 49) insiste nelle sue teorie sulla costruzione sociale del concetto di fame sull’aspetto della donna nutrice come colei che nega se stessa per il bene, e per il nutrimento, di marito e figli.

I supporti empirici a questa teoria si trovano nelle difficoltà nei rapporti di cura e nutrimento nelle famiglie con ragazze affette da disturbi del comportamento alimentare (Gilbert, Thompson, 1996, 195).

Una serie di contributi interessanti possono essere ritrovati anche nella raccolta di saggi intitolata *Critical feminist approaches to eating dis/orders*, curata da Malson e Burns (2009).

Uno degli articoli notevoli raccolti in questo libro è quello di Michael Gard, *Understanding obesity by understanding desire* (Malson, Burns, 2009, 35) che relaziona il problema dell’obesità a un problema di indirizzamento dei desideri nella società capitalista. Definisce i desideri come processi di comunicazione carichi di significati immersi in contesti discorsivi, ed il nostro contesto è quello del consumatore nel sistema capitalista. La storia del consumo di cibo nella società del benessere, sostiene Grad, (Malson, Burns, 2009, 41) è la storia del singolo consumatore. La nostra relazione con il cibo è infatti una espressione di individualità e di libertà di scelta che però comporta la responsabilità delle decisioni prese, e dunque la colpa per le decisioni sbagliate. Il discorso sulla colpa nell’obesità da voce a una norma sociale che vuole punire gli obesi, e soprattutto le obese, per la mancanza di disciplina e di assoggettamento ai canoni estetici. Gli eccessi del capitalismo nell’offerta di cibo attraente e ipercalorico vengono quindi convertiti in una questione di morale individuale, e si crea una irriducibile tensione tra il consumo ed il controllo, tra la spesa e il godimento e la moderazione, la restrizione, la misura. Inoltre, le nostre vite nel capitalismo avanzato sono guidate dalla creazione di desideri non solo in termini di gola, ma anche e soprattutto in termini di costruzione di *gendered bodies*. Il rifiuto al consumo dell’anoressica potrebbe essere visto come un rifiuto verso desideri artificiali, e come un modo in cui si cerca di conquistare un potere di scelta sottraendosi all’omologazione.

Altro articolo interessante è quello di Susan Bordo *Not just a white girl’s thing. The changing face of food and image problems* (Malson, Burns, 2009, 46). L’articolo analizza la diffusione delle patologie del comportamento alimentare. Rileva come non sia una malattia solo delle donne bianche / di classe medio-alta / eterosessuali come da stereotipo. È interessante però vedere le somiglianze che la Bordo trova tra le prime anoressiche europee e le nuove anoressiche africane. La scrittrice sostiene che vi siano importanti somiglianze nel significato profondo della magrezza per le giovani donne anoressiche: dimagrire molto significa ribellarsi a un ideale sessuale *male-oriented* che le voleva formose, sia nell’Europa degli anni sessanta che nell’Africa contemporanea.

Interessante è anche il contributo di Paula Saukko *A critical discussion of normativity in discourses on eating disorders* (Malson, Burns, 2009, 63) nel quale analizza le relazioni tra femminile, cultura di massa e disturbi del comportamento alimentare. Secondo la Saukko negli anni di boom dei disturbi alimentari le donne si sono trovate a dover fronteggiare chi riteneva che l’intero genere femminile avesse delle mancanze rispetto al “forte individualismo americano”, che cominciava a celebrarsi allora in quella cultura competitiva e orientata al consumo che stava diventando cultura di massa. Questo carattere omogenizzante era associato a una disposizione psicologica considerata debole e influenzabile e a una cultura scarsa: caratteristiche pienamente connesse all’idea di femminilità, e parallelamente sembrava disprezzare la sfera privata nella quale rilegava il ruolo della donna. L’anoressica sembra secondo la Saukko (Malson, Burns, 2009, 66) *incarnare* le caratteristiche psicologiche, culturali e politiche del declino dei tempi: una giovane donna che sviluppa una dipendenza nel tentativo disperato di avere successo, di essere bella e brava, e diventa vittima delle pressioni dell’ambiente, della famiglia, della classe sociale, perdendosi nel tentativo di emergere. Il sessismo incorporato nella cultura di massa prevede una sola maniera di essere, e i DCA possono inserirsi in questo quadro normativo come risposta di reazione o di adeguamento a tale modello. La psichiatria poi, secondo la Saukko, non fa che rinforzare il comportamento anoressico. Se le donne ammalate si sentono talvolta denigrate al di fuori del discorso medico attraverso la retorica dello spreco del cibo, psichiatri e internisti parlano invece di estrema magrezza, di forza, di intelligenza delle loro pazienti: descrivono esattamente la donna-obiettivo dei lunghi digiuni delle anoressiche, dando un rinforzo positivo agli sforzi fatti per non mangiare e favorendo l’instaurarsi del circolo vizioso della dipendenza.

Anche la stessa Malson pubblica nella raccolta un suo articolo *Appearing to disappear. Postmodern feminities and self-starved subjectivities* (Malson, Burns, 2009, 135). L’autrice sostiene che troppo spesso ci si limita a pensare che gli elementi patogeni della cultura siano legati alle immagini dei media ed alle relative prescrizioni *skinny*. Le donne con diagnosi di anoressia o bulimia vengono così bollate come *fashion victims*, ma questa spiegazione lineare di causa-effetto è secondo l’autrice troppo semplicistica. Il collegamento tra mass media e DCA, propone la Malson, si ha in quanto le immagini dei media contribuiscono alla produzione di un ordine normativo e delle “patologie del disordine” (Malson, Burns, 2009, 136): tali patologie nascono da scostamenti rispetto alle norme che regolano la femminilità e che sono centrali nella produzione/regolazione di DCA, e trasmesse attraverso la cultura anche nei mass media. Il disordine diventa complessità, infatti i disturbi del comportamento alimentare insistono su un eterogeneo gruppo di soggettività, di corpi, sono considerate dalla Malson un intricato gruppo di pratiche di gestione del corpo socio-storicamente localizzate nel contesto normativo delle società occidentali. Tale contesto è inteso (Malson, Burns, 2009, 137) come un ambiente culturale che insiste sulla possibilità di modellare e controllare il proprio corpo, nel quale si sviluppa la dicotomia tra il dover essere da una parte un lavoratore disciplinato e dall’altra un consumatore indulgente verso i propri desideri e vizi. Ma il disordine diventa anche antinomia, perché le soggettività anoressiche/bulimiche non possono essere spiegate solo in termini di iper-conformità all’ideale culturale dominante di donna magra. Anoressia e bulimia esprimono infatti la tensione che comporta l’interiorizzazione delle identità antitetiche di lavoratrice iper-controllante e di consumatrice indulgente. Di più, l’anoressica esprime sentimenti ambivalenti: da una parte il rifiuto del ruolo tradizionale di donna, e l’annullamento della femminilità, e dall’altro il conformismo rispetto al modello estetico dominante proposto alla consumatrice, e una iper-interiorizzazione delle norme sulla bellezza, sul controllo, sulla competizione. Nell’anoressica e nella bulimica secondo la Malson si contrappongono *self-construction*, nelle pratiche anti-consumiste e *self-distruction*, nella ricerca di conformismo agli ideali di massa. Anche in questo articolo viene nuovamente citato Foucault (Malson, Burns, 2009, 138) ed il corpo come luogo di esercizio delle discipline nella postmodernità. I corpi sono regolati discorsivamente e diventano soggetto per il lavoro del potere disciplinatorio, per i molteplici processi di dominazione che esercitano coercizione sull’apparenza e sul movimento. Anoressia e bulimia rientrano in questo quadro di regolazione normativa all’interno della cultura postmoderna, ed i corpi diventano la superficie su cui si mostrano gli eventi. Il corpo come immagine diventa elemento tipico della cultura del consumatore del tardo capitalismo (*late capitalism consumer culture,* Malson, Burns, 2009, 139), non è più un corpo naturale ma è un sistema mobile di significati su cui lavorare sempre, in quanto sempre perfezionabile. Molte e differenti questioni, dall’identità, alla sessualità, la moralità, fino all’intelligenza e al successo sono iscritte sul corpo e nel corpo, che nelle anoressie in particolare, ma anche nelle bulimie, diventano sempre più visibili ed esposti agli sguardi indagatori di medici e familiari. Diventano spettacoli di femminilità fuorviata, e paradossalmente si fanno più visibili e tendono a scomparire nello stesso momento. Come il corpo postmoderno tende a scomparire da una dimensione di realtà, vinto dalla virtualità delle relazioni, così il corpo anoressico esprime il desiderio di nascondersi, di ritirarsi dalla competizione del mondo reale, diventando sempre più piccolo. Si instaura però un doppio processo, e la magrezza estrema deve essere analizzata e compresa sia in termini di apparenza scioccante che di significato della scomparsa, cioè in termini di corpi che appaiono per scomparire, o che scompaiono per apparire. Il problema è che spesso l’analisi di come si vede il corpo precede l’analisi del come si sente, ed il fisico che porta i segni di un DCA viene spesso inteso più come una superficie per immagini che come un corpo vivo e attivo. Nelle anoressiche in particolare, questa tensione tra soggettività corporale incarnata e corpo come immagine diventa un dilemma: possono essere viste come il corpo-immagine per eccellenza e contemporaneamente come negazione del corpo incarnato. È anche possibile leggere la letterale scomparsa del fisico come insistenza sulla corporeità, come impossibilità di convivere con un corpo come deve essere, come ricerca di individualità nel controllo del peso. Ma qui si pone una ulteriore contraddizione secondo la Malson: la ricerca dell’individualità avviene in contrapposizione alla fuga dalla soggettività incorporata. Sono quasi sempre donne a essere alla ricerca di questa evasione a causa delle ideologie dominanti di genere (Malson, Burns, 2009, 142) e dell’annichilimento della donna nella cultura patriarcale. L’anoressia viene letta dall’autrice come una delle forme in cui una donna può continuare a essere “sepolta viva” nella postmodernità.

Un’altra questione di genere nell’affrontare il discorso su anoressia, bulimia e *binge eating disorder* è quello riportato dall’articolo *The anorexic as femme fatale. Reproducing gender through the father/psychiatrist-daughter/patient relationship* di Nicole Moulding (Malson, Burns, 2009, 172). La figura dello psichiatra è vista come la figura di un padre-padrone che interviene per riportare la paziente disubbidiente alla norma, al “dover essere” secondo i canoni sociali sul corpo e sull’auspicabile comportamento femminile. Nella clinica di anoressia e bulimia secondo l’autrice ritorna l’idea, potente nella storia, che la mente della donna sia governata dai suoi ormoni, e che gli scompensi ormonali dell’anoressica giustifichino un intervento di tipo paternalista, in quanto la paziente è tornata, sia fisiologicamente, a livello ormonale, che a causa dell’insicurezza e della paura, quasi bambina. Non viene però certo tralasciato il controllo sulla sessualità della paziente, che non deve mai rasentare alcun estremo: secondo l’autrice l’anoressica, ma anche la bulimica, verso la quale si adotta spesso lo stesso tono, non deve mai essere “troppo vergine o troppo puttana (*whore*)” (Malson, Burns, 2009, 179), ma la sua sessualità deve essere riportata nei binari prescritti dalla società, dove non deve essere né troppo né troppo poco, esattamente come con il cibo. Il cibo diventa metafora per il desiderio sessuale, riportato in auge dopo i tempi dell’isteria, che va controllato: le anoressiche e le bulimiche non sono considerate donne vere perché non hanno desideri considerati “normali” in questi campi, e vanno pertanto rieducate seguendo lo stereotipo femminile della donna che si abbandona a una autorità maschile più forte, con più potere o più conoscenza, unica a saperla guidare nel mondo. Simile al modo di vedere tale rapporto della Moulding è quello elaborato anni prima dalla Chesler (1972), per la quale lo psicoterapeuta è visto a livello sociale come un “sostituto del genitore, salvatore, amante, esperto e insegnante” (Chesler, 1972, 114), ed il suo ruolo implica una superiorità onnisciente, come quella del padre.

Sul potere psichiatrico maschile si esprime anche Michael Guilfoyle nell’articolo *Therapeutic discourse and eating disorders in the context of power* (Malson, Burns, 2009, 196). Secondo le sue ipotesi, il potere psichiatrico ha separato il livello di analisi personale, individuale dal livello sociale, politico, come se fossero due aspetti totalmente diversi e indipendenti nella vita di una persona e nella vita della società tutta. La psichiatria considera solo gli aspetti personali nelle storie di disturbi del comportamento alimentare senza tenere in conto le questioni di potere a più ampio raggio, senza tener in conto che l’arena sociale è costruita proprio da relazioni sociali di potere dalle quali nessuno può esentarsi. È dunque impossibile scindere privato e politico, perché è proprio questa rete organizzata di antagonismi sociali a permettere di costruire e sostenere identità diverse negli incroci e nei nodi, che non possono essere visti solo isolatamente come vorrebbe la pratica della malattia mentale tradizionale. Sarebbe secondo Guilfoyle compito degli approcci femministi considerare gli aspetti psicologici individuali sottolineando però il collegamento al contesto sociale generale, ed al dispiegarsi delle relazioni di potere che pongono le condizioni per lo sviluppo dei DCA. Una delle questioni fondamentali nello sviluppo dei DCA è secondo l’autore il maggior ventaglio di possibilità che si aprono alla donna magra. In particolare se le norme sociali predispongono un set di identità che a ogni persona, a seconda delle sue caratteristiche, è lecito reclamare e incorporare, il set di identità sociali favorevoli è più ampio per la donna magra, cui si attribuiscono valori morali positivi, e per la quale è dunque più facile pensarsi in termini positivi. È anche vero che questo set di possibilità non è mai assolutamente totalizzante, e che è possibile pensare a una resistenza contro tali limitazioni, ma è sempre vero che il rapporto della donna con se stessa appare sempre mediato dall’ambiente nel quale vive e dalle possibilità che questo le concede. Per spiegare e dare evidenza di questo assunto Guilfoyle cita il *panopticon* di Foucault: è possibile una resistenza, ma solo con un incessante lavoro per sfuggire al controllo sociale e ai discorsi di potere della società patriarcale (Malson, Burns, 2009, 199). Alcune donne invece possono aver interiorizzato tanto profondamente le norme sulla femminilità da arrivare ad essere “poliziotte di se stesse” e ad esercitare una implacabile sorveglianza per raggiungere obiettivi etero-imposti. Ancora una volta, le visioni femministe dovrebbero sfidare i discorsi individualizzanti / normalizzanti / patologizzanti fornendo un quadro interpretativo alternativo, che permetta di cogliere le contraddizioni e le violenze sistemiche ma non releghino la donna a un ruolo di vittima di influenze esterne. Un discorso sui metodi di cura alternativi ai DCA può andare in questa direzione, e permettere un atto di resistenza e antagonismo al dominio psichiatrico maschile.

Esistono già forme organizzate che vanno verso questo tipo di cura alternativa, come mostrano Maree Burns e Jane Tyrer in *Feminism in practice. Challenges and opportunities for an eating issues community agency.* (Malson, Burns, 2009, 221). Approfondiremo in seguito il discorso sui metodi alternativi di cura, ma è utile qui riportare il progetto di EDEN, l’*Eating Difficulties Education Network*, che concettualizza i DCA non come patologie individuali ma come collettivi eterogenei di soggettività discorsivamente costruite, di esperienze e di pratiche – lesive – di gestione del proprio corpo immerse in un contesto culturale. EDEN cerca di rendere operativo questo concetto: dà una chiave di lettura di genere, colloca i DCA in un continuum rispetto agli imperativi sociali e cerca di fornire strumenti di *empowerment* alla donna in cura, perché possa rivoltarsi contro diktat sociali a cui ha dato una risposta patologica. Una nuova serie di valori di genere viene fornita nel percorso, perché sia la donna stessa che scelga che forma desidera dare al proprio corpo. Nella stessa direzione va l’articolo di Catherine Black *Creating curative communities: feminist group work with women with eating issues* del 2003, che descrive metodi di cura basati su gruppi di lavoro presso il centro *ISIS* *Women’s Action on Eating Issues* di Brisbane. In questo centro per la cura dei disturbi alimentari, vedono i DCA come tentativo di far fronte a conflitti interni cercando il potere ed il controllo sul proprio corpo e sulla propria alimentazione. Anoressia e bulimia vengono analizzate come problemi derivanti da una oppressione, più che da una fissazione su diete e peso. Torneremo sulla metodologia utilizzata all’ISIS quando discuteremo dei metodi di cura dei disturbi alimentari.

Altro contenuto sul tema femminismo e disturbi del comportamento alimentare è l’articolo critico di Amparo Almarcha e Luz Campello *Lo que el feminismo no logró evitar: la anorexia como expresión de la deficiencia del cuerpo*. Partendo dall’assunto che la nostra società impone a ogni donna un “imperativo categorico” (Almarcha, Campello, 1999, 70) a mantenere la linea, a una magrezza attiva e volontaria, le autrici identificano una parte della società come “produttrice” di meccanismi che legittimano il culto del corpo, costruiscono modelli normativi e standard sociali di peso e apparenza, e formano stereotipi che vengono interiorizzati come modelli culturali intersoggettivi. La moda, i mezzi di comunicazione di massa con la loro pubblicità, ma anche la professione medica hanno collaborato nel dettare legge sugli standard fisici creando un modello egemonico “scheletrico” e favorendo la “tirannia della magrezza” (Almarcha, Campello, 1999, 74). L’idea delle autrici è che la rivoluzione sociale portata dai movimenti femministi, accanto alle conquiste ottenute, non è riuscita però a evitare che nascessero e si espandessero processi sociali come quelli che impongono l’equivalenza tra magrezza e bellezza, e favoriscono la crescita dei tassi di anoressia e bulimia. Identifica tali meccanismi come esattamente opposti alle rivendicazioni di rispetto e uguaglianza per la donna, perché ciò che fanno è eliminare dalla scena l’individuo, in questo caso spesso una giovane ragazza, e concentrarsi sul suo aspetto esterno, sulla sua immagine. La donna scrutata dall’esterno si ritrova ad essere nuovamente un corpo-oggetto invece che un soggetto, e tale è la interiorizzazione di questi imperativi socioculturali che riesce alle volte ad arrivare a alterare la vita psichica della donna, che diventa schiava di questa necessità di presentare il proprio corpo-oggetto al mondo. Chi si ammala, secondo Almarcha e Campello, crede di usare il proprio fisico come materia di lavoro per esprimere il proprio volere, ma arriva a essere posseduta dalle ossessioni di magrezza. Non avere sufficientemente tematizzato la questione e non essere riuscite a opporsi a questo ennesimo mezzo di oppressione è quello che le autrici rimproverano ai movimenti di liberazione della donna.

Jordi Sanz Porras nel suo articolo *Trastornos Alimentarios y género. Un análisis desde el feminismo* (2003) legge i DCA all’interno dei processi di potere delle attuali società postindustriali, e propone un vero e proprio “paradigma femminista” per l’analisi di anoressia e bulimia, basato su alcuni assunti. In primo luogo, mette in dubbio la definizione di anoressia e bulimia come malattie enfatizzando invece la dimensione della dipendenza nei disturbi del comportamento alimentare. Inoltre, riconosce a genere e cultura un ruolo primario e produttore di anoressia e bulimia, e rifiuta di rilegare i fattori sociali in secondo piano o riconoscerli solo una componente patoplastica. Propone dunque una riconcettualizzazione dei fattori definiti individuali dalla professione medica all’interno del quadro diagnostico dei DCA, come la bassa autostima, per restituirli una dimensione sociale di genere. Le categorie sia psicopatologiche che sociali utilizzate fino ad ora per comprendere i disturbi del comportamento alimentare sono anche secondo la Sanz Porras insufficienti, ed è necessario quindi passare a un modello multicausale che però dia maggior importanza rispetto ai modelli precedenti alla questione del genere, e al fatto che queste relazioni si sviluppano in una società “radicalmente capitalista” (Jordi Sanz Porras, 2003, 5): questi due elementi non devono più essere considerati come fattori che favoriscono la diffusione dei disturbi del comportamento alimentare, ma come fattori che ne determinano l’esistenza nelle forme moderne. In conclusione, l’autrice considera che le distorsioni percettive e cognitive tipiche dei disturbi del comportamento alimentare sono da considerarsi come porte aperte verso i conflitti sociali più generali. Non solo, sono da considerarsi anche come trampolini dai quali può partire la critica femminista al problema della disciplina dei corpi, della repressione, dell’omogeneizzazione dell’essere e dei desideri, dell’imposizione di un modello unico di apparenza e di forme storiche univoche di mascolinità e femminilità.

Un tentativo diverso di coniugare femminismo e disturbi del comportamento alimentare è quello di Green ed Al. in *Feminist identity as a predictor of eating disorder diagnostic status* (2008). La ricerca è sviluppata intorno a una scala detta ”*Feminist Identity Development Scale*” (FIDS), i cui valori minimi corrispondono a un modello “P*assive Acceptance*” (PA) inteso come passiva e acritica accettazione delle norme sociali di comportamento di genere e dei codici dominanti, e dunque anche della prescrizione sociale orientata all’estrema magrezza. L’ipotesi è che le donne con un alto livello di FIDS dovrebbero essere meno disposte a interiorizzare le prescrizioni sociali in merito all’ideale di bellezza associato alla magrezza, poiché tendono a valutare criticamente gli standard tradizionali e ad adottarne di propri, trascendendo dalle aspettative altrui riguardo i ruoli di genere e riducendo così la loro vulnerabilità a messaggi negativi. Lo sviluppo di una coscienza femminista e la consapevolezza degli strumenti di oppressione del sistema fungerebbe dunque da fattore di protezione dai disturbi del comportamento alimentare. La scala FIDS è stata creata da Bargad e Hyde (1991), ed utilizzata nella ricerca svolta su un campione di donne (*n*=339), a cui è stato somministrato anche Q-EDD (Mintz et Al., 1997) utilizzato per assegnare ogni soggetto a una categoria tra asintomatico – sintomatico – diagnosticato. I ricercatori hanno provato a usare i livelli di FIDS come predittori dei risultati per il Q-EDD: se un alto livello di FIDS fosse risultato collegato a una mancanza di sintomatologia di disturbi del comportamento alimentare, il dato avrebbe potuto essere interpretato come reale funzione di protezione della coscienza femminista. Non è però stato così: il test non ha rilevato alcuna non c’è una correlazione statistica significativa tra punteggi FIDS e punteggi nel disturbi del comportamento alimentare. Un risultato di questo genere può essere confrontato con quanto sostenuto dalla Malson (2009) e sopra riportato: spesso i disturbi del comportamento alimentare vengono troppo facilmente associati a comportamenti da *fashion victim*, e si ritiene improbabile che donne con un certo spirito critico e una coscienza di genere possano essere “vittime” di malattie alla moda. L’articolo di Green dimostrerebbe invece che si tratta di un luogo comune, e che i DCA vanno indagati proprio perché malattie multisfaccettate, multicausali, complesse, poco prevedibili.

Non si tiene poi spesso conto dell’età di sviluppo dei DCA: è difficile che una ragazza adolescente abbia già acquisito una consapevolezza delle dinamiche di genere tale da poterla proteggere. Nell’articolo, simile al precedente, di Tiggeman e Stevens, si insiste molto su questo punto. Il loro test è stato svolto su un campione di donne (*n*=128) divise in gruppi di età (18-29,30-39, 40-49, 50-59) alle quali è stato sottoposto il *Body Esteem Scale* (Franzoi, Shields, 1984) per misurare il grado di insoddisfazione per il proprio corpo e il *FEM Scale* (Smith et Al., 1975) per misurare l’atteggiamento verso una serie di rivendicazioni femministe. L’ipotesi era che a livelli minori di FEM fossero associati livelli maggiori di insoddisfazione, perché coloro che mostravano valori non di tipo tradizionale ci si aspettava che fossero meno influenzate dai messaggi sulla magrezza. Tale correlazione, seppur debole, è stata trovata per i gruppi che si collocano nel mezzo della scala di età. Per le più anziane la correlazione è risultata nulla, mentre nelle più giovani è risultato che le credenze sociali e i messaggi sulla magrezza passati dai mass media e dall’ambiente circostante sono più forti dell’avvicinamento a ideali non convenzionali, che è probabilmente ancora difficoltoso tra i 18 e i 29 anni.

In un’altra direzione ancora si muove invece l’articolo di Katy Day *Pro-anorexia and “Binge-drinking”: conformity do damaging ideals or “new” resistant feminities?* (2010) che va a indagare le somiglianze, in prospettiva femminista, tra due grandi dipendenze: alcolismo e disturbi del comportamento alimentare. Secondo l’autrice entrambe possono essere lette come nuovi generi di resistenza femminile e femminista, come tentativo di riscrive le ideologie di genere e sovvertire un ordine. Da una parte, associa l’alcolismo nelle donne a una sfida agli ideali di genere tradizionali, che vedono l’alcool come un vizio tipicamente maschile, ed il suo consumo esagerato molto lontano dall’ideale di nutrice collegato a una femminilità “rispettabile” (Day, 2010, 243). Per quanto riguarda anoressia e bulimia invece, la Day rivendica un ruolo attivo nelle donne che si ammalano. Studiando una serie di blog pro-ana e pro-mia, l’autrice rileva come dalle narrazionig delle ragazze che partecipano a tali discussioni emergano delle istanze di resistenza agli agenti di controllo esterno, e la scelta attiva di uno stile di vita di tipo anoressico/bulimico, in opposizione a discorsi psichiatrici principalmente basati su nozioni di femminilità passiva, per cui le donne sono considerate solo come personalità fragili o come vittime delle mode del momento. Dalle analisi dei blog però si rileva anche una insistenza pressante su nozioni come autocontrollo, autonomia, individualismo, bellezza associata alla magrezza, nozioni che insomma ripropongono i codici dominanti. Anche in questo articolo viene dunque a galla la ambivalenza e la contraddittorietà dei disturbi del comportamento alimentare, in cui si cerca di raggiungere la “femminilità ideale” e al tempo stesso si cerca di “resistere alla femminilità” (Day, 2010, 246).

**CAPITOLO III**

**COSA SONO I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE**

**Le parole della medicina e la narrazione del sé**

Nonostante l’importanza della componente sociale nei disturbi del comportamento alimentare, anoressia e bulimia rimangono problemi che, data la pericolosità per la salute e l’incolumità delle persone ammalate, devono essere affrontati anche da un punto di vista strettamente medico. Allora tale ordine professionale ne dà la propria definizione, stabilisce i criteri diagnostici per individuarle e classificarle, e suggerisce una serie di metodi di cura plausibili. È il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV* a raccogliere e rendere pubblici tali criteri, e a creare l’immaginario medico per anoressia e bulimia.

**3.1 Anoressia, bulimia, *binge eating disorder***

È fondamentale avere chiaro quali sono i sintomi principali delle moderne anoressie e bulimie, per cercare di comprendere in che cosa assomigliano e in che cosa differiscono dalle anoressie dei secoli passati. Esistono però diversi modi di descrivere una malattia, qualsiasi essa sia. Da una parte, c’è il linguaggio medico, che comprende i criteri diagnostici, le conseguenze mediche, i dati epidemiologici. Con termini universali, i manuali indicano come isolare dei comportamenti considerati “patologici” dalla professione medica, metterli in relazione e dargli un nome, convertendoli in sintomi per infine poter compiere una diagnosi senza volto. Questi parametri vengono infatti usati per standardizzare delle esperienze, individuando delle costanti e delle omogeneità nella popolazione “eterodefinita” malata, che consentano di etichettare i pazienti e somministrargli delle cure che con una ricetta unica e predefinita dovrebbero cercare di normalizzarne i comportamenti devianti. Dall’altra parte c’è la quotidianità di queste persone incasellate ed etichettate. C’è il vissuto soggettivo del dolore, del male, dello sgretolarsi del rapporto con gli altri, dell’allontanarsi da quella che viene considerata la via “giusta”, la via “normale” insomma, c’è la rabbia di chi riconosce fattori di influenza sociale associabili al proprio male. C’è la propria forma di narrarsi e la propria maniera di riconoscersi. C’è il vissuto di chi ha a che fare con persone che vivono una sofferenza. Ed infine, ci sono la sociologia e la politica, che collocandosi tra le due parti potrebbero forse affrontare le radici sociali delle malattie e agire per ridurne l’incidenza.

È utile familiarizzarsi sia con il linguaggio medico che con quello della narrazione personale quando si parla di disturbi del comportamento alimentare, per riuscire a capire di che cosa si tratta sia in termini fisici che in termini emotivi e relazionali, e che peso hanno questi linguaggi sulla quotidianità di “animali sociali” a contatto con DCA. Dalle parole dei dottori è possibile comprendere quali siano i rischi oggettivi del sottopeso, del vomito autoindotto, dell’alimentazione compulsiva. Dalle parole delle pazienti è invece possibile cogliere il vissuto e la percezione, sociale ed individuale, di questi rischi così precisamente descritti dai manuali, e raramente sperimentati da chi più spesso ne parla.

**3.2 Una descrizione medica**

Nel DSM-IV-TR (2000) si trovano le definizioni dell’American Psychiatric Association dei tre Disturbi del Comportamento Alimentare più frequenti nei nostri giorni, e degli accenni a disturbi non meglio qualificati. Infatti anoressia, bulimia e *binge eating disorder* sono ormai quadri clinici precisi, facilmente diagnosticabili, ma un amplio spettro di disturbi alimentari non categorizzabili sfuma tra i tre mostri sacri: fenomeni “transitori e non specifici” di espressione di disagio corporeo.

Ecco come il DSM-IV-TR definisce anoressia, bulimia e *binge eating disorder* (DSM-IV, 2000, pp. 539-550).

Anoressia (An)

Sintomi

* estrema magrezza: peso inferiore all’85% del peso desiderabile per età e statura, BMI[[33]](#footnote-33) inferiore a 17.5;
* forte paura di ingrassare, pur avendo un peso molto più basso di quello che è considerato normopeso;
* dismorfofobia e dispercezione visiva, cioè visione distorta del peso, delle dimensioni o della forma del proprio corpo. La malata si vede troppo grassa, anche quando il peso è molto basso, e può sentirsi e considerarsi obesa;
* rifiuto di mantenere un peso corporeo minimo nella norma;
* nelle donne, amenorrea per tre cicli consecutivi, a causa della diminuzione di peso corporeo e della percentuale di grasso.

Tipi di anoressia nervosa

* restrittivo: la persona limita fortemente l’ingestione di alimenti;
* bulimico: la persona alterna periodi di restrizioni e periodi di abbuffate con conseguenti condotte purgative (induzione al vomito, lassativi, diuretici, esercizio fisico eccessivo).

Conseguenze

A un primo impatto visivo, è subito possibile notare nei soggetti anoressici emaciazione, cute secca e squamosa (xerosis), comparsa di fine peluria (lanugo) su schiena, avanbracci e viso, talora colore giallastro o arancione dei palmi delle mani e dei piedi, caduta e depigmentazione dei capelli, ingrossamento delle parotidi e delle ghiandole salivari e erosioni della superficie posteriore dei denti (perimolisi) come principale conseguenza del vomito autoindotto.

Le conseguenze gravi dovute alla perdita di peso ed alla nutrizione insufficiente sono disordini endocrini, riduzione del metabolismo, bradicardia, ipotensione, ipotermia, diminuzione della capacità difensiva del sistema immunitario, osteoporosi, insufficienza renale. Il rischio di permanente infertilità nelle donne è alto se il disturbo è protratto nel tempo.

La mortalità è tra il 5 ed il 10%, ed è dovuta in parte al cronicizzarsi della malattia ed al cedimento dell’organismo (arresto cardiaco, collasso) ed in parte al suicidio per co-morbilità precedenti al disturbo o sviluppatesi durante la malattia. Tra i disturbi psichiatrici, è quello che presenta il più alto rischio di morte prematura.

Incidenza poblazionale

I dati di incidenza[[34]](#footnote-34) poblazionale di seguito riportati sono quelli estrapolati dal rapporto Istisan n.13/6 del 2013, “Disturbi del comportamento alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti”.

È però doveroso premettere alcune cose riguardo agli studi di incidenza. In primo luogo, i dati di cui disponiamo sono relativi solo alle persone alle quali viene diagnosticato un DCA, ma non tutte le persone con un disturbo del comportamento alimentare arrivano ai centri di cura. A causa dell’alone di ignoranza e pregiudizio che ancora circonda la malattia mentale in generale, e le patologie alimentari in particolare, molte persone non ricorrono a medici o strutture. In secondo luogo, vi è alle volte mancanza di omogeneità nei dati rilevanti del corso di diverse ricerche.

Da uno studio di Preti et. Al. (2009) condotto tra Belgio, Francia, Germania, Italia, Olanda e Spagna, la prevalenza[[35]](#footnote-35) di anoressia nervosa nelle donne di età ≥18 anni risulta essere dello 0,93%. Dallo studio di Hudson et al. (2007) in un campione di uomini e donne (n. 9282) della popolazione generale statunitense la prevalenza risulta essere dello 0,9% tra le persone con età ≥18 anni, e dell’1,1% nella classe di età 18-29 anni.

È molto interessante il confronto con altre parti del mondo per quando riguarda l’incidenza dei disturbi del comportamento alimentare. Secondo uno studio di Chisuwa e O’Dea (2010) la prevalenza puntuale di anoressia nervosa in Giappone è dello 0,006%-0,2%, dato ricavato sulla base di studi disponibili condotti quasi esclusivamente su donne di età 15-18 anni dagli anni ottanta in poi. Altro interessante esempio di cui disponiamo è quello turco: la prevalenza puntuale di anoressia nervosa in Turchia, secondo lo studio di Vardar e Erzengin (2011) su campione complessivo di 2907 studenti (54% F, 46% M), è nelle donne (n. 1464) pari a 0,068% (1 caso).

In Italia dallo studio di Gigantesco et al. del 2010 i dati di incidenza di ospedalizzazione per AN in pazienti di età 10-19 anni, ricoverate per la prima volta nel periodo 2004-2005, è pari a 22,8 per 100.000 fra le donne e 2,0 per 100.000 fra gli uomini. Questo significa che l’ospedalizzazione di donne affette da anoressia è 11,2 volte più frequente che quella di uomini.

Bulimia (Bn)

Sintomi

* abbuffate ricorrenti: per abbuffate si intende la ingestione di un breve periodo di tempo di una quantità di cibo molto maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbero nella stessa situazione e nello stesso tempo[[36]](#footnote-36);
* condotte compensatorie: dopo una abbuffata, la bulimica mette in atto condotte purgative quali l'eccessivo esercizio fisico, l’abuso di lassativi, diuretici, la autoinduzione al vomito;
* senso di perdita di controllo durante l'episodio bulimico;
* le abbuffate devono ripetersi per lo meno due volte alla settimana per tre mesi consecutivi;
* la autostima della paziente deve essere eccessivamente relazionata al suo aspetto fisico;
* la condotta non si verifica all'interno di un quadro clinico che soddisfa i criteri diagnostici per l'anoressia nervosa[[37]](#footnote-37).

Tipi di bulimia

* con condotte eliminatorie (condotte compensatorie quali vomito autoindotto, abuso di lassativi e diuretici);
* senza condotte di eliminazione (le condotte compensatorie sono digiuno o eccessivo esercizio fisico).

Conseguenze

Anche per la bulimia, a primo impatto si possono notare diverse cose: ingiallimento e rottura dei denti, colorito giallastro e capillari rotti dallo sforzo del vomito autoindotto, ghiandole salivari gonfie, caduta e depigmentazione dei capelli, ulcere e ferite sulle nocche delle dita delle mani.

Le conseguenze più gravi della bulimia sono svenimenti, emicranie, disturbi mestruali, disturbi endocrini, rottura esofagica o gastrica dovuta a dilatazione acuta, pneumotorace, ipopotassemia, aritmia cardiaca, disidratazione, letargia, convulsioni, danni renali. Seri problemi derivano anche dagli scompensi elettrolitici dovuti al vomito frequente. Il tasso di mortalità è del 5%.

Incidenza poblazionale

Quanto detto per l’anoressia sulla difficoltà nella raccolta dei dati, è ancor più vero per quanto riguarda la bulimia. Questo DCA ha infatti come caratteristica propria l’essere il più possibile celato: un corpo normopeso concede maggiormente, rispetto all’anoressia, la possibilità di nascondere i propri comportamenti patologici. È vero quindi che anche molte bulimiche non si fanno curare, e dunque non rientrano nelle statistiche, o richiedono assistenza a un dottore solamente dopo molti anni di malattia, sicchè è molto complesso il lavoro di chi cerca di misurare l’aumento statistico annuale della malattia.

Sempre secondo il rapporto Istisan n.13/6, l’incidenza della bulimia nei sei paesi europei considerati nello studio di Preti et al. (2009), la prevalenza di bulimia nervosa è dello 0,88% in donne di età ≥18 anni. Secondo lo studio di Swanson et al. (2011) la prevalenza di bulimia nervosa nel campione di popolazione generale statunitense considerata è dell’1,3%. Secondo lo studio di Hudson et Al. (2007) la prevalenza di tale disturbo del comportamento alimentare in un campione della popolazione generale statunitense di età ≥18 anni risulta essere dell’1,5% e nella classe di età 18-29 anni del 2,2%.

È di nuovo possibile un confronto intercontinentale. Sempre secondo lo studio di Chisuwa e O’Dea (2010) la prevalenza puntuale di bulimia nervosa in Giappone è dello 0,001%-2,9%. Per Vardar e Erzengin (2011) la prevalenza di bulimia nervosa in Turchia è stata nelle donne pari a 1,57% negli uomini pari a 0,0%.

Sempre secondo l’ISTISAN, la bulimia nervosa è tre volte più frequente nelle donne che negli uomini.

*Binge eating disorder*

Sintomi

* Episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata, che sono caratterizzati dal mangiare in un dato quantitativo di tempo una quantità di cibo evidentemente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo ed in circostanza simili ed avere una sensazione di perdere il controllo nel mangiare durante l’episodio;
* Sono di solito presenti tre o più dei seguenti sintomi: mangiare molto più rapidamente del normale, mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni, mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati, mangiare da soli a causa dell’imbarazzo per quanto si sta mangiando, sentirsi disgustato verso se stesso, depresso, o molto in colpa dopo le abbuffate;
* E’ presente marcato disagio a riguardo del mangiare incontrollato;
* Il comportamento alimentare incontrollato si manifesta, mediamente, almeno per 2 giorni alla settimana in un periodo di 6 mesi;
* L'alimentazione incontrollata non risulta associata con l'utilizzazione sistematica di comportamenti compensatori inappropriati (per es., uso di purganti, digiuno, eccessivo esercizio fisico), e non si verifica esclusivamente in corso di Anoressia Nervosa o di Bulimia Nervosa.

Conseguenze gravi

Le conseguenze fisiche gravi del disturbo da alimentazione incontrollata sono quelle legate all’obesità grave.

Incidenza poblazionale

Secondo lo studio di Preti et al. (2009) la prevalenza del disturbo da alimentazione incontrollata nei sei paesi europei considerati è dell’ 1,92% in donne di età ≥18 anni. Per il campione studiato da Swanson et al. (2011) della popolazione generale statunitense l’incidenza è del 2,3%. Per Hudson et al. (2007) la prevalenza di tale DCA in un campione della popolazione generale statunitense esaminato è del 3,5% e nella classe di età 18-29 anni del 4,2%.

Non disponiamo di dati per altre parti del mondo.

Disturbi non altrimenti classificabili

Il DSM-IV dedica un paragrafo a quelli che definisce *Eating disorder not otherwise specified* (NOS, DSM-IV, 2000, 550). Si tratta di quei comportamenti alimentari disturbati che però non soddisfanno tutti i criteri necessari per essere categorizzati come anoressia, bulimia o BED. Vengono forniti alcuni esempi

* Nelle pazienti donne, i sintomi soddisfano tutti i criteri diagnostici dell’anoressia nervosa, tranne l’amenorrea;
* Le pazienti soddisfano tutti i criteri diagnostici dell’anoressia nervosa, ma nonostante un discreto calo ponderale il peso dell’individuo rimane nel range del normopeso. Questo mantenimento di una certa massa grassa può essere spiegato in differenti modi: potrebbe essere il caso di pazienti che mangiano solo una certa tipologia di cibo con rituali ossessivi, ma ne consumano in quantità tale da non raggiungere livelli di peso estremamente bassi. La loro vita psichica e sociale, nonché la loro salute fisica, ne risulta ugualmente altamente compromessa.
* Le pazienti soddisfano tutti i criteri della bulimia nervosa ma le abbuffate hanno una ricorrenza minore delle due volte a settimana stabilite come criterio dal DSM-IV, oppure perdurano per meno di tre mesi consecutivi.
* Il soggetto utilizza metodi compensativi/eliminatori ma dopo aver ingerito una piccola quantità di cibo, e rimane nel range del normopeso. Per esempio, può essere il caso di coloro che mangiano “normalmente” ma hanno particolarmente paura di un certo tipo di cibo, ed attuano condotte eliminatorie anche dopo averne consumato poco (per esempio dopo aver ingerito due biscotti (DMS-IV, 2000, 550)).
* Sindrome *“chewing and spitting”*: il soggetto mastica una grande quantità di cibo durante la giornata ma non la ingerisce, sputandola invece di inghiottirla.

Altri esempi, non tratti dal DSM-IV, possono essere:

* *Ortoressia*: chi ne soffre mangia solamente prodotti di cui conosce perfettamente la provenienza ed il contenuto, con grande difficoltà per il mantenimento di una vita sociale normale.
* *Vigoressia*: disturbo tipicamente maschile, nel quale il soggetto passa moltissime ore in palestra dedicandosi alla cura dei proprio muscoli e ingerisce solamente alimenti che pensa lo aiuteranno a mantenere una forma fisica perfetta. Nella vigoressia è spesso presente la dismorfofobia: il paziente si vede sempre magro e senza muscoli, pur presentando un corpo da *body builder.*

Secondo l’Osservatorio ABA, nel 2010 il novanta percento delle richieste di cura sono arrivate da donne, e solo il dieci percento delle persone che si sono rivolte ai centri ABA erano uomini.

Oltre a tutti i sintomi più chiaramente classificabili, c’è anche un substrato psicologico che secondo gli psichiatri accomuna la maggior parte delle donne che soffrono di disturbi del comportamento alimentare, ed anche i pochi uomini. Si tratta di sentimenti come bassa autostima, insicurezza, fobie, ossessioni, perfezionismo, difficoltà nella regolazione delle emozioni, ansia. Ed anche gli agiti di anoressiche e bulimiche spesso non riguardano solo il rapporto con il cibo: per entrambi i disturbi è frequente l’associazione di pratiche autolesioniste, e la bulimia sempre più spesso si accompagna all’abuso di alcool o sostanze stupefacenti, e a condotte sessuali autogiudicate compulsive.

**3.3 Una descrizione narrativa**

Per andare oltre al freddo linguaggio medico, è possibile fornire una descrizione più narrativa di anoressia e bulimia, basandosi sui testi che negli anni hanno fornito descrizioni sempre più approfondite del comportamento medio delle persone affette da DCA e soprattutto sulle stesse parole di chi li ha vissuti, raccolte nelle diciotto interviste effettuate. Non è voyeurismo o interesse per la cronaca nera a rendere interessanti le narrazioni delle ragazze: è che sarebbe ingiusto prescindere dalle loro stesse parole per descrivere le loro vite. La descrizione non vuole essere esaustiva né escludere possibili eccezioni, ma dare un’idea dei vissuti, delle percezioni e delle emozioni di coloro che sentono di soffrire di uno di questi disturbi.

Anoressiche e bulimiche sono in primo luogo, nella maggioranza dei casi, giovani donne che durante un periodo difficile come quello dell’adolescenza, e più raramente della pre-adolescenza, cominciano ad avere dei problemi nella gestione della propria alimentazione. Il fattore predisponente più spesso presente è una bassa autostima, con conseguente forte insicurezza: “*alcune persone magari… iniziano come, con una dieta per perdere peso per cercare di adeguarsi a un modello sociale che le renda più sicure*” (C., 2, risposta 7)[[38]](#footnote-38), o “*avevo voglia di avere così un aspetto migliore per sentirmi più sicura di me stessa”* (Ar., 15, risposta 1) e più in là nella stessa intervista “*pensavo proprio eh se fossi qualche chilo in meno forse posso essere più sicura di me stessa, posso piacere di più…*”, sono affermazioni ricorrenti tra le ragazze intervistate. Secondo Piccini (2000, 10) le ragazze che poi sviluppano un DCA si sentono senza alcun valore, e quindi cercano di risultare speciali almeno per il loro aspetto fisico. Si sentono cattive, e quindi cercano nell’autocontrollo su alimentazione e corpo una evidenza della loro bontà, ed una ammenda ai torti che credono di avere. Si sentono grasse e brutte, e provano un desiderio disperato di dimagrire perché credono che questo possa aiutarle sentirsi più a posto con loro stesse. Capire da dove deriva questa convinzione, è proprio parte degli aneliti di questa tesi. Secondo Bianchini e Dalla Ragione (2010, 22) queste giovani donne si sentono piene di difetti e si vergognano dei propri bisogni e delle proprie esigenze, fino a non sentirsi degne di esistere, di vivere, e cercano di trasformarsi in corpi senza necessità. Mediante la malattia poi, cercano anche quella identità che ancora non sono riuscite a costruire: non sopportano di sentirsi precarie, in crescita, non ancora definite, e strutturano la loro personalità intorno al cibo e al corpo, o meglio al non-cibo e quindi al non-corpo. Mettono in atto le loro personali difese per “*paura di non essere accettata*” (M., 1, risposta 1).

La caduta nei disturbi del comportamento alimentare comincia quasi sempre con una dieta, una dieta di quelle che milioni di ragazze al mondo sperimentano durante la adolescenza, ma che poi degenera. Molte ragazze identificano il momento della prima dieta con il momento in cui ha inizio il disturbo: “*è cominciato tutto quando avevo sui tredici/quattordici anni e ho cominciato a perdere perso… (risatina) ho cominciato una dieta in cui avrei sostituito il cioccolato con le pesche”* (V., 4, risposta 1) e “*oltretutto mi dava fastidio il fatto che io provassi le diete e non funzionassero. E… e questo mi mandava fuori di testa. E quindi a un certo punto avevo deciso di non… di smettere di mangiare*” (Mi., 14, risposta 1). L’inizio della dieta è spesso l’evento precipitante: è da lì che comincia il controllo estremo che caratterizza sia anoressiche che bulimiche. È paradossale, ma è proprio l’ipercontrollo su ogni singolo aspetto dell’alimentazione quello che le ragazze intendono quando dicono di aver “perso il controllo”, e che i medici ritengono indispensabile inizio del “macabro rituale suicidario” (Barbetta, 2005, 62). Ma quindi cos’è l’anoressia, e cosa la bulimia? Un controllo esasperato, o una sua assoluta mancanza? Non è chiaro neanche alle persone con un DCA “*perché cioè vai sempre oltre quindi (…) la situazione ti sfugge di mano*” (C., 2, risposta 7) o “*cioè all’inizio sei tu che controlli ovviamente dopo non controlli più assolutamente nulla…* *(…) ovvero, quando sei veramente… veramente a pezzi e… e veramente le cose vanno fuori controllo del tutto…*” (Ma., 11, risposta 2). Il proseguire nella dieta ferrea è spesso stimolato da una serie di rinforzi positivi che la società concede a chi ha un corpo in linea con gli standard ideali di bellezza e a chi dimostra la propria fermezza seguendo una delle diete tanto reclamizzate: “ma come sei dimagrita!” è molto spesso inteso, almeno inizialmente, come un complimento. Tali rinforzi agiscono “positivamente” sulla bassa autostima delle ragazze, che hanno finalmente l’impressione di fare qualcosa di apprezzabile. Questo fenomeno è chiaro anche nelle parole di alcune giovani ammalate “*nel giro di una settimana io ho perso qualcosa tipo 7/8 chili (…) E... ovviamente una serie di rinforzi positivi dall’esterno. Ma come stai bene M\*\*\*\*, cioè, ma che bello questo, ma che cambiamento, ma che brava... che è diventato un mm... cioè... un... una autostima pazzesca rispetto alla capacità mia di autocontrollarmi e di aver annullato il desiderio del cibo*” (M., 1, risposta 1).

Il cibo diventa allora un pensiero ossessivo, le ragazze non seguono più un “normale” schema dietetico, ma c’è chi conta le calorie al millesimo, chi sa esattamente quanto brucia camminando, chi si pesa infinite volte al giorno. Ma anche chi si fa docce ghiacciate per bruciare più calorie, chi ricorre a lassativi, diuretici e pillole dimagranti, chi si motiva attraverso siti internet pro-ana. Questo non vale però per tutte: alcune cominciano a ridurre e arrivano semplicemente a non mangiare quasi nulla, senza faticosi calcoli o strazianti misurazioni, ma con una determinazione ferrea, che arriva a ribaltare l’istinto. Anche per la bulimia il decorso è spesso simile: si comincia con una dieta e con delle restrizioni esagerate, fino a quando invece la spinta verso il cibo e la sensazione di vuoto non è tanta da spingere all’abbuffata per riempirsi. “*Avevo iniziato a fare una dieta per conto mio… poi ho scoperto purtroppo una applicazione sul cellulare, cioè sull’I-phone, che contava le calorie (…) ho cominciato a contare le calorie di quello che mangiavo (…) facevo tutto proprio alla perfezione (…) avevo sempre questo meccanismo in testa di contare tutto e tenere tutto sotto controllo”* (Ar., 15, risposta 1) e più in là nella stessa intervista *“almeno per quanto sono in casa così devo pesare tutto devo cercare di misurare tutto, controllare tutto, e rispettare alla perfezione quello che c’è scritto, poi è logico se vado fuori così un po’ di ansia mi prende*” (Ar., 15, risposta 7) ed anche “*non mi piacevo e mi vedevo sempre troppo grassa e… facevo diete e contavo le calorie (…) poi facevo sport (…) mi aiutava a contare quanto consumavo”* (M.T., 10, risposta 1). Il cibo diventa dunque l’unico pensiero della giornata. Assillante, continuo, sottrae energie per qualunque considerazione non riferita a quanto mangeranno, se mangeranno, cosa, quando, perché, con chi, come. Una delle intervistate descrive molto bene questo passaggio: “(…) *fino a arrivare a non mangiare praticamente quasi niente e a concentrare tutta la mia vita attorno al cibo, al pensiero del cibo, quindi al voler cercare del cibo in un certo modo, e… quindi andavo al supermercato, giravo, ma magari non acquistavo niente, o comunque controllavo che tipo di cibo era, la quantità, le calorie, tutto…”* (S., 7, risposta 1), e da un diario “ *(…) se lasciassimo andare il cervello da solo ci sarebbe solo cibo, corpo, grasso, peso…*” (Barbara[[39]](#footnote-39)). Semplicemente, “*la malattia crea delle ossessioni, che sono come un tarlo che ti mangia dal di dentro, ti taglia*” (Viola[[40]](#footnote-40)). Si sviluppa parallelamente un disturbo che i medici chiamano “dismorfofobia”, o “dispercezione visiva”, che significa una perdita di aderenza alla realtà tale per cui anoressiche e bulimiche si vedono grasse anche se “evidentemente” non lo sono, evidentemente solo per gli altri però. Davanti allo specchio, le ossa si ricoprono di grasso in eccesso, anche se in realtà c’è solo pelle, o c’è una quantità di tessuto adiposo assolutamente nella norma: “*Io da persona malata non… emm… non credevo allora a quello che mi dicevano (…) Quando tu ci sei dentro non credi assolutamente a quello che ti viene detto da fuori, perché tu per prima non ti vedi. Tu ti vedi sempre inadeguata, tu non ti vedi mai magra, no? Quindi dici perché loro mi dicono se sono magra, se io che mi guardo allo specchio magra non lo sono, e non… comunque non mi vedo e quindi… emm… la società sembra esserti nemica, sembra non capire quello che tu provi, e sembra volerti far diventare qualche cosa che tu non vuoi essere*” (D., 5, risposta 6). Il riflesso dello specchio è spesso fonte di un malcontento insopprimibile: “*Un giorno mi sono guardata allo specchio e non ho visto quel che avrei voluto vedere. Il riflesso che mi rimandava non era quello che avrei voluto che fosse. Non mi piaceva. Non volevo essere quella me stessa. Volevo essere un’altra me stessa. Non mi piaceva quel riflesso. Mi faceva schifo. Se avessi potuto, avrei sputato su quel riflesso prima di rompere lo specchio e urlare, tanto mi detestavo* ” (Veggie[[41]](#footnote-41)). Un altro grosso problema è dato dall’iperattività con la quale spesso devono fare i conti le persone che soffrono di DCA, in particolare le anoressiche. All’energia mentale spesa per calcolare sempre perfettamente tutto quello che viene ingerito, si somma la necessità di fare movimento, anzi di essere in perenne movimento. Una spinta continua a agitare le gambe, a non controllare il proprio movimento, arrivando a stare in piedi anche per quindici ore al giorno, non riuscendo a pensare a nessun’altra cosa se non agli esercizi che vorrebbero fare. Questa smania diventa una nuova ossessione, soprattutto in situazioni di contenimento: a scuola, in ospedale, in macchina, si cercano soluzioni per dare sfogo a questa necessità, e continuare a “*fare esercizi per questo, fare esercizi per quello”*. Dalle parole di una intervistata “*cioè avevo un sacco di stress e poi anche tra l’altro la palestra perché anche lì volevo andarci tre volte a settimana (…) facevo anche le macchine apposta perché sapevo quante calorie potevo… emm…* ***Bruciare…*** *consumare, era tutto in funzione ormai di questi calcoli e…*”(M.T., 10, risposta 1), ed anche “*E ho sviluppato tutte le ossessioni del caso… crisi di ansia, autolesionismo, iperattività… non stavo mai ferma. Sono arrivata a stare in piedi boh.. quindici ore al giorno? Stavo in piedi anche a scuola… per fortuna ho avuto dei professori che mi hanno aiutata, e soprattutto sopportata. Che sopportavano che stessi in piedi durante le lezioni*” (N., 18, risposta 1), fino a “*E allora corro, corro, e ancora corro senza mai fermarmi...correre per bruciare, per sudare, per sentire la testa scoppiare, le vene pulsare e le gambe far male esageratamente...ma non posso fermarmi, NON VOGLIO FERMARMI...!!*” (Mary[[42]](#footnote-42)). Fino a mettere tutte insieme queste pratiche, con lo scopo ben preciso di arrivare a pesare il meno possibile: “*Decido, pur essendo in pieno inverno, di vestirmi il più leggero possibile, perché come ho ben letto, il freddo fa consumare più calorie.,. abolisco autobus e mezzi di trasporto( ..."camminare mi aiuterà prima a raggiungere il mio scopo!"), assumo sempre più lassativi, al punto che avverto delle fitte tali da perdere quasi i sensi (…) arrivo a procurarmi un taglio sul braccio per far defluire il sangue... in fondo anch'esso pesa!!* ” (Aurora[[43]](#footnote-43)).

Di solito le ragazze non si rendono conto immediatamente dell’invasività del pensiero ricorrente e della sua disfunzionalità: “*Eee… ne ho fatto la ricostruzione a posteriori, intanto, perché man mano che... .che il problema in sè prendeva forma io non me ne rendevo conto. Quindi, eee sì, è solo con uno sguardo retrospettivo che... .che posso ricostruire.*” (M., 1, risposta 1). Non è solo inconsapevolezza, ma anche una sensazione di benessere. Praticamente tutte passano attraverso a quel periodo che viene definito come “Luna di miele” con la malattia, che siano già in cura o che non siano ancora state “scoperte” è uguale. In questo lasso di tempo sono assolutamente convinte che i proprio atteggiamenti siano quelli giusti, che sia la cosa migliore per se stesse, si sentono bene nonostante non mangino o si abbuffino per poi rimettere, si sentono innamorate del loro stile di vita, sprigionano una forza e una vitalità che mal si accosta al repentino dimagrimento o al vomito continuo. E non credono a chi gli dice che magari qualcosa non va “*Il digiuno dà delle sensazioni che sono mmm… comuni a tutti… (…) euforia, sì, autocontrollo… esaltazione… energia”* (Ma.) o *“(…) in realtà questa cosa[[44]](#footnote-44) mi dava una sensazione di... cioè insomma controllare era sempre meglio.* ***Mmm…[[45]](#footnote-45)*** *E… c’era una sensazione di soddisfazione devo dire*” (M.T., 10, risposta 1) e anche “*Non solo ma io in quel periodo lì io mi sentivo tanto appunto forte... una forza... io mi sentivo forte, mi sentivo intelligente, mi sentivo... mi sentivo forte, e non... non sono mai riuscita.. ancora adesso, a odiarla[[46]](#footnote-46)...*” (Vi., 17, risposta 10).

Lo sconvolgimento a cui vanno incontro però non è solo fisiologico, organico: “*(…) che i danni che crea al tuo aspetto fisico sono importanti, possono essere importanti... ma quello che ti fa a livello emotivo è molto peggio. È molto molto peggio (…)*” (D., 5, risposta 2). I rapporti familiari si lacerano per le continue liti, quelli sociali annegano in una marea di rifiuti a partecipare a qualsiasi evento implichi il mangiare, o anche solo il bere qualcosa con altre persone. In pratica, a ogni occasione mondana. Subentrano quindi grossi problemi relazionali: genitori, insegnanti e amici che si preoccupano, e che le ragazze vorrebbero anche tranquillizzare, ma senza smettere di cercare il modo di sfuggire a tutte le occasioni in cui sarebbero tenute a mangiare con qualcun altro. Il pensiero ossessivo dunque si sdoppia: da una parte si pensa a come non mangiare, e dall’altra a come nascondere che non si sta mangiando, o che si mangia troppo ma in rigorosa solitudine per non far vedere agli altri quanto bisogno si ha di riempirsi, a che scuse inventare per evitare di uscire e di dover dare spiegazioni. In un momento come quello dell’adolescenza, quando il confronto con il gruppo dei pari è fondamentale, quando bisognerebbe staccarsi dalla famiglia e vivere nel mondo esterno, queste ragazze invece si rinchiudono, perdono il contatto con i loro coetanei e con gli adulti di riferimento, con l’Altro significativo, assillate dall’idea di trovarsi incastrate davanti a una birra o a una pizza. E questo acuisce il loro senso di solitudine, di insicurezza, di disagio. Le ragazze evitano le situazioni “*riduci sempre di più le porzioni dei cibi che mangi, cominci a inventare scuse per, per non mangiare a casa, o per evitare di mangiare con i tuoi, così…*” (Al., 9, risposta 1) e successivamente nella stessa intervista “*E il fatto… uff… nel momento in cui invece si parla di collettività come mangiare… con i compagni di scuola, con la famiglia, alle feste comandate… pranzoni, cenoni… quello diventa un disagio… completo, cioè… eviti di tutto. Eviti, eviti completamente…*” (Al., 9, risposta 3), e mentono “*quando sono qui in università a mangiare a pranzo devo mangiare per forza (…) Oppure mi invento qualcosa, dico no, devo andare a trovare quella mi amica, mangiamo insieme. Qualcosa quando sono proprio che non ce la posso fare…*” (Ce., 12, risposta 1) o inventano scuse “*cioè io dopo un’abbuffata non esco mai. Cioè… perché… sono anche talmente impresentabile… quindi quando hai una vita sociale intensa queste cose… cioè non puoi più trovare scuse”* (M.T., 10, risposta 6) e “*prima rifiutava tutto ed era difficile, perché dovendo evitare tutte quelle situazioni in cui si mangiava, per me era difficile invitare... accettare un invito a pranzo da una amica.* ***Mmm...*** *Quindi ti limita molto, perché ci si deve nascondere, ci sono tanti tabù di cui non si deve parlare, ero molto isolata, non avevo più...*” (Vi., 17, risposta 7) e ancora “*ma avevo iniziato a abbuffarmi perché lo stress era altissimo… Piano piano in quell’anno mi sono trasformata, da ragazza eclettica, estroversa, che diceva sempre ciò che pensava e non si vergognava mai di nulla, mi sono ritrovata una larva, chiusa in casa, lontana da tutti, che raccontava un sacco di storie per giustificare le continue reclusioni forzate*” (Alice)[[47]](#footnote-47). Riconoscono dunque di perdersi molti appuntamenti importanti nella vita di tutte le persone, e degli adolescenti in particolare. Le prime uscite con i compagni, le feste, le vacanze da soli sono alcuni dei passaggi che un adolescente con gravi disturbi del comportamento alimentare rischia di non vivere mai: “*Sì, sì, per quanto mi riguarda in qualche modo vivi… (…) cioè in qualche modo vai avanti, però sicuramente ti perdi tantissime cose… cioè a livello di rapp… per quello che penso io a livello di rapporti sociali sicuramente (…) mi sono negata, ho tirato pacchi enormi*” (M.T., 10, risposta 8). Su un blog che tratta di disturbi alimentari[[48]](#footnote-48), tenuto da una delle ragazze intervistate, V., compare un post interamente dedicato a “*tutte le bugie che ho detto per nascondere il mio disturbo alimentare. Le centinaia di migliaia di bugie*”. L’autrice svela le sue, e si va dal semplice “non ho fame”, fino ad arrivare alla nonna morta per evitare un pranzo di laurea. Nei commenti al post, decine di *followers* elencano le proprie. C’è chi inventa malattie, chi dà la colpa ai denti del giudizio, chi diventa improvvisamente celiaca o allergica al lattosio, chi continua a perdere treni. Ma nessuna, o quasi nessuna, è tranquilla rispetto alle proprie menzogne: *“ (…) grosso schifo verso me stessa, esser riuscita a scrivere.. Mi rattrista molto prendere coscienza di come sono..”* (utente Sby) o “*ahhh dio, quanto so che ci sente malissimo ogni volta. ogni volta che deludo o rinuncio a qualcuno pur di rispettare i dettami del mio disturbo, aiutandomi con una bugia a caso, e poi finisco col ferire solo me stessa, la parte sana di me*” (utente trappolapertopi) e “*Ho la coscienza sporca da tutte queste bugie. Ogni volta mi dico che non mentiró e invece ogni volta é la stessa storia. Che ridicole che siamo..*” (utente apity) fino al “*si lo so che sono una merda*” (utente Je). Il fatto di mentire rode cuore e cervello di queste ragazze, che pur preferiscono fare così che condividere il proprio pranzo con qualcuno, o dover spiegare perché non mangiano. In compenso, alle volte, coloro che si negano il cibo e si negano agli altri nutrono quelle persone con le quali riescono a mantenere un rapporto, le persone che amano e dalle quali vogliono farsi volere bene: imparano a cucinare, collezionano libri di ricette, e passano molte ore manipolando alimenti che poi o mangerà qualcun altro, o verranno buttati, “*tante di quelle che hanno questo problema adorano preparare, cucinare, nutrire il prossimo… è alimentazione vicaria, soprattutto per le anoressiche. Quelle amano far da mangiare, nutrire il prossimo, è una roba che le manda su di giri!*” (Ma., 11, risposta 10).

In alcuni casi, molti altri aspetti della vita vengono compromessi. Non sono rare le persone che perdono anni di scuola, che non riescono a fare nient’altro, ingabbiate nel disturbo o nella lunga trafila delle cure: “*mi sono ritrovata vabbeh a dover rinunciare all’anno scolastico, cioè alla quinta, alla maturità…*” (F., 6, risposta 8) o “*stavo facendo la quinta superiore all’epoca solo che ero troppo stanca, non riuscivo a fare niente quindi ho deciso di lasciare perdere e di ripetere l’anno* ***Mmm…*** *L’anno dopo… vabbeh poi quell’estate… ho avuto un po’ di casino… tipo boh, mi sono fatta una overdose di farmaci…* “ (Mi., 14, risposta 1) o “*agli scritti ero andata bene, agli orali ho fatto completamente scena muta… (…) ho cominciato a fare l’università, che però…* ***a Milano?*** *Sì, a Milano, che però ho mandato completamente a fanculo*” (Ma., 11, risposta 1). Se si tiene conto del perfezionismo che accompagna queste malattie, una bocciatura assume una sfumatura ancora più drammatica.

Dopo tanti anni di sofferenza, qualcuna si rende conto che si sta lentamente uccidendo, e che si sta perdendo anni che non le verranno mai ridati indietro. E il dolore diventa più acuto. Le ragazze si rendono conto che c’è qualcosa che non va, ma non capiscono cosa, e spesso rifiutano ogni aiuto. Le terapie per curare i disturbi del comportamento alimentare incontrano sempre una strenua resistenza, le giovani donne e i giovani uomini si attaccano disperatamente al sintomo, ed è molto difficile riportare l’alimentazione a essere ragionevolmente sana, almeno tale da lasciate spazio ad altro. Il dolore fa sì che compaiano altri elementi tipici dei DCA: l’autolesionismo e le crisi di ansia. Delle ragazze intervistate, molte hanno parlato delle crisi, e dei tagli e delle ferite che si infliggevano. Per esempio *“(…) che poi è diventato[[49]](#footnote-49)... mm... un tentare di farmi... cioè... pratica autolesionista in un secondo momento (…) il tagliarmi e così non l’avevo mai provato, la voglia la sentivo... dopo aver visto quel film[[50]](#footnote-50) ho provato anche quello”* (M., 1, risposta 1), o “*perché il mio umore era sempre giù…molto giù… e non riuscivo mai a dormire la notte, ero sempre molto ansiosa, pensieri ossessivi legati al cibo, alle calorie, ai grassi… quindi per me a volte anche piangere nei momenti dei pasti*” (F., 6, risposta 8). E ancora “*Se vuoi aggiungere qualcosa già che sono proprio… come si dice, in fase di apertura emotiva, io aggiungo anche che sono… ho passato dei periodi di autolesionismo (…) è un impulso, esattamente come i tic… (…) anche tutti i piercing che mi sono fatta non li ho fatti mica così… li ho fatti in momenti di… di tristezza, di debolezza, perché boh, fanno male, poi mi scaricano e boh, per una o due settimane (…)*” (Ce., 12, risposta 10), e “*in quarta superiore ho iniziato a autolesionarmi*” (Mi., 14, risposta 1) oppure “*e poi è iniziato anche l’autolesionismo, la depressione, e adesso c’è anche il disturbo di personalità borderline*” (Fe., 13, risposta 1). Alcune descrizioni delle crisi d’ansia danno proprio l’impressione dell’angoscia perenne “*una mia fortissima difficoltà a gestire delle crisi di ansia, cioè ansia, momenti proprio, statiii... stati di ansia fortissimi. Stati di, cioè attacchi di panico, difficoltà a dormire*” (M., 1, risposta 8), e “*e poi il vomito anche probabilmente è un meccanismo che si è costruito negli anni e anche quello mi aiuta tantissimo a scaricare l’ansia, e a eliminarsi dei pensieri…*” (V., 4, risposta 2) o “*E per cui ero arrivata a un punto che facevo anche delle crisi perché ogni fine settimana proprio la mia testa non ce la faceva più, scoppiava, diceva basta non puoi continuare così “* (Ar., 15, risposta 1) o “*l’ansia diventò incontenibile, svuotavo il frigo e poi vomitavo, fino allo sfinimento, fino a farmi male, fino a che quel vuoto non veniva colmato (…)*” (Camilla)[[51]](#footnote-51). Ma l’ansia non è l’unica emozione negativa che provano la maggior parte di queste ragazze, c’è spesso anche “*una forma di chiusura di malinconia, di tristezza, un po’ di isolamento…*” (S., 7, risposta 1), c’è la pura ossessione “*Non saprei definire l’ossessione. Credo la si porti sempre in sé. Spesso basta un nulla a scatenarla. S’insinua in te silenziosa, attacca lentamente, tortuosa, distorce, ogni parte del tuo essere*” (Veggie, autrice del blog [anoressiabulimiaafterdark[[52]](#footnote-52)](http://anoressiabulimiaafterdark.blogspot.it/)) e il semplice dolore “*Il dolore (…) a volte mi colpisce e mi rende apatica e sconfitta. A volte mi rende iperattiva, nervosa e nevrotica. Arrogante e aggressiva con me stessa. Mi isola dalle altre, a volte sento che mi mangia lo stomaco, altre il cuore, continuamente la mente*” (Chiara[[53]](#footnote-53)). O una ulteriore mortificazione del sé “*è una roba brutale, perché ti… il binge… praticamente ti impedisce di pensare razionalmente e ti ritrovi senza… con le mani ovunque nel dolce, nel salato, non sai più dove mettere le mani… così, e sono… passi diverse ore o, così… a mangiare. A mangiare ma non solo. Soprattutto è il dopo, a pensare alle cose negative che… che hai mangiato, a pensare che sei una merda, eccetera eccetera*” (Al., 9, risposta 1). Altro illustre sentimento è il senso di colpa, compagno onnipresente nel vissuto di queste ragazze: "*Non sono ancora riuscita a smettere di ridurre e vomitare, ridurre e vomitare, e non credo accadrà molto in fretta! Vomitare è sinonimo di punizione...perché mi sento in colpa...e ogni volta che si fa qualcosa di sbagliato c'è bisogno di una punizione!! Perché la colpa è solo mia se tradisco me stessa, se tradisco la bilancia*” (Mary[[54]](#footnote-54)) e “*E quando mangio, quando mi abbuffo, poi mi invade il senso di colpa, un'ansia devastante che mi fa pensare solo a mangiare ancora, tanto ormai di calorie ne ho già mangiate tante...*” (Ale[[55]](#footnote-55)) o colpa nelle parole di una ragazza che dice di aver messo quattro anni di alimentazione sana tra lei e il suo disturbo bulimico “*Piccoli stratagemmi e negoziazioni quotidiane con me stessa, per evitare di colpevolizzarmi ogni volta che mangio e con piacere..*”(Valentina[[56]](#footnote-56)). Interessante sarà indagare cosa ha a che fare questo sentimento così importante nella vita dei DCA con la morale culturale e la storia del rapporto con il cibo nelle diverse società. C’è anche la paura a accompagnare anoressiche e bulimiche. Paura di ingrassare, in primis. Paura di non “tornare mai come prima”, in secondo luogo. Ma poi, in fondo, per alcune è anche paura di morire: “*sono bulimica, e se non ne esco, un giorno di questi morirò per mezzo delle mie stesse mani, delle mie stesse dita in gola: il mio cuore non è in grado di reggere altri dieci anni così, e mi ammonisce di questo sempre più spesso. Alle volte rallenta talmente tanto da condurmi a un sonno comatoso in un corpo esausto ormai privo energie; altre volte invece, quando è sottoposto alla tortura delle pratiche autolesioniste, prende a battere talmente veloce, con tale potenza, che l’esito di questa percussione interiore sembra essere, da un momento all’altro, l’ultimo assordante colpo di tamburo che mette fine a un lentissimo e logorante rito funebre*” (Fasst[[57]](#footnote-57)) o “*Il silenzio è assordante, il cuore mi batte così forte che sembra sul punto di scoppiare, le mani tremano, ho gli occhi pieni di lacrime, l’affanno. Non respiro. Sto per morire, lo sento. Ci siamo, ecco adesso mi verrà un infarto e mi ritroveranno qui, riversa sul water, il vomito dappertutto. Che schifo.*” (Annamaria Tomasini[[58]](#footnote-58)). Se l’anoressia è spesso chiaramente visibile e difficilmente, per la bulimia subentra anche la componente di vergogna profonda per il proprio comportamento, e l’ansia di dover nascondere questo terribile segreto, con tutti i mezzi possibili. “*E da lì è stato bulimia fino cioè, erano... dai miei 16/17 anni fino ai miei 24. Senza... non curata, non detta a nessuno, tenuta nascosta al mondo intero*” (M., 1, risposta 1) e in un altro punto dell’intervista “*Ok, sì la paura, cioè, è stata fortissima e paralizzante, tant’è che ci ho messo dieci anni a tirare fuori questa cosa*” (M., 1, risposta 5). Un’altra ragazza bulimica ha la sensazione che i pregiudizi delle persone sulla sua malattia siano troppo da sopportare “*quindi ci costringono a… mentire molto di più sul nostro disturbo alimentare per non sentirci giudicate, ci costringono a nasconderci*” (V., 4, risposta 11) o “*perché so che non è un comportamento normale, so che non è salutare, non è niente… quindi sicuramente, se no ne avrei parlato con qualcuno probabilmente, invece no, perché morirei dalla vergogna*” (Ce., 12, risposta 5). La vergogna è quindi anche legata alla paura dell’etichettamento e del giudizio: “*mi si creava nella testa l’immagine di lei che mi diceva... tu sei, tu sei pazza... cioè... mm... che è qualcosa di un po’ diverso dall’ammettere di essere malata.* ***Certo*** *avevo paura di essere categorizzata come pazza, sì*” (M., 1, risposta 5). Ma a volte non è solo paura del giudizio sociale, può essere vantaggioso (in termini patologici) perché non avere nessuno a controllare permette di perpetuare il sintomo a propria discrezione. Questo appare chiaro dalle parole di un ragazzo, unico post di uomo incontrato in decine di pagine internet: “*Il fatto di non poterne parlare quasi con nessuno, se a volte sembra un’ulteriore croce, si manifesta in realtà come una delizia, perché mi permette di proseguire in questo stato galleggiante senza dovermi giustificare*” (Haberman[[59]](#footnote-59)).

Quando il male e la confusione raggiungono picchi troppo alti, entrano alle volte in gioco altri meccanismi, che sono tentativi di annullare le proprie emozioni, di appiattire le proprie sensazioni: “*Cioè sono dimagrita tantissimo per un anno, ee proprio... alga hehe. Cioè, proprio... il ricordo di quell’anno è proprio assenza di... non so, di espressione emotiva... ero mono-mono emozione cioè anzi zero emozione rispetto a qualsiasi cosa dell’esterno, una difficoltà a relazionarmi con il mondo...*” (M., 1, risposta 1), e “*invece quando tu sei anoressica non… non provi più niente… sei una macchina, sei un robot che fa cose che… però non prova più emozioni*.” (S., 7, risposta 8).

È terribilmente difficile riuscire a sconfiggere i pensieri ossessivi, la fobia del cibo e del grasso, aumentare l’autostima e rirendere in mano la propria vita. Anche quando vengono trascinate da dottori o si spingono da un medico per farsi aiutare, spesso anche involontariamente resistono alla terapia, si oppongono allo schema di alimentazione, non resistono al desiderio di abbuffarsi e valutano più conveniente rimanere attaccate al loro comportamento piuttosto che intraprendere un cambiamento verso la guarigione. Anche di questo spesso si accorgono anche le ragazze che stanno intraprendendo un percorso “*in un certo senso c’è sempre un rifiuto…c’era sempre un rifiuto per me… mm… pensavo di non averne più bisogno o comunque di poter fare da sola*” (C., 2, risposta 7), e “*io la vedo totalmente incastrata (…) proprio è cristallizzato lì*”[[60]](#footnote-60) (M., 1 , risposta 9). Incastrato, cristallizzato, sono parole forti che si riferiscono al sintomo e al pensiero fisso, e spiegano bene il concetto di resistenza alla terapia. E anche durante la lenta guarigione, quando per esempio si segue uno schema alimentare, bisogna fare i conti con mille insidiosi nemici: gli “alimenti proibiti”. A complicare ulteriormente la vita, ci sono infatti una serie di *fix* su degli alimenti che sono considerati assolutamente intollerabili, e che causano crisi di ansia disperate alla sola idea di doverli provare: quando si accetta di ricominciare a mangiare qualcosa, non vuol dire che la strada sia semplice, perché le fobie resistono anche per anni. Gli alimenti fobici sono però spesso alimenti assolutamente comuni, come i carboidrati o i condimenti, e quindi il cercare di evitarli complica ancora di più i tentativi di ricominciare a mangiare normalmente, soprattutto fuori casa: “*il lavoro che deve fare la nutrizionista è di toglierti quei tabù… tipo, per me, io ho ancora la fissa dell’olio e del burro, ecco. Dall’altra parte me ne sono tolta un sacco di altri, tipo… i cibi light, che sono una cagata mostruosa…* ***(risatina)*** *oppure carboidrati e cioè… non lo so… hai poi dei… ti inventi dei… delle cose da non mangiare…* ***mm, dei nemici*** *sì esatto dei nemici. E… appunto riduci i nemici… e forse aumenti la consapevolezza che quelli che sono nemici… non sono poi così nemici*” (Al., 9, risposta 8) o nelle parole di un’altra ragazza “***fisse, cosa intendi?*** *E ci sono dei paletti che una anoressica si dà… tipo i carboidrati sono una cosa che…* ***Mmm… Mmm…*** *Sono veramente una cosa grossa. Un grosso problema* *(risatina)*.” (Ma., 11, risposta 9). È possibile andare avanti anni senza riuscire a liberarsi da questi tabù. E ai tabù si uniscono i “rituali alimentari”, una serie ben precisa di gesti che accompagnano i pasti di molte persone che soffrono di DCA. Il problema è che questi rituali paiono spesso assurdi a chi guarda lo spettacolo del pranzo: sminuzzare la pasta a pezzetti minuscoli, sbriciolare il pane, mangiare solo con un certo tipo di stoviglie o di posate, bere una data quantità di acqua, metterci ore per fare un boccone o divorare tutto in un istante sono alcuni dei comportamenti più classici. Anche per questi rituali, spesso l’idea di mangiare con altre persone mette in fortissimo imbarazzo coloro che riconoscono i propri comportamenti come disfunzionali. *“(…) sarebbe l’inizio di tutti quei comportamenti di malata che non riuscirei a frenare: asciugare l’olio con i fazzolettini, sminuzzare la roba, allungare con l’acqua la pasta in modo che il sugo stia a galla, olio compreso, nascondere il pane, i biscotti, il cuore della brioche”* (Barbara[[61]](#footnote-61)) o “*verso le 13 iniziavo a cucinare per il pranzo… le verdure alcune bollite, alcune crude, la pasta, i condimenti… bastava un particolare cambiato, e far saltare tutto il piano ordinato*. *Poi iniziavo a mangiare… se di mangiare si può parlare, per 2 o 3 ore, sola. Non dovevo essere disturbata da nessuno. Il mio era un rito. Sacro.”* (Paola[[62]](#footnote-62)).

Si ritrovano quindi spesso spaccate a metà, tra l’attrazione del sintomo, gli ultimi difficili baluardi di DCA da abbattere, e la voglia di riavere una vita come quella di tante altre coetanee: “*in cui ero proprio spaccata in due, cioè una parte mi diceva continuamente di restringere l’alimentazione, di controllare, di pesarmi, e l’altra invece e… era totalmente il contrario, cioè urlava basta, di smettere tutto, di lasciar perdere tutto…*” (Ar., 15, risposta 11).

La vita individuale e sociale con un DCA è insomma una vita complessa, di difficoltà relazionali, di difficoltà di inserimento nel sistema circostante, di “diversità” rispetto alla media, di paura di un giudizio sociale. Così una delle intervistate descrive la sua vita dopo la guarigione, e per differenza illustra bene cosa le mancava quando viveva del pensiero del cibo: “*l’equilibrio di cui io parlo mi permette di avere nonostante questo una vita normale, fare le cose che fanno tutti, quindi eemm… ridere, scherzare, io ho una famiglia… ho due ragazze, e… ho un marito, ho un lavoro, ho una vita sociale attiva… cioè ho tutto quello che hanno gli altri, non mi sogno più tutte le notti questa cosa (…) tutte queste cose sono una grande liberazione per me*” (D., 5, risposta 1). La stessa idea di “normalità” per opposizione traspare dalle parole di un post su un blog: “*Poi sono riuscita a organizzare la mia vita: frequento l’università, lavoro, vedo psicologa e psichiatra, vedo il mio ragazzo (che è tornato a far l’amore con me), i miei amici. E senza correre e sbattermi e impazzire. Giro in motorino, io, che due anni fa non prendevo neanche l’autobus da sola, che anzi non ero mai sola: avevo la mia anoressia con me, avevo le mie ossa a difendermi da cose comuni come prendere un autobus, come portare un sacchetto della spesa, perché nessuno me l’avrebbe permesso*” (Post n°744[[63]](#footnote-63)). Una normalità che può sembrare noiosa e scontata a molte persone, ma l’importante è poter scegliere il proprio stile di vita, godendo di una libertà negata dal disturbo alimentare.

**3.4 Metodo medico standard e approcci alternativi**

È interessante analizzare i diversi metodi di cura dei disturbi del comportamento alimentare per le loro implicazioni non solo personali, ma anche sociali e politiche. Diversi approcci sono sottesi da diverse visioni del mondo e diversi orientamenti rispetto all’Altro, all’ambiente sociale, alla malattia e alla cura. Sostanzialmente la dicotomia si da tra il metodo psichiatrico classico come modello di cura dominante, da un parte, e tutti i tipi di cura definiti “alternativi”.

Il metodo classico di trattamento dei disturbi del comportamento alimentare è quello per esempio descritto da Dalle Grave, considerato uno dei massimi esperti di DCA in Italia, direttore della casa di cura Villa Garda (VR), nel suo articolo *Anoressia nervosa* (2004). Il trattamento può essere condotto a livello ambulatoriale, con incontri mono o bi-settimanali, in regime di day hospital, consumando i pasti principali in ospedale ma tornando a casa per la notte, o in ricovero ospedaliero. Le strutture ospedaliere per la cura dei disturbi del comportamento alimentare sono molte, e di diverso tipo: si va dalle case di cura agli ospedali specializzati, ai reparti chiusi all’interno di ospedali psichiatrici tradizionali. I passi da compiere durante il trattamento sono, secondo Dalle Grave (2004):

* Sviluppare una alleanza terapeutica efficace tra paziente e medico curante. Analizzare i pro e i contro della malattia, discutere delle condizioni cliniche e psichiche della paziente, far in modo che accetti di affidarsi al medico nel percorso riabilitativo nutritivo e psicologico;
* Normalizzare il peso e eliminare i comportamenti alimentari dannosi. Questo passaggio può avvenire tramite contrattazione con la paziente, con la quale si concordano la qualità e la quantità di alimenti da ingerire, e si procede con una sorta di alimentazione meccanica, nella quale il cibo stesso diventa terapia. Si istituisce quello che viene chiamato “il vassoio”, una quantità di cibo a pasto che la paziente deve consumare completamente lasciando ad altri il controllo sulla quantità e qualità di quello che ingerisce. Chiaramente, in questa fase il cibo perde ogni funzione di socialità, di convivialità, di appagamento: è solo calorie da ingurgitare, e alle pazienti che consumano il pasto in strutture ospedaliere è normalmente fatto assoluto divieto di parlare di cibo durante il pranzo, di guardarsi tra loro, di distrarsi. Insieme all’alimentazione meccanica o forzata, la paziente viene istruita a interrompere altri meccanismi disfunzionali di controllo del peso o dell’alimentazione, quali iperattività e esercizio compulsivo, vomito e abbuffate, rituali alimentari, uso di lassativi o diuretici. Questo dovrebbe aiutare a sbloccare la paura di perdere il controllo del peso e del cibo e ridurre le ansie verso alcuni alimenti. Il medico determina anche, e di solito comunica alla persona in cura, come intervenire nel caso la paziente non rispettasse il patto alimentare. La minaccia più ricorrente, che si trasforma in realtà con le pazienti più restie a riprendere una alimentazione sufficiente, è quella dell’alimentazione artificiale o forzata: il sondino naso-gastrico. Un apparato che entra dal naso ed arriva direttamente allo stomaco della paziente, e che rilascia gradualmente prodotti nutritivi (integratori). Contemporaneamente, si instaura una terapia con psicofarmaci e, quando le strutture lo permettono, una terapia psicoanalitica;
* Ridurre l’eccessiva importanza attribuita al peso e alle forme corporee. Pur essendo un obiettivo della terapia, lo stesso Dalle Grave non da indicazioni su come questo possa avvenire, se non continuando la terapia cognitivo-comportamentale e con l’uso della fluoxetina come farmaco raccomandabile (2004, 16).

Il metodo normalmente utilizzato è dunque un metodo psichiatrico, verticale, tradizionale. I reparti[[64]](#footnote-64) per la cura dei disturbi alimentari collocati all’interno dei grandi ospedali sono di solito reparti comuni da ospedale psichiatrico, con personale continuamente preposto alla vigilanza, finestre sbarrate, porte chiuse a chiave. In questi luoghi lo spazio ed il tempo sono rigidamente normati, ed una serie di altre regole dominano ogni singolo aspetto della vita della paziente. Lo spazio all’interno del reparto può essere diviso in zone, alcune accessibili ed altre no alle pazienti, ma la distinzione principale è forse quella tra dentro e fuori: c’è chi non ha affatto il permesso di uscire dal reparto, chi può uscirvi per un tempo limitato, chi ha invece permessi più lunghi. In ogni caso, le porte sono sempre chiuse a chiave e le finestre sempre sbarrate. Ed ogni volta che si esce, quando si esce, e si rientra, si subisce “lo spoglio”, ossia una perquisizione in cerca degli “oggetti proibiti”, ossia una serie di oggetti, che vanno dal phon per i capelli agli aghi per il ricamo, passando ragionevolmente per ogni tipo di alimento, arrivando poi a una lista infinita e discrezionale di altre cose: detersivi, disinfettanti, sacchetti di plastica, bianchetti. Alcuni oggetti, come quelli per l’igiene personale o quelli per gli hobby (ferri da maglia, uncinetti, eccetera) vengono ritirate dagli infermieri e concessi solo in alcuni momenti della giornata. Perché anche il tempo è scandito in maniera molto rigida, con orari per tutto: gli orari in cui si può entrare e in cui si può uscire, quando è concesso, gli orari in cui mangiare, in cui spegnere la televisione, in cui ritirare gli oggetti confiscati, i momenti in cui stare necessariamente in camera o a letto e i momenti in cui stare necessariamente fuori dalla camera. Le regole riguardano, oltre agli oggetti, innumerevoli altri aspetti: l’abbigliamento, le visite, quante sigarette fumare, i discorsi da fare e da non fare, il numero delle telefonate e delle lettere, le medicine da prendere e il momento ed il modo in cui prenderle, i gruppi di riabilitazione o occupazionali da seguire o da non seguire. In molti ospedali, come emerge anche dalle parole delle ragazze intervistate, come per esempio il San Raffaele – Ville Turro (MI), Villa Garda (VR), Palazzo Francisci di Todi (PG), il trattamento procede per fasi: ogni fase ha degli obbiettivi terapeutici da raggiungere, e passare alla fase successiva significa avere diritto a qualche libertà in più, come lettere, telefonate, visite, uscite. Raggiungere gli obbiettivi vuol dire dunque ricevere un premio, ma anche sottoporsi a qualche fatica in più, per esempio un recupero ponderale maggiore, o l’esposizione a cibi considerati fobici. Fallire gli obbiettivi vuol dire essere “puniti” retrocedendo di fase o rimanendo per più tempo nella fase in cui ci si trova. Il programma multidisciplinare di ricovero di lunga degenza per pazienti affetti da anoressia nervosa nella divisione di psichiatria 4B dell’ospedale San Raffaele – Ville Turro, per esempio, prevede un massimo di nove fasi. Inizia, se le condizioni internistiche della paziente lo permettono, con una fase di osservazione indiretta, che prevede dei permessi di uscita per trenta minuti nel parco dell’ospedale, una telefonata a giorni alterni, due lettere alla settimana, ed una visita dei parenti durante il week-end, nella mattina o nel pomeriggio della domenica. Se però non si raggiungono gli obbiettivi concordati durante due settimane in questa fase, c’è lo spettro delle fasi ancor più restrittive: quando le condizioni internistiche peggiorano, la paziente può essere rinchiusa prima per l’intera giornata in reparto, od anche in camera, con due sole ore di socialità con le altre ragazze ricoverate, che si trascorrono nella sala apposta per le fasi restrittive, fino alla permanenza in camera ventiquattro ore, ad eccezione del momento dei pasti (a meno che questi non avvengano tramite sondino naso-gastrico). Nelle fasi più restrittive, telefonate e corrispondenza sono completamente vietate. Se invece gli obbiettivi della fase dei permessi di trenta minuti vengono raggiunti, la libertà di cui gode la paziente aumenta vieppiù: si inizia permettendo telefonate e corrispondenza libera, anche se l’uso del cellulare privato o di internet non è mai permesso. Si passa a permessi quotidiani per l’uscita nel parco, per poi raggiungere il permesso di uscita in città, sempre con orari estremamente controllati, l’esposizione al consumo di pasti fuori dalla struttura, la possibilità di passare alcune notti a casa e poi rientrare in clinica, appena prima delle dimissioni. Un sistema dunque “bastone e carota”. La terapia farmacologica è di solito concordata con la paziente, che però non sempre ha la capacità cognitiva o la lucidità psichica per capire che cosa le sta capitando. Dopo il periodo di ricovero, che di solito varia tra tre settimane (degenza breve) e quattro mesi (degenza lunga), alcune continuano il percorso con un ciclo di *day hospital*, come ponte tra l’internamento completo e il ritorno alla realtà quotidiana, che dovrebbero svolgere funzione di prevenzione alle ricadute nei disturbi del comportamento alimentare dopo le dimissioni, che è percentualmente molto alta (Dalla Grave, 2004, 26). Durante la fase di *day hospital* alcuni pasti vengono consumati a casa, mentre altri avvengono ancora in ospedale. La paziente torna comunque nella propria abitazione, piuttosto che in albergo, alla sera. Se il percorso procede bene, successivamente si dovrebbe passare alla terapia ambulatoriale. Continuare le cure ambulatorialmente è però possibile solo se la paziente vive in un luogo in cui vi sia a disposizione un centro sanitario competente, o se ha abbastanza denaro da potersi pagare le trasferte nella città più vicina con un ospedale per la cura dei disturbi del comportamento alimentare.

Altre case di cura[[65]](#footnote-65), preposte alla riabilitazione di pazienti con disturbi del comportamento alimentare a lunga degenza, lasciano di solito condizioni di vita più libere: più permessi di entrata e di uscita, più visite, più libertà all’interno del complesso. Sono strutture riabilitative che prevedono soggiorni più lunghi, sono inserite in luoghi che permettono di avere giardini in cui muoversi, e molta tranquillità nelle vicinanze.

Vi sono anche delle “comunità” residenziali[[66]](#footnote-66) per il recupero e la riabilitazione del comportamento alimentare. Si tratta spesso di piccole realtà, da una decina di posti al massimo, all’interno delle quali le ragazze che hanno avuto problemi di DCA vivono con l’aiuto di operatori e medici, ma in maniera indipendente. Alcune prevedono la possibilità di dormire e consumare i pasti principali all’interno della casa-comunità, con il sostegno di medici e operatori, ma di uscire per recarsi al lavoro o a studiare. La permanenza in questi luoghi può variare, ma sono di solito pensati per ospitare le pazienti per periodo medio-lunghi, ed il fine è il recupero dell’indipendenza e dell’autonomia dopo il trattamento delle fasi acute dei disturbi alimentari. Il trattamento è più specifico e volto a conciliare con le esigenze della quotidianità all’esterno della struttura: ogni ospite definisce i propri tempi e la propria routine, in accordo con l’equipe medica e gli operatori.

L’aspetto sociale della malattia difficilmente è trattato strutturalmente durante questi percorsi terapeutici: non viene contestualizzata la storia dei DCA, non vengono approfonditi i rapporti DCA-società così come descritti nei capitoli precedenti, non viene trattata la questione di genere, non vengono discussi i modelli di bellezza, o i possibili fattori patoplastici. Per integrare questi aspetti al programma riabilitativo, e contemporaneamente offrire metodi di cura meno repressivi della libertà dell’individuo, alcuni gruppi si sono spesi per studiare delle alternative nella cura di anoressia, bulimia, binge eating disorder.

Per descrivere l’approccio critico a questo metodo, è possibile utilizzare l’idea di Piero Cipriano (2013), psichiatra basagliano che ha lavorato presso diversi ospedali in Italia, secondo cui i reparti chiusi sono reparti in cui i pazienti vengono concepiti come corpi da custodire, che vengono controllati, se possibile riparati e poi restituiti al corpo sociale (Cipriano, 2013, 37): luoghi in cui si segrega la devianza per normalizzarla. E che i medici di tali reparti sono “dipendenti delle multinazionali del farmaco” (Cipriano, 2013, 41), con lo scopo di distruggere la personalità delirante nell’intento di restituirla sana, anche per mezzo di quelle che potrebbero venir considerate torture fisiche e mentali: isolamento, deprivazione sociale, psico-farmacologizzazione, azioni umilianti, osservazioni umilianti (Cipriano, 2013, 68). Reparti dunque con atmosfere di terrore, in cui si impara a rispondere alla violenza con la violenza (Cipriano, 2013, 51), da cui è facilissimo entrare e uscire per molte volte. Strutture che nulla hanno a che vedere con quell’idea fondamentale portata avanti da Franco Basaglia e collaboratori nella lotta per la chiusura dei manicomi, e che ha portato a quella legge che oggi dovrebbe regolamentare i reparti psichiatrici in Italia ancora oggi, la Legge 180 del 1978: *la libertà è terapeutica*. E che potrebbero giustificare l’idea fondamentale che è invece propria di un altro grande teorico dell’antipsichiatria, Thomas Szasz, per il quale non possono esserci abusi nella psichiatria istituzionale, perché la psichiatria istituzionale è, per definizione, un abuso (Szasz in Chesler, 1972, 108). E perché il nostro trattamento della “malattia mentale” è, di per sé, immorale e oppressivo (Szasz in Chesler, 1972, 113).

Giorgio Antonucci (1993) è uno dei massimi teorici della psichiatria anti-istituzionale. Secondo l’autore, quello che fa la psichiatria, una volta che ha giudicato un individuo come “malato”[[67]](#footnote-67), è svuotare di senso il suo pensiero, deresponsabilizzarlo rispetto ad ogni sua azione, e stringerlo, attraverso dispositivi istituzionali, in una rete di controllo priva di smagliature (1993, 15). Ma un individuo che viene giudicato privo di senso e deresponsabilizzato, secondo Antonucci, semplicemente non esiste più (1993, 13). Ed è così più facile convincerlo, o obbligarlo tramite trattamento sanitario obbligatorio o accertamento sanitario obbligatorio, a sottomettersi all’azione dell’istituzione psichiatrica, ed ai suoi strumenti. Strumenti come gli psicofarmaci, che diminuiscono la vitalità ed il pensiero della persona che, se si ribella, va incontro a interventi sempre più lesivi della libertà e della dignità. Strumenti con i quali la psichiatria esercita un grande potere, con il quale incide sulla volontà altrui, nel migliore dei casi, o l’annienta, nel peggiore. E che si mantiene e si rafforza attraverso un pericoloso gioco di sanzioni, che portano all’accettazione dell’azione del potere per paura della minaccia, o per effetto della seduzione di una grande istituzione su un singolo individuo. Il singolo non è più soggetto di scelta, ma viene oppresso, ed il suo pensiero ignorato, anche nelle cosiddette democrazie, che mantengono ben viva la “cultura della segregazione” come metodo sociale per escludere i devianti (1993, 36). Secondo Antonucci questo avviene perché il medico psichiatra è un nodo fondamentale nel sistema di potere costituito: è una autorità morale assoluta, con anche diritto di vita o di morte, insignito del compito di sorvegliare metodicamente sul rispetto delle convenzioni, e sul sistema di controllo delle ricchezze e della loro distribuzione (1993, 42). Ed insiste sul carattere autoritario che non può, secondo lo psichiatra, essere che pro-terrore (idem). Secondo l’autore, le istituzioni sono le conseguenze di tale terrore (1993, 12), sono luoghi astratti di alienazione e di morte estranei al tessuto dei conflitti sociali e lontani dai suoi protagonisti (1993, 60). Giorgio Antonucci ha di fatto messo in pratica, durante la sua vita professionale, le proprie teorie anti-istituzionali. Ha lavorato perché tutti i pazienti negli ospedali in cui lavorava fossero slegati ed i metodi maggiormente coercitivi aboliti, perché i reparti venissero aperti, perché si creassero rapporti con le organizzazioni sociali e politiche delle varie città o regioni[[68]](#footnote-68).

Estremamente interessante è anche l’analisi dei dispositivi totalizzanti dell’istituzione ospedaliera letti con occhio critico da Nicola Valentino (2008) e dai suoi collaboratori. Nel corso di un cantiere di ricerca socioanalitica presso diversi ospedali generali, gli operatori sanitari, i medici, gli psicologi, i pazienti e tutti coloro che si sono prestati per la ricerca sono andati a indagare quei “dispositivi relazionali deumanizzanti” (Valentino, 2008, 9), tipici delle istituzioni totali, che possono essere fonti di malessere sia umano, per i pazienti, sia professionale, per chi vi lavora. Cercando di raccontare cosa succede in un grande ospedale, al di là del mito attraverso il quale questo si rappresenta, chi ha partecipato a questa ricerca della cooperativa *Sensibili alle foglie* ha sottolineato la presenza di modalità adattive peculiari soprattutto negli ospedali psichiatrici chiusi. Tale modalità di adattamento è definita da Valentino e collaboratori (2008, 14) come “adattamento totale” o “adattamento a ogni costo”: data la condizione di impotenza e angoscia, per la persona internata diventa legittimo ogni comportamento che le garantisca la sopravvivenza con la minore sofferenza possibile, ed è spinto ad ingoiare eventuali umiliazioni e ricatti perché vede in gioco la propria vita, e la propria libertà. Ma cosa succede alla struttura identitaria in contesti simili? Sempre secondo Valentino (2008, 15) prende piede una “identità di sopravvivenza” completamente dissociata rispetto alle convinzioni etiche, ideologiche, politiche e morali precedenti al ricovero, e la persona ricoverata può facilmente diventare remissiva nei confronti dell’istituzione, accettando mortificazioni che non avrebbe mai tollerato in altri contesti. Se riesce a incidere così profondamente sull’identità, è perché l’istituzione è talmente invadente da non lasciare spazio alla persona (Valentino, 2008, 49), ed attua attraverso dispositivi tali da garantirle questa aura di infallibilità e onnipotenza, riducendo l’individuo a corpo da misurare, descrivere, valutare, nonché addestrare, correggere, normalizzare (Valentino, 2008, 56). Un potere disciplinare tale da obbligare l’individuo a una perenne visibilità e a una condizione di esame costante, come quello esercitato nei reparti per la cura dei disturbi del comportamento alimentare, genera dunque una “crisi di identità” (idem) nella persona ricoverata, ma non si occupa poi, e forse non potrebbe occuparsi, del percorso di ricostruzione di tale nucleo identitario.

Declinare però tutte le posizioni critiche rispetto ai meccanismi di ospedalizzazione in generale, e della psichiatria di opposizione, o dell’antipsichiatria, non è possibile in questa sede. Ritorniamo perciò alle critiche mirate al trattamento classico dei disturbi del comportamento alimentare, e alle alternative possibili. Ricordando che le realtà dei reparti chiusi per la cura dei disturbi del comportamento alimentare presentano una particolarità, in quanto la reclusione riguarda spesso ragazze molto giovani, senza una struttura di personalità formata e forte, che si ritrovano allontanate dal proprio ambiente e dalle persone vicine.

L’articolo di Bianchi e Portillo (2009) si riferisce alla stessa classe di metodo medico tradizionale descritto nel paragrafo precedente, utilizzato dall’apparato medico dell’associazione per la lotta all’anoressia e alla bulimia in Spagna (ALUBA)[[69]](#footnote-69), ed è interessante in quanto fornisce un quadro chiaro delle critiche che si possono muovere a questo tipo di intervento. Le autrici individuano nel mondo della moda, nel sapere/potere medico (2009, 1) e in ALUBA i tre dispositivi che si relazionano e che, con tecniche distinte, esercitano il proprio potere nel definire il corpo “bello”[[70]](#footnote-70) prima, e nel catturare e stringere all’interno di una “rete disciplinare” (*red disciplinatoria,* 2009, 2) coloro che nel tentativo di giungere ad avere tale corpo, si spingono troppo in là rispetto a quanto suggerito dal mondo della moda e dalle multinazionali dei prodotti dimagranti. Individui che, secondo le autrici, vengono visti come persone che hanno fallito nel prendersi cura di sé e nel configurarsi come soggetti modello, perfettamente aderenti ai diktat imposti dai canoni estetici imperanti, e che anzi mostrano tutte le contraddizioni tra l’enfasi su una sana alimentazione e le immagini di modelle scheletriche e prodotti dimagranti a basso costo. Le autrici presentano ALUBA come una istituzione che utilizza una tecnologia di potere imponendo un trattamento specifico da esercitare su quei corpi che presentano condotte devianti, con il fine di normalizzarli. Il potere che viene esercitato si configura in una rigida disciplina all’interno di spazi chiusi, nel corso di una “esperienza di reclusione” (2009, 3): il ricovero ospedaliero presso strutture istituzionali classiche, e che si servono di dispositivi come la vigilanza continua e gerarchizzata, il controllo di ogni singola attività, il premio ed il castigo. Quello che esercita ALUBA però non è secondo le autrici solo un potere “negativo” che proibisce e opprime, ma un’arte che fabbrica corpi docili e adatti a essere normalizzati, per poi essere restituiti alla società, quella stessa società all’interno della quale si sono ammalati. La teoria delle autrici è che un dispositivo gerarchico e repressivo come quello di ALUBA sia da contestualizzare all’interno della “società del controllo” (2009, 4), che ha come caratteristica la tendenza a isolare ed escludere i devianti, mettendoli sotto custodia in modo che risultino “fuori gioco” rispetto alla società ordinata nella quale vivono. In questo contesto, le persone che soffrono di anoressia, bulimia o BED diventano corpi-oggetto nelle mani del potere medico-psichiatrico, che costruisce la diagnosi di malattia e le prescrizioni per il trattamento. Malattia per la quale l’accento è posto sul comportamento, e su quanto di volontario, ossia non biologicamente determinato, si ritrova in esso, sul fallimento della relazione che l’individuo instaura con il cibo e con il corpo. E che è concettualizzata con una pretesa di “esaustività della persona” (2009, 7): tutta la vita della persona ammalata è ridotta al sintomo. E che viene trattata con un metodo fatto di controllo, vigilanza e normalizzazione di quelle persone per le quali l’esame diagnostico rispetto ai DCA ha dato esito positivo. Dato che la malattia imprigiona completamente il soggetto malato e la sua vita, allora anche il trattamento, nel ragionamento medico di ALUBA, deve imprigionare per completo la persona. Le autrici descrivono dunque accuratamente il metodo ALUBA come dispositivo di potere disciplinante e come istituzione totale. Dispositivo disciplinante in quanto l’esercizio del potere è capillare, arriva fin nel profondo del soggetto, condizionando ogni suo pensiero ed azione, ed inoltre il controllo è meticoloso e permanente. Chi viene preso in carica deve accettare le norme del regolamento, che si rivelano assolutamente inflessibili e rigide, e prevedono “micropenalità” (2009, 8) per tutti coloro che non le rispettano. Micropenalità che sono in realtà castighi severi e sanzioni utilizzate per guidare il percorso terapeutico, nei termini del binomio normale/anormale assunto come base dell’azione del dispositivo. Sappiamo che tempo e spazio sono categorie fondamentali di orientamento per l’individuo nella realtà: all’interno delle strutture di ALUBA viene data una rigida, inflessibile, regolamentazione dello spazio e regolamentazione del tempo, con conseguente la vigilanza e il castigo. La regolamentazione dello spazio ruota attorno al “principio di reclusione” (2009, 8): lo spazio chiuso dell’ospedale viene diviso in zone alle quali ogni paziente viene assegnata secondo il principio di funzionalità, ossia al grado di sorveglianza alla quale deve essere sottoposta, che dipende dalla fase del percorso terapeutico nella quale si trova. Ed anche in spazi ben divisi tra chi deve essere curato e chi cura, con una distribuzione gerarchica sia delle pazienti, a seconda della gravità della situazione clinica, sia in maniera da collocare medici, infermieri, operatori e pazienti in un ordine verticale ben preciso. Per quanto riguarda regolamentazione del tempo, si intende il controllo su ogni attività ed esercizio da svolgere nella giornata, ognuno con un suo ordine ed in un dato momento. Su spazio e tempo opera quella vigilanza gerarchizzata che è anche responsabile del “castigo correttivo” e della coercizione al rispetto della norma. Da questi assunti, le autrici ritengono di poter definire quella di ALUBA una istituzione totale come quella che descrisse Goffman in *Asylums* (1961): istituzioni che mortificano il sé di chi vi è costretto, irreggimentando e tiranneggiando la persona tramite il sistema di sanzioni e privilegi. Per riuscire in questo intento di imporsi in maniera totalizzante sulla vita delle pazienti, secondo le autrici, ALUBA si serve anche di una “rete di sequestro istituzionale” (2009, 9) nella quale vincola anche parenti e amici delle persone che soffrono di un DCA, per riuscire a garantire il principio di reclusione e sorveglianza anche in regime terapeutico ambulatoriale o di  *Hospital de Día[[71]](#footnote-71)*. Il dispositivo di potere si lega alla istituzione famiglia, stringendosi attorno alla paziente ed aumentando la forza della propria disciplina, medicalizzando l’intera famiglia posta sotto sequestro: la rete del potere è, secondo le autrici, strategicamente disegnata perché nessun aspetto della vita delle pazienti risulti fuori dalla sua portata. La famiglia della paziente viene convertita in una famiglia “alubista”, in modo che anche essa possa esercitare un potere sopra la persona in trattamento, in virtù delle conoscenze sulle maniere di trattare con il DCA che gli vengono trasmesse dai medici. Ma cosa produce questo dispiegamento di forze disciplinanti e di potere? Se le soggettività si costruiscono all’interno del tempo, dello spazio e della relazione con l’altro, che identità possono essere costruite, o ri-costruite, all’interno di una istituzione totale come quella descritta? Secondo le autrici il risultato è che si perviene a una “personalizzazione della malattia” ed a una “oggettivazione della paziente”. Le pazienti arrivano dunque a pensare a sé come a oggetti, e a anoressia e bulimia come persone delle quali si sentono in balia. Anche il tempo e lo spazio arrivano ad assumere significati diversi. Il tempo si configura infatti in termini di prima/durante/dopo il trattamento, e lo spazio in termini di dentro/fuori dall’ospedale. Gli Altri, vengono divisi in sani/malati. E si rischia di sviluppare quella che Cipriano (2013, 62) definisce “Sindrome da istituzione totale”: una comportamento ossessivo rispetto alla chiusura, ai regolamenti, agli orari. Questi soggetti che sono state pazienti, secondo Bianchi e Portillo, portano le impronte del passaggio del potere al loro interno per il resto della loro vita. Lo portano all’interno anche nel caso vengano realmente normalizzate in termini alimentari, e riescano a mantenere il risultato quando poi vengono poi restituite a quella stessa società all’interno della quale si sono ammalate: si sentono spesso costrette a vivere “sotto copertura”, per paura di essere rifiutate e rinchiuse un’altra volta.

Alcuni offrono però delle alternative a questo sistema verticale. Un esperimento interessante è quello che è stato condotto a Ravenna, e che ci descrive la Tombolini nel suo articolo (2009). In questo particolare metodo di trattamento, vengono considerati gli aspetti personali e sociali del cibo contemporaneamente. L’alimento è visto come qualcosa di personale nel senso che il mangiare viene considerato “l’atto più intimo”, in cui qualcosa entra in noi, come nel sesso, ma per rimanervi, per diventare parte di noi (2009, 23). Il livello sociale, ugualmente complesso, è quello che riguarda rituali culturali attorno al cibo, proibizioni e permessi, desideri “giusti o sbagliati”, ossessioni e privazioni, convenzioni arbitrarie, norme sociali. Unendo i due livelli, il cibo può essere usato, secondo l’autrice, come linguaggio indiretto, fonte di “metafore drammatizzate” (idem), per esprimere al mondo esterno e a se stessi verità per le quali non è più sufficiente il discorso ordinario. Per decodificare questo linguaggio viene consigliato un approccio multidisciplinare che si focalizzi sulla qualità della vita nel suo complesso, e non solo sul recupero ponderale o sul tentativo di evitare le abbuffate e i conseguenti comportamenti compensatori, e che tenti una diversificazione e personalizzazione dei trattamenti, invece che prescrivere ricette standard per chiunque si presenti al servizio territoriale. Questo genere di trattamento prevede la forma ambulatoriale, in cui il *setting diagnostico* non sia un ambiente colpevolizzante o repressivo, ma sia invece un luogo aperto alla trasformazione, flessibile, accogliente, in cui pazienti, medici dell’area mentale e medici internisti creino collaborazioni sinergiche per dotare la persona in cura di uno “scenario dotato di senso” (2009, 24) nel quale analizzare “il modo di esistere nel mondo” della persona (idem), e tutte le influenze sociali e personali che hanno portato allo sviluppo di un disturbo del comportamento alimentare. Per arrivare a questo, vengono utilizzati degli interventi non standard, come il “percorso esperienziale di gruppo a mediazione corporea”: ciò che contraddistingue questo intervento è appunto il fatto che gli aspetti comportamentali e ritualistici dei DCA vengono lasciati in secondo piano, per anteporre gli aspetti emotivi, affinché i sensi di colpa legati a comportamenti alimentari non corretti non prevalgano sul resto delle emozioni. Anche il fatto di lavorare in gruppo, e non individualmente, è importante secondo la dottoressa Tombolini: ogni individuo vive nel confronto con gli altri, ed il contesto relazionale gruppale è quello in cui ci si trova per la maggior parte del proprio tempo. Le norme sociali allora ritornano come influenti quando si confronta il mito individuale con il mito collettivo, si trovano punti in comune e punti di differenza, si indaga il nodo tra personale e sociale nella rappresentazione del cibo e del corpo. Ed il corpo è l’altro elemento fondamentale: rimettendolo al centro in questi interventi, si agisce sulla immagine corporea deteriorata della paziente con disturbi alimentari, si restituisce dignità al fisico in quanto elemento di collegamento fra “il dentro” e “il fuori”, e si favorisce il recupero delle capacità espressive di corpi che si muovono all’interno di una società complessa. Si usano tecniche che puntano proprio al riportare in primo piano l’esperienza corporea sia a livello di percezione personale che a livello di espressione verso gli altri, di comunicazione simbolica, dotando la persona di un nuovo linguaggio da usare nel “territorio” (2009, 26) di interazioni significative che è il contesto sociale in cui agisce ogni essere umano. Corporeità, contatto fisico, espressività, stimolano la persona nella sua interezza, e non la isolano all’interno di strutture chiuse e impermeabili.

Un altro esempio di cura differente è quello degli *overeaters anonymous[[72]](#footnote-72)* (OA). L’associazione OA è attiva a livello mondiale, e gruppi di mangiatori compulsivi anonimi si trovano anche in tutto il territorio italiano, per seguire un programma simile a quello dei più noti alcolisti anonimi. Il nome però è ingannevole, infatti l’associazione non si rivolge solo ed esclusivamente a chi soffre di BED, ma a tutti coloro che si sentono impotenti di fronte al cibo: si tratti di mangiatori compulsivi, di persone che hanno problemi di abbuffate o di ossessioni per le diete ipocaloriche, di chi abusa di lassativi o diuretici, di chi non riesce a fermarsi quando assaggia un certo alimento, di chi passa l’intera giornata a masticare e sputare cibarie varie: non anoressia o bulimia nello specifico quindi, ma un rapporto non salutare con il cibo in assoluto. Si ritrovano dunque tra persone che soffrono di problemi di condotta alimentare per parlare delle proprie emozioni, e compiere insieme i *Dodici Passi* verso la guarigione. Una volta che una persona ha compiuto un percorso che gli permette di interiorizzare realmente i *Dodici Comandamenti*, e di far propri i *Dodici Concetti* metafisici allora, e solo allora, potrà guarire dal proprio disturbo. Tali concetti hanno a che vedere con l’idea di un *Potere Superiore* che trascende dal volere individuale, di un *Dio* davanti al quale rimettere i propri torti, della meditazione come passaggio necessario per arrivare alla serenità: OA però sottolinea che non si tratta di una associazione religiosa, ma che vi possono prendere parte persone di ogni credo e fede, così come atei e agnostici. Il punto è che il programma si basa sull’accettazione di certi valori spirituali, ma i membri sono liberi di interpretare questi valori come meglio credono, o di non interpretarli affatto se così scelgono, anche se è vivamente consigliato un esercizio di apertura mentale per la crescita spirituale. L’enfasi è posta sul gruppo più che sulla persona, e il recupero individuale è secondario all’armonia e al benessere dell’unità collettiva. I *Dodici Passi* poi non si compiono da soli, ma con l’aiuto costante di uno *Sponsor*, ossia di una persona malata anch’essa, ma più avanti nel cammino della consapevolezza e della guarigione. Auto-aiuto quindi e non supporto medico è quello che offre l’associazione degli *Overeaters Anonymous*, ma lascia anche in questo caso libertà agli associati: chi vuole può prendere privatamente contatti con psicologi, psichiatri o nutrizionisti, e seguire parallelamente gli incontri del gruppo. Si insiste sulla diversità di questo metodo rispetto a quelli tradizionali per curare obesità e BED: non si prescrivono piani alimentari o esercizi ginnici, ma ognuno sceglie da sé, e con l’aiuto del proprio o dei propri *Sponsor*, come affrontare la propria fame e come provare a gestirla, se tramite diete o cercando di tornare a riconoscere da sé il meccanismo regolatore di fame e sazietà. L’unico concetto più volte sottolineato è quello dell’astinenza: ogni giorno in cui la persona riesce a astenersi dall’avere un rapporto compulsivo con il cibo è un giorno vinto nella propria lotta per riuscire a mantenere o a raggiungere un peso sano, e per instaurare un rapporto pacifico con il proprio corpo, inteso come mente e pancia. Il recupero infatti non è solo ponderale, ma anche emotivo e psichico, e la serenità dovrebbe essere data dal riuscire a vivere in armonia con il programma dei *Dodici passi*.

Si è già parlato dell’articolo di Nicole Moulding (Malson, Burns, 2009, 172)[[73]](#footnote-73) sulle possibili implicazioni di genere nel rapporto tra psichiatra – uomo adulto – e paziente – donna giovane. Per ovviare a questi possibili problemi, e riportare al centro la dimensione della femminilità e la questione di genere inserita nella società contemporanea, alcuni gruppi hanno scelto di lavorare con equipe curanti esclusivamente femminili. Valeri e Manduchi (2009) presentano ad esempio l’esperienza di una cooperativa romagnola, che ha scelto di creare una equipe di sole donne per la cura dei DCA, per poter lavorare su aspetti come il cibo e la cura del corpo che ritengono possano essere meglio compresi all’interno di una intimità femminile, e soprattutto per parlare di alcune problematiche e ansie “staccandole dal mondo del patologico e riportandole al mondo del femminile” (2009, 28). Altri due elementi terapeutici segnano una differenza, secondo le autrici dell’articolo, con “i contesti terapeutici delle comunità maggiormente istituzionali” (2009, 29): la creazione di una rete di sostegno tra operatrici, con un clima di supporto e condivisione, meno gerarchico e formale rispetto a quello tradizionale, e la reciprocità con le pazienti. È caratteristica propria di quello che definiscono *setting gruppale* creare una vera squadra con le pazienti, il più orizzontale possibile, in cui le esperienze condivise insegnino reciprocamente qualcosa sia a chi è in cura sia a chi dovrebbe curare. La terapia di gruppo serve anche a creare una sorta di “macchina del pensiero” (2009, 29) collettiva, in modo che le emozioni vengano diluite nel confronto, e che le ansie vengano contenute dal non sentirsi sole e dall’avere uno spazio sia mentale che fisico nel quale riportare e condividere le proprie emozioni. Nel *setting* si eseguono anche “esposizioni in vivo” (idem), cioè si consumano insieme cibi ritenuti fobici, o si condividono pranzi assistiti dalle operatrici.

Esistono anche dei gruppi di lavoro per la cura dei disturbi alimentari che si definiscono specificatamente femministi. Catherine Black (2003) ci offre l’esempio del *ISIS Centre for Women’s action on eating issues* di Brisbane. Il centro si propone di esaminare i disturbi del comportamento alimentare attraverso l’identità culturale e l’identità di genere, strutturando un lavoro di gruppo che metta al centro le donne, contrapposto all’interventismo verticale del modello bio-medico. I DCA vengono in questi gruppi visti come un problema non solo individuale e di apparenza estetica, ma come un problema di oppressione e di società. I quattro assunti fondamentali ISI si possono sintetizzare:

1. Enfasi sulla relazione nel processo terapeutico: relazione non gerarchica ma orizzontale, processi collaborativi e di mutuo supporto all’interno del gruppo di lavoro, sia tra le pazienti che tra pazienti e operatrici/medici. Il modello di lavoro è basato sui continui *feedback* di chi vi partecipa e sulla partecipazione attiva di tutte le persone coinvolte. Non dunque un pensiero e un percorso che calano dall’alto, ma un coinvolgimento totale e volontario.
2. Il processo di cura e conoscenza del sé assume pari valore rispetto ai cambiamenti comportamentali. Non è dunque solo ri-educazione alimentare fine all’aumento di peso o all’eliminazione di comportamenti bulimici o di iperalimentazione, ma percorso di approfondimento personale e di relazione con l’altro.
3. L’esperienza di ogni donna è di fondamentale importanza e ognuna ha parimenti diritto ad avere voce all’interno del gruppo, perché ogni esperienza e opinione può essere utile all’interno del percorso riabilitativo.
4. Il personale è politico. I disturbi del comportamento alimentare vengono innescati più da dinamiche sociali che da aspetti individuali: all’interno del gruppo le donne sono incoraggiate a riconoscere le connessioni tra individuale e collettivo, le esperienze condivise, e analizzare quanto dipendano dalla posizione della donna nella società.

I risultati dell’utilizzo di questi gruppi di cura dimostrano l’importanza della condivisione delle proprie esperienze in uno spazio di sospensione del giudizio, dove poter esprimere le proprie emozioni senza paura di essere considerate differenti o di essere punite per i propri pensieri disfunzionali sul cibo e sul corpo, per ridurre la sensazione di solitudine e di vergogna. E per accrescere autostima e accettazione del sé, e favorire un aumento delle conoscenze sugli stessi disturbi del comportamento alimentare. Ma rivelano anche difficoltà nel trovare un linguaggio corretto per comunicare con le altre persone, problemi nel risolvere gli inevitabili conflitti interni al gruppo o particolari relazioni difficoltose. Nel complesso, secondo la Black (2003, 138), il lavoro con il gruppo di cura femminista apporta benefici a livello alimentare e psichico a chi vi partecipa, perché crea una *curative culture* (idem) che infonde speranza nella guarigione, coesione tra pazienti e con il personale di cura, e modelli comportamentali salutari. Permette al tempo stesso di confrontarsi e esprimersi, di apprendere dagli altri e di dare supporto. È secondo i membri dell’ISIS non solo utile, dunque, ma necessaria, perché nel complesso si contrappone alla “cultura sociale oppressiva” (idem) che contribuisce alla proliferazione dei disturbi del comportamento alimentare, creando una sorta di contro-cultura e di mini-comunità alternativa all’interno della quale riuscire a guarire dal proprio problema.

Un altro percorso dello stesso genere è quello di EDEN, *Eating Difficulties Education Network*, presentato da Maree Burns e Jane Tyrer (Malson, Burns, 2009, 221), a cui abbiamo già accennato in precedenza[[74]](#footnote-74). Il progetto nasce per dare una risposta a grande conflitto: quello tra le concettualizzazioni psichiatriche classiche dei disturbi del comportamento alimentare, che puntano solo a generare cambi individuali come se i DCA fossero qualcosa di alieno dal contesto all’interno del quale si sviluppano e nel quale le giovani donne che si ammalano sono immerse, e le concettualizzazioni postmoderniste e femministe di anoressia, bulimia e BED come fenomeni di uno specifico contesto socioculturale, con una componente fondamentale di genere, e costruiti discorsivamente. EDEN si sviluppa attorno a un concetto di DCA non come patologia individuale ma come disturbo di un collettivo eterogeneo di soggettività che vivono o hanno vissuto esperienze simili in quanto calate nel medesimo contesto sociale, e che utilizzano pratiche di gestione del corpo non salutari ma *culturally embedded* (Malson, Burns, 2009, 221). I DCA vengono considerati come risposta patologica alle imposizioni della società patriarcale alla magrezza, all’autocontrollo e all’enfasi sulla forza ed il successo (Malson, Burns, 2009, 223), e come insieme discorsivamente costruito di pratiche che sono espressione di una serie di norme e valori di genere imposti: più che di malattie, si tratta dunque del risultato di relazioni di potere violente. Soprattutto, EDEN cerca di rendere operativo questo concetto. E lo fa rispondendo al paradigma biomedico dominante, ed al suo sistema di cura che considera solo l’individualità della persona, proponendo una alternativa collettiva per uscire dai disturbi del comportamento alimentare. Pur riconoscendo che ad assumere condotte alimentari non salutari sono solitamente persone con alti fattori di rischio come la giovane età, il genere, la bassa autostima, il perfezionismo, eccetera, il metodo di supporto EDEN assegna un ruolo centrale al contesto, e colloca i DCA su un *continuum* rispetto al resto della società. Vanta inoltre una chiave di lettura di genere, e punta a fornire alle donne strumenti di *empowerment* per adottare una visione critica della società nella quale si sono ammalate, per riuscire ad aumentare l’autostima, a relativizzare i giudizi esterni, e a stare meglio. Inoltre, EDEN localizza nella comunità il percorso di recupero, invece che isolare all’interno di strutture protette le ragazze che si sono ammalate. Il supporto procede su due aree di intervento, ossia azione sulla comunità e supporto individuale: il percorso di recupero spazia tra i due livelli, e li tiene collegati all’interno dei sistemi di significato utilizzati e nelle matrici discorsive improntate alla cura. Dal punto di vista sociale/comunitario, il *network* si impegna a promuovere un cambio ambientale diffondendo discorsi alternativi sul peso e sugli ideali di bellezza, contro quei sistemi sociali di significato dominanti impediscono l’“accettazione della propria taglia” perché confondono il normopeso ed il leggero sovrappeso per obesità (Malson, Burns, 2009, 226). Tramite il programma BWISE (*Bodyimage Wellbeing in Schools Education)* portano il discorso sulle forme corporee e sull’accettazione di sé all’interno delle scuole: secondo la prospettiva femminista, sostengono le autrici, è irrealistico ed inutile richiedere un cambio individuale, ma una serie di significati alternativi devono essere diffusi in tutto l’ambiente sociale perché si sviluppi a livello comunitario una concezione diversa da quella dominante. Per quanto riguarda il supporto individuale, la modalità terapeutica è di se stessa alternativa rispetto al colloquio psichiatrico classico: si utilizza infatti la terapia *narrative*, che attraverso la narrazione, la discussione e la collaborazione, cerca di ricodificare le esperienze dei disordini alimentari, e le identità che si sono formate a partire da anoressia, bulimia, BED, come distillati di valori normativi di genere all’interno del capitalismo avanzato: competizione, perfezionismo, modello unico di bellezza femminile, autocontrollo, disciplina. Cerca di non stigmatizzare ma di comprendere e supportare le identità ormai associate a pratiche come restrizione alimentare, digiuno, abbuffate e condotte eliminatorie, alimentazione compulsiva. In questo tipo di terapia è l’individuo che si narra ad essere visto come il massimo esperto riguardo alla propria malattia, e compito dell’analista è riuscire a valorizzare le risorse, le conoscenze, le idee della persona per fa sì che riesca a rispondere alle proprie speranze, ai propri bisogni, ai propri desideri. La “terapia narrativa” è la stessa che descrive la Saukko (Malson, Burns, 2009, 67) come alternativa possibile. Secondo l’autrice le terapie classiche sono dannose anche perché parlano delle ragazze ammalate in termini di intelligenza, di forza, di magrezza, che spesso sono proprio le caratteristiche ricercate attraverso pratiche di restrizione alimentare, dando rinforzi positivi sulla via della malattia. Inoltre basano le proprie diagnosi e i propri discorsi di significato sul binomio malato/sano, e su patologia/recupero, senza considerare affatto gli elementi di continuità con la società. La terapia narrativa vede le donne immerse in discorsi sulla magrezza, sulla forza, sull’autonomia, sul successo, sulla perfezione, che sono sociali ed esterni al sé: non punta dunque far guadagnare alla donne che si sono ammalate una distanza critica dai discorsi con i quali sono state definite, e hanno finito con il definirsi loro stesse. Sono terapie che rifiutano la metafora temporale prima del disturbo / durante il disturbo / dopo il trattamento[[75]](#footnote-75), ed analizzano le “voci interne” (Malson, Burns, 2009, 69) che spingono a comportamenti alimentari non sani simultaneamente a una analisi spaziale del contesto sociale/politico all’interno del quale sono nate queste voci.

Anche Michael Guilfoyle (Malson, Burns, 2009, 196) sostiene che le terapie femministe debbano essere una alternativa fruibile al metodo classico. Problematizza l’inclinazione terapeutica all’individualizzazione del disturbi del comportamento alimentare, e critica il potere psichiatrico perché ritiene che abbia separato il personale dal politico/sociale come se fossero aspetti totalmente diversi e indipendenti, considerando solo i fattori individuali come se fossero gli unici ad avere effetti sulle patologie alimentari. Se per gli approcci femministi invece il personale è politico, è possibile rendere la cura un atto di resistenza e di antagonismo al dominio psichiatrico classico. Le terapie femministe infatti sfidano i discorsi individualizzanti, normalizzanti e patologizzanti: forniscono al terapeuta che voglia sondare l’importanza del contesto sociale e delle relazioni di genere significative nell’insorgere dei disturbi del comportamento alimentare un quadro interpretativo della realtà alternativo, da utilizzare con le persone in cura. A chi è ammalato, forniscono alternative più politicamente e socialmente attraenti rispetto all’essere etichettate come “personalità disturbate” (Malson, Burns, 2009, 200), escluse e rinchiuse: forniscono la possibilità di resistere.

**CAPITOLO IV**

**DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE, TEORIA SOCIALE E INTERPRETAZIONE DEL SÉ**

Parlando di disturbi del comportamento alimentare e società contemporanea, può risultare interessante esplorare il nodo di collegamento tra individuale e collettivo, tra persona e ambiente sociale di riferimento. Per fare questo, per riflettere su questo nodo che lega una espressione peculiare del malessere psicologico alle imposizioni normative imperanti, si sono volute raccogliere le voci di coloro che soffrono o hanno sofferto in prima persona di anoressia, bulimia e/o binge eating disorder. La selezione delle persone da intervistare è avvenuta tramite tre canali principali.

Il primo canale di selezione è stato il passaggio attraverso il mondo dell’associazionismo: vi sono un gran numero di ex-pazienti, e/o di parenti e amici di persone ammalate, che hanno deciso di mettere a pubblica disposizione la loro esperienza e la loro conoscenza nel campo dei DCA, e che hanno fondato associazioni[[76]](#footnote-76) no-profit rivolte a chi soffre di anoressia, bulimia, e degli altri disturbi alimentari. Alcune di queste associazioni, contattate via e-mail, hanno poi inoltrato la mia richiesta a tutti i loro contatti: da qui, molte persone si sono rese disponibili a parlare della propria esperienza, e hanno accettato di rispondere alle domande d’intervista dopo aver ricevuto ulteriori spiegazioni. In particolare nel paragrafo 4.4 approfondiremo il discorso sull’associazionismo e vedremo il ruolo che queste associazioni hanno avuto nella vita di alcune delle intervistate.

Il secondo canale è stato quello dei blog sul tema dei Disturbi del Comportamento Alimentare. Nell’immensa galassia di internet, anoressia e bulimia trovano certo la propria collocazione, e moltissime sono le pagine loro dedicate. Bisogna prestare però attenzione ai blog che si consultano, per poter fare una scelta consapevole di ciò che si vuole o non si vuole leggere sui DCA. Infatti, due categorie fondamentali di pagine internet possono essere identificate per quanto riguarda questo tema: da una parte, decine di persone che aprono una propria pagina per narrare la propria storia, e fornire al contempo tutte le informazioni pratiche di cui sono a conoscenza per combattere la malattia e per uscirne[[77]](#footnote-77), e dall’altra tutto l’universo Pro-Ana e Pro-Mia[[78]](#footnote-78), cioè quelle pagine che esaltano anoressia e bulimia come stile di vita e invitano a rimanere concentrare sul proprio disturbo per non aumentare di peso neanche di un grammo, e non farsi convincere a uscirne. Per la selezione delle persone da intervistare ci si è affidati alla prima categoria di blog, alcuni dei quali uniti nella rete *DCA scanning & helping blog*. Le ragazze che tengono queste pagine non sempre sono guarite dal proprio disturbo alimentare, ma cercano di combatterlo, o quanto meno non invitano a sottostare ai comandamenti della malattia, ma cercano di combatterla, ed esortano tutte le lettrici a farlo, e a farlo insieme, scrivendosi e confrontandosi per cercare di condividere il dolore e far sì che cessi. Alcune di queste persone hanno accettato di pubblicare sul proprio blog un mio piccolo annuncio di ricerca di persone da intervistare, rendendo pubblico il mio indirizzo e-mail. Alcune delle lettrici di queste pagine hanno poi dimostrato interesse e disponibilità per la ricerca ed hanno in seguito deciso di farsi intervistare.

 Il terzo fondamentale canale è stato il metodo “palla di neve”, altrimenti detto il “passaparola”. Esiste una comunità di persone affette da DCA, che se non è facile incontrare per strada, è viva e prolifica nei centri di cura e nei blog on-line. Come ogni sottopopolazione non è facile da raggiungere, ed è meglio approfittare di ogni nodo di contatto per trovare altre persone disponibili: alcune ragazze che ho intervistato hanno poi parlato del mio lavoro con alcune compagne di sventura, che mi hanno a loro volta contattata e che ho poi intervistato.

Il risultato di questi tre metodi sono state diciotto interviste condotte tra Giugno e Agosto 2013.

Le intervistate sono tutte donne, ma questa non è affatto stata una scelta metodologica deliberata: a rispondere alla richiesta di interviste sono state solo ragazze, e non è quindi stato possibile raggiungere nessun uomo affetto da DCA. Sarebbe stato interessante avere anche un punto di vista maschile tra quelli esplorati, ma data l’incidenza di genere nell’epidemiologia della malattia non c’era da aspettarsi nulla di diverso. Una proporzione talmente disequilibrata tra maschi e femmine nella popolazione che presenta un disturbo del comportamento alimentare ha infatti reso in partenza molto bassa la probabilità che fossero uomini a accogliere la richiesta.

Il metodo utilizzato per condurre l’intervista è stato quello semi-strutturato: la conversazione ha ruotato attorno a una decina di domande principali, ma con una ampia possibilità di seguire nel ragionamento gli input che arrivavano con le risposte risposta, di seguire insomma nei loro pensieri e nel loro filo logico le donne che stavano narrando la propria interpretazione del rapporto tra disturbi del comportamento alimentare e società. Dieci domande sono state poste a tutte le intervistate, mentre una undicesima è stata eventualmente formulata caso per caso per riprendere ragionamenti che erano sembrati particolarmente interessanti o approfondire alcuni punti. Le interviste sono state condotte con due modalità. Quando è stato possibile, è stato preferito incontrare la persona e condurre la conversazione faccia a faccia. Quando invece non è stato possibile combinare un incontro, le interviste sono state condotte via skype.

Tutte le interviste sono state registrate e successivamente sbobinate.

Le dieci domande principali erano così ordinate:

1. **Richiesta di auto-presentazione dell’intervistata/o.**

Per comprendere la storia clinica della persona intervistata, scoprire la sua esperienza con i DCA, e farsi una idea sul tempo avuto a disposizione, dal momento della diagnosi ad oggi, per formarsi una propria idea sui rapporti che intercorrono tra disturbi del comportamento alimentare e società.

**2) Secondo te che cosa sono i disturbi del comportamento alimentare? C’è chi li definisce malattie mentali, chi problemi adolescenziali, chi ritiene siano solo l’estremizzazione di comportamenti promossi “normalmente”. Tu che ne pensi? Come li hai vissuti?**

Per comprendere la definizione che ogni persona dà al proprio problema. Vi è una certa differenza tra il considerarsi malate mentali, piuttosto che ragazze con dei problemi, piuttosto che “pazze”, o persone con una alimentazione che si colloca ai limiti di un *continuum* sul quale si potrebbero potenzialmente collocare tutti gli individui della nostra società: questa domanda va a esplorare una affermazione identitaria tramite la definizione del proprio problema.

**3) Ritieni che sia un problema solo psicologico, o psichiatrico, insomma individuale, o che abbia a che vedere con il collettivo?**

Da questa domanda si vorrebbe cercare di comprendere se i DCA sono considerati dalle persone che ne soffrono come pure espressioni di disagio individuale o se si ritiene abbiano qualcosa hanno a che vedere con il collettivo. È considerata una domanda centrale nella ricerca del collegamento tra individuale e collettivo, fondamentale per evitare sia di ridurre tutto il discorso a una mera questione sociale, sottovalutando l’aspetto individuale, sia di assumere un punto di vista psicologico/psichiatrico per cui tutto accade nella sola mente della persona che soffre. L’esplorazione delle auto-interpretazioni e delle spiegazioni di queste malattie possono essere molto utili nel tentativo di integrare individuale e collettivo. Non sempre però la domanda è stata compresa immediatamente: si sono spesso rivelate necessarie ulteriori spiegazioni.

**4) Ciclicamente si accende un dibattito, sulle modelle, mi viene in mente Kate Moss, o Isabel Caro, e sugli ideali di bellezza, che sarebbero secondo alcuni correlati ai disturbi alimentari. Secondo te queste dinamiche c’entrano con i DCA? In che modo?**

Questa domanda è stata pensata per cogliere le idee delle ragazze sulle le relazioni tra queste malattie e le varie spinte sociali alla magrezza, come la reclamizzazione di diete o prodotti dimagranti, la moda, gli stereotipi di bellezza eccetera. La letteratura vuole che si collochino su un continuum, oppure che questi elementi sociali suggeriscano un sintomo poi individualmente rielaborato, e avrei voluto con questa domanda esplorare il punto di vista delle persone che hanno conosciuto personalmente un DCA.

**5) Ti sei mai sentita in qualche modo giudicata per il tuo disturbo alimentare? O hai mai avuto paura del giudizio sociale? Vorrei capire come la gente reagisce ai DCA…**

Abbiamo problematizzato il fatto che viviamo circondati da immaginari estetici caratterizzati da magrezza estrema, ma come le persone reagiscono quando poi questi ideali si tramutano in malattie che possono condurre fino alla morte? Siamo abituati a vedere donne magrissime su tutti i cartelloni, ma cosa si coglie nel nostro sguardo quando le persone che abbiamo davanti non sono modelle, ma ragazze che rifiutano il cibo? Quale è il limite tra la dieta considerata positivamente e rinforzata socialmente e l’autoprivazione del cibo vista come malattia, come problema, come insulto, come rottura rispetto alle norme sull’alimentazione e sull’aspetto?

**6) Ho notato che la grande maggioranza di anoressiche, bulimiche eccetera sono donne. Secondo te perché? Hai invece incontrato alcuni uomini durante il tuo percorso?**

Questa domanda mira a comprendere, utilizzando eventualmente “stimoli pianificati” per guidare la conversazione, se i DCA vengono considerati da chi ne soffre una modalità di espressione di disagio, tipica di un genere e di una epoca, e se, secondo chi ne ha avuto diretta esperienza, queste malattie hanno a che vedere con l’assunzione o la negazione di ruoli sociali di genere. Vorrei capire se nelle ragazze intervistate c’è la percezione che la loro vita sia stata condizionata profondamente dall’appartenenza di genere, oppure se sentono l’incidenza di genere nella popolazione affetta da disturbi alimentari risponda più al caso o a una errata rilevazione statistica.

**7)** **Quindi secondo te queste tante donne e pochi uomini che si ammalano vogliono esprimere qualche tipo di sentimento verso il fuori, cioè verso il sistema sociale, ammalandosi? Ad esempio condivisone, o resistenza? Adeguamento, o rabbia?**

La violenza del gesto del vomito autoindotto, e la violenza dell’immagine del corpo emaciato dell’anoressica, hanno un forte impatto su chi vede dal fuori questi disturbi alimentari. Nella relazione con la società, ha un senso che ci si ammali di qualcosa di così visivamente impattante, o è un caso? Cosa distingue una malattia come la depressione, vissuta nel silenzio e non riconoscibile alla vista, da una malattia come l’anoressia, che invece è così immediatamente identificabile? O dalla bulimia, che richiede un grande sforzo fisico e un forte investimento psicologico in un gesto violento come quello di cercare di vomitare utlizzando le proprie mani come armi?

**8) Hai ricevuto delle cure per il tuo problema?** Oppure, se già dalla presentazione è chiaro che non sono mai state in cura, **Come si curano i disturbi del comportamento alimentare?**

Si punta ad ottenere la descrizione del metodo di cura utilizzato per ogni intervistata, che è normalmente figlio di una serie di scelte, come quella fra psichiatria e metodi alternativi, tra assunzione di farmaci e utilizzo solo delle proprie forze, tra affidamento totale ai medici e capacità di resistenza su alcuni punti. Si tratta anche di capire se sono state scelte autonome oppure imposte, per esempio dai genitori o dai medici di base, e di cogliere le interpretazioni delle “pazienti” sui limiti e privilegi di ogni decisione di cura. Con questa domanda si vorrebbe anche cercare di collegare l’aspetto della cura al genere, cioè capire da chi sono state curate queste ragazze, e se il rapporto medico/operator\*/paziente è estato vissuto in maniera diversa anche a seconda del genere[[79]](#footnote-79) delle due parti in causa. Infine, si vorrebbe cercare di capire se esiste un collegamento tra metodi di cura e contesto sociale. L’intervento medico ha in qualche maniera preso in considerazione anche gli stimoli sociali alla magrezza, per re-integrarli come presenti nella vita sociale quotidiana oltre la malattia? Il tentativo è quello di comprendere se la cura contestualizza questi stimoli come presenti nella vita di tutte le persone tutti i giorni, e dunque prepara a uno scontro con questi nel momento del ritorno alla vita fuori dall’ospedale/senza supporto ambulatoriale, o non li ritiene sufficientemente importanti nello sviluppo della malattia per inserirli nel discorso medico.

**9) Ma quando una persona guarisce cosa succede? È possibile reintegrare il momento della malattia in una biografia di vita coerente, o rimane sospeso come in una bolla, come tra parentesi? C’è un qualche tipo di accompagnamento nel momento in cui si rientra in società?**

Ulteriore approfondimento in seguito alla domanda precedente, per capire se è in qualche maniera favorita l’integrazione tra il momento di malattia/cura e il momento del rientro alla vita sociale. Si ritiene che la fase della malattia sia un passaggio integrato all’interno della biografia, oppure è visto come una parentesi al di fuori di un percorso “normale”? Le ragazze lo vivono come un momento “tra parentesi”, una bolla che racchiude un momento della propria vita, o come una propria caratteristica presente e integrata in un percorso? La persona che ha vissuto un DCA viene in qualche maniera accompagnata verso un mondo che sarà lo stesso di prima, e quindi con lo stesso portato di significato per la magrezza?

**10) Vuoi aggiungere qualcosa?**

Vediamo ora i temi emersi dalle interviste.

**4.1 La definizione di “malattia mentale”**

La malattia mentale esiste? In che maniera si definisce? Cosa fa di un comportamento deviante una malattia? Queste domande ritornano continuamente nella teoria psichiatrica e in quella antipsichiatrica. Il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV* fornisce una corposa nosografia delle malattie mentali: a ogni insieme di sintomi viene dato un nome, in modo che si possano definire con un termine medico la maggior parte delle esperienze di straniamento dei disturbi psichiatrici. È però una definizione suscettibile dell’interpretazione del medico: non ci sono organi con problemi di funzionalità scientificamente verificabili, o esami o test da eseguire per essere sicuri della diagnosi, o correlati eziologici certi, o alterazioni anatomopatologiche. Piero Cipriano (2013, 29) è scettico rispetto a questo modo di trattare le malattie mentali: secondo lo psichiatra si tratta infatti di un gioco di “onomastica” attraverso il quale si vogliono necessariamente dare dei nomi ad alcune espressioni o esperienze, per dare sicurezza al dottore sul metodo appropriato di intervento, e sulle medicine necessarie a curare queste esperienze considerate “erronee”, perché sembrino meno insondabili.

Anche Giorgio Antonucci, già citato come psichiatra “anti-istituzionale”, sostiene fermamente che la definizione di “malattia mentale” è sempre arbitraria (Antonucci, 1993, 10). Infatti secondo Antonucci una qualunque esperienza può essere definita “non logica”, quindi tutto ed il contrario di tutto può diventare “malattia”, ma senza alcuna base clinica (1993,12). Il concetto di malattia è dunque ritenuto del tutto “indeterminato” (1993, 25), può essere potenzialmente riempito di ogni contenuto, e secondo Antonucci sottovaluta sistematicamente il fatto che i problemi spesso si generano socialmente (1993, 11). E la conseguenza, come abbiamo detto[[80]](#footnote-80), quando si definisce un individuo “malato”, è lo svuotare di senso ciò che la persona dice e fa, negando significato ad ogni suo comportamento, e contemporaneamente sollevandolo da ogni responsabilità rispetto alle proprie azioni.

In particolare, la seconda domanda di intervista andava proprio a sondare le interpretazioni delle donne intervistate sulla definizione di anoressia, bulimia, binge eating disorder. Ne emerge che alcune ragazze sostengono che i disturbi del comportamento alimentare siano vere e proprie malattie, mentre altre utilizzano definizioni diverse.

M., studentessa universitaria, con un breve periodo di anoressia seguito da circa dieci anni di bulimia alle spalle, un percorso di cura ancora in atto e alcuni anni di militanza in gruppi politici che si occupano di questioni di genere, sembra aver ragionato molto sul significato della parola malattia, e su ciò che può implicare l’autodefinirsi malate: “*(…) i disturbi dell’alimentazione sono una patologia. E... ee... è stata una conquista per me definirli tali. Perché… è stato dal momento in cui ho fatto, cioè sono riuscita a definire me stessa come malata rispetto a questa problematica, che ho concepito la necessità di curarmi* *(…) Fino a che ho negato il fatto di aver…di aver un problema, di avere... di essere malata in questo senso, io... non ho... non ho curato me stessa. Eee... quindi appunto, io lo affermo con molta serenità e... proprio... serve a me, in primis, eee dire che si tratta di una... di una malattia. Anche perché... cioè... per l’esperienza che è... che è stata sul mio corpo... ee... è stata... cioè... mm... è arrivata a due passi dal… dal farmi temere la morte... quindi... mmm... io la chiamo malattia proprio* *(…)”* (M., 1, risposta 2). La cura dunque come immediata conseguenza della definizione di malattia. Senza il processo di etichettamento tramite la parola “patologia” non sarebbe scattato per M. l’impianto normativo automatico: si è malati, ci si cura. Che però non sembra essere tanto automatico nei casi di disturbi del comportamento alimentare, come argomenta Fe., ballerina della Scuola alla Scala di Milano, con problemi di anoressia prima e di bulimia poi, e una diagnosi di disturbi della personalità: “*Allora sono ovviamente una patologia però… mmm… cioè sì, sono una patologia, perché lo sono… mmm… però è una patologia strana perché a differenza per esempio come le patologie normali, le ragazze che ne soffrono non vogliono guarire. Cioè quando tu stai male vuoi guarire da un qualcosa, se hai… invece quando tu hai questa patologia non vuoi guarire*.” (Fe., 13, domanda 2). Si riconosce di essere malate, ma si oppone una strenua resistenza a ogni forma di cura. Ci si aggrappa al sintomo, ed è possibile che si intraprendano molti e diversi percorsi di guarigione (come vedremo), ma non si riconosca davvero la necessità di guarire, almeno fino a quando lo stress fisico e psicologico non spinge a un cambiamento: “***Almeno fino a un certo punto, poi magari sì…*** *Sì, almeno all’inizio… poi quando proprio non ce la fai più…* “ (idem). Anche per D., quarantenne con una storia di più di venti anni di disturbi del comportamento alimentare, ora in remissione, si tratta senza dubbio di malattie: “*Allora sicuramente sono malattie.*” (D., 5, risposta 2). Anche secondo Al., unica delle intervistate a soffrire di disturbo dell’alimentazione incontrollata, si tratta di malattie: “*Mmm… sono una malattia. Secondo me sono una malattia, mentale. (…) Il disturbo alimentare è una malattia*” (Al., 9, risposta 2). Anche N., studentessa con una storia di anoressia nervosa alle spalle, spiega perché secondo lei i DCA sono da considerarsi malattie: “*Beh credo che diventino malattie nel momento in cui rischiano di ucciderti, e nel momento in cui ti prendono e ti rinchiudono per curarti. Ho capito che era una malattia nel momento in cui facevo flebo tutti i giorni, in cui prendevo non solo psicofarmaci, ma anche gastroprotettori, perché il mio stomaco era a puttane. Nel momento in cui mi svegliavano i crampi di notte, e che non avevo più le mestruazioni. Nel momento in cui mi hanno spedito a fare la MOC a diciotto anni, e il dottore mi ha detto che non aveva i parametri per la mia età, perché è un esame da donne in menopausa. Poi però vedo anche tutte le cose che li legano al mondo normale…*” (N., 18, risposta 2).

C’è chi invece preferisce utilizzare il termine “disturbo”, o “problema”. C. per esempio, universitaria ancora il lotta contro l’anoressia, motivando la sua definizione, preferisce dire che si tratta di un problema: “*mi hanno anche insegnato a chiamarli così in un certo senso perché a un problema si può dare una soluzione, invece un disturbo è qualcosa che hai e da cui non puoi uscire. Eee… quindi si, in un certo senso mi piacerebbe di più poterli definire problemi, per pensarci come, in termini di soluzione*” (C., 3, risposta 2).M.T. invece, bulimica mai diagnosticata, sceglie proprio il termine disturbo, non convinta dell’etichettamento di anoressia e bulimia come malattie: “*Ma io sulla definizione di malattia sono sempre un po’ così… eee… no, secondo me no, cioè è uno star male, sicuramente non un star bene… però… cioè secondo me… emm… non puoi definirli malattia perché si vede che c’è un confine molto molto sottile fra stare bene, stare peggio, stare male. Quindi io non li definirei malattie…* ***Ok, una linea…*** *ma un disturbo sì. Però… una malattia no*” (M.T., 10, risposta 2).

In molte insistono sulla componente di dipendenza dei disturbi alimentari. Anche nella letteratura medica si ritrovano molti paragoni tra anoressia, bulimia e dipendenze da sostanze. Le scariche ormonali rilasciate sia dal digiuno, che dall’eccessivo esercizio fisico, che dall’assunzione di grandi quantità di calorie rendono la dipendenza da cibo (o da non-cibo) paragonabile alla dipendenza da sostanze stupefacenti. All’interno dei servizi sanitari territoriali, i centri per la cura di anoressia e bulimia rientrano inoltre nella categoria di centri per le dipendenze patologiche, ed i progetti di prevenzione per i DCA sono considerati progetti di prevenzione delle dipendenze. È la prima definizione che ne dà V., che, dopo aver vissuto un breve periodo anoressico, soffre ancora di bulimia: “*Una, che molto spesso viene dimenticata, è una componente di dipendenza. Sono una dipendenza (…) in brevissimo tempo... diventa proprio una addiction, quella che gli inglesi chiamano addiction. Tu sei dipendente dal tuo disturbo alimentare (…) è un modo per gestire delle ansie che si costruiscono nella vita di tutti i giorni per qualsiasi persona e così come un eroinomane magari si vuole fare una dose o quello che è, insomma, qualsiasi altra dipendenza, io ho bisogno del mio fix, ho… lo sento proprio per quanto io cerchi di scacciare, di dire no, e, io voglio guarire e non voglio abbuffarmi e non voglio vomitare e non voglio fare tutto questo, e per quanto cerchi di ritardarlo, alla fine è solo e esclusivamente un ritardarlo (…) ho bisogno di quel comportamento e penso sia anche una cosa molto fisiologica a un certo punto nella bulimia nel senso che, sì è… ti arriva questa scarica ormonale al cervello di dopamine o che altro (…)*” (V., 4, risposta 2). Anche M.G.[[81]](#footnote-81), prima ballerina del Teatro alla Scala di Milano, licenziata per aver parlato dei comportamenti alimentari scorretti diffusi tra le ballerine nel suo libro, equipara la dipendenza da cibo a ogni altra dipendenza: “*Però se oggi i disturbi dell’alimentazione aumentano così tanto i disturbi alimentari diventano una dipendenza come tante altre perché il cibo diventa dipendenza come droga, come alcol, come farmaci, e punto. Cioè, questa è la verità poi fondamentalmente.*” (M.G., 8, risposta 2). Per Al. l’appagamento che ti danno le sostanze è paragonabile a quello che ti danno le abbuffate o il digiuno: “*il disturbo alimentare per molti aspetti può essere una dipendenza. E non esci da una dipendenza da solo…* ***ok. Dipendenza da… dal cibo? Da…*** *Sì dalle sensazioni che ti dà il cibo, da… dall’appagamento che ti dà il cibo. O il non cibo anche, perché anche il non cibo ti dà appagamento*“ (Al., 9, risposta 2). Anche per Mi., liceale con problemi di anoressia e diagnosi di disturbo *borderline*, è sottile la linea che divide disturbi del comportamento alimentare e dipendenza da sostanze, e a portare a sviluppare l’una o l’altra forma di disagio può essere la predisposizione personale, o il caso: “*se uno sviluppa un disturbo alimentare piuttosto che la tossicodipendenza vuol dire che è più portato... non so, al perfezionismo... (…) Perché... boh... fanno lo stesso effetto... i disturbi alimentari fanno lo stesso effetto di una droga…”* (Mi., 14, risposta 2).

Altre ancora danno delle proprie definizioni dei disturbi del comportamento alimentare, elaborate in anni di ragionamenti intorno al problema che hanno vissuto. S. per esempio, con una storia di anoressia gravissima alle spalle, ed un cammino di recupero supportato da un padre spirituale e da una profonda fede in Dio, definisce i DCA come “malattie dell’anima”: “*Secondo me è una malattia dell’anima*” (S., 7, risposta 2). Ed anche, una “*è comunque una… mmm… una malattia di relazione*” (idem). Vi. invece, che racconta di essere uscita dall’anoressia grazie a percorsi di femminismo e *gender studies*, e che ha cominciato a analizzare la condizione della donna nella società anche in risposta al suo disturbo alimentare, dà una ulteriore definizione di anoressia e bulimia: “*Oddio adesso la prima parola che mi viene in mente è che siano dei simboli.*” (Vi., 17, risposta 2) ed anche “*sintomi di malesseri collettivi*” (Vi., 17, risposta 3). Espressioni simboliche di un disagio interiore.

**4.2 Disturbi del comportamento alimentare: il *continuum* con le norme sociali**

A lasciare la maggior parte delle intervistate un po’ perplesse sull’utilizzo del termine “malattia” o “patologia” nel definire i disturbi del comportamento alimentare è il fatto che una linea sottile divide coloro alle quali viene diagnosticato un problema psichiatrico e molte altre persone nella nostra società, con tutto l’uso di diete, di esercizio fisico, di controllo alimentare, di prodotti dimagranti che viene fatto e promosso. Nel capitolo II abbiamo già fornito un inquadramento teorico delle relazioni tra DCA e società, vediamo ora cosa emerge dalle interviste.

È opinione comune a molte ragazze che i disturbi alimentari si possano collocare agli estremi di un *continuum* lungo il quale sarebbe possibile collocare tutte le persone che durante la propria vita hanno seguito, o provato a seguire, una dieta dimagrante consigliata da un medico, trovata su una rivista, suggerita da un conoscente, letta su un libro, sentita in televisione, o anche inventata, e che non sia per niente semplice distinguere tra la presunta “normalità” e la presunta “malattia”. In un contesto sociale che esalta l'autocontrollo a tavola, e che fornisce continuamente, mediante tutti i mezzi di comunicazione possibili, indicazioni su come e perché e quanto dimagrire e nel quale la maggioranza degli attori sociali ripone una certa energia negli sforzi per mantenere una linea snella, è possibile tracciare un *continuum* di norme sociali che presenta agli estremi le esagerazioni di queste norme, un *continuum* che va dal “normale” al “patologico”. Le anoressiche e le bulimiche si trovano su un estremo del *continuum*, ma rimangono ancorate alla società e alle sue norme, esprimendo il proprio disagio attraverso l’esasperazione di comportamenti socialmente accettati.

È ancora una volta la seconda domanda di intervista che punta a far emergere quello del *continuum* come argomento di discussione, ma anche la terza e la quarta cercano di indagare tali relazioni. L’argomento è di portata talmente amplia che riemerge però anche in altri momenti nel corso delle interviste.

M. racconta per esempio tormentata la situazione nella sua classe delle superiori, in un comune liceo classico di Milano, nel quale le ragazze preadolescenti/adolescenti investivano moltissimo su aspetto fisico e apparenza, fino ad incentivare comportamenti patologici come il vomito. M. racconta di aver elaborato solo retrospettivamente questi suoi ricordi durante la psicoterapia e con il confronto con le sue compagne di un gruppo di analisi femminista milanese, ma di aver vissuto come assolutamente “normali” e integrati nello stile di vita prescritto una serie di commenti e comportamenti che ora giudica quasi patologici: “ *(…) era abbastanza comune nella mia scuola (…) una serie di discorsi proprio fatti tra ragazze in spogliatoio piuttosto che al bar che… che andavano proprio a incentivare un tipo di comportamento patologico, nel senso... rispetto al cibo (…) Nel… nella mia classe piuttosto che mie compagne che raccontavano i loro... eee le loro idee di provare a vomitare per dimagrire, queste cose qui*” (M., 1, risposta 1). Sono questi discorsi, uniti alla pressione del mondo adulto, dell’opinione pubblica, dei mass media, a suggerire secondo M. la strada per esprimere il proprio malessere: “*Il disturbo dell’alimentazione io credo che sia... mmm... strettamente legato al contesto in cui si... in cui si sviluppa e per contesto intendo contesto sociale (…) Eee... per cui... io so di aver... cioè per me si tratta di un... di una espressione di un ... mmm... di un malessere interiore ee… che può avere evidentemente a seconda del contesto sociale delle espressioni differenti o a seconda anche del del genere io credo (…) Eeemmm… quindi appunto, quindi, nel momento in cui vado a definirla una malattia io penso anche che sia una malattia di di questa società…*” (M., 1, risposta 2). Prova a spiegare quello che intende con un esempio: “*forse faccio un esempio non proprio. Non so, sì, provo a fare questo esempio, cioè* ***Vai, vai…*** *Eee…la tosse* ***(risatina)*** *Può venirti al polo sud, al polo nord, in mezzo all’africa. Il disturbo dell’alimentazione io credo che sia... mmm... strettamente legato al contesto in cui si... in cui si sviluppa (risatina) (…)*” (idem). M. sostiene inoltre che i problemi di condotta alimentare, anche quando non diagnosticati come malattie, possono essere un sottofondo presente nella vita di moltissime adolescenti: “*per riprendere l’esempio delle mie compagne di classe, è vero che tante, tante avevano disturbi dell’alimentazione proprio... mmm... diagnosticati, io credo che altre semplicemente... non, non avessero una vera e propria... eee... cioè non si possa parlare in quel caso di malattia* ***Di malattia****, ma sicuramente un... un atteggiamento ossessivo, di disagio rispetto al proprio corpo e al rapporto con il cibo c’era*” (M., 1, risposta 2). Tanto ossessivo quanto comune, che finisce per coinvolgere praticamente tutte, e molte donne possono porsi la stessa domanda che si pone M.: “*sto cercando di ricordare con chi non ho fatto questi tipi di discorso e onestamente non me ne viene in mente nemmeno una.*” (idem). Anche A., con una gravissima anoressia alle spalle, vede i DCA come collocabili agli estremi di una linea che traccia comportamenti tutto sommato comuni: “*In alcuni casi può essere vista come l’estremizzazione di modelli che ci propinano adesso, diciamo così”* (A., 2, risposta 2). Anche per in D. ritorna il termine “estremizzazione”, in accordo con la teoria del continuum tra disturbi del comportamento alimentare e norma sociale: “*(…)* *è un percorso che è un desiderio di cambiare il proprio aspetto fisico però c’è una linea molto sottile che divide l’estremizzazione di quello che è un comportamento normale da quella che invece è la patologia. Questa linea è sottile eem… è una linea che tu non vedi e non ti accorgi nemmeno di superare… però quando l’hai superata sì, è una malattia vera e propria secondo me*” (D., 5, risposta 2). Al. rende l’idea di quanto sia sottile la linea che divide ciò che è patologico da ciò che non lo è servendosi di una paragone: paragona il rapporto che intercorre tra tristezza e depressione a quello che intercorre tra dieta e disturbi del comportamento alimentare: “*(…) anche la depressione è una malattia mentale, ma ci sono persone che possono essere… ehm… così come ci sono persone che mangiano male e ci sono persone che hanno un disturbo alimentare, ci sono persone che sono depresse occasionalmente e persone depresse sempre. Allora probabilmente la depressione è una malattia, la depressione occasionale è uno stato d’animo… e anche il mangiar male e il consolarsi con il cibo può essere una cosa momentanea, ma non è un disturbo alimentare. Il disturbo alimentare è una malattia*” (Al., 9, risposta 2). Ma., con una storia di anoressia prima, poi di bulimia, e problemi di abuso di alcolici, si spinge anche oltre, ipotizzando che ci siano un sacco di persone potenzialmente diagnosticabili con i criteri di uno dei disturbi del comportamento alimentare, ma che siano talmente comuni che se non diventano veramente gravi non vengono considerate come soggetti da curare. Sostiene anche che sia una questione di atteggiamento rispetto al calcolo delle calorie, rispetto all’attenzione che si dà al cibo, atteggiamento però difficilmente definibile, e quindi difficilmente distinguibile in “patologico” o “normale”: “*è anche quanto calcoli, come calcoli, quanto stai attenta… e penso comunque che sì, la linea è molto sottile, e di normale normale immagino che non ci sia nessuno, che si possa definire al cento per cento perfetto.* ***Eh la perfezione non è…*** *però sì. Però… mmm… non so… ho… forse ci sono un sacco di persone che sono su una pessima strada, anche. Non lo so… a parte questa cosa che la linea è sottile, ma mi chiedo quante lo siano e non lo dicono, quanto siano accettati in realtà questi disturbi… socialmente, senza che si dica…”* (Ma., 11, risposta 10). Ce., universitaria bulimica mai diagnosticata e mai curata, descrive le sue compagne di università così come M. descriveva le compagne di liceo di dieci anni prima: “*faccio ridere con questa cosa perché ci sono le mie compagne di università che… questi mesi… mi hanno assillato dicendomi ah, sono obesa, devo perdere chili di qua, devo fare palestra di là, eppure non hanno evid… cioè non hanno comportamenti, disturbi del comportamento alimentare (…) vedo queste ragazze* *(…) c’è una mia compagna di università che è tremenda perché continua a dire che ne so, mangia una piadina all’ora di pranzo e continua a dire… no sto rotolando, ah stasera non mangio, perchè , così, cosà… oppure doveva cominciare a prendere la pillola e non vuole perché sa che deve ingrassare, quindi io vedo queste cose e dico boh, allora non sono io che sono malata, sono un po’ tutte che sono così. Eppure poi ci penso e dico… eppure io ho dei comportamenti che nessuno sicuramente… cioè che ci penso e mi vergogno anche solo a parlarne, magari loro ne parlano tranquillamente*” (Ce., 12, risposta 2). Vi. è molto tagliente nei suoi giudizi su colleghe impegnate con lei nel centro di *gender studies* di Utrecht, e parlando di loro estende la sua opinione: “*secondo me... non lo so... o sai che... secondo me molte femministe hanno avuto problemi di questo tipo. Non lo so, forse è una cattiveria, forse è un pensiero... però credo che sia una cosa molto scomoda con cui relazionarsi, perché oddio forse significa anche ammettere che non è così semplice, che non basta avere consapevolezza... cioè la consapevolezza non ti aiuta a non cadere vittima di certe... di certi condizionamenti, di certi... poi non lo so, forse anche un po' di snobismo... ehm (...) cioè quando sono stata a Utrecht, dove c'è questo polo di gender studies molto importante, guardandomi intorno ne ho viste tante... però sì, forse c'è un po' un tabù perché fa fare discorsi un po' scomodi, perché... mm... appunto... mmm... la... il femminismo ha fatto tanta fatica a decostruirli, gli stereotipi di genere (…) e anche se la decostruisci poi diciamo ha a che fare con delle cose più profonde di te*” (Vi., 17, risposta 2). N. da una sua interpretazione del punto in cui il *continuum* trascende in bulimia, o anoressia “*cioè vedo un sacco di altre ragazze che un sacco di problemi sul cibo se li fanno, e chissà magari ogni tanto vomitano pure. Però so che è diverso se vomiti ogni tanto, che è comunque sbagliato, ma altra cosa è se arrivi a vomitare dieci volte al giorno dopo che ti sei abbuffata altre dieci, come facevano alcune ragazze bulimiche che ho conosciuto (…) Però tutte, cioè sì credo proprio tutte, o almeno tantissime delle donne che conosco pensano molto a come mangiano e quanto mangiano (…) Quindi penso che alla fine ognuna sfoghi un po’ la sua ansia sul mangiare… crede che eliminando alcuni alimenti si elimini un po’ anche di ansia, o si riesca a controllarsi di più… Credo che la differenza fondamentale con l’anoressia invece, sia se ti sforzi per non mangiare o se ti sforzi per mangiare. Non so eh, è una idea che mi è venuta adesso. Ma magari chi fa diete per dimagrire fa fatica, e questo si sa. Tanto che ci sono pillole per non sentire la fame, tanto che si sa quanto è difficile stare a dieta per qualcuno che se lo impone. Invece per l’anoressica, a un certo punto diventa il contrario. A un certo punto ti violenti proprio per mangiare, non per non mangiare. È sempre una violenza su te stessa, ma quando ti ammali di anoressia ha il segno opposto rispetto a quando non sei ammalata. Forse.*” (N., 18, risposta 2)

Se molte delle intervistate sono convinte che una gran parte delle persone abbiano, in vita propria, sperimentato un disagio per il proprio corpo e un controllo sulla propria alimentazione, immaginano o vivono sulla propria pelle anche un durissimo giudizio sociale verso chi eccede: anoressiche e bulimiche, che escono dal tracciato di ciò che è socialmente accettabile, sfidano lo sguardo giudicante di chi vive immerso in un sistema che spinge alla magrezza e alla dieta, ma detta anche i limiti a questo sforzo. Secondo Giorgio Antonucci, questo giudizio così forte è quello a cui va incontro chiunque venga etichettato come “malato mentale”. Perché il dolore, sia esso fisico o mentale, è visto sempre come un “attentato all’efficienza”, e va incontro a pietà o indifferenza, che sono entrambe forme di aggressione in una “società meccanica di manichini” votata all’ordine e al profitto (Antonucci, 1993, 33). Il risultato è che molto spesso i disturbi del comportamento alimentare non vengono vissute come malattie da curare, ma come orrori da nascondere, e la paura di essere scoperte convive con il desiderio di riuscire a uscirne. Questo aspetto del giudizio sociale su anoressia, bulimia e binge eating disorder è indagato soprattutto tramite la domanda quattro**.** M. spiega così i suoi timori: “*Ok, sì la paura, cioè, è stata fortissima e paralizzante, tant’è che ci ho messo dieci anni a tirare fuori questa cosa. Eee… fortissima perché nella mia testa… eee... c’era la paura di essere ulteriormente non accettata (…) ho sempre provato una vergogna pazzesca all’idea che... che qualcuno sapesse (…) vivevamo insieme e quindi io... al mio sintomo davo espressione nella... in quella casa, e io… ricordo la paura folle che... che lei mi scoprisse. Perché avevo paura che... appunto che... cioè, che mi… mi si creava nella testa l’immagine di lei che mi diceva... tu sei, tu sei pazza... cioè... che è qualcosa di un po’ diverso dall’ammettere di essere malata.* ***Certo*** *Avevo paura di essere categorizzata come pazza, sì*” (M., 1, risposta 4). La paura e la vergogna in M. erano veramente forti: “*Ecco, cioè, io non ho avuto neanche il coraggio per sette anni di raccontarlo al mio psicologo*” (idem). Non è così drammatica la visione di A., che ha portato in giro per tanto tempo un corpo sui trenta chili, ma è interessante nell’ottica del pensiero dominante che spesso vuole l’anoressica *fashion victim*, ragazzina che per una fissa di pura apparenza rischia di gettare via la propria vita: “*c’è la tendenza a pensare che uno se la va a cercare l’anoressia, che sia… o la bulimia, quello che può essere, che sia una sorta di capriccio, un vizio, un vezzo, qualcosa… che tu ti alzi la mattina e dici… vabbeh, no, non mangio più*” (A., 3, risposta 9). Particolarmente interessante è il discorso di V., che ha aperto un blog sui disturbi del comportamento alimentare proprio per ribattere agli stereotipi sui DCA che sentiva troppo spesso. Secondo V. “*l’equazione è sempre disturbo del comportamento alimentare ragazzina stupida che vuol dimagrire* (…) *però quello che tu persona x penserai probabilmente è…* ***Mmm…*** *ma cosa vuol dire che stai cercando di guarire da un disturbo alimentare? Che sei una stupida che non voleva mangiare (…) lo stereotipo è quello di tu sei una ragazza intelligente quindi non puoi cadere in un disturbo alimentare. Tu non ti interessa la moda quindi non puoi cadere in un disturbo alimentare. Tu sei un maschio, o tu sei… non hai più quindici anni e non puoi cadere in un disturbo alimentare. Il disturbo alimentare ce l’ha… e… la ragazzina… che vuole ammalarsi fondamentalmente perché cerca in tutti i modi di dimagrire, fare diete, smette di mangiare. E…perché è quello che si vede, è quello che si vede in tv chi è la ragazza… la ragazza che, nei film, che va in bagno a mettersi lo spazzolino in bo… in gola e vomitare? è la cheerleader fondamentalmente del film americano che vuole essere magra. E questa è l’idea che c’è della bulimia per esempio! E non si pensa mai che in realtà c’è una signora di quaranta anni con tre figli che ha questo rapporto del cavolo con il cibo che magari non vuole neanche dimagrire (…) Che è bulimica e non è una cheerleader. E l’idea che c’è invece è che la bulimia sia un problema di quel tipo di… quindicenne bionda, fondamentalmente*” (V., 4, risposta 5). E per quanto riguarda gli stereotipi sull’anoressia “*E poi si passa da lì all’altro estremo che è la ragazza supermagra che sta per spezzarsi che soffre di anoressia che è questa malattia mentale in cui devi per forza pesare… che-che… ne soffre solo chi pesa trentacinque chili ed è una specie di fantasma che cammina e fa paura*” (idem). Le anoressiche però non sono necessariamente come le dipinge questo stereotipo, argomenta V., si può avere una serie di pensieri ossessivi e meccanismi cognitivi di tipo anoressico per non avendo un BMI eccessivamente basso, mentre l’idea comune è che una anoressica debba per forza essere scheletrica: “*Quello è l’esempio di anoressica mostro*” (idem). Il risultato di tutti questi pregiudizi è, secondo V., che “*ci costringono a… mentire molto di più sul nostro disturbo alimentare per non sentirci giudicate, ci costringono a nasconderci*” (V., 4, risposta 11). L’idea che la gente possa pensare che si tratti di un capriccio torna anche in F., liceale con un non meglio precisato disturbo del comportamento alimentare, ma nel suo immaginario delle reazioni sociali ai disturbi del comportamento alimentare c’è anche l’idea della pena e della compassione: “*provano quasi pena nei tuoi confronti perché poverina… mmm… non… proprio pena, compassione, per questo problema. Però molto… sono molto superficiali, nel senso che pensano appunto che sia un capriccio anche legato al fatto di voler essere belle, di voler essere magre*” (F., 6, risposta 4) e “*molte persone pensano che sia il capriccio non voler mangiare*” (F., 6, risposta 10). La sensazione di F. è comunque quella di “*avere gli occhi puntati addosso… continuamente…*” (F., 6, risposta 4). Non capricci ma vizi nell’idea del senso comune su anoressia e bulimia di S.: “*Allora, sicuramente ancora oggi si pensa, spesso, che chi è anoressica è viziata (…) più che della parola hai paura dello sguardo degli altri*” (S., 5, risposta 5). E ritorna anche la vergogna, la malattia mentale come tabù, da nascondere tra le mura domestiche o ospedaliere: “*bisogna imparare a non provare più vergogna rispetto a questa cosa. Purtroppo tante famiglie di vergognano…*” (S., 7, risposta 10). Anche B. è poco lusinghiera nell’esprimere ciò che la gente pensa, secondo lei, delle anoressiche: “*e dice beh quella è una cogliona si sta rovinando la vita perché vuole sembrare che cazzo ne so...*” (B., 16, risposta 5). Anche nell’idea di Vi. anoressia e bulimia sono considerate una “forma di stupidità”: “*siccome io ero intelligente, non... non dovevo avere questa forma di stupidità, appunto di voler essere una modella, di essere legata all'immaginario comune delle ragazze anoressiche, che voglio essere modelle (…) Perché appunto non è una cosa... una malattia da persone intelligenti (…)*”(Vi., 17, risposta 5). Un altro giudizio pesante al quale si è sentita sottoposta Vi. è quello secondo il quale una anoressia o una bulimica non hanno alcun reale problema, in quanto non c’è nessun organo compromesso, ma se le creano da sé, le loro malattie: “*tu non hai problemi reali, e ti crei problemi, no? Che non esistono, ti fai questi problemi aggiuntivi (…) tu hai tutto, tu sei intelligente, sei bella, hai la famiglia che ti vuole bene, quindi perché ti devi creare questi problemi inutili?*” (idem). Vi., che abbiamo già presentato come studiosa presso un polo di *gender studies*, sente il giudizio oppressivo delle colleghe, che teme la giudichino “schiava” di un sistema che studiano e criticano: “*ho sempre avuto un po' di vergogna, perché in quanto... quella è un'altra forma di giudizio, perché comunque in quanto femminista, studiosa di queste cose qui, è come ammettere che anche tu però sei schiava di quei modelli che dovresti criticare e di cui comunque dovresti essere superconsapevole*” (Vi., 17, risposta 5). N. invece ha sentito rabbia e disprezzo nei suoi confronti, e racconta un aneddotto che ritiene significativo: “*A 36 chili usavo le spille da balia per tenere su qualsiasi cosa… fatto sta che un giorno cerco un paio di pantaloni in un negozio… una grande catena… poteva essere Zara, H&M, che ne so, uno così… e beh non trovo niente di piccolo… e la commessa mi guarda arrabbiata e sprezzante, o almeno così mi sembrava… e mi dice, vai nel reparto bambine, che forse ti conviene. È stato un colpo per me, che non mi vedevo… ma avevo diciannove anni, bambina non lo ero… e non lo so, lei sembrava arrabbiata con me*” (N., 18, risposta 4).

È interessante dedicare una riflessione al cosiddetto “fascino” dell’anoressica. Perché nonostante i giudizi sociali duri contro i quali si sono scontrate molte delle ragazze intervistate, alcune hanno anche verbalizzato la sensazione di ammirazione vissuta alle volte dalle anoressiche. Anche nella letteratura ritorna l’idea che l’anoressia possa anche esercitare un certo fascino: secondo la Pace (1993, 12) seduzione e rifiuto convivono nel corpo emaciato dell’anoressica, circondandola da una aura che le conferisce un certo mistero, ed esercita appunto attrazione e repulsione allo stesso tempo. Secondo la Marzano (2011) quello che si prova davanti al corpo scheletrico dell’anoressica è un “misto di irritazione e ammirazione” (2011, 39). È secondo l’autrice il fascino discreto della morte, della lotta contro la morte che lascia l’anoressica sempre su un filo che solo una strenua forza di volontà e un ferreo autocontrollo permette di non spezzare. E sono anche questi input esterni che rendono la guarigione da questa malattia così difficile. Infatti alle volte sono le stesse ragazze, anche già guarite dal disturbo alimentare, che continuano a provare un certo affetto per la loro malattia, e ricordano di essersi sentite ammirate: Ma. per esempio afferma che *“… non sono mai stata felice, ma posso essere infelice con una certa dignità… e se sono molto magra hai un alone molto tragico e puoi essere infelice facendo una gran bella scena, se sei infelice e paffuta chi è che ti si fila insomma… non è molto raffinato diciamo… e lì ero una specie di star…*” (Ma., 11, risposta 1). E rispetto al giudizio degli altri, invece “*C’è sempre un po’ di autocelebrazione. È una figura abbastanza mitizzata, in realtà. Nessuno considera che dopo le anoressiche… che possono ingrassare le anoressiche e dopo perdono metà della loro poesia e nessuno se le considera più (…) poi è sempre una cosa morbosa, e le cose morbose attecchiscono bene…*” (Ma., 11, risposta 10). Questo è sicuramente ancora più vero in ambienti specifici come quello della danza. Così Fe. descrive la verità della Scuola alla Scala: “*poi era una cosa che si elogiava in scuola di ballo, soprattutto i ragazzi la elogiavano… ah, lei anoressica fantastica…*” (Fe., 13, risposta 2). Vi. poi ci tiene ad esprimere questo pensiero riguardo alla propria malattia, tanto che mi trattiene per aggiungerlo alla fine dell’intervista: *“(...) per esempio questa è una cosa di cui mi vergogno molto però te la dico perché non posso... non ho diciamo la... e... mmm... io non... ho un sentimento di affetto per questa cosa che mi è capitata (…) perché tu manifesti una grandissima forza di volontà (…)**Purtroppo suscita ammirazione... suscita ammirazione e... e fastidio (…) a me ancora adesso, faccio tanta fatica. Con tutte le letture che faccio... la persona magra mi desta ammirazione, e devo... per cui devo decostruirla questa cosa in me e fermarmi e dire ma perché?*” (Vi., 17, risposta 10). Anche secondo N. ci sono troppi stereotipi per quanto riguarda l’idea comunque rispetto alle ragazze che si ammalano di DCA: “*Invece mi hanno colpito molto delle volte che l’ho detto a qualcuno di importante (…) di solito segue silenzio imbarazzato. Poi frasi del cazzo tipo… ma tu? No ma dai… non ci posso credere. Tu così bella… così intelligente. Sì, una figa e una cima, proprio. Tanto da smettere di mangiare… odio questi commenti. Che c’è, dovevo per forza essere una scemetta fashion victim per diventare anoressica? A e poi c’è n’è un altro… dopo aver raccontato tutta la solfa (…) beh insomma capita che ti dicano Ah ma allora tu sì che sei forte, più forte di tutti noi… tu che sei uscita dall’anoressia… sì, anche lì. Grande forze, e ottima dimostrazione. Mi sono ammalata proprio perchè forte non ero, eppure questa etichetta me la ritrovo ancora oggi appiccicata addosso. E se con l’anoressia ho voluto in un certo senso dimostrare che così forte non ero, che la debolezza e la fatica le accusavo, che così non ce la facevo… niente, ora sono forte perché ne sono uscita. Un genio dunque, e una grande forza. Mi sembrano stereotipi così stupidi… che poi la gente quando lo dice pensa di farti un complimento, ma tu hai la sensazione che non sia servito a niente, che nessuno abbia capito niente, che nessuno sappia niente di cosa è l’anoressia… (…) Cosa credete, che mi sia bevuta il cervello e che volessi fare la modella? Ed è per questo che ora vi sembra l’idea*” (N., 18, risposta 5). Anche N. parla di affetto e odio allo stesso tempo per la sua malattia: “*ma perché alla fine ti affascina. La malattia sta lì, e tu la odi e la ami. La odi per tutto il tempo che ti ha fatto perdere, per il dolore che ti ha causato, perché incolpi lei magari di tanti errori che hai fatto, di tanti ricordi brutti… ma la ami perché alla fine l’anoressia dà vertigini, perché le ossa ti difendono, perché sai che se non sai più cosa fare… c’è sempre una soluzione. Che sia non mangiare, che sia l’autolesionismo, è un sedante. Poi sai anche che stai meglio senza il disturbo che con il disturbo, quindi non ci ricadi… però è un ricordo vivo*” (N., 18, risposta 9).

Questi stereotipi sulle persone affette da anoressia, bulimia, BED o altri disturbi del comportamento alimentare vissuti in maniera così opprimente dipendono spesso, nell’opinione di molte delle intervistate, dalla assoluta mancanza di informazione, e di prevenzione, su questo argomento. Il discorso della prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare è molto complesso: come provare a prevenire senza suggerire comportamenti patologici? Come educare all’armonia con il proprio corpo senza instillare dubbi che possono portare a un disagio con se stesse? Come orientare a nuovi canoni estetici se si ha a che fare con adolescenti che hanno come canoni di riferimento quelli *mainstream*? Ed ancora, come si fa a prevenire una malattia che non ha una eziologia condivisa e riconosciuta? Al di là di queste considerazioni, la necessità di sviluppare programmi preventivi rispetto ad anoressia, bulimia e agli altri DCA è riconosciuta sia dagli specialisti della cura che dalle persone che vivono o hanno vissuto disturbi del comportamento alimentare. Vengono riconosciuti tre livelli di intervento necessari, definiti prevenzione primaria, secondaria e di terzo livello. Per primaria si intende quella rispetto ai fattori di rischio per l’insorgenza del disturbo, per ridurne dunque l’incidenza complessiva. Per secondaria invece si intende quella volta ad accorciare i tempi tra l’esordio del problema e il suo riconoscimento, ed eventualmente la cura. Si tratta dunque di formare le figure di riferimento nella vita delle adolescenti: genitori, insegnanti, allenatori, medici di base, dovrebbero saper individuare una sofferenza di questo tipo per porvi rimedio il più velocemente possibile. La prevenzione di terzo livello coincide invece con la cura vera e propria. Le ragazze intervistate sembrano però sostenere che la prevenzione non sia realmente implementata a nessuno dei tre livelli, nonostante i proclami come quello del Ministero per le politiche giovanili e le attività sportive (2008), o della Camera nazionale della moda italiana (2007). Secondo molte le informazioni che circolano sono poche, e inoltre spesso nocive. Non c’è una domanda in particolare che vada a sondare questo aspetto delle relazioni tra disturbi del comportamento alimentare e informazione/prevenzione, ma è importante notare come questo tema ritorni spesso, e spontaneamente, nelle parole delle intervistate. C. in particolare ha elaborato un interessante pensiero e una sua visione della “rappresentazione” di anoressia e bulimia da media mainstream: “*il racconto del-di questi problemi quando viene dato in pasto ai media secondo me finisce sempre tra o il gossip o il necrologio (…) diventa qualcosa da canale 5, da pubblicità... da... non so da pomeriggio oppure finisce in prima serata in qualche cronaca di morte (…) Quindi si passa o dalla… dalla velina magari che ha sofferto di anoressia o dall’attricetta che vuole raccontare la sua storia oppure alla notizia tragica di una perdita o di qualcuno (…) c’è una oscillazione pazzesca tra…in questo senso nella-nella rappresentazione. Che... sì, che diventa morbosa perché porta a interessare le persone come le può interessare magari un omicidio (…)*” (C., 2, risposta 4). Distingue però tra la rappresentazione dell’anoressia e quella delle altre patologie, o disturbi: “*l’aspetto scandalistico che c’è in questo (…) E riguarda soprattutto l’anoressia perché invece magari altri disturbi tipo la bulimia o… o il binge penso che non siano tanto, così tanto mediatizzati*” (idem). C. è la prima a citare una puntata di un noto programma televisivo che racconta la storia di Sara, una ragazza morta di anoressia poco dopo aver girato, a sua insaputa, il servizio[[82]](#footnote-82): “*Ma anche mi aveva fatto riflettere il servizio che aveva fatto le Iene poco tempo fa (…) il tono con cui si rivolgeva alla ragazza era sempre molto…di pietismo. Era assolutamente compatimento, cioè usava diminutivi*” (idem). La ragazza in questione pesa all’incirca trenta chili, è deformata dalle ossa che bucano la pelle, e mendica monetine per strada per poter bere cappuccini alle macchinette, unico nutrimento che si concede. È decisamente un caso-limite, una rappresentazione dell’anoressia che distorce quella che è la verità media per le persone che ne soffrono, passando un messaggio fuorviante. Anche secondo V. le persone non ricevono le informazioni giuste, anche grazie a servizi come quello appena citato: “*persone che vivono con la persona che ha il disturbo alimentare vorrebbero fare qualsiasi per aiutarla tante volte non-non ricevono neanche le informazioni giuste (…) io sono molto convinta che lo stereotipo che c’è del disturbo alimentare impedisca alle informazioni giuste di circolare.*” (V., 4, risposta 6). V., bulimica, si riferisce in primo luogo alle informazioni riguardanti la anoressia, sempre rifacendosi al servizio citato prima. Il problema fondamentale, secondo V., è che mandando in onda servizi come quello si distorce lo sguardo di chi, parenti, genitori ed amici, potrebbe per primo rendersi conto di avere al fianco una persona che soffre di disturbi del comportamento alimentare: “*Quello è l’esempio di anoressica mostro, per esempio.* ***Sì, beh sì.*** *Questa ragazza che… non è… non viene neanche trattata come una ragazza. Questa qui è trattata come puoi vedere in un film degli anni… degli anni sessanta come trattavano la gente in un manicomio dove sono persone che non si… devono avere qualche malformazione al cervello (…) E vedendo quel servizio… loro dicono tanto che fanno sensibilizzazione sull’anoressia… se tu vedi quel servizio tu persona che è vicino a una persona che sta magari iniziando a soffrire di disturbi alimentari o che magari ne soffre già non penseresti mai la persona vicino a me potrebbe cadere nell’anoressia, devo… non è possibile… l’anoressia è un problema serio, persone normali cadono nell’anoressia (…) sensibilizzazione sull’anoressia. Ma stiamo scherzando? Quella è sempre l’idea dell’anoressica mostro e l’anoressia non è un problema che potrebbe succedere al mio vicino di casa*” (idem). Un giudizio migliore lo esprime invece su un altro film, *Briciole*, che le sembra dia una rappresentazione più veritiera dei disturbi del comportamento alimentare. Anche Ar. cita la puntata sulla storia di Sara come esempio di informazione negativa sui disturbi alimentari: “*In televisione avevo visto un servizio sulle Iene…* ***Ah, sì…*** *Sì diciamo che hanno preso proprio un caso estremo che sicuramente è scioccante perché a me ha scioccato ma secondo me dovevano anche cercare di trovare un esempio magari più vicino alla nostra quotidianità (…) Sì perché la gente già è poco informata poi se si vede quegli esempi lì cioè… è ovvio che sì insomma non aiuta, secondo me…*“ (Ar., 15, risposta 11). D., venti anni di anoressia e bulimia alle spalle, fa volontariato in un centro che si occupa di fornire informazioni a persone che soffrono di DCA, a parenti e amici “*vado lì a fare volontariato presso questa associazione chiedono insomma informazioni… non tutti sanno dell’esistenza del centro…non tutti sanno come si deve affrontare questa cosa… insomma le informazioni ci sono ma non sono sempre così…beh meglio che ce ne siano sempre di più insomma… tutte le persone e soprattutto le famiglie che vivono delle difficoltà non sanno a chi rivolgersi spesso…*” (D., 5, risposta 11). Anche secondo F. le informazioni che circolano sono insufficienti: “*i pochi servizi che hanno fatto sono stati fatti nelle fasce orarie… tardi alla sera quindi non tutte le persone hanno potuto guardare questi servizi fatti*” (F., 6, risposta 10). Ma soprattutto suggerisce una strada di prevenzione che non è necessariamente contro i DCA, ma a favore di una alimentazione sana: “*per me ci vuole anche prevenzione…* ***Prevenzione?*** *Secondo me ci vuole della prevenzione fatta soprattutto alle scuole medie, che parta comunque dalla prima media la prevenzione, ma non legata ai disturbi alimentari, ma legata all’alimentazione… all’educazione alimentare perché a volte alcuni disturbi alimentari nascono anche perché non si aveva una adeguata alimentazione…*” (idem). Anche Vi. ritiene che la prevenzione non debba passare necessariamente attraverso uno specifico programma sui disturbi del comportamento alimentare, ma che possa rientrare in una adeguata “educazione al genere”, ossia sensibilizzazione e passaggio di consapevolezza sui ruoli di genere nella società: “*Noi per esempio con una amica abbiamo fatto un piccolo percorso di educazione al genere in un istituto superiore.* ***Sì.*** *E quello è stato molto interessante, perché noi cosa abbiamo fatto. Abbiamo parlato ai ragazzi di cosa è per noi il ruolo maschile, piuttosto che il femminile, e commentavamo anche le pubblicità... fare educazione al genere nelle scuole superiori sarebbe importantissimo. Io l'ho fatto con una mia amica, ho fatto questa breve esperienza in una scuola superiore, ed era... cioè tu vedevi proprio come sono sono davvero pieni di schemi, di stereotipi…*” (Vi., 17, risposta 10).

**4.3 La malattia mentale come ribellione: modello unico e questione di genere**

Uno degli aspetti principali che si sono voluti andare a studiare tramite le interviste condotte è stato quello del concetto di malattia mentale come forma di ribellione, declinato nel caso dei disturbi del comportamento alimentare. Anoressia e bulimia possono essere infatti lette come forme di adeguamento estreme a canoni sociali ed estetici imposti da media, riviste, sfilate: l’adesione totale che porta a compiere ogni possibile sforzo pur di conformarsi al modello. Ma possono anche essere lette come forme di resistenza a tali canoni: la bulimica che finge di conformarsi sia a una richiesta di apprezzamento e convivialità nel rapporto con il cibo sia a una richiesta riguardo al fisico perfetto, ma poi vomita di nascosto ogni imposizione, l’anoressica che finge di adeguarsi e di rassomigliare ai modelli suggeriti, ma poi decide da sé e per sé fino a quale punto spingersi. Può essere vista come una sfida: si reagisce all’imposizione con scelte di autonomia, autodeterminando i propri schemi alimentari, la propria forma, il proprio corpo e la maniera in cui modellarlo, con la restrizione estrema o con il vomito o in mille altre maniere.Il metodo psicoterapeutico è stato criticato, per esempio dalla Phyllis Chesler (1972, 114), per la sua pretesa di curare attraverso l’analisi individuale problemi che sono etici e politici, di trasmettere l’idea che l’infelicità e la sofferenza possano essere alleviate solo tramite sforzi individuali e mai in modo collettivo, legittimando così l’irresponsabilità e la passività delle masse davanti a norme e modelli che possono essere considerati oppressivi e ingiusti. La psicoterapia come istituzione è dunque, secondo l’autrice, una forma di controllo sociale e politico che offre sollievo individuale a chi può pagarlo, senza preoccuparsi di sconfiggere a livello sociale i fattori che possono portare al disagio ed alla malattia soggetti potenzialmente a rischio. La psicoterapia è dunque vista come una soluzione individuale per risolvere l’infelicità, e l’infelicità della donna in particolare, perché disinnesca la rabbia sociale per trasformarla in malattia emozionale (Chesler, 1972, 116). Ridotta in questo modo a problema personale, la colpa della sofferenza può essere fatta ricadere solo su colei che soffre, offrendole in cambio una soluzione ugualmente personale, fatta di parole e non di azioni sul tessuto sociale. Si è cercato di cogliere le opinioni su questo aspetto emerse in ogni risposta, ma in particolare la domanda numero sette è stata pensata per andare a sondare i rapporti tra resistenza, rabbia, adeguamento, condivisione. Questa domanda mira a capire come le ragazze interpretano e vivono questa manifestazione di malessere, se credono che tutto avvenga all’interno dell’individuo “malato”, a esclusivo favore dell’espressione del proprio malessere o al massimo come comunicazione di dolore agli altri significativi, o se pensano che questo disagio, con la violenza dei gesti che lo contraddistingue, possa/voglia esprimere un qualche sentimento anche diretto a un contesto più ampio, o a tutto il sistema sociale.

Che la malattia mentale possa essere considerata una forma di resistenza alla “normalità” del sistema non è nuova nella teoria sociale ed è di grande interesse capire se tale concetto possa essere in alcuni casi applicabile ai disturbi del comportamento alimentare. Il “folle” che sceglie da sé come comportarsi, cosa dire e cosa fare, che rompe ogni convenzione, che ricorda a ciascuno la verità della propria esistenza fatta di obblighi, di accettazione di norme e comportamenti, dettata dalla paura dell’esclusione e del ripudio, torna per esempio in Foucault (1963, 26). Il timore ed il fascino ispirati contemporaneamente dalla malattia mentale si compongono secondo l’intellettuale francese della paura della repressione e della lusinga esercitata dal dilatarsi della libertà di chi non ha più società a cui render conto, di chi si è liberato “della saggezza e dell’ammaestramento” (Foucault, 1963, 32) a favore della “libertà dei suoi sogni” (idem, 35), dell’”inumano”, del “contro-natura”, dell’”impossibile", ma anche del desiderio. E allora da una parte il terrore per la repressione, la reclusione, i manicomi, l’esclusione, e dall’altra una sottile ammirazione per la follia che rompe ogni schema sociale, e che viene vista come ciò che governa tutto ciò che c’è di facile e di gioioso al mondo (idem, 39). “Fare il folle” o “essere folle” è dunque per alcuni astenersi dalla norma sociale, ribellarsi alle strutture di potere: se la follia non esiste allo stato selvaggio, bisogna riconoscergli una funzione di manifestazione della differenza e della diversità, e di rivendicazione di un proprio spazio (Foucault, 1994, 46). Foucault cita Cervantes con il Don Chisciotte (idem), etichettato come “pazzo” per il suo voler scagliarsi contro i mulini a vento, contro un sistema che era, secondo chi lo giudicava, impossibile da combattere. Qui l’idealismo si confonde con la malattia, il desiderio di un mondo migliore con la più pura follia. Difficilmente però questa sfumatura di resistenza viene vista, riconosciuta, accettata come presente in quella che viene definita “malattia mentale”: sempre secondo Foucault, dall’epoca dell’internamento in poi (da dopo il medioevo) il pazzo è visto come individuo da sottomettere, redimere, forse curare, e gli si nega il “potere di rivelazione” (idem, 47) rispetto alle contraddizioni del sistema che gli era invece riconosciuto in precedenza. Se il folle a un certo punto della storia diventa qualcuno da ripudiare ed escludere, è possibile che sia anche perché viene visto come un elemento che apre a una serie di domande filosofiche e dubbi amletici sulla legittimità, sulla “bontà”, sulla “giustizia” del sistema nel quale vive e delle regole che lo governano, perché chiunque le rompa mette gli altri davanti all’esistenza di tali norme, prima date per scontate. La definizione di pazzia viene quindi rivista, riscritta, cambiata, a seconda del momento storico, sempre con lo scopo di proteggere la solidità di un sistema sociale che garantisce una norma da seguire e un universo morale al quale appellarsi, tragicamente intaccato da tutto ciò che è contrario o esterno ai binari tracciati.

Marta Caminero-Santangelo (1998) ci presenta un excursus su come i movimenti femministi abbiano letto nella “donna pazza” (*madwoman*), o malata, elementi di sovversione e resistenza. La pazzia viene associata da alcune teoriche di questi movimenti alla rabbia, e la sua espressione viene considerata una forma di resistenza a un mondo di cui non accettano le norme, a un pensiero dominante patriarcale e oppressivo dal quale vogliono liberarsi. La voce delle donne che manifestano sintomi di malattia mentale è dunque liberazione della voce di chi è stato ridotto al silenzio per secoli: con la prima esplosione di isteria, sostengono diverse autrici, la donna torna al centro della scena e si riappropria di uno spazio espressivo che fino a quel momento le era stato negato[[83]](#footnote-83). La follia sarebbe allora il precipitato della violenza di certi ordini sociali, e di più sarebbe un metodo per ribellarsi a tale violenza, per trovare altre vie di espressione, per mettere in scena una protesta. La Caminero-Santangelo teorizza che spesso però tale espressione di ribellione attraverso la malattia mentale finisce per colludere con la cultura che la produce[[84]](#footnote-84), perdendo nella strada parte del valore di sovversione. Alcune malattie possono infatti essere lette come atti di protesta verso le categorie tradizionali, pur rimanendoci totalmente immerse: è per esempio il caso di anoressia e isteria (Caminero-Santangelo, 1998, 98). È anche a causa dei metodi di cura repressivi utilizzati che l’aspetto di resistenza insito nella malattia mentale viene nascosto o annullato: con la contenzione e l’internamento chi si distingue viene ridotto al silenzio ed allontanato dalla vista, per essere ricondotto al suo posto nell’ordine dominante. La diagnosi di malattia mentale come risposta sempre possibile a comportamenti che violano aspettative e norme sociali corrisponde, secondo l’autrice (Caminero-Santangelo, 1998, 8), all’immagine della donna plasmabile e remissiva, che può essere ricondotta al suo ruolo, al suo posto nella società, attraverso una psicoanalisi o l’utilizzo di metodi psichiatrici coercitivi che riducano al silenzio coloro che hanno, anche inconsapevolmente, utilizzato l’arma della malattia per rendersi visibili e sopravvivere in una condizione sociale inaccettabile. La pazzia diventa un tentativo di sabotaggio di tale cultura inaccettabile, e le pratiche discorsive di cura un’arma per nascondere questi tentativi ed allontanare un possibile germe di rivolta (idem). Date le “epidemie” di malattie mentali ricorrenti nella storia, il sistema dominante ha avuto bisogno di ridurre ogni caso a una crisi personale: il tentativo della letteratura manicomiale femminista è stato invece quello di spostarsi da una lettura del sé privata a un “noi” collettivo, ridando la valenza di protesta interindividuale a isteria, depressione, anoressia, e a tanti altri “disturbi psichiatrici”. Le parole delle donne diagnosticate, però, secondo la Caminero-Santangelo, rimangono solo “fantasie” di resistenza ed insurrezione (1998, 24), perché la loro prospettiva è disconosciuta nel momento stesso della diagnosi, e l’esperienza accantonata in un universo di follia sfuggito dai più. Si nega credibilità a chi viene rinchiuso e normalizzato, e il tentativo di protesta passa inosservato.

Per quanto riguarda i disturbi del comportamento alimentare in particolare, già abbiamo proposto le interpretazioni di Vandereycken e Van Deth Ron (1994) e di Bell (1985) sull’uso del rifiuto del cibo come rivolta contro il sistema patriarcale oppressivo[[85]](#footnote-85) medioevale, ed i contributi che toccano il tema della ribellione[[86]](#footnote-86). Nelle parole delle intervistate, il tema della rabbia e della ribellione e emerge in forma controversa.

È necessario però innanzitutto capire: rabbia o adeguamento verso che cosa? Dallo studio della letteratura e dall’analisi delle parole delle ragazze intervistate emergono due elementi principali verso i quali è interessante comprendere se quello che si sviluppa con i disturbi del comportamento alimentare è un tentativo di adeguamento o di ribellione, o nessuno dei due. Si tratta del modello unico di bellezza imposto e della condizione del corpo della donna nella società moderna: temi che spesso si intrecciano e si contaminano anche nelle parole delle ragazze. La questione del genere è stata indagata direttamente tramite la domanda cinque, semplice e secca. Non c’è invece una domanda specifica sul modello unico, ma è un tema emerso spontaneamente in diverse interviste. Anche perchè il modello unico di bellezza che scatena la rabbia, o il tentativo di emulazione, in molte di loro, è poi un modello di normatività femminile. O quantomeno è il modello per eccellenza con il quale tutte si devono confrontare nella società contemporanea: se anche gli uomini devono fare i conti con un ideale estetico, è però vero anche che nelle parole e nelle interpretazioni delle ragazze l’importanza di aderire a un certo canone con il proprio corpo risulta maggiore per le donne. Ed è l’ideale estetico proposto e propagandato dai media mainstream, che a parte qualche raro caso illuminato, è uno e uno solo. Le uniche immagini patinate disponibili, le uniche fotografie scattate, le uniche attrici ammirate sono sempre molto magre, e tale magrezza viene poi ricercata anche al di fuori del mondo dello spettacolo: nel mondo del lavoro per esempio risulta che essere magri costituisce un vantaggio[[87]](#footnote-87), ed il valore morale di autocontrollo associato al fisico asciutto è una garanzia visiva in ogni collaborazione. Non solo modello di bellezza dunque, ma anche modello di successo, promessa di vita più facile e più appagante. Lo spiega bene M.: “*nel momento in cui io, donna, e sto crescendo come donna, vivo delle ansie e dei traumi, mi viene sugg... cioè... suggerito fortemente dal mondo che mi sta intorno che... mm... la soluzione può essere questo standard di perfezione di... corpo. E di corpo femminile... che che dall’esterno è imposto… standard di magrezza, standard di regime alimentare (…) di questa società… mmm… profondamente masch... mmm… maschilista e machista*” (M., 1, risposta 1). E chi non si adegua è facile che provi un certo disagio, soprattutto durante l’adolescenza: “*(…) il sistema in cui ci troviamo, comunque c’è la mmm l’imposizione rispetto, sulle donne, a, cioè, doversi trovare, sentirsi a disagio con il corpo che hanno con... i... le loro... con con la propria forma, con…i propri desideri, le proprie forme i propri odori, quindi c’è proprio cioè un disagio imposto, questo esiste. E... e io penso che poss... cioè che il momento in cui sfocia... cioè può, possa sfociare in questa, questo percorso, in patologia alimentare*” (idem). Disagio che per M., in un modo abbastanza tipico nei disturbi del comportamento alimentare, diventa ossessione nel confronto con gli altri: “*quindici anni a... ad avere uno sguardo ossessivo di confronto con i corpi degli altri, con i corpi che mi venivano proposti... ee... in televisione, sui giornali, che che poi mi venivano appunto ... eee... che ritrovavo nelle conversazioni con le compagne, e onestamente, questa cosa a distanza di (risatina) dieci anni dai miei tempi del liceo la vedo ri-ripetere alla mia sorellina alla mia cuginetta che adesso va al liceo, cioè, eemm... è radicata e forte questa imposizione*” (idem). Imposizione di perfezione: “*che devono tendere a questa perfezione ben... maledetta o benedetta (…) alla magrezza dei corpi delle donne, io ci tengo a sottolinearlo. Cioè, così come esiste tutta una serie di... cioè come, come le donne devono essere... è un... è continuamente definito dall’esterno. Ee… ed è diff... ed è molto difficile smarcarsene*” (idem). Disagio definito dall’”esterno-maschile”, secondo M.: “*C’è un modello femminile che è imposto dall’uomo... a provocare tutta questa serie di ragionamenti ne... nelle teste delle donne (…) di ragazze che devono assumere la bellezza come un valore... ee... superiore a qualsiasi altra loro caratteristica… bellezza e femminilità. Come appunto, come se esistessero in maniera assoluta una serie di... di categorie, di aggettivi che sono solamente legati al concetto di femminile a cui tu tu devi... corrispondere. Se sei donna devi corrispondere (…) in contrapposizione a un maschile*” (M., 1, risposta 5). La soluzione invece secondo M., e secondo le donne con cui ne ha ragionato durante un campeggio della quarta internazionale nel quale era stata riservata una giornata alla discussione di questioni di genere, starebbe nel permettere, ed anzi nel promuovere, le dissomiglianze tra i corpi: non imporre dunque un solo modello di bellezza ma cercare il bello nelle differenze. M. spiega così come le piacerebbe che tutte le donne arrivassero a sentirsi : “*io sono bella così come sono cioè, così come io decido di essere bella. Sono bella con la cellulite, sono bella con la pancia, con i capelli corti lunghi, truccata struccata, come... cioè, lo decido io*” (M., 1, risposta 9). M.T. esprime molto chiaramente l’idea del legame tra bellezza-magrezza-successo, ma lo collega anche all’idea che le richieste alle donne non siano mai finite, che vi siano sempre nuove pretese, sempre nuovi requisiti necessari, che ci si debba insomma sempre confrontare con al propria imperfezione perché è impossibile raggiungere tutti gli standard richiesti: “*onestamente la rappresentazione della figura della donna è il peggio secondo me… il fatto che tu mi dai un modello, colleghi la forma del corpo all’essere vincente e dopo salta fuori in realtà che non basta (…) prima di tutto devi essere bella, e quindi magra… però dopo, quando avrai raggiunto questo stadio, non sarà finita*” (M.T., 10, risposta 10). M.T. attribuisce la colpa di questo modello alle idee propagandate dai mass media, ma la sua rabbia è indirizzata in particolare ai giornali che si rivolgono a un pubblico femminile, e nello specifico sviluppa un interessante discorso sulle giornaliste donne che scrivono presumibilmente per altre donne ma con uno sguardo che M.T. definisce “maschile”, scrivono cioè esattamente ciò che il sistema dominante comanda: “*se guardiamo i giornali per donne, a me fanno schifo (…) sono addirittura peggiori dei giornali per uomini (…) quando tu scrivi un giornale specialmente rivolto alle donne ed è scritto in massima parte da donne, proprio per enfatizzare il fatto che è fatto dalle donne per le donne e in realtà è lo sguardo più maschilista possibile (…) e allora tu che sei donna e me lo scrivi e speri che io donna lo legga e i piaccia… mmm… non so penso che si potrebbe fare qualcosa di più... volte mi viene un pensiero ancora peggiore, cioè che le donne abbiano interiorizzato lo sguardo maschile verso se stesse… la donna si guarda con una componente maschile nello sguardo (…) ipocrite, le riviste femminili. Cioè fai tanto finta di essere dalla parte delle donne, però dopo alla fine mi dici la stessa cosa… cioè il tuo ideale di bellezza, di bravura, è lo stesso che di un uomo*” (idem). Ed è un ideale dalle mille pretese, la cui mancata realizzazione può scatenare frustrazione in soggetti che si trovano a passare momenti della vita più delicati, e può diventare “tragico”: “*questa cosa… appunto questa cosa, io la sento così, di tenere tutto sotto controllo per adeguarsi al modello di perfezione, questo è tragico, al di là del magro, grasso eccetera, è che devi essere perfetta su mille fronti, e questo è duro… è durissimo. E non penso che una donna da sola vorrebbe questo, penso che abbia più interiorizzato una pretesa, o quella che pensi sia una pretesa maschile nei tuoi confronti (…) ovviamente non sarà possibile, ma perché tu giornalista donna non me lo fai vedere che non è possibile?*” (idem). Anche Ma. collega l’idea di magrezza a quella di successo, e con toni coloriti afferma che quello magro è l’unico modello possibile, perché è l’unico veramente accettato, nonostante tentativi poco credibili di promuovere anche qualcosa di diverso: “*l’immaginario collegato alle modelle bisogna dire che non è una brutta aspettativa di vita… Sono bellissime, hanno successo… sono idolatrate (…) ti fanno vedere questi modelli e cazzo, tu te la vedi una di successo grassa? No! Quando? Dove? Perché? (…) Non ti dicono mai che vai veramente bene lo stesso, non te lo dicono per niente… al massimo si inventano dei termini eufemistici tipo ah, curvy… ma che cazzo vuol dì? Oppure taglie morbide…* ***Curvy, hai ragione…*** *sii fiera di essere curvy… ma che cazzo! Vai, vai via! Cioè uno deve essere libero da queste stronzate. Cioè è ingiusto che vengano obbligati a vedere queste cose….*” (Ma., 11, risposta 4). È interessante come Fe. veda questi modelli di “dover essere” e di perfezione in una bambola con cui molte donne hanno giocato a lungo nell’infanzia, a cui abbiamo già accennato: la *Barbie*. Dice infatti che le ragazze che si ammalano è possibile che pensino cose tipo “*Poi magari c’è qualcuna che ti dice volevo diventare come… non so, la Barbie, e allora mi sono messa a fare la dieta*” (Fe., 13, risposta 4) o “*E per il fatto di voler assomigliare a quella tale…* *di voler essere belle, voler assomigliare alla tale Barbie, essere perfetta (…) perché rappresenta il simbolo proprio della perfezione…*” (Fe., 13, risposta 5). Vi. spiega che secondo lei c’è proprio un problema femminile, legato al “dover essere” e a quel che significa essere donna nella nostra società: “*io credo che abbia a che fare con il diventare donna, e tutto quello che significa il diventare donna nella nostra società*” (Vi., 17, risposta 3). Parla di se stessa a diciassette anni: “*stavo per entrare nel fantastico mondo della... delle donne.* ***Mmm...*** *E non riuscivo a reggere tutta la pressione... che che sentivo... di quello che dovevo essere e ci si aspettava da me (…) ha a che fare con qualcosa di collettivo*” (idem). Anche per lei, come per M.T., è dunque un problema che ha a che fare con una richiesta di magrezza in primis, ma anche con una serie di pretese successive giudicate impossibili da soddisfare: “*Quello è una parte del sistema, perché non è soltanto che devi essere magra per essere bella, è proprio tutto quello che... cioè devi essere tante cose per essere...*” (Vi., 17, risposta 4). E anche con il “dover essere” e sull’importanza del corpo per il giudizio altrui: “*cioè che sulle donne c'è una pressione maggiore che sui ragazzi, cioè alle donne è chiesto molto, c'è proprio, ti dicevo, il dover essere. Il dover essere... tante cose diverse. Devi essere brava a scuola, più degli uomini, devi essere bella (…) Noi donne siamo corpi, più degli uomini. Per cui siamo costantemente sottoposti al giudizio degli altri e delle altre.* ***Mmm...*** *Per cui nel momento in cui vai a un colloquio, in cui ti presenti al mondo, quello che si dice di te è se sei bella o non si bella, se sei magra o se sei grassa, se sei sexy o se sei…*” (Vi., 17, risposta 6). E tutto ciò è accompagnato da un giudizio quotidiano e costante sul corpo: “*noi siamo... siamo troppo visibili... ma io... lo vediamo nella vita quotidiana... è una esperienza... che penso tutte le donne condividono, no? Ci può aiutare come ci può complicare la vita* (…) *sono costantemente sottoposta a questo giudizio, che gli uomini sentono di meno perché sono meno corpo rispetto a noi. Noi siamo soprattutto corpo, e abbiamo questo corpo da portare in giro e dobbiamo confezionarlo per offrirlo al mondo, e ne paghiamo le conseguenze se non è abbastanza in un modo o nell'altro*” (idem). Vi. esprime anche un ragionamento simile a quello di M.T. sullo sguardo delle donne verso le altre donne: “*ed è un giudizio che anche noi donne abbiamo nei confronti delle altre donne ed è così radicato in noi che non ce ne rendiamo neanche conto*” (idem). Vi. verbalizza precisamente l’idea del modello unico di bellezza. Anche secondo lei, come secondo M., la bellezza dovrebbe potersi ritrovare nella differenza tra i corpi: “*quello c'è ed è questa imposizione, questo decidere che la bellezza è questo (…) Quello che non va è il modello unico. E voler dire dall'alto... una donna bella deve essere così. Quando invece noi siamo dei corpi diversi ed è bella questa diversità, e dovremmo poter essere in tanti modi e nessuno dovrebbe dirci come dovremmo essere in base alla moda del momento*” (Vi., 17, risposta 4). E non solo “dover essere”, ma anche “dover piacere”: “*Oltre al dover essere... il dover piacere. Questa è una cosa di cui non mi sono ancora liberata. Cioè io fin da ragazzina pensavo di dover assolutamente piacere agli altri, ma non mi ponevo mai il problema, ma quest'altra persona piace a me? Non era quello l'importante. L'importante era che io dovevo piacere, era una cosa troppo importante. Ma a tutti...*” (Vi., 17, risposta 4) e l’idea che si possa piacere solo se si è fatte in un determinato modo. Altro aspetto interessante è che Vi., come M., nel suo percorso politico di avvicinamento al femminismo ha intrapreso un lavoro di “decolonizzazione” del proprio sguardo, per cercare di riuscire a vedere questa bellezza nelle differenze: “*mi ha aiutato molto la mia esperienza politica nel femminismo (…) io ho cercato anche di decolonizzare il mio sguardo, di vedere la bellezza anche in altre forme... di vedere bello un corpo morbido (…) sì, oppure di dire... ma perché deve essere per forza così? Oppure di dire... la bellezza di una donna matura (…) o una bellezza diversa, mascolina, il capello corto...*” (Vi., 17, risposta 6). Il rischio che si corre però, secondo Vi., e che si arrivi a un altro tipo di dover essere. Frasi programmatiche come “Le donne vere hanno le curve”, piuttosto che “Riots not diets” rischiano di prescrivere una normatività opposta, ma comunque impositiva: “*c'è una normatività del corpo magro che viene imposto eccetera, ma non è vero che le donne vere hanno le curve, le donne vere sono in tanti modi, ci sono quelle che hanno le curve, ci sono quelle piatte, quelle magre...*” (Vi. 17, risposta 10). Anche N. fornisce delle riflessioni interessanti nella sua interpretazione del perché sono più spesso le donne ad ammalarsi. Introduce un discorso non solo sul modello unico di bellezza, ma sul percorso di vita omologante: “*Allora credo fossi arrabbiata perché qualcuno aveva già deciso come doveva andare la mia vita, e io però non lo sapevo. Cioè dopo il liceo che cosa? L’università, per forza. E a voglia a dire che puoi anche fare altro… non è vero. E un lavoro, perché devi lavorare, e poi trovare qualcuno, per non morire da sola. E mi sembrava fosse già arrivata il momento per affrontare tutti quei percorsi…e forse non mi sentivo pronta. Ora, dieci anni dopo… pronta non lo sono ancora, ma me la vivo benissimo* (…) *E forse resistevo un po’ a quest’idea… forse per me non era ancora arrivato il momento di fermarmi, e pensavo che dovevo. Non so bene come abbia potuto pensare di dovermi fermare a diciotto anni… ma tant’è che forse era anche questo, almeno in parte. E allora volevo bloccarmi lì, e in effetti mi sono bloccata, con il risultato che adesso mi sono arrabbiata per essermi bloccata”* (N., 18, risposta 7). E per quanto riguarda il discorso relativo ai modelli di genere: “*io invece forse un po’ volevo essere difesa. Volevo che qualcuno si mettesse davanti a me e mi proteggesse, come tutte quelle principesse delle favole… dei film disney… volevo e l’ho ottenuto. Perché poi da anoressica mi si proteggeva da tutto… non mi permettevano di portare pesi, non mi facevano prendere l’autobus da sola… c’era sempre qualcuno che si occupava di me, e io non ero ancora pronta ad occuparmi di altri. Perché poi c’è anche questo… il discorso della cura. Se alle donne si richiede di curare, sempre, gli altri… una ha paura che nessuno si curerà mai di lei (…) e io volevo qualcuno che mi accudisse, e mi sono trasformata in una povera ragazzina senza forze. Ci mancava pure che improvvisassi svenimenti o andassi in giro con l’ombrellino per sembrare più bianca… io che ero sempre stata considerata una ragazza forte, volevo essere una donnina debole, come si addice alle signorine per bene. Quindi non volevo curare, ma volevo essere curata… lo so, è un po’ contraddittorio. Ma d’altronde ho smesso di mangiare, proprio la soluzione non l’ho trovata…*” (N., 18, risposta 6). E parla anche lei di perfezione “*Infatti c’è anche l’idea della perfezione… il perfezionismo anoressico non è una favola. Pensa… forse non c’entra… ma un altro momento fondamentale verso la mia guarigione, credo che sia stata… e questo l’ho capito in anni di analisi… un altro momento fondamentale, come quello delle flebo quando ho conosciuto la mia dottoressa che ti ho detto prima… è quando, cara grazia mi sono svegliata, e ho capito che non potevo essere perfetta in tutto. Perché io volevo essere la figlia perfetta, la fidanzata perfetta, la studentessa perfetta… ma anche la casinista perfetta, la ribelle perfetta, l’amica perfetta… e le cose non coincidevano mai. Non potevo raggiungere sta sacrosanta perfezione in tutto, perché l’avrei certamente persa da un’altra parte. E quando ho capito questa cosa… beh ho smesso di cercarla, la perfezione. E sono stata sicuramente molto meglio. Penso che da lì sia cominciato il recupero vero. Ora, posso dire che l’unica cosa in cui sono stata perfetta in vita mia è stata nell’anoressia… la mia psicologa mi prendeva sempre in giro perché ero proprio l’anoressica da manuale… con tutti i sacri crismi con i criteri, senza mai uno sgarro bulimico... precisa proprio. Spero che rimanga l’unica cosa in cui sarò mai perfetta in vita mia, dati i risultati…*” (idem).



*Riots not diets* è un lemma spesso usato dai movimenti femministi che lottano contro politiche di gestione del corpo che ritengono ingiuste: la dieta appare come uno strumento di dominio e sedativo delle lotte sociali.

Il “dover essere”, il dover rispondere a un criterio estetico basato su un modello unico, perché si crede che mostrando un tipo di corpo sia possibile anche mostrare una certa attitudine morale, è uno degli elementi sociali che potrebbe spingere molte ragazze all’ossessione del controllo, e spesso alla conseguente perdita del controllo, tipica di anoressia e bulimia. Anche questo è un elemento che ritorna in molte delle interviste condotte, infatti chi soffre di disturbi del comportamento alimentare è spesso *ipercontrollante*, in particolare sull’alimentazione ma anche su altri aspetti della vita, e usa questa difesa per mettere ordine in qualcosa che teme possa sfuggirgli di mano. Che è quello che poi spesso succede quando ci si ammala di anoressia e bulimia: si comincia una normale dieta con l’idea di poter controllare la propria alimentazione e dunque il proprio aspetto, ma poi si perde il controllo e si cade nel vortice di pensieri che non permettono più di fermarsi. Per M. i rinforzi positivi dopo la prima dieta hanno inciso sia per quanto riguarda la soddisfazione di un corpo più magro, ma anche per quanto riguarda la capacità di controllo dei propri impulsi, di dar freno alle proprie golosità: “*Ma come stai bene M\*\*\*\*, cioè, ma che bello questo, ma che cambiamento, ma che brava... che è diventato un mm... cioè... un... una autostima pazzesca rispetto alla capacità mia di autocontrollarmi e di aver annullato il desiderio del cibo*” (M., 1, risposta 1). V. descrive bene il passaggio tra il momento in cui una persona ammalata ha la sensazione di essere lei a scegliere e di potersi controllare, e ne è felice, al momento in cui sente di essersi persa: “*insomma sono un po’ caduta nell’anoressia, anche se all’epoca non lo sapevo e quando me lo suggerivano, dicevano ma forse potresti avere questo problema io ero… ero assolutamente contro… no, figurati, ho solo perso un po’ di peso, peso quarantacinque chili, sono sottopeso, però ee... non… cioè, l’anoressia è una cosa…* ***Ho tutto sotto controllo.*** *Esatto. Eem ma più che altro è perche non…è quella che chiamano la luna di miele, no? La fase in cui non è ancora così tanto… è… per quanto sia un pallino fisso, ne vivi in un certo senso gli aspetti positivi, non è…non ti rendi conto che non lo stai controllando*” (V., 4, risposta 1). Invece per D., figlia di alcolisti, all’inizio della sua storia utilizza il digiuno come modo per aver un minimo di controllo su se stessa e staccarsi dall’ombra dei genitori ingombranti: “*mio papà aveva iniziato a dirmi no mangia perché sei calata in quel momento di contrasti anche in famiglia* ***Mmm…*** *io ho iniziato a fare esattamente il contrario di quello che lui mi diceva, e quindi non mangiare. E per me era l’unico modo che io… cioè era l’unico modo che io ho trovato per… per avere il controllo della mia vita su qualche cosa in cui lui potesse non entrare, perché io… in fin dei conti lui… cioè il cibo lo mangiavo io e lui era fuori, ed era un’altra cosa*” (D., 5, risposta 1). Anche per F. quello alimentare era l’unico campo in cui le sembrava di poter avere un controllo sulla propria vita, e di conseguenza sul proprio corpo, modificabile: “*cioè io non riesco a esprimermi come veramente sono, nella società… (…)**Quindi non riuscire a essere autentici per paura di essere sbagliati.* ***E quindi l’espressione dell’autenticità attr… avviene poi attraverso il cibo?*** *Eee in qualche modo, sì… perché… è l’unico… è l’unico posto dove puoi affermarti come persona. L’unico posto in cui riesci appunto… a controllare, a controllarti, a poter essere come vuoi te, a poter fare quello che vuoi te. Eee quindi… il controllo, il famoso controllo*.” (F., 6, risposta 9). S. descrive il momento di massimo esercizio del famoso controllo, quello in cui ha a che fare con il cibo: “*controllavo che tipo di cibo era, la quantità, le calorie, tutto, e il mio part…*” (S., 7, risposta 1). Per guarire poi dall’anoressia, S. ha deciso di non ricominciare a pesare tutti gli alimenti come invece fanno molte ragazze che, per ricominciare a alimentarsi, assumono il cibo come fosse una medicina, con tutte le quantità lungamente contrattate con la nutrizionista[[88]](#footnote-88). Motiva questa sua scelta proprio con l’ansia del controllo: “*io ho ripreso poi piano lentamente a mangiare, in modo molto libero, nel senso che non… non… proprio per evitare questa cosa di sentire il controllo quindi di non perdere il controllo della quantità (…) per cui per certe persone che vivono questo problema il piatto ch è mezzo piatto di pasta sono cinque magari spaghetti per dire ti fanno sentire la perdita di controllo e ti possono portare a attuare dei rimedi di eliminazione (…)*” (S., 5, risposta 1). S. ritiene anche che il forte controllo su tutto sia anche uno degli aspetti “patologici” più difficili da eliminare: “*il forte controllo che c’è e c’è stato sul cibo e quindi sul mio corpo e di conseguenza e… penso che questa forma di controllo poi rimanga, in un certo senso. La sposti un po’ poi durante anche la ripresa su altre cose, su altre situazioni, ma alla radice secondo me di tutto c’è questo controllo. Poi un controllo emotivo di quello che non vuoi accettare…*” (idem) e “*però rimane una forma sensibile di predisposizione al controllo, che comunque è la radice che poi vada sul cibo, vada su altre cose, vada sullo studio, vada su altre dinamiche… ma è… la forma è, questa sensibilità ti rimane*” (S., 5, risposta 10). Ed ancora riprende il discorso descrivendo il controllo sull’alimentazione come qualcosa che può servire per tenere a bada sentimenti più profondi e quindi meno gestibili “*Poi agisce il controllo, quindi agisce la mente, e sicuramente in quel caso in cui è una fase acuta la mente controlla e… per difesa… e… e quindi è un meccanismo per cui non riesci a uscirne perché la mente attua questo controllo però su un disturbo più profondo*” (S., 5, risposta 3). È secondo S. assolutamente tipico dell’anoressia: “*ti portano a un controllo mmm… dovuto al lavoro che fai, sulla fisicità, che possono innescare in certe persone il disturbo alimentare, che è l’anoressia… che è però tipicizzata dal fatto del controllo e quindi da-da una cosa di… una cosa che è diversa dalla dieta*” (S., 5, risposta 4). Anche M.T. verbalizza la soddisfazione data dal controllo anoressico, e la sensazione di perdita di controllo successiva, nella fase di inizio della bulimia, che poi l’ha accompagnata per diversi anni: “*(…) la terza media e la seconda superiore ero molto brava a controllare, cioè facevo proprio… non so… mangiavo al mass… cioè non so quante calorie… ma sotto le mille… cioè secondo me, poi chissà cosa contavo… poi facevo, facevo sport… io facevo nuoto.* ***Ok…***  *e… e quindi contavo… questo mi aiutava a contare quanto consumavo. E quest… in realtà questa cosa mi dava una sensazione di... cioè insomma controllare era sempre meglio.* ***Mmm…*** *E… c’era una sensazione di soddisfazione devo dire. Finché… e poi mi ricordo che in seconda superiore ho iniziato a non reggere più… cioè non riuscivo più a essere così brava come ero riuscita comunque fino a quel momento…*” (M.T., 10, risposta 1). Ed i periodi di alternanza tra anoressia e bulimia li racconta proprio come periodi di alternanza tra la capacità di controllarsi contrapposta all’esigenza di abbuffarsi: “*nel senso che ho periodi di controllo e periodi di abbuffate*” (idem). “*E non so se purtroppo o per fortuna questi momenti durano poco, perché poi in qualche modo… è… è un’onda che in qualche modo risale e tu riacquisti un po’ di controllo, in un certo senso… almeno per me, in questo momento qua della mia vita… il momento peggiore, il periodo peggiore è quello in cui non riesco a smettere di abbuffarmi per uno o due giorni, tre quattro…*” (M.T., 10, risposta 7). Paragona anche il dominio su altri aspetti della vita con il dominio sull’alimentazione, perso, nella sua visione delle cose, con la bulimia: “*Cioè, è come se una rag… una bambina, ragazza, donna, dovesse avere molti più… cioè dovesse proprio controllare tutto… essere positiva su… essere brava, bella, studiosa… e, no so, intelligente, effervescente… cioè… non so… deve sempre e… e tenere tutti questi aspetti positivi, sotto controllo, eccetera, è una cosa non facile, e quindi, se non riesci a tenerne sotto controllo nessuno, c’hai già una fragilità che è difficile… e tenere sotto controllo il cibo…*” (M.T., 10, risposta 9). Come spiegherà successivamente, si tratta di un “*tenere tutto sotto controllo per adeguarsi al modello di perfezione*” (M.T., 10, risposta 10). Anche Ma. descrive bene l’alternarsi di euforia da ipercontrollo e perdita di ogni sicurezza da mancanza di controllo: **“***Euforia, sì, autocontrollo… esaltazione… energia… emm… la cosa strana è che all’inizio… è un rapporto come con uno strozzino… all’inizio ti danno… ehm… all’inizio tu chiedi qualcosa… l’avere il controllo, l’essere molto magra, avere qualcosa a cui pensare (…) sei felice, stai meglio… poi però ti richiede indietro tutto quanto, con ampi, ampi interessi… e non ti lascia andare… cioè all’inizio sei tu che controlli ovviamente dopo non controlli più assolutamente nulla…* ***Perdi il controllo…***  *Sì, sì… non puoi più fare niente. C’è una cosa chiamata il giro, che è… è tipo secondo me lo stato… lo stadio più grave a cui puoi arrivare… ovvero, quando sei veramente… veramente a pezzi e… e veramente le cose vanno fuori controllo del tutto… questo se sei bulimica… secondo me se sei anoressica dopo è facilissimo che diventi bulimica, ma proprio o… o riesci a pseudo guarire ma buona fortuna, o diventi bulimica che secondo me ti succede perché è facile da morire…*” (Ma., 10, risposta 2). Ar. nella sua descrizione contrappone il controllo anoressico esercitato durante tutta la settimana al libero sfogo bulimico del weekend: “*avevo sempre questo meccanismo in testa di contare tutto e tenere tutto sotto controllo, avevo sempre questa paura di ingrassare (…) per cui durante la settimana ero nella mia dieta restrittiva come mi ero stabilita io e poi nel fine settimana mi sfogavo, liberavo questa mia voglia di controllare per cui mangiavo tanto, no?*” (Ar., 15, risposta 1). Vi., infine, comincia a trovare la strada per uscire da una anoressia dalla quale è guarita da sola allentando il controllo: “*(…) ho cominciato di nuovo ad affidarmi, a rallentare un po' il controllo...* ***Mmm...*** *Perché sai la storia del controllo è molto... Invece ho detto ok dai, lasciamoci un po' andare*” (Vi., 17, risposta 7).

Dopo aver spiegato che cosa si intende il modello unico di bellezza, che problemi vivono rispetto al genere, che cosa significa “dover essere” e come l’ipercontrollo viene utilizzato sia per cercare di raggiungere il modello imposto sia per avere la sensazione di dominare la propria vita, torniamo al discorso sulla ribellione o sull’adeguamento alle norme sociali vissute come impositive. In alcune donne è chiaro l’elemento di ribellione insito nei disturbi del comportamento alimentare. In C., per esempio, anche se “*alcune persone magari… iniziano come, con una dieta per perdere peso per cercare di adeguarsi a un modello sociale che le renda più sicure o comunque… sì, più… perché magari c’è, cioè ovviamente nell’adolescenza c’è una insicurezza di fondo quindi cerchi di… di assomigliare a dei modelli o cercare l’approvazione degli altri però se comunque c’è… una… cioè… hai una predisposizione di base non ti fermi comunque a cercare di adeguarti a un modello…*” (C., 2, domanda 2) il discorso della reazione/ribellione emerge ancora prima che il tema venga proposto nelle domande di intervista “*si può vedere i disturbi alimentare anche come reazione quasi come ribellione al discorso sociale*” (C., 2, risposta 3). L’intervistata rivendica un ruolo attivo della persona malata di anoressia o bulimia, con la rabbia come motore di carica (riferendosi a un servizio TV in cui la giornalista assume un tono paternalista nei confronti della ragazza anoressica di cui racconta la storia)[[89]](#footnote-89) “*la rendeva come soggetto vittima, inerme, invece le persone che hanno questi problemi non sono soltanto vittime, cioè hanno anche una certa... forza, nella loro, nel loro esprimersi in questo modo, solo che le persone non… non lo capiscono, oppure è più semplice vederle come vittime di un certo sistema piuttosto che vederle come persone magari arrabbiate, o con una carica distruttiva o autodistruttiva perché questo ovviamente fa paura*” (C., 2, risposta 4). Anche S. verbalizza l’aspetto della ribellione sociale che parte da un sentimento di rabbia represso: “*io vi sto dicendo in tanti modi che sto male, che ho questo sentimento, che ho rabbia, ma che non la posso esprimere. Come se esprimendola tu faccia qualcosa di sbagliato*” (S., 7, risposta 9) e “*questo aspetto, l’emozione legata magari alla rabbia, all’inadeguatezza, esprimerlo sia qualcosa di sbagliato, per cui secondo me è una denuncia, come se tu ti vuoi ribellare a un sistema*” (idem) e anche “*rabbia è il sentimento che predomina molto secondo me in queste forme un po’ autodistruttive e la rabbia si pensa sempre che abbia una connotazione negativa… è un po’ il motore che è sotto a tutte queste cose*”. Come se fosse la pura rabbia venisse negata e custodita all’interno del proprio sé e del proprio corpo, trovando poi come unica via di uscita l’espressione tramite le ossa. Aggiunge però che tutto ciò può essere inconsapevole: “*una forma di ribellione al sistema ma non consapevole*” (idem). Anche Fe. parla non di ribellione ma di rabbia, una rabbia atavica e repressa: “*Dolore, rabbia, tristezza… ma forse soprattutto tanta rabbia…* ***Rabbia verso chi?*** *Mmm… tutti e tutto. Cioè una rabbia incontenibile verso tutto… (…) Ma una rabbia verso chi non ti ha capita, verso chi continua a non capirti… verso chi ti ha fatto del male (…)* *Sì, sì tipo uno sciopero…* ***Ah, tipo una sciopero. Dai, spiegami un po’ meglio questa cosa, cosa vuol dire tipo uno sciopero?*** *Ee… tipo lo sciopero della fame no, quando sei arrabbiato…*” (Fe., 13, risposta 9). Vi. verbalizza una contrapposizione forte tra la società che definisce occidentale e chi soffre di disturbi del comportamento alimentare, che quasi sfida chi dà il cibo come un elemento ormai scontato: “*tu dici io elimino quello che oggi, come occidentale, mi è scontato, mi è garantito, che è il cibo (…) adesso no, sicuramente è legata alla contemporaneità, perché è un modo per dire, voi lo date per scontato, io non lo do per scontato*” (Vi., 17, risposta 4). Oltre alla contrapposizione, Vi. vede proprio la reazione fisica di repulsione davanti a schemi sociali imposti ma non accettati: “*(…) il vomito l'ho... l'ho sperimentato e in quel caso è un dire sai che c'è? Io me le prendo le cose che mi date, ma non le trattengo,. Perché voglio... perché no. Non accetto tutto quello che mi arriva, non mi va, voglio fare a modo mio, non lo subisco, non lo subisco il cibo, io decido. È come rivendicare un ruolo attivo e dire io non ci sto, non ci sto a questi... a questi schemi.*” (Vi., 17, risposta 9). E ve lo comunico*: “io avevo sbattuto in faccia al mondo il fatto che stavo male*” (Vi., 17, risposta 7).

Altre negano invece che possa esserci tale elemento di resistenza agli standard imposti, e sono più propense a credere che ci sia solo un immenso desiderio di accettazione che si esprime con un totale asservimento agli standard imposti. In A. per esempio: “*pensando all’ambiente moda il fatto che le ragazzine emulino determinati comportamenti mi fa pensare che forse vogliano completamente aderire ed essere parte di quel sistema lì che... ee... in qualche modo inneggia alla magrezza*” (A., 3, risposta 7) e "*mi fa pensare proprio a una ribellione, a una rivolta all’interno del nucleo familiare... o magari anche nel cerchio della famiglia un po’ più estesa, però una ribellione verso la società, non la vedo sinceramente*” (idem). L’idea di A. è dunque che l’anoressia possa essere l’espressione di un conflitto, ma interindividuale più che sociale, racchiuso all’interno dell’istituzione famiglia. Ma. è ancora più tagliente con il suo giudizio: “*Guarda io penso che tutti quelli che hanno una dipendenza hanno i cazzi loro e cose del genere, io dubito sinceramente che gliene freghi molto della società, a loro, come a tutti. Chi se ne frega della società*” (Ma., 11, risposta 6).

Anche all’interno della stessa intervista è possibile trovare punti di vista differenti su bulimia, o anoressia, o BED. Per esempio in M., la prima delle ragazze intervistate, da una parte c’è l’idea che ammalarsi abbia voluto dire arrendersi alle imposizioni sociali su un corpo perfetto “*esisteva una forma di corpo perfetto e... e non corrispondere voleva... significava proprio... mm... cioè... non essere legittimata a essere accettata... questo mio arrendermi a determinati discorsi dall’esterno*” (M., 1, risposta 1) e dunque, riprendendo una frase già citata ma significativa dell’intervista a M., è come se “*se esistessero in maniera assoluta una serie di... di categorie, di aggettivi che sono solamente legati al concetto di femminile a cui tu devi... corrispondere. Se sei donna devi corrispondere*” (M., 1, risposta 5) e la malattia fosse una forma per raggiungere tale corrispondenza, per adeguarsi e calarsi pienamente nel modello. Ed anche “*gli anni dell’adolescenza sono gli anni in cui io, cioè, so che più fortemente c’è bisogno di ritrovarsi... cioè, forti di un, di un pensiero collettivo... ee… quindi ho avuto bisogno di adeguarmi per riusc, cioè per sentirmi parte di un... appunto, di un contesto plurale e di non sentirmici fuori*” (idem). Verso la fine dell’intervista emerge però l’idea del rifiuto di tali modelli tramite la loro esasperazione, e tramite il vomito “*io penso quindi sì, che sia una forma di espressione di rabbia e rifiuto di questi modelli eee… che però non trova, non trova le parole per esprimersi (…) lo vomita o rifiuta proprio (…) di nutrirsene, di mangiare*” (M., 1, risposta 9). Calarsi nel modello dunque, ma alle proprie condizioni, e con le proprie misure. Rifiutare tali modelli, vomitandoli o non nutrendosene, come forma di espressione della rabbia verso l’imposizione. M.T. verbalizza l’ambivalenza dei disturbi del comportamento alimentare nell’esprimere sia adeguamento che rifiuto. Parla di un rifiuto diverso dalla ribellione o dalla resistenza però, perché è il rifiuto di chi si sente inadeguato, di chi crede di non riuscire in qualcosa “*Io penso che sia ambivalente. C’è una parte di desiderio disperato di adeguarsi a quello che senti come richiesta anche se eccessiva, e dall’altro di rifiutare perché… non perché l’hai deciso ma perché non ce la fai…*” (M.T., 10, risposta 6) e “*è come se il disturbo nei suoi vari aspetti esprimesse sia il tentativo di… di adeguarsi, sia poi di… di essere completamente frustrato perché non ce la fai. Perché anche la componente autodistruttiva che comunque c’è deriva secondo me da questo…*” (M.T., 10, risposta 10). Anche N. vede entrambe le componenti: “*Rabbia… è lei, è proprio lei. Io mi sentivo tremendamente arrabbiata, quando ero anoressica (…) La rabbia dell’anoressia la ricordo come una sensazione fortissima…e credo che le crisi d’ansia che avevo potessero derivare proprio dalla rabbia. Magari mi sbaglio, ma credo fosse così. E l’autolesionismo, pure… un modo di far uscire quella rabbia dal tuo corpo per un’altra strada, perché ti senti scoppiare, perché non ce la fai più, perché ti odi… e odi anche tutto e tutti, e allora te ne sbatti se tua madre piange o si incazza perché ti tagli, tanto nessuno ti capisce… o almeno pensi che nessuna ti capisca (…)In un certo senso però penso anche che mi sentissi diversa dalle mie compagne di classe, dalle persone che avevo accanto… e che in un certo senso volevo sì, come dici tu, omologarmi. Omologarmi dimagrendo, per essere più bella, in modo da sentirmi più accettata. E bella come volevano loro…*” (N., 18, risposta 7).

C’è anche chi sostiene la tesi esattamente opposta a quella della resistenza o rivolta: Ma. sostiene infatti che i condizionamenti sociali siano in tal numero e di tale portata proprio perché, sia dietro il cibo confezionato sia dietro i prodotti dimagranti e di bellezza, gli interessi economici sono talmente grandi che diventa conveniente instillare alla popolazione il dubbio rispetto alle proprio forme fisiche, per renderla debole e manipolabile. Renderla debole e quindi dispendiosa, ma anche debole e concentrata su problemi di scarsa importanza invece che su ciò che realmente c’è di nocivo nella società. Con le sue parole: “*ci sono dei condizionamenti sociali evidenti, enormi, te li mettono sotto il naso. In realtà io penso che… a volte mi sento un po’ paranoica e penso che addirittura cerchino di farteli venire, eh (…) cioè il cibo veramente in commercio… onestamente le cose da mangiare in commercio sono delle droghe alcune, c’è una manovra commerciale e sociale penso quasi che… finché ti senti….* ***Mmm…*** *finché hai da pensare a queste cose, finché sei così preso da queste cose sei un po’ più manipolabile, quasi… è quasi un modo per rendere manipolabile la gente (…) fanno vedere queste tipe magrissime e vogliono che ti senta uno schifo se non lo sei…* ***Ok…*** *questo è quello che fanno, è evidente… e per diventare così una cosa fa? E compra di qua, e compra di là, e fa questo, e fa quello… è anche utile per far sentire a disagio le persone… io penso anche realmente che se le persone hanno problemi di questo genere… più le persone sono complessate, piene di dipendenze, incasinate, e deboli, sono più manovrabili, e meno pensano a cose serie, o a fare cose… sono… diciamo, è una popolazione più debole*”. (Ma., 11, domanda 3).

**4.4 La cura e il “dopo”**

Per quanto riguarda il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare il campione intervistato non è molto significativo: c’è chi ha deciso di non provare neanche a rivolgersi a specialisti, o non ha trovato nessuno che la aiutasse a farlo, chi ha provato con diversi interventi terapeutici, ma non è giunta a una soluzione che la soddisfi, in poche hanno vissuto un internamento e quel metodo verticale classico che è stato descritto, e nessuna ha mai provato uno di quei percorsi che sono stati definiti “alternativi” nel paragrafo 3.4. Ma qui può valere la stessa ipotesi avanzata riguardo all’assenza di soggetti di genere maschile nel campione: sono poche le persone che si rivolgono a terapeuti che utilizzano metodi di cura differenti, ed era quindi facile che non ve ne fosse nessuna in un campione così ridotto e non statistico. C’è anche chi invece si definisce soddisfatta del modo in cui è stata curata. È comunque interessante rendere conto delle parole delle donne intervistate, in risposta in particolare alla domanda numero otto.

Chi non si è rivolta a nessuno specialista per la cura del proprio disturbo alimentare è per esempio M.T., convinta di dovercela fare da sola a superare i suoi periodi di bulimia acuta: “*il periodo peggiore è quello in cui non riesco a smettere di abbuffarmi per uno o due giorni, tre quattro… e quello è un momento tremendo che ti senti così a terra che chiedi aiuto… e lo faccio, ricevo risposta ma dopo non vado più avanti… capsici… cioè io ho preso contatto con ……* ***Con?***  *Con l’azienda sanitaria* ***Ok.*** *perché è per distretti no? e l’ho fatto… e loro mi hanno visto la prima volta e mi hanno detto chiama questo numero, vieni, e io non ho più chiamato… perché… non lo so perché… dopo penso bon dai ce la faccio da sola…*” (M.T., 10, risposta 8). Il problema principale è per M.T. quello di chiedere aiuto, superando la vergogna che prova per la sua malattia. Anche Ma. crede che sarebbe stata necessaria una spinta per affrontare il problema dell’anoressia, della drunkoressia[[90]](#footnote-90), e della bulimia, ma non ha mai ricevuto attenzione dai propri genitori, che secondo lei avrebbero dovuto occuparsi del suo problema: “*per quante cose scoprisse o vedesse mia madre, non ha mai fatto qualcosa veramente… cioè mi ha portato un paio di volte lì, un paio di volte là, ma non ha mai veramente… cioè ha sempre considerato la cosa abbastanza normale… per non parlare di mio padre che non ha mia visto il problema proprio, non ha mai colto che c’era…*” (Ma, 11, risposta 1). Ma. ritiene la madre responsabile di non essersi mai accorta neanche degli atteggiamenti anoressici del fratello che, racconta Ma., buttava le cose da mangiare, non comprava cibo quando era fuori casa, faceva flessioni, dimagriva: *“(…) e mia madre se glielo dici ma guarda che forse forse non era… era leggermente leggermente una forma di anoressia lei dice ma no, che, è che era stressato, era che aveva questo male… che anche lui ha avuto una malattia[[91]](#footnote-91)… fa conto che mia madre inverte causa effetto… che la malattia che ti viene quando sei malato erano cause… erano effetti del fatto che non si mangiava non è che erano le cause (…) lei si è sempre raccontata un po’ quello che voleva*” (idem). Ce. invece ha deciso di mentire alla madre, preoccupata per la sua perdita di peso, che in realtà era associato a un periodo di pausa della bulimia: “*E mi ricordo benissimo che era l’anno della mia… emm… della maturità, e mi ricordo che ho perso questi chili velocemente, ma perché mangiavo sano, per assurdo. E… mi ricordo che il preside della mia scuola… cioè la mia insegnante aveva notato questa cosa e aveva chiamato a casa mia madre e aveva detto, ma guardi che sua figlia… si è accorta che ha perso peso, ma sta bene, così… mia madre boh aveva notato ma dato che ero sovrappeso e ero diventata normopeso and… cioè le andava bene… e io avevo detto no, è l’ansia per gli esami, boh avevo inventato qualcosa così, e niente*” (Ce., 12, risposta 1). Ce. ha scelto di sminuire le preoccupazioni di insegnanti e genitori per non dover intraprendere un percorso medico di cura. A tratti sminuisce ancora il proprio problema, e pensa di non essere così grave da aver bisogno di cure, e ritorna insistente l’idea di dovercela fare da sola: *“(…) in famiglia non ne ho mai parlato e… adesso, la prima persona con cui ne ho parlato è successo adesso, e lui continua a insistere… fatti curare, però… boh. Non mi sembra neanche di essere in un… come dire, in un caso così grave. Il più delle volte mi dice sì, no, perché è una cosa da curare. Sì a volte dico oddio dai, parliamone con qualcuno, a volte dico no dai, ce la posso… cioè… è più un devo ci devo riuscire a fare da sola, ce la devo fare per me… ce la posso fare da sola e, no, quindi non mi sono mai fatta curare*“ (Ce., 12, risposta 8). Anche Vi. ha scelto di cercare in tutte le maniere di guarire da sola dall’anoressia, con successo. Rivendica la propria decisione come una scelta di autonomia, come un prendersi cura di sé: “*(…) io ne sono uscita da sola (…) Ho anche letto dei libri da sola, su questo disturbo, ma diciamo anche lì è stato un modo di rivendicare la mia autonomia*” (Vi., 17, risposta 8). Decisione a cui è arrivata con alcune interessanti riflessioni: “*forse ho sbagliato, avrei fatto bene a chiedere aiuto, però io mi ero proprio resa conto del fatto che... anche qua, vedi, forse c'entrano un po' i ruoli di genere, cioè mi sono resa conto che nella mia testa io avevo... io avevo sbattuto in faccia al mondo il fatto che stavo male, e mi ero aspettata che arrivasse qualcuno a salvarmi...* ***Mmm...*** *Come in tutti i film che avevo visto, mi aspettavo che arrivasse anche il principe azzurro che... non lo so... chiunque, no? Poi mi sono resa conto che non sarebbe arrivato nessuno, e che soprattutto io mi dovevo salvare da sola. Questo era il grande... che dovevo capire che dovevo salvarmi da sola, quindi mi sono salvata da sola*” (idem).

M., la prima delle intervistate, ha provato diversi approcci per uscire dalla bulimia: “*per sette anni io ho fatto psicoterapia senza... eee... parlare al, al mio psicoterapeuta di... cioè, uno specifico disturbo dell’alimentazione. Appunto perché non riuscivo a verbalizzarlo (…)”* (M., 1, risposta 8)*.* Eppure quella di intraprendere una analisi *“è stata una mia richiesta fortissima a mia madre…di, di essere aiutata (…) che mi è stata negata per un sacco di…di tempo. Fin troppo, io credo. Eee perché mi veniva detto che non c’erano soldi (…) e questo ha peggiorato sicuramente la-la-la situazione*” (idem). Dopo lo psicoterapeuta, M. ha deciso di rivolgersi a un medico psicosomatico per ricevere aiuto. È interessante come M. problematizzi anche il problema dell’uso degli psicofarmaci nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare: “*ho come medico di riferimento un medico psicosomatico a... eee... a cui ho parlato del del sintomo eee e che... cioè, mi prescrisse delle medicine ass naturali, mmm stimolatori di serotonina e dopamina (…) io sono molto, non sono convinta fino in fondo del... rispetto all’uso di farmaci…*” (idem). È arrivata infine all’ABA[[92]](#footnote-92), dopo essere riuscita a chiedere aiuto alla madre. Anche qui si ripresenta il discorso sugli psicofarmaci, gestito però secondo M. in una maniera corretta: “*da settembre io sono in cura pr-presso l’ABA. Lì, mi è stata data la possibilità di accedere anche, cioè, di prendere anche degli psicofarmaci (…) prima tentando con altri, con altre, cioè con altre medicine che non fossero psicofarmaci, della serie... melatonina per-per incentivare il sonno (…) Ora, con la ricetta di mano, di... xanax, io sono sono stata a riflettere sull’eventualità di prendere o meno questa-questa medicina per un sacco di tempo, e... e di fatto non l’ho mai presa (…) la scelta ovviamente stava a me*” (idem). Non si tratta di un intervento di cura alternativo, ma M. tiene a precisare che le è stato molto di aiuto affiancare “*a questo percorso psicoterapeutico anche un percorso politico ee... femminista*” (idem). Vedremo poi in che maniera è utile questo percorso. Anche C. ha provato con diversi percorsi per cercare di guarire dall’anoressia. Elenca alcune delle difficoltà incontrate: ”*ho avuto molta difficoltà a trovare dei bravi terapeuti o delle strutture accoglienti (…) c’è molta dispersione o confusione quando si… si parla di cura (…) poi soprattutto con i tagli alla sanità sono anche molto…è molto costoso a volte curarsi e questo è un problema… grosso (…) le cliniche soprattutto specializzate in Italia sono poche e molto, ancora meno quelle di buona qualità quindi se una persona vuole curarsi deve mettere in conto di… di investire molti soldi e molto tempo*” (C., 2, risposta 8). Nel suo percorso ha provato con terapie ambulatoriali, ma con scarso successo: “*Io… ho tentato vari approcci, diversi ambulatoriali… a Monza, a Milano… mmm… non so, non mi sono trovata benissimo negli anni scorsi (…) sì le terapie ambulatoriali per me hanno lasciato un po’ sempre il tempo che trovavano, cioè… mmm… dopo un po’ mi stufavo, lasciavo la psicoterapeuta*” (idem), fino a che non ha dovuto ricoverarsi a causa delle condizioni di salute precarie: “*in un certo senso le mie condizioni anche emm di salute sono peggiorate e quindi mi hanno proposto, comunque consigliato fortemente un ricovero (…) Poi vabbeh i tempi di attesa sono stati lunghissimi, questo è un altro capitolo appunto perché c'è tanta richiesta e poche strutture, appunto poche strutture di qualità come questa[[93]](#footnote-93) che sicuramente hanno mesi e mesi di attesa per alcune persone diventa snervante sapere di... non sapere piuttosto quando sarà il mom... sarà il tuo momento, quando potrai finalmente... iniziare a... a curarti*” (idem). E motiva la sua necessità di staccarsi dall’ambiente sociale e familiare in cui si è sviluppato il problema, per riuscire a guarirne: “*quando sviluppi una… un problema di questo tipo metti, mini molto la tua famiglia, cioè la metti molto in discussione perché… anche, anche i genitori… sono chiamati in causa molto, non sanno… non sanno come fare e sono anche spaventati e in un certo senso distruggi delle dinamiche e ne ricrei di altre in un certo senso però a volte ancora più patologiche perché poi si… si-si crea una sorta di dipendenza reciproca cioè poi i tuoi genitori ti vedono come la persona che ha questo problema e quindi tendono a trattarti in un certo modo di riguardo o comunque di maggior attenzione e quindi tu pensi che mantenendo solo questo problema potrai avere l’attenzione de-delle persone che ti stanno intorno o comunque essere considerata e quindi in qualche modo finisci per identificarti con questo e… ed è un po’, un po’ difficile uscirne per questo in molti casi è opportuno fare un periodo di-di ricovero staccandosi dalla…dalla famiglia*” (idem). Anche D. ha provato vari percorsi, prima di trovare la sua dimensione nella comunità: “*Nel senso che ho fatto vari percorsi, e… varie strade insomma ho seguito sia con il pubblico che con il privato* ***mmm*** *sono andata dal centro per i disturbi alimentari, sono andata da uno psicologo privatamente, sono stata in comunità*” (D., 5, risposta 1). E poi approfondisce, raccontando di essere stata dal medico di base “*i miei genitori mi hanno portato dal medico di base che chiaramente non è servito ma perché chiaramente lui non conosceva la malattia*” (idem), e di aver avuto un colloquio con il primario di un reparto di psichiatria in cui era ricoverata sua madre per problemi di alcolismo, che però non l’aveva soddisfatta. Lo scontro con il mondo della psichiatria era anzi stato molto duro: “*io non so se per ingenuità, per mancanza di conoscenza… insomma… mi ha detto si guarda effettivamente tu hai un problema però non preoccuparti, quando tua mamma è guarita guarisci anche tu. Al che io… con… cioè io che sarei… non so come posso dire…con una grandissima delusione sono uscita da quell’ambulatorio e ho detto io quando chiederò… non chiederò più aiuto, l’ho detto perché non… cioè ti fanno male queste cose, no?*” (D., 5, risposta 8). Riprende poi però le cure, e problematizza anche lei il grande ostacolo del denaro nell’affrontare un percorso terapeutico: “*sono andata a vedere in un centro che c’era a Verona… però sono andata solo a informarmi perché non avevo la possibilità né materiale né economica di seguire questa cura… perchè dovevo andare giù due volte alla settimana quindi lavorando, e a pagamento quindi… non potevo*” (idem). Il problema del costo delle cure è molto dibattuto: psicologo ed eventualmente psichiatra, farmaci per i problemi internistici ed eventualmente psicofarmaci, integratori alimentari, spostamenti verso i centri di cura, eventuali perdite di denaro per i parenti che non possono più lavorare per occuparsi delle persone malate, soggiorni in altre città per assistere chi è in cura, eccetera, hanno costi realmente proibitivi, anche quando il servizio sanitario nazionale riconosce la malattia. Ed ancora, nel percorso di D.: “*qui a Trento hanno aperto un centro… nel… mmm… guarda saranno quindici anni circa che hanno aperto questo centro, quindi bon sono andata anche là… e lì anche non mi sono trovata assolutamente bene (…) all’incontro con psicologo, psichiatra, dietista, nutrizionista, loro ti facevano un consulto e poi (…) quello che mi è stato detto guarda sì effettivamente hai… soffri di questa malattia, hai bisogno di cure però se vuoi guarire veramente devi farti seguire privatamente*” (idem). Alla fine, dopo più di dieci anni di malattia, riesce però a trovare una maniera per curarsi: “*loro mi hanno proposto la comunità. E… che c’è qui a Trento. Quindi io sono entrata in una comunità e sono stata per sei mesi… e lì è stato un grande aiuto per me. Nel senso che lì mi hanno veramente aiutato*” (idem).

Ad aver provato diversi tipi di cura, ma purtroppo senza risultati, è invece Vi.: “*Allora, prima cura il nutrizionista. Cura... grande errore perché non c’era nessun supporto psicologico (…) Poi… psicoterapia (…) molto interessante ma non molto utile (…) e poi da lì, quando questa cosa non ha funzionato… mm… abbiamo cominciato, io ho cominciato, con l’aiuto di mia madre, un percorso molto più serio con un neuropsichiatra supervisionato dalla dottoressa e lì ancora un nutrizionista che però era in felice compagnia diciamo, e quindi lì c’è stato un po’ un miglioramento (…) non avevo nessun problema con l’idea di guarire (…) Comunque sì, ero aiutata dai miei a fare tutto questo…ma comunque ero d’accordo (…) Avevo ancora delle ossessioni però ero guarita in un certo senso… guarita, stavo molto bene. Poi sono ricaduta. E… che disastro. Ci sono ricaduta e… e da lì… siamo ancora qua. E… è stato molto più difficile adesso ho cominciato a rivedere una psicologa, ho cominciato a… e adesso dovrei mettermi a guarire seriamente, però…*” (Vi., 4, risposta 8). E ha scelto coscientemente di non farsi ricoverare in nessun centro, per paura che la guarigione all’interno di una struttura protetta sia una guarigione fittizia: “*per esempio l’idea di entrare completamente in un centro di cura io non… non… non ci ho mai pensato e non lo voglio fare (…) devo riuscire a crearmi la mia vita e intanto cercare di guarire*” (idem).

A. e Al. hanno invece deciso di cercare da sole quello che era meglio per loro, studiandosi i vari centri disponibili e scegliendo quello che ritenevano migliore per se stesse. A., arrivata a ventotto chilogrammi di peso, ha scelto di farsi curare: “*Allora ho scelto io. Coscientemente mi sono messa davanti a un computer e ho detto vediamo quali sono i centri che curano questo tipo di disturbo e vediamo quale sento più mio*” (A., 3, risposta 8). Partendo dalla scelta di voler evitare, per sé, la violenza dell’alimentazione forzata: “*Allora ho scartato a priori… ee… i centri che… proponevano come modello di cura l’alimentazione forzata (…) il sondino[[94]](#footnote-94), oppure… con il sondino principalmente, poi comunque flebo* (…) *io quella roba lì… mmm… non… non la… non la capivo e non la capisco ancora tutt’ora (…) ho cercato una struttura con degli psicologi all’interno, dei nutrizionisti, dei medici di medicina generale, internisti piuttosto che altre figure che potessero lavorare… insieme (…) mi sono rivolta a un centro che è in Piemonte, a Pian Cavallo[[95]](#footnote-95), sopra Verbania*” (Al., 4, risposta 8). Convinta di essere ricoverata, è stata invece rimandata a casa, dove ha intrapreso ambulatorialmente un percorso di psicoterapia che ha avuto buon esito. Ed esprime la sensazione di essere stata davvero fortunata: “*ho avuto la fortuna di trovarmi subito bene perché non sempre funziona, cioè non sempre scatta l’empatia, non sempre ti fidi della persona che hai davanti, quindi è difficile questa cosa (…) ed è una cosa che vederla dall’esterno ti fa ancora più male perché l’hai vissuta quindi sai cosa si prova in quei momenti lì e il fatto di essere stata così fortunata dico caspita guarda cosa ho avuto io, a livello di-di cure, di medici, e guarda magari tante altre realtà sono diverse…*” (idem). Anche Al. dopo anni di terapia nei quali non è riuscita a risolvere il suo problema alimentare, si è proposta di provare a guarire dal disturbo di alimentazione incontrollata ambulatorialmente, con l’aiuto di un centro in Svizzera: “*qui in Svizzera, dove… dove andrò… sono già andata a parlare con questi terapisti e lavorano molto bene perché… sono un gruppo di quattro componenti e ci sono uno psichiatra, uno psicologo, una dietologa, cioè un nutrizionista, e un medico… mm… è molto interessante perché loro non solo parlano con te ma si parlano tra di loro (…) non è un… non è che devi necessariamente stare lì tipo Villa Garda, non so se hai presente…* ***Sì…*** *non è un centro in cui stai lì per tot mesi. Puoi fare la tua vita e sei seguita da queste quattro persone con appuntamenti settimanali…*” (Al., 9, risposta 8). Al. ha scelto da sola il centro che le sembrava migliore, dopo aver navigato in rete moltissimo tempo alla ricerca di informazioni: “*nel momento in cui decidi di uscirne… acquisisci anche la consapevolezza di tutte le cose che puoi fare per guarir… per guarire, insomma*” (idem).

F., Fe. e N. hanno invece seguito percorsi istituzionali in ospedali psichiatrici. F. ha iniziato rivolgendosi a una psicologa, però verbalizza il problema della mancanza di libertà di scelta per le ragazze che si ammalano di disturbi del comportamento alimentare nell’adolescenza “*Però non mi sono rivolta di mia spontanea volontà ma mi hanno spinto i miei genitori, quindi io non ho preso bene questa cosa (…) non volevo accettare la malattia, non volevo sapere di essere malata, nel senso mi trovavo bene a essere malata*” (F., 6, risposta 8). Poi, dopo un passaggio per l’ASL della sua città, è stata indirizzata al centro di disturbi del comportamento alimentare dell’ospedale Molinette[[96]](#footnote-96), a Torino. Poi un primo ricovero con effetti benefici, che descrive così: “*dopo una visita psichiatrica mi hanno fatta ricoverare gli psichiatri, e quindi sono stata ricoverata per un mese… sempre alle Molinette. Dove facevo un lavoro… dove avevo un incontro psichiatrico ogni giorno… e anche con il dietista, mentre… e anche con il nutrizionista tutti i giorni e… è stato un percorso che invece sono riuscita a accettare quello perché mi ha fatto vedere… mi sono trovata davanti a… insieme a ragazze che erano mmm ancora in situazioni peggiori delle mie, altre in cui erano in situazioni diverse dalle mie però il confronto e la condivisione dei problemi comunque mi ha aiutata anche… a prendere coscienza di quello che era il mio problema e quindi del fatto di voler in qualche modo cercare di guarire. Perché oramai non ce la facevo più*” (idem). E dopo questa esperienza, non ulteriormente approfondita, ha scelto di proseguire il percorso di cura attraverso il day hospital, che descrive come una bella esperienza risolutiva: “*ho fatto sei mesi di day hospital, eemm che durava dalle otto e mezza di mattina alle quindici del pomeriggio, sempre a Torino (…) percorso che inizialmente era progettato per tre mesi ma poi io ho chiesto di poterlo prolungare di altri tre mesi (…) finalmente mi trovavo bene… nel senso l’ho vissuta come una casa il day hospital in cui ero seguita… dove ho trovato delle persone che potevano capirmi… che mi ascoltavano, che potevo condividere le mie emozioni e i miei sentimenti senza aver paura di essere giudicati (…)* ” (idem). Fe. invece ha fatto esperienza di una degenza lunga, di tre mesi, nella famosa struttura di Palazzo Francisci[[97]](#footnote-97), a Todi. Ma non senza aver prima tentato altre strade anche lei, e avendo vissuto anche lei l’esperienza di una cura intrapresa per forza, quattro o cinque anni dopo l’esordio della malattia: “*Ok. Allora… mmm… quando avevo diciassette anni mi hanno portato all’ABA (…) I miei mi hanno trascinato senza la mia volontà*” (Fe., 6, risposta 8). E continua: “*Poi sono stata ricoverata tre mesi a Palazzo Francisci. A Todi. E… e dopo un mese sono ritornata qui una settimana in neuropsichiatria* ***A Milano?*** *No a Napoli. E adesso a Settembre inizierò un day hospital a Ville Turro, a Milano…*”. È soddisfatta dell’esperienza di Palazzo Francisci, ma ne descrive anche la rigidità: “*è un po’ rigida la cosa. Allora ci si siede a tavola… il cibo viene interpretato come medicina (…) non scegli tu cosa prendere, non scegli tu quanto ne devi prendere*” (idem), e ne descrive, senza però lamentarsene, anche la violenza delle regole: “*E tu devi finire tutto, non puoi lasciare neanche un chicco di riso, niente. Quando mangi non puoi parlare di cibo, non puoi guardare le altre mentre mangiano, non puoi… non puoi stare più di un tot di tempo a tavola né puoi mangiare troppo piano… né puoi mangiare troppo veloce. E… non puoi bere… cioè devi bere tre bicchieri di acqua a pasto (…)* ***E… e se non finisci il cibo?*** *No, non puoi non finirlo.* ***Beh sarà successo, suppongo!*** *No. È impossibile. Cioè piuttosto puoi rimanere lì fino alle quattro del pomeriggio.* ***Ah piuttosto ti lasciano lì fino alle quattro del pomeriggio?*** *Sì. Sì, sì.* ***Con un infermiere, suppongo…*** *Sì, con un operatore*” (idem). Oltre ai momenti del pasto, l’istituzione totale gestisce anche ogni altro momento della giornata: “*ci sono tutte le attività, ci sono i gruppi… c’è il gruppo di poesia, il gruppo psicologico, il gruppo psicomotivazionale… il gruppo di lettura… poi c’è danza-terapia, tai-chi… teatro.* ***E scegli tu cosa fare?*** *No, devi fare tutto per forza*” (idem). Fe. si dice soddisfatta del lavoro, almeno dal punto di vista del disturbo del comportamento alimentare (Fe. ha anche una diagnosi di disturbo della personalità): “*Sì dal punto di vista alimentare sì, sono soddisfatta… dal punto di vista psichiatrico no, soprattutto in questo periodo in cui sto particolarmente male… però sai lì non è che possono fare più di tanto…*” (idem), e dice anzi che dopo le dimissioni “*quel mese lì dopo che sono uscita da Palazzo Francisci sono caduta… cioè… in una forte depressione perché sono tornata e non c’era nessuno, mi mancavano gli operatori, mi mancava… mi mancava tutto di lì (…)*” (idem) anche se invece descrive altre sensazioni per altre persone “*ci sono quelle che da lì vogliono scappare…”* (idem). N. è stata ricoverata nel reparto di pediatria, poi due volte nel reparto di psichiatria per la cura dei disturbi del comportamento alimentare dell’ospedale San Raffaele – Ville Turro di Milano[[98]](#footnote-98), e ha seguito due cicli di , e ha seguito due cicli di *day-hospital* nella stessa struttura. È l’unica delle intervistate a essersi scontrata con l’alimentazione meccanica che talvolta viene usata per la cura dell’anoressia nervosa: “*Senza neanche provare a farmi mangiare… se ci penso adesso lo ucciderei. In tutti questi anni l’ho ucciso mille volte nella mia testa. Insomma… a 47 chili, mi dicono che devo mettere il sondino. Io lì per lì non l’ho presa male, non sapevo cosa volesse dire… ma poi viene a chiamarmi l’infermiera per metterlo… vado tranquilla, dico a mia mamma di aspettarmi fuori. Però quando entro nella sala visite… le vedo lì in tre. Che mi guardano. Sono preoccupate, sale la tensione anche a me. Ci sono volute tre persone per tenermi ferma e ficcarmi quel tubo su per il naso. Ricordo che si arrotolava in gola, che non respiravo, che piangevo… che lo tiravano fuori, e poi in tre addosso per riprovarci. Esco da quella sala con un tubo su per il naso che mi arriva allo stomaco, con un cerotto a tenerlo fermo proprio sul naso… di quel tubo ricordo l’odore dolciastro dell’integratore, ricordo la tentazione di strapparlo via ma la paura. Se lo strappi rischi di fottere gli organi interni, mi dicevano.. beh forse non proprio così, ma l’idea era quella. A 47 chili, ho passato credo due settimane con quel tubo dentro.*” (N., 18, risposta 1). Va poi a fondo, guidata dalle domande di intervista, nel raccontare del suo percorso di cura, esprimendo sentimenti contrastanti: “*Credo che chiedermi di parlarti delle cure sia la cosa più difficile che tu possa chiedermi. Cioè, un po’ te le ho già accennate prima… ma è complicato, perché provo sentimenti assolutamente contrastanti. Cioè… da una parte provo un odio profondo per le sopraffazioni e le umiliazioni che sento di aver vissuto, per la privazione della libertà, per quella galera che è stata l’ospedale… ma dall’altra parte so, perché negli anni dopo di cose su queste cose qua ne ho lette, che arrivate al mio peso il 15 per cento delle ragazze muore. E quanto… un cinquanta si cronicizza? E invece io sono sopravvissuta, anzi adesso sto bene. Quindi c’è anche della gratitudine… ma continuo a pensare che non è giusto che a dieci anni di distanza io mi debba ancora sognare di essere rinchiusa*” (N., 18, risposta 8). E, forse anche grazie agli studi di sociologia, ha ragionato sull’idea di istituzione e sui suoi meccanismi: “*questa istituzione ha i suoi meccanismi, infami, se posso dirlo. Il primo, forse il peggiore, è la mancanza di libertà (…) Non solo non sei libera di uscire, ma non sei neanche libera di muoverti in reparto, in certe fasi. Ci sono dei momenti in cui devi, e devi perché non ti viene neanche in mente di disobbedire, o almeno così è successo a me… insomma devi stare in camera (…) Comunque, è vietato entrare nelle stanze delle altre ragazze. E se hai la stanza all’inizio del corridoio, è vietato anche arrivare in fondo per sgranchirti le gambe, in quelle fasi, il tuo orizzonte si limita alla tua stanza, il tuo bagno, la stanza per le fasi restrittive, che vuole dire una stanza in cui diciamo che fai socialità se hai il permesso durante alcune ore, e la stanza da pranzo. Se fumi, puoi arrivare fino alla stanza della televisione, che è anche l’unica in cui si può fumare. Io, ho chiaramente ricominciato a fumare in ospedale, dopo tre anni che avevo smesso… e vedi te se non ricominciavo, pur di allargare un po’ i miei orizzonti. Quindi non si poteva andare in corridoio, andare nella stanza delle altre, entrare ovviamente nella sala dei medici o in infermeria o in cucina…*” (idem). E racconta anche dei famosi oggetti proibiti, e delle perquisizioni: “*ci sono una serie di oggetti che non puoi tenere in stanza. Tipo gli aghi per cucire… (…) Ma poi anche una serie di altre cose… tutto il cibo era proibito, e questo ci sta, e anche le lamette, e lo capisco, ero autolesionista anche io. Ma di certe cose non te ne fai proprio una ragione. Tipo il bianchetto… perché non potevo tenermi in camera il bianchetto? Ma è così e basta… è un ordine, e nessuno si degna di spiegarti il perché, anche se hai il coraggio di chiederlo. E per tutti questi oggetti… c’era lo spoglio. Ogni volta che uscivi dal reparto… anche solo per mezzora in giardino… quando rientravi aspettavi che qualche infermiere, o educatore, maschio o femmina che fosse, ti spogliasse. Proprio così.. ti accompagnano in stanza, e ti spogliano. Reggiseno, se lo usi, e mutande. Controllano tasche e borse. Alla ricerca di chissà cosa… e se nessuno può accompagnarti in quel momento.. rimani lì e aspetti. Poi anche quello dipendeva dall’infermiere… c’era qualcuno che ti controllava anche tra i capelli, e altri che invece ti toccavano appena*” (idem) e altre imposizioni: “*Ci sono orari per tutto… per entrare e per uscire, per chiedere gli oggetti, per spegnere la luce (…) e poi orari per parlare con i medici, orari per colazione spuntini e pranzo, orari per la terapia, per telefonare, se puoi telefonare. Perché non tutte possono… io però su quello ho sempre fregato un sacco (…) la sorveglianza è così totale che mi sembra strano nessuno se ne accorgesse… così totale che una notte mi sono svegliata con una torcia puntata in faccia. Lì ho scoperto che passavano anche di notte a vedere se dormivi… meno male che ero quasi alla fine del ricovero… perché non ho più dormito ugualmente bene*” (idem). E descrive anche quei meccanismi di potere e di sopraffazione di cui si è parlato nel paragrafo 3.4: “*E poi la terapia sono gli psicofarmaci. Ne ho presi abbastanza, perché non ho voluto o non ho saputo oppormi. O perché mi facevano bene… chissà. Ma so che il meccanismo di ricatto che c’è stato in qualche occasione dietro a sti cazzo di farmaci era una merda. Scusa, ma mi arrabbio ancora. Una volta ho avuto una crisi di ansia in ospedale… di quelle laceranti. Il mio primo psichiatra, che era responsabile là… l’avevo già mollato, ma era sempre intorno… beh lui mi ha detto qualcosa tipo se ti bevi 20 goccine di EN io chiamo tua mamma e te la faccio incontrare in giardino. Che dovevo fare… anche se quelle goccine in più non le volevo… me le sono bevute. E adesso odio ancora l’averlo fatto. Cioè ero debole… non riuscivo a oppormi, e ho ceduto al ricatto così come ho ceduto al farmi rinchiudere. L’idea è proprio quella di essermi piegata… per farmi salvare forse, ma di essermi piegata a accettare tutto.*” (idem).

S. è forse l’unica per la quale c’è stato un tipo diverso di accompagnamento nella guarigione: “*il mio percorso di fede mi ha permesso di trovare delle persone che mi hanno dato… mi hanno fatto sentire accettata non mi hanno giudicata per come ero, e mi hanno voluto bene senza una condizione*” e poi (S., 7, risposta 1) “*mi sono appoggiata a un padre spirituale che mi ha comunque… una forma psicologica comunque… accompagnato e stato accanto. Per cui comunque un accompagnamento… e credo che poi la guarigione vera avviene quando tu ti senti accolto, accompagnato, hai spazio per parlare, hai spazio per esprimerti, ecco queste sono le cose che servono a guarire più che il ricovero…*” (S., 7, risposta 8). S. esprime anche la sua dura idea rispetto ai percorsi di cura non volontari: “*come per i percorsi di cura che per esperienza di amiche che ho avuto che hanno avuto ricoveri coatti e che uscite poi dai ricoveri coatti sono morte (…) Perché hanno ripreso peso forzatamente, in un modo comunque violento perché necessitava ma che però non andando a curare quello che è… a rimettere insieme il puzzle di questo corpo e mente…*” (S., 7, risposta 2).

Nel caso dei disturbi del comportamento alimentare, spesso si pone il problema di reintegrare l’esperienza vissuta nella biografia e nell’identità della persona che ne ha sofferto, perché non si ritrovi a vivere con una regolazione temporale dettata dal prima-durante-dopo come quella descritta nel paragrafo 3.4, e si pone anche il problema di un reinserimento in una società che ripresenterà tutte le caratteristiche descritte nei capitoli precedenti: continui inviti alla dieta, modelli estetici molto magri, ideale di bellezza unico, enfasi sul successo, competizione. È interessante dunque capire se il sistema medico prevede un qualche tipo di accompagnamento che fornisca degli strumenti per non soccombere nuovamente alle norme sociali, ed adottare anzi un punto di vista critico rispetto alle misure imposte. Perché si eviti dunque una normalizzazione momentanea, e un abbandono successivo, che spesso porta a ricadute nell’anoressia, nella bulimia o nel disturbo da alimentazione incontrollata. E per evitare anche il meccanismo descritto da Piero Cipriano (2013, 69) di ospedali che “ti ingoiano e ti vomitano, t’ingoiano e poi ti rivomitano”, finendo in un circolo di continui e successivi interventi terapeutici senza riuscire a risolvere definitivamente il problema. Nel caso particolare dei disturbi del comportamento alimentare, è l’associazione di professionisti AIDAP[[99]](#footnote-99) a fornirci i domini di esito della malattia: dopo dieci anni dall’esordio della malattia molte persone diagnosticate non presentano più disturbi anoressici, ma un 25% continua a essere sintomatico, ed un 10% presenta una forma di anoressia cronica. Inoltre, in quei dieci anni circa il 50% di quelle che erano anoressiche hanno soddisfatto i criteri per la diagnosi di bulimia nervosa. Sempre secondo AIDAP, il 6% delle diagnosticate muore nei dieci anni successivi all’esordio dell’anoressia. Il decorso per la bulimia è simile: in molte guariscono, ma un 30% continua a essere sintomatico. È più difficile che passino invece a un disturbo di tipo anoressico. Alcuni dati ci vengono forniti anche dalla *research letter* di Zipfel et. Al. (2000), che hanno condotto uno studio di follow-up di lungo termine: hanno analizzato un campione di 84 pazienti 21 anni dopo il primo ricovero in ospedale con la diagnosi di anoressia nervosa. Secondo i loro risultati, il 50/56% delle pazienti erano totalmente guarite dall’AN, il 10/14% presentava ancora sintomi che soddisfavano un quadro diagnostico di anoressia, ed il 15/16% era deceduto per cause relative al disturbo alimentare. Questo studio non riporta però in numero di ospedalizzazioni successive alla prima per le pazienti seguite. Un dato di questo tipo ci viene invece fornito dall’articolo di Herzog e collaboratori. (1999), che hanno condotto uno studio di *follow-up* su un campione di 246 pazienti diagnosticate per anoressia nervosa o per bulimia nervosa. I risultati mostrano che circa la metà del campione totale (49.0%), ed in particolare 33.7% delle anoressiche e il 73.8% delle bulimiche, possono dirsi “totalmente guarite”[[100]](#footnote-100) almeno in un momento dei novanta mesi (sette anni e mezzo) dopo la prima diagnosi. Di queste, il 40% delle anoressiche ed il 35,3% delle bulimiche ricadono nel DCA dopo il momento di “completa guarigione”.

La domanda numero nove è stata pensata per cogliere le esperienze delle donne intervistate sull’accompagnamento nella guarigione, e sui perché delle eventuali ricadute.

V. è ricaduta più volte nel disturbo bulimico “*ero guarita in un certo senso… guarita, stavo molto bene. Poi sono ricaduta. E… che disastro. Ci sono ricaduta e… e da lì… siamo ancora qua*” (V., 4, risposta 1) e si da una propria spiegazione per questo fenomeno “*uno dei motivi per cui ci sono ricaduta è… perché mi ero concentrata troppo sulla guarigione. Nel senso che finché sei in un ambiente in un certo senso sicuro, che continui a vedere queste persone ogni volta che hai un problema (…) è facile guarire in un certo senso se sei convinto, perché qualsiasi problema tu abbia loro sono lì a offrirti il meccanismo giusto per gestirlo. Ee… e io stavo guarendo però non è che stavo trovando… non è che stavo riuscendo a gestirmelo da me in un certo senso (…) se io mi concentro troppo sul problema poi vivo dentro la guarigione, nel momento in cui esco dalla guarigione per rivivere la vita poi ricado*” (idem) ed anche molto più negativa rispetto alla possibilità di salvarsi da queste ricadute “*Molte persone hanno avuto una storia più o meno simile alla mia. Nel senso che hanno… sono stati… hanno fatto tutto questo percorso di guarigione e di ricoveri molto seguiti con diversi specialisti che poi a un certo punto è finito.* ***Mmm*** *e che poi a un certo punto insomma si sono ritrovati soli e molte persone sono… sono ricadute. Si parla di un sacco di ricadute nei disturbi alimentari. E… e quindi è successo a tantissime persone…*” (V., 4, risposta 9). È anzi scettica proprio sulla possibilità di guarigione dai DCA “*sicuramente ci si può liberare del sintomo e si può vivere un vita normale, si può solamente avere un po’… però la guarigione nel senso del dire adesso vado e mangio un panino alla nutella perché ho fame e sono felice… secondo me no (…) io personalmente lo vedo come un problema che non se ne va mai del tutto e ti trovi sempre un po’ più a rischio degli altri*” (idem). Proprio per questa idea, V. gestisce da tempo un blog[[101]](#footnote-101) dedicato ai disturbi del comportamento alimentare, che però non è di accompagnamento nella guarigione, ma un modo per rendere conto alla società dei pregiudizi e degli stereotipi sui disturbi del comportamento alimentare “*ero arrabbiata che ogni volta che io nella mia vita dovevo parlare a qualcuno del mio disturbo alimentare mi trovavo a scontrarmi contro un muro di concezioni sbagliate sui disturbi alimentari (…) quindi la società pensi quello che vuole, la società che… però io vivo il disturbo alimentare mio e gestisco il mio problema che è diverso da quello di cui parlano loro* *(…) non è nato come… come il blog di Veggie[[102]](#footnote-102) per esempio, sì, voglio essere di supporto a persone che stanno cercando di uscire. Non è nato così, perché io… insomma posso essere ipocrita fino a un certo punto no? (…) il blog è nato da… ci sono un sacco di cazzate sui disturbi alimentari, cerchiamo di… cerco di dirle, poi ovviamente chi legge il blog soffre di disturbi alimentari, quindi relativamente… però forse no e quindi sì io spero che qualcuno ci capiti e legga…* “ (V., 4, risposta 10). Anche F. descrive il rientro nella società come un passaggio molto difficile “*quando si rientra nel mondo diciamo perché il mondo del ricovero e del day hospital è un mondo ovattato, una realtà dove nulla ti può colpire quindi sei protetto dagli input della società, appunto dai problemi della vita… ti ritrovi di fronte a quello che prima del ricovero ti faceva paura, ti spaventava…*” (F., 6, risposta 9), ma che bisogna affrontare da sole “*riprendere la vita con il sintomo è facilissimo, nel senso ogni giorno bisogna… per non farlo bisogna alzarsi e quasi farsi del male*” (idem).

M. ha una interessante spiegazione rispetto alla possibilità di ricadute, che crede dipendano dal fatto che “*senso la psicoterapia non sia... non sia... cioè... non vada a decostruire quel tipo di-di modelli*” (M., 1, risposta 9). Racconta anche cosa invece lei ha ricercato, si è costruita, e cosa l’ha aiutata, per non rivivere gli stessi condizionamenti “*Io questo percorso, cioè io invece, proprio per quanto riguarda la mia esperienza... eee... come dire, reinserimento... cioè sereno nel… in un contesto sociale, sereno tra virgolette, io lo sto facendo perché ho affiancato a questo percorso psicoterapeutico anche un percorso politico ee... femminista* (…) *con le mie compagne in particolare, si è... creato tutto una... un... una, diciamo, una analisi politica di quello che è il rapporto tra il contesto sociale e i corpi delle donne per andare appunto a…ee…a puntare il dito contro questi modelli imposti e contro questo disagio imposto*” (idem). Anche Vi. ha scelto di occuparsi di questioni di genere per cercare di reintegrare il suo periodo anoressico all’interno di una analisi politica e sociale della società in generale: “*vabbeh un po' per quello di cui ho scelto di occuparmi l'ho reintegrata così. Perché... tipo io nella mia tesi di dottorato ho analizzato... cioè stata molto terapeutica... ho analizzato la costruzione proprio della femminilità e della mascolinità nei romanzi per adolescenti.* ***Ah...*** *Cioè ho scelto un tema molto... che mi ha... cioè ci ho pensato dopo ovviamente, perché non è stato voluto, però non è un caso che io abbia scritto di questo tema, cioè dell'immaginario di cui sono circondati gli adolescenti, e di tutti i modelli che sono proposti ai ragazzi, ai ragazzini e alle ragazzine, perché ho fatto un po' i conti con il passato, e l'ho reintegrata così...*” (Vi., 17, risposta 9). Però suggerisce anche un altro momento in cui alcune persone possono rivivere, elaborare e integrare il proprio momento di disagio: “*Secondo me sai come molte persone lo reintegrano? Perché magari diventano delle adulte e capita di incontrare loro delle ragazzine a cui capita. Per esempio a me... io... mia zia lo è stata, cioè ha avuto il mio stesso problema, e secondo me anche lei non lo ha mai affrontato, lo ha risolto parzialmente, però anche là... gli è sempre rimasta come nevrosi e mi ricordo bene che quando è capitato anche a me lei ha dovuto... l'ha rivissuto*” (idem).

C. parla delle difficoltà di riportare un cambiamento sia nei comportamenti che nella consapevolezza, avvenuto durante un ricovero, nel proprio ambiente sociale: “*si dice che chi guarisce in una terapia ambulatoriale ha molte meno possibilità di ricadute perché appunto ha fatto il cambiamento nel suo stesso ambiente e quindi ha lavorato nel suo ambiente anche con le problematiche che c’erano in quell’ambiente. Invece fare un percorso di ricovero lontano dal tuo ambiente di casa in una struttura in un certo senso è più semplice perché non ti devi confrontare con i tuoi genitori, le dinamiche amicali, relazionali, sei in un ambiente protetto quindi solo che non puoi vivere per sempre in una struttura, in un ricovero, prima o poi dovrai tornare… tornare a casa e quindi il cambiamento che hai fatto in ricovero è difficile poi trasportarlo nel tuo ambiente di casa*” (C., 2, risposta 1). E spiega come a Villa Garda tentino di prevenire le ricadute delle pazienti nel proprio disturbo alimentare: “*stavano facendo anti-ricaduta proprio per questo motivo perché avevano visto che le-le ricadute erano molto... erano molto alte nel-nel dopo ricovero (…) degli incontri settimanali dove ti facevano ragionare insomma su... sì, su certi aspetti tipo gli ideali di magrezza o come ti rapporterai dopo quando sarai fuori da Villa Garda (…) scrivere delle lettere indirizzate a... a... magari a un giornale ipotetico... per parlare, per controbattere contro l’ideale di magrezza, sì comunque una serie di esercizi di questo tipo che erano anche interessanti e... poi, sì, nell’ultima fase c’era il day hospital, che era un tentativo di sganciarsi in un certo senso dalla struttura (…) Poi sì consigliavano subito comunque di mettersi in contatto già con una terapeuta nella tua zona…*” (C., 2, risposta 9). Racconta anche di aver effettivamente lasciato un momento in stand-by “*perché io l’ho... l’ho in qualche maniera chiusa in una parentesi per il momento, perché... vabbeh forse non è da tanto che l’ho fatta, quindi è molto fresca, è molto... i ricordi sono ancora molto... molto vividi e in un certo senso mi fanno male pensarci*” (idem), ma poi C. descrive anche quello che è il metodo che ha trovato per cercare di reintegrare il ricovero e la malattia all’interno di un percorso di vita “*a me piace molto scrivere, ho una attività di scrittura abbastanza assidua (…) e mi piacerebbe poter integrare questa esperienza in... in un libro*”(idem).

Le parole di C. ci introducono alla presentazione di due di quelli che sono i metodi più utilizzati dalle ragazze intervistate per reintegrare i disturbi del comportamento alimentare all’interno di un percorso biografico coerente: la scrittura e l’associazionismo. Per quanto riguarda la scrittura, abbiamo già del suo potere terapeutico nel paragrafo 3.4, descrivendo la *narrative therapy*, ma è interessante vedere come questo tema ritorni anche nelle parole delle intervistate[[103]](#footnote-103). Il discorso sull’associazionismo aiuta a comprendere come mai molte delle ragazze intervistate hanno scelto questa strada. Come abbiamo detto presentando il primo canale di selezione delle intervistate, molte associazioni sono formate da ex-pazienti o da parenti e amici di persone che hanno sofferto di disturbi del comportamento alimentare: sono questo tipo di associazioni quelle in cui si riconoscono e quelle a cui dedicano molto tempo ed energie le ragazze intervistate. Figlie di storie spesso drammatiche, queste associazioni hanno lo scopo di sostenere chi si scontra con questi difficili problemi, di assistere chi non sa come uscirne, e talvolta si pongono l’obiettivo di fare opera di prevenzione nelle fasce più a rischio DCA della popolazione. Esistono inoltre associazioni di specialisti: professionisti che si associano con finalità terapeutiche. Per quanto riguarda chi ha sofferto di DCA e chi è stato loro vicino, la Loro-Pilone (2012) riconosce al gesto dell’associarsi e del mettersi in gioco una valenza altamente comunicativa: si affronta un disagio sociale affermando il proprio diritto ad esserci, ad esprimersi e a prendere parola a partire dall’esperienza vissuta in prima persona, collegandola anche a questioni che riguardano l’intera società. È dunque un elaborare un lutto insieme, ma anche un voler uscire dal contesto di isolamento e stigmatizzazione, un valorizzare il vissuto emozionale, ma anche un uscire dalla nicchia del privato informando e ricordando l’esistenza di situazioni drammatiche non da rimuovere ma da analizzare per comprendere, per non ripudiare, e per curare. Sempre secondo la Loro-Pilone, l’aver avuto a che fare con i disturbi del comportamento alimentare passa con l’associazionismo dall’essere una vergogna all’essere un valore aggiunto, un elemento di potenzialità sociale: riuscire a far conoscere al mondo un problema che spesso rimane ai margini è una forma di riscatto, una rivendicazione del diritto a veder riconosciuta l’esistenza di un fenomeno sociale complesso e diffuso. Questa presa di coscienza è ricercato per trarre benefici per se stessi e per gli altri: una volta che un insieme di diritti-bisogni, in questo caso di chi soffre di disturbi del comportamento alimentare, entra a far parte del patrimonio collettivo, non può che apportare benefici all’intera comunità. Vediamo ora cosa ne dicono le intervistate. A. riconosce che può essere difficile reintegrare il periodo della malattia, e parlarne in pubblico “*dal mio punto di vista è stata una cosa molto naturale, per altri non è così, per altri è come qualcosa che fa parte di un passato che c’è stato, ed è meglio nascondere*” (A., 3, risposta 9) ma racconta che per lei non è così. Ed il suo modo per riportare il discorso all’interno della società passa dalla collaborazione con l’associazione “Mi nutro di vita”[[104]](#footnote-104): “*per come sono fatta io cioè per me è come se fosse diventato il motivo per… eee… anche questa cosa con l’associazione piuttosto che andare a fare convegni, parlarne… dai bambini ai genitori che son… con figli che soffrono di questo problema… il parlarne è un po’ come una sorta di riscatto, o meglio come qualcosa da dire ok, io ho avuto questo problema, ce l’ho fatta, come ce la faccio io ce la fanno anche altre persone, si può guarire è ovvio che quei dieci anni… li ho persi, sono andati però in quei dieci anni lì ho capito determinate cose, mi hanno portato fin qui*” (idem) e conclude dicendo che questa attività con l’associazione “*devo dirti che è una cosa bella e positiva… positiva*” (A., 3, risposta 10). D. ha utilizzato sia la scrittura che il volontariato presso una associazione per reintegrare il suo disturbo del comportamento alimentare nella biografia di vita: “*Adesso io faccio volontariato in una associazione qui di Trento che si occupa di queste cose e ho scritto un libro (…) io dopo che sono andata lì l’anno scorso ho iniziato a scrivere il mio secondo libro perché volevo che una parte fosse… dedicata ai sentimenti che provano i genitori, amici e parenti. Quindi sono andata da loro per chiedere se potevo parlare con qualche genitore e mi sono fermata… mi sono fermata lì*” (D., 5, risposta 10). E così anche S. è ricorsa alla scrittura ed al volontariato, insieme: “*io quando ho pubblicato il mio libro che è stato un libro che ho dedicato a mio padre (…) Stefano Tavilla per coincidenze l’ho conosciuto e ho detto… la mia esperienza deve servire mm… perché possa essere un momento dove magari gli altri possano ritrovarsi, dove io possa apportare qualche cosa… e… dove anche con il lavoro che faccio che comunque (…) possa avere quell’occhio attento al vissuto emotivo dei bambini e a capire già quando fin da piccoli non c’è capacità di esprimere determinati disagi e quindi l’impegno nelle scuole e anche come volontaria a promuovere questo tipo di laboratori espressivi e di spazi in cui il bambino possa dare voce a dei… delle sofferenze, dei disagi, ed a ascoltarli, più che fare la attività didattiche…*” (S., 7, risposta 10).

**CONCLUSIONI**

L’analisi di una amplia bibliografia ha permesso di esplorare la storia e la teoria sociale dei disturbi del comportamento alimentare, per introdurre un lavoro di analisi qualitativa di interviste a persone che soffrono o hanno sofferto di disturbi del comportamento alimentare, in particolare anoressia, bulimia, e binge eating disorder.

L’approfondimento della storia delle pratiche di rifiuto del cibo e di sovralimentazione ci ha mostrato come il rapporto con il cibo non sia sempre stato immediato e “naturale”, ed abbiamo esplorato come elementi culturali, sociali e individuali di mediazione abbiano conferito un ricco simbolismo all’atto del nutrirsi. Se però il “Sacro Digiuno” risulta una pratica distante dalle moderne forme di comportamenti alimentari extra-ordinari, è con l’epoca delle “Sante Anoressiche” che si aprono interrogativi interessanti circa le continuità e le differenze tra tale fenomeno e i disturbi del comportamento alimentare così come definiti dal moderno DSM-IV. Un primo elemento di continuità è evidente nella popolazione coinvolta: sono giovani donne a rifiutare il cibo, allora come oggi. Ma importanti similitudini si danno anche tra i comportamenti delle pie donne medioevali e quelli delle anoressiche/bulimiche moderne, quelli che ora verrebbero definiti “sintomi”. Oltre al digiuno, sono rintracciabili nelle vite delle sante altri elementi con i quali si potrebbe ipotizzare un paragone: l’autolesionismo, le crisi bulimiche, l’isolamento, l’iperattività. E simili anche le conseguenze: malattie da sottoalimentazione, e morte prematura. Ma una continuità c’è anche nel trattamento riservato a chi smette di mangiare: esclusione, ma affiancamento da parte di una figura di riferimento, un padre confessore/terapeuta. Continuità anche nel giudizio sociale: rabbia e paura, ma anche sottile ammirazione per la forza di volontà dimostrata nel resistere alla fame, e attribuzione di un certo valore morale all’autocontrollo ferreo. E continuità viene ritrovata anche nella questione del possibile tentativo di ribellione a schemi imposti: la rivolta contro un ordine sociale costituito è teorizzata da Bell (1985), e Vandereycken e van Deth (1994), così come dai moderni approcci femministi ai disturbi del comportamento alimentare. Sono però da sottolineare anche alcune discontinuità importanti. Manca per esempio nella verbalizzazione delle ragioni medioevali il terrore di ingrassare, la *fat phobia* identificata come caratteristica essenziale[[105]](#footnote-105) dei moderni DCA. E di conseguenza manca la possibilità di leggere questi disturbi come fenomeni quasi opposti alla ribellione ipotizzata precedentemente, cioè come estremizzazione di forme di adeguamento a canoni sociali estetici impositivi e difficili da questionare. In cambio, l’anoressia medioevale presenta qualcosa che difficilmente si ritrova nelle anoressiche moderne: la consacrazione a uno Sposo, identificato con Gesù Cristo, non ha corrispettivi moderni. Che *fat phobia* “versus” consacrazione in matrimonio siano gli elementi che più rispecchiano influenze culturali e sociali di due epoche così distanti? Che “l’obbligo morale” a una fisicità snella e scattante sia un dispositivo di controllo sociale del corpo della donna paragonabile al ferreo controllo della sessualità medioevale? Che una risposta così simile in termini comportamentali sia dovuta alla permanenza di norme vissute come estremamente restrittive della libertà di autodeterminazione e di scelta, della possibilità di libera espressione senza il rischio di incorrere in giudizi svalorizzanti?

Comportamenti alimentari lesivi per la salute della donna sono spesso stati ritenuti sintomi anche di un’altra grande malattia mentale femminile del secolo scorso: l’isteria. Ancora una volta l’elemento primo di continuità riguarda la popolazione coinvolta da quelle che sono state definite “epidemie”, di isteria e di disturbi del comportamento alimentare: il collettivo coinvolto è sempre quello femminile, e tendenzialmente giovane. Entrambe le malattie sono state nel proprio tempo considerate massime espressioni di disagio delle donne. Ansia, malinconia, consunzione, rientrano nel quadro clinico di entrambe le patologie, se di patologie si tratta. Così come è assimilabile l’estremizzazione di pattern di comportamento socialmente riconosciuti, incoraggiati, approvati, sia nel caso dell’isteria che in quello dell’anoressia. Ed è simile anche il linguaggio estremamente corporeo, di difficile comprensione per chi non soffre di queste questi disagi, terapeuti compresi. Ed ancora una volta è simile il metodo di cura repressivo: esclusione, allontanamento dall’ambiente sociale di provenienza. Ed anche metodi più drastici: se l’asportazione della clitoride non è più in auge nei tempi moderni, lo sono altri trattamenti invasivi come l’alimentazione forzata tramite sondino naso-gastrico, l’obbligo di permanenza allettati, la prescrizione di psicofarmaci pesanti, la reclusione ospedaliera.

Introdurre “le antenate” storiche di anoressiche e bulimiche fornisce elementi in più per comprendere su che cosa si basano le teorie sociali presentate nel secondo capitolo. Si è partiti da un interrogativo: i disturbi del comportamento alimentare sono definibili “disturbi etnici” o “sindromi culturalmente caratterizzate”, o la continuità con disturbi dei secoli passati, e la loro presenza transculturale, non permettono di categorizzarle come tali? Qui diverse teorie si incrociano, ed alle volte si scontrano. Che la “malattia mentale”, se esiste, sia inscindibile dalla cultura e dal tessuto sociale dell’ambiente all’interno del quale nasce e prolifera l’espressione “patologica” del disagio, è un assunto condiviso. Ma quale sia questo humus sociale che favorisce reazioni patoplastiche declinate nei sintomi di An, Bn e BED così come definite dal DSM-IV non è chiaro. C’è chi parla di DCA come malattie tipiche della società occidentale, intesa come tessuto all’interno del quale si è sviluppata la moderna scienza biomedica (Ritenbaugh, 1982), e chi invece propone una collocazione transculturale dei disturbi alimentari (Lee, 1982). C’è chi la definisce “epidemia moderna” (Gordon, 2004), chi malattia tipica delle “società contemporanee tecnologicamente avanzate” in una epoca detta “postmodernità” (Rizzuti, in Bellini, 2010), e chi ritiene che siano problemi nati nel solco della aree culturali sviluppatesi a partire dalla tradizione greco-giudaico-cristiana (Keel e Klump, 2003). C’è anche chi attribuisce alla pervasività del modello economico e dei simboli del benessere statunitensi ed europei la diffusione dei DCA (Watters, 2010). Dalle considerazioni di Ritenbaugh e Lee viene comunque inaugurato un pubblico dibattito sull’eventualità o meno di considerare i DCA come sindromi culturalmente caratterizzate. Dibattito che, come abbiamo visto, si può considerare ancora aperto.

Passando prima attraverso la presentazione della teoria dell’*embodiement*, lo sforzo maggiore è stato fatto nel reperire e presentare i diversi approcci femministi ai problemi della condotta alimentare. Susan Bordo è stata una pioniera nell’analisi di questo argomento, ed il suo lavoro rimane basilare ancora oggi per comprendere anche gli altri approcci femministi ai DCA. L’assunto di partenza risulterà familiare a chi è già entrato in contatto con il pensiero femminista: *il personale è politico*. Così anche i disturbi del comportamento alimentare, pur avendo radici profonde nei disagi, nelle peculiarità caratteriali, nelle ferite pregresse di chi si ammala, assumono una valenza politica amplificata dall’essere un problema proprio di un collettivo a rischio definito. Collettivo di giovani donne i cui corpi sono oggetti di controllo sociale e di norme estetiche e morali ancora oppressive, sui quali insistono una serie di micropratiche della vita quotidiana impregnate di sessismo e cultura consumistica, volte proprio a colonizzare quel fisico che, come canale di comunicazione con l’Altro, dovrebbe essere invece campo principe dell’autodeterminazione e della libertà di scelta. Corpo sul quale insistono strumenti di *biopotere* quale il controllo costante che impone l’assoggettamento del fisico a bisogni ideologici definiti da *elitès* di professionali, da tecnici di sistema, preposti alla sorveglianza e alla repressione di tutto ciò che essi stessi definiscono come “deviante”. Deviante in quanto “anormale”, dove la distinzione tra normalità e anormalità non è definibile se non in termini di conformità alla condotta generale, al senso comune, alla media statistica insomma. Condivido quelli che sono stati presentati come assunti principali del pensiero di Susan Bordo: il ruolo della cultura come produttrice dei disturbi del comportamento alimentare, la necessità di una analisi sistemica antecedente all’analisi del disagio individuale come fattore scatenante dei DCA, l’esistenza di un *continuum* che lega molte donne ossessionate dall’aspetto fisico (e dalla magrezza in particolare) alle anoressiche/bulimiche/binge eaters dovuto a un modello dittatoriale di magrezza, e che porta a un ideale di donna normalizzato che è magro per forza. Si può invece essere scettiche riguardo alla nozione di disturbo diffuso, e di inesistenza dei DCA come patologia: è molto difficile identificare la linea di confine oltre la quale la dieta socialmente approvata diviene disturbo del comportamento alimentare, ma è condivisibile che quando ad essere in pericolo è la stessa sopravvivenza e incolumità fisica e mentale della donna in questione, è probabilmente avvenuto un salto di qualità che non può passare inosservato.

Il problema che si pone è dunque come intervenire politicamente, in primo luogo per eliminare le cause sociali e culturali che vanno a plasmare i disturbi del comportamento alimentare come possibile espressione di disagio femminile, e per riportare in salute chi già si trova a affrontare un rapporto con il cibo che invalida la propria vita sociale ed è lesivo per la propria condizione fisica. Domande ancora aperte, su cui però si è cominciato a lavorare, come dimostrano i contributi della letteratura femminista e i tentativi di creare percorsi di cura alternativi.

Per quanto riguarda il primo asse, ossia il lavoro a livello sociale e preventivo, come sostengono diverse autrici, e Susan Bordo in particolare, è necessario decodificare l’aspirazione alla magrezza come metafora di ben altri significati simbolici. Dunque definire la relazione tra norma estetica e valore morale ad essa associato, scardinare gli elementi sociali della metafisica anoressica nella vita di tutti i giorni: ed allora tematizzare tutte le norme morali repressive, le aspettative sociali impositive, sottrarre il corpo *esperito* ed il corpo *fisico* al potere costituito, rivendicando ancora una volta il diritto ad essere come si vuole essere, con attenzione ad una configurazione delle aspirazioni che sia il più possibile personale, e non imposta dall’alto. E soprattutto che non sia una sedicente *perfezione* l’irraggiungibile traguardo che molte ragazze sentono come dovuto, ragazze che poi si struggono alla rincorsa di un modello mai raggiungibile. Ed evitare che i bisogni e le voglie vengano vissute come qualcosa di umiliante, di degradante, di vergognoso, ma che si diventi invece capaci di decodificare gli stimoli che provengono dal proprio corpo e dalla propria mente per riconoscerli, comprenderli, e decidere liberamente come rispondervi. Se anoressia è il contrario di desiderio, è proprio dalla *liberazione dei desideri* che sarebbe sensato partisse la lotta ai disturbi del comportamento alimentare. E parallelamente, con l’abitudine a ascoltarsi e a scegliere, potrebbe venire meno quella sensazione di perdita del controllo sulla propria vita che la Bordo individua come una delle possibili cause dei DCA, in quanto andrebbe ad attivare l’*asse del controllo* sul corpo, come unico terreno plasmabile dalla donna attraverso l’alimentazione. Un accompagnamento nella vita adulta che tenga conto delle caratteristiche personali e dei desideri delle adolescenti, che sia votato all’ascolto e non alla sopraffazione o all’imposizione, potrebbe ridurre l’incidenza delle persone che trovano nei disturbi del comportamento alimentare l’unica soluzione plausibile all’interno di una biografia tormentata. E che narri tutta la bellezza e la ricchezza delle differenze, nell’apparenza, come nel carattere, nelle inclinazioni e nelle aspirazioni, negando l’esistenza di un modello unico cui tendere necessariamente. E che punti ad allocare le emozioni e le energie in percorsi propositivi e costruttivi, invece che autodistruttivi e mortiferi.

Il secondo asse, quello relativo alla cura, è ugualmente urgente. Abbiamo descritto il metodo di cura standard di anoressia e bulimia, criticandolo e mostrandone la violenza. L’isolamento delle ragazze ammalate, la chiusura dei reparti, l’alimentazione meccanica o l’alimentazione forzata, gli psicofarmaci, uniti all’assoluta mancanza di una contestualizzazione sociale e politica dei disturbi alimentari, fanno sì che spesso il DCA venga vissuto come “colpa” individuale, e la cura come punizione. Questo modo di vivere la cura, unito a uno scarso accompagnamento nel rientro in società post-trattamento, fanno sì che anoressia e bulimia presentino percentuali altissime di ricaduta nel disturbo, ed un’alta mortalità. Sono stati nel capitolo III presentati diversi metodi di cura “alternativi” rispetto a quello tradizionale. La questione però è tutt’altro che chiusa: non è ancora dato sapere infatti, data la scarsità di dati scientifici raccolti, se questi metodi diano risultati migliori, peggiori, o uguali, rispetto all’efficienza della cura. Abbiamo presentato alcuni esperimenti fortunati, ma non è detto che siano più efficaci. E rimane anche da affrontare il fatto che invece molte ragazze, in seguito a trattamenti così invasivi, ritornano effettivamente a stare meglio, e riacquistano un rapporto con il cibo che se non è “felice”, è quantomeno in linea con la media, e si sentono di nuovo padrone della propria vita, dopo l’abbandono al disturbo alimentare. Ragazze che però portano l’impronta del passaggio del potere al loro interno per sempre, come sostengono Bianchi e Portillo (2009). Che rivivono l’angoscia della reclusione e l’odio per l’istituzione parallelamente alla gratitudine per esservi sopravvissute, ad anoressia e bulimia, forse anche grazie alla medesima istituzione che ora vorrebbero negare. Il rapporto di potere che si insatura non solo tra medico e malata, ma tra l’istituzione tutta e il corpo vissuto nell’istituzione, per l’istituzione, definitivamente “cosificato” è, secondo Franco Basaglia (1972, 139), determinante nei modi di sviluppo della malattia stessa. Non è però ancora dato sapere esattamente *come* incida questa dinamica di potere nel trattamento di An e Bn. Rimane da chiedersi però se la crisi istituzionale inaugurata da Basaglia e collaboratori abbia realmente sconfitto il vecchio sistema coercitivo-autoritario del manicomio, o ne abbia addolcito i modi ma non cambiato la sostanza. E questo è un interrogativo squisitamente sociale, e politico. Perché, come già sosteneva Basaglia (1972, 141) la psichiatria ha certamente giocato un ruolo nell’esclusione del malato, ma è da considerarsi espressione di un sistema che ha finora scelto di negare e annullare le proprie contraddizioni allontanandole da sé. Discipline umane e sociali come psichiatria, psicologia, pedagogia, criminologia sono quei saperi che traducono in termini di irrazionalità ogni contraddizione, per farla scomparire (Ongaro Basaglia, 2012, 92), con il fine di deresponsabilizzare la collettività e trasferire sul singolo la “colpa” della sua diversità. Si destorifica il fenomeno e lo si rende altro rispetto alla realtà sociale nella quale si inserisce, disconoscendo ogni ipotesi di comportamento reattivo rispetto al mondo normativo nel quale si inserisce. Si rende assolutamente individuale un comportamento che, essendo espressione della tensione tra unità somato-psichica dell’individuo e sistema sociale, non può essere questione solo personale (Ongaro Basaglia, 2012, 93): si annulla uno dei poli della contraddizione, e si assolutizza l’irrazionalità come problema di personalità scisso dall’ambiente in cui si inserisce. E cosa c’è di più contraddittorio e apparentemente irrazionale di una ragazza che si affama nell’epoca del benessere, che si consuma senza neanche vestire capi d’alta moda o interessarsi di ciò che avviene nel mondo dello show-business che ha adottato quella forma scheletrica come massima espressione di bellezza, o di una giovane donna che vomita tutto ciò che dovrebbe saziarla e invece la disgusta. E sono proprio tali contraddizioni, unite all’impotenza e alla frustrazione, che evidentemente conducono a scaricare la propria aggressività sullo stesso soggetto che non si lascia comprendere, e a non sapere come sedare la propria ansia se non allontanando tale incomprensibile comportamento dai nostri occhi. Allontanamento che avviene anche attraverso il meccanismo simbolico della stigmatizzazione: se una anoressica o una bulimica sono solo ragazze malate, ogni loro atto diventa definito dalla malattia stessa, e cessa di essere “pericoloso”, affascinante o stimolante, per il resto della società. Se è solo una dinamica psicopatologica individuale, chiunque non venga diagnosticato può sentirsi al sicuro, e continuare a pensare a tutte le “malattie mentali” come completamente altro da sé. Rimane però un problema fondamentale: se da una parte si ritiene giusto combattere politicamente esclusione e stigmatizzazione, dall’altra non è però possibile pensare di lasciare che una giovane donna smetta di mangiare o rimetta ogni cosa, senza intervenire. E questa è proprio la doppia faccia dei DCA a cui è più difficile dare risposta: come bloccare comportamenti mortiferi, senza usare ulteriore violenza? Come mostrare la realtà dei DCA, senza però violentare l’occhio con immagini di anche sporgenti o braccia scheletriche? È auspicabile che si arrivi a affrontare dialetticamente le contraddizioni della realtà (Basaglia, 1972, 134) perché la cura sia considerat presa in carico dell’individuo e del suo ambiente, e non pura normalizzazione e custodia. Perché la comunità cessi di ignorare i propri meccanismi nocivi rimettendo in mano a una autorità – psichiatrica – il compito ripristinare l’ordine e l’efficienza nell’individuo che si è fermato, ma che cominci a tenere conto della persona e delle sue esigenze, perché se la malattia è anche legata a fattori socio-ambientali, allora la risposta deve essere trovata anche nel sistema socio-economico. Così sarà possibile ipotizzare il graduale reintegro di quegli individui che non hanno “sostenuto il gioco” (Basaglia, 1972, 131), auspicando che la società tutta non pensi più solo a difendersi da ciò che le fa paura, e che i conflitti sociali non vengano più risolti mediante la normalizzazione e l’adattamento di chi li ha vissuti come tali, ma attraverso un ripensamento del concetto di norma e della sua violenza.

Ed è proprio alla voce di donne che vivono o che hanno vissuto un conflitto, interno ed esterno, come quello dei disturbi del comportamento alimentare, che si è voluto dare spazio in questo lavoro. Come sostiene Pierre Bourdieu (1994, 81), nel dominio cognitivo c’è sempre una competizione per l’interpretazione pubblica della realtà, e questo vale in particolare per quegli universi sociali considerati autonomi, e determinati da professionisti della produzione simbolica: abbiamo visto come la psichiatria è spesso considerata la regina della produzione di definizioni simboliche su criteri considerati da molti astratti e arbitrari. Uno degli obiettivi di questo lavoro è stato proprio fare in modo che la parola non fosse solo dei teorici, degli intellettuali o degli specialisti, ma fosse anche, o soprattutto, l’auto-narrazione ad avere valore nell’esplorazione di un fenomeno sociale. Ed allora l’analisi qualitativa di interviste semi-strutturate come strumento per sondare le interpretazioni che chi soffre o ha sofferto di disturbi del comportamento alimentare da di sé, e della propria esperienza. Se consideriamo che spesso la narrazione autobiografica è motivata dal tentativo di dare un senso e una ragione a una esistenza (Bourdieu, 1994, 72), di delineare una storia biografica coerente e orientata, risulta forse ancora più interessante utilizzarla per lo studio dei disturbi del comportamento alimentare. Infatti la cesura rispetto a una biografia ordinaria, significante e lineare è spesso evidente nelle auto-narrazioni delle ragazze che hanno avuto problemi nella condotta alimentare: il lavoro di narrazione è allora ancora più difficile perché il reale è vissuto come discontinuo, come una successione di elementi imprevisti, ingiustificati e aleatori. E la discontinuità può essere un problema in un mondo sociale che tende a identificare la normalità con l’identità intesa come coerenza e costanza verso se stessi (Bourdieu, 1994, 74): interrogare ed interrogarsi sul senso, sulle ragioni, e sul peso degli elementi individuali e di quelli collettivi può favorire la reintegrazione dell’esperienza in una vita che torna a essere esperita come unità e totalità (Bourdieu, 1994, 73). Bisogna sempre ricordare che quello trattato non è un campione statistico, e non è dunque possibile generalizzare i risultati o esprimersi in termini di percentuali, maggioranze o minoranze. Spesso le voci non sono concordi nel rispondere alle domande di intervista, ma anzi emergono continui spunti per la riflessione, e si aprono nuovi rami da esplorare parlando di DCA. Si è scelto di non dare una restituzione puntuale, domanda per domanda, del materiale raccolto con le interviste, ma di raggrupparlo in macrogruppi con un filo logico conduttore. Si è partiti dalla definizione che le stesse giovani donne preferivano per descrivere An, Bn o BED: ne sono emerse idee diverse. Malattia, disturbo, problema, dipendenza, sono le principali categorie utilizzate. Molte però riconoscono che è sottile la linea che divide anoressiche e bulimiche dalle altre donne con le loro manie per le diete: è il famoso *continuum* di cui spesso si è parlato. Questo discorso ha condotto poi a interrogarsi su un'altra fondamentale questione sociale e culturale: se all’inizio forniscono rinforzi positivi alla dieta e al dimagrimento, come reagiscono poi le persone davanti a disturbi del comportamento alimentare conclamati? Il peso del giudizio sociale emerge per molte delle ragazze intervistate: indifferenza, pietà, vergogna, paura di essere considerate “pazze”, silenzi, bugie, sforzi per tenere in segreto il proprio problema, anni, fino a più di dieci in alcuni casi, negandosi con mille scuse o chiudendosi in un bagno da sole per timore della reazione degli altri ai propri metodi disfunzionali di gestione dell’alimentazione, ossia alla restrizione ed al vomito. Questo discorso sul giudizio sociale e sugli stereotipi legati ai DCA ha spontaneamente condotto molte delle ragazze intervistate a inaugurare un discorso sulla scarsità, o nocività, delle informazioni che circolano su anoressia, bulimia, e gli altri disturbi del comportamento alimentare. Ma questo rientra in quanto già stato detto: è necessario studiare un programma di prevenzione primaria e secondaria ai DCA, che passi anche attraverso uno svisceramento dei meccanismi sociali che plasmano anoressia e bulimia, in modo da ridurre il pesante giudizio che ogni etichetta psichiatrica porta con sé per il singolo individuo. Ed in modo anche che chi vive maggiormente a contatto con la popolazione a rischio possa essere informato più precisamente su cosa sono i DCA, e su tutte le varie opzioni di trattamento e cura, ivi compresi i percorsi alternativi a quello psichiatrico classico, quando si è già arrivati a una situazione per la quale è necessario intervenire sulla singola persona.

Dopo aver presentato diversi autori e autrici antipsichiatriche, e aver fornito una esaustiva panoramica dei ragionamenti femministi sui DCA, si è scelto di privilegiare, nella restituzione delle interviste, una questione fondamentale: i disturbi del comportamento alimentare possono essere considerati una forma di resistenza al sistema, o sono invece da considerarsi una forma estrema di adeguamento? Sono una forma di rivolta contro canoni oppressivi, o sono invece una cieca obbedienza alle norme, solo spinta un po’ troppo in là? Anche a questi interrogativi non è stata data una risposta univoca, ma le interpretazione del rapporto tra disturbo alimentare e società sono state varie e variegate. Nella restituzione delle interpretazioni, in primo luogo, si è cercato di capire verso che cosa le ragazze che si ammalano di An, Bn o BED dovrebbero ribellarsi, o adeguarsi. E si è ritenuto che sia spesso la percezione dell’esistenza di un “modello unico di bellezza” e di una sola forma possibile in cui essere a far ribollire il sangue delle ragazze intervistate. Al quale si collega la questione del genere, poiché nelle parole di molte delle intervistate sono soprattutto le donne a essere soggette a questo modello estetico/morale unico. E sono le donne, a quanto traspare dalle interpretazione del sé e del disturbo fornite dalle intervistate, a essere continuamente sottoposte a sfide per raggiungere un modello che risulta alla fine inesistente, come se nulla fosse mai abbastanza per essere soddisfatte. E nella ricerca di tale soddisfazione emerge come ingombrante e patogeno il discorso del controllo, così che troppe donne diventano poliziotte di se stesse, nell’illusione che controllando il cibo ed il corpo arriveranno a tenere in pugno la propria esistenza e a non incombere nel giudizio altrui, ossia arriveranno ad essere quel che sentono come il “dover essere” socialmente accettato.

Si arriva infine alla narrazione e all’interpretazione dei metodi di cura utilizzati per i disturbi del comportamento alimentare. Qui le risposte parlano della difficoltà nel richiedere aiuto, ma anche al contrario della violenza di cure non volute, non ricercate. E di stremanti ricerche per trovare un medico con il quale poter instaurare un buon rapporto, dei problemi economici e strutturali affrontati per riuscire a intraprendere una terapia, e delle difficoltà del rientro nella vita di tutti i giorni dopo un trattamento. Anche qui le voci non sono concordi nel giudizio sul sistema di cura. C’è chi ha accettato di buon grado restrizioni alla propria libertà, reclusioni, imposizioni, e chi invece ancora si porta dentro la violenza di quella che ha vissuto come una sopraffazione.

Dall’analisi qualitativa di diciotto interviste in profondità è difficile arrivare a delle conclusioni generalizzabili. Resta però il valore del metodo di indagine: per offrire uno squarcio su quello che è considerabile come un gruppo sociale particolare, e per supportare l’auto-narrazione come forma di resistenza. Auto-narrazione che trascende l’individuale per diventare collettiva, e che può diventare strumento di lotta contro l’ignoranza ed il pregiudizio.

**RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**

ABBATECOLA GIUSEPPE, MELOCCHI LUIGI, (1977), Il potere della medicina, Etas libri, Milano. Cdd306.461abbg

ANONIMO, (1998), “Reccomendations for an educational and prevention program”, Eating disorder: the journal of treatment & prevention, 6 (2), pp. 152-157.

ANTONUCCI GIORGIO, (1993), Critica al giudizio psichiatrico, Edizioni Sensibili alle foglie, Dogliani (CN).

ALMARCHA AMPARO, CAMPELLO LUZ, (1999), “Lo que el feminismo no logró evitar”, Revista galego-portuguesa de psicoloxía e educación, 3 (4).

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (2000), DSM-IV-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Elsevier Masson S.r.l., Milano.

ÁNGEL L. A., VÁSQUEZ R., (1995), “Trastornos del comportamiento alimentario. Características clínicas y evolución”, Acta Med Colomb, 20, pp. 14-21.

ÁNGEL L. A., VÁSQUEZ R., CHAVARRO K., MARTÍNEZ L. M., GARCÍA J., (1997), “Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario (TCA) en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia, sede Santafé de

Bogotá”, Acta Med Colomb, 22, pp. 111-119.

ÁNGEL L. A., VÁSQUEZ R., MARTÍNEZ L. M., CHAVARRO K., GARCÍA J., (2000), “Comportamiento alimentario” Rev Colomb Psiquiatr, 29, pp. 43-47.

ARIÈS PHILIPPE, (1978), Storia della morte in occidente, Rizzoli Editore, Milano.

ARRIZABALAGA JON, (1991), “Historia de la enfermedad: nuevos enfoques y problemas”, Acta hispanica ad medicinae scientiatrumque historia illustrandum, 11, pp. 17-26.

ASSOCIAZIONE ACCA, “Corso di formazione per volontari: disturbi del comportamento alimentare”, CESVOT (centro servizi per il volontariato toscana).

AUSL 6 PALERMO, REGIONE SICILIA, “Progetto di intervento informativo e preventivo in relazione ai disturbi del comportamento alimentare (DCA) rivolto agli alunni delle scuole medie inferiori e superiori”.

BARBETTA PIETRO, (2005), Anoressia e Isteria, una prospettiva clinico-culturale, Ed. Raffaello Cortina, Milano.

BARGAD, HYDE, (1991), “Women’s studies: a study of feminist identity development in women”, Psychology of women quarterly, 15, pp. 181-201.

BASAGLIA FRANCO, (1968), L’istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico, Einaudi editore, Torino.

BASAGLIA FRANCO, ONGARO BASAGLIA FRANCA, (1971), La maggioranza deviante. L’ideologia del controllo sociale totale, Baldini e Castoldi, Milano.

BASILE-FILLER MARY, (1997), “Anorexia and aging”, Journal of women and aging, 9 (1-2), pp. 45-52.

BECKER AMY, BURWELL ROBERT, GILMAN STEPHEN, HAMBURG PAUL, HERZOG DAVID, (2002), “Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic fijian adolescent girls”, British journal of psychiatry, 180, pp. 509-514.

BECKER AMY, BURWELL ROBERT, NAVARA KATE, GILMAN SUSAN, (2003), “Binge-eating and binge-eating disorder in a small-scale indigenous society: The view from Fiji” International Journal of Eating Disorders, 34, pp. 423-431.

BEHAR ROSA, DE LA BARRERA MONICA, MICHELOTTI JULIO, (2001), “Identidad de gènero y trastornos de la conducta alimentaria”, Revista medica de Chile, 129 (9).

BEHAR ROSA, DE LA BARRERA MONICA, MICHELOTTI JULIO, (2002), “Feminidad, masculinidad, androginidad y trastornos del hàbito del comer”, Revista medica de Chile, 130 (9).

BELL RUDOLPH M., (1985), La santa anoressia. Digiuno e misticismo dal medioevo a oggi, Editori Laterza, Bari.

BELLINI MAURIZIO (a cura di), (2010), La maledizione del cibo. Le ragazze anoressiche e la coesistenza impossibile con il corpo., Clueb, Bologna.

BENNETT DINAH, SHARPE MICHAEL, FREEMAN CHRIS, CARSON ALAN, (2004), “Anorexia nervosa among female secondary school students in Ghana”, The british journal of psychiatry, 185, pp. 312-317.

BHUGRA D., BHUI Á. K., GUPTA Á. K. R., (2000), “Bulimic disorders and sociocentric values in north India”, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 35, pp. 8-93.

BIANCHI EUGENIA, PORTILLO MARIA SOLEDAD, (2009), “Moda, médicos y ALUBA: fabricando belleza en la sociedad de control”, dagli atti de VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Universidad de Buenos Aires, 29-30-31 Luglio.

BIANCHINI PAOLA, DALLA RAGIONE LAURA, (2008), Il cuscino di Viola. Dal corpo nemico al corpo consapevole, Diabasis, Reggio Emilia.

BIANCOSINO BRUNO, MARMAI LUCIANA, BORSARI BRENDA, PADOVANI SARA, MAGRI VANESSA, BERTASI RAFFAELLA, GRASSI LUIGI, (2009), “Il punto di vista dei pazienti riguardo all’esperienza del ricovero psichiatrico: uno studio qualitativo”, Rivista di psichiatria, 44 (2).

BLACK CATHERINE, (2003), “Creating curative communities: feminist group work with women with eating issues”, Australian social work, 56 (2), pp.127-140.

BOLLAS CRISTOPHER, (2000), Isteria, Ed. Il MUlino, Bologna.

BORDO SUSAN, (1993), Il peso del corpo, Feltrinelli, Milano.

BOURDIEU PIERRE, (1983), La distinzione. Critica sociale del gusto, Il Mulino, Bologna.

BOURDIEU PIERRE, (1988), Il corpo tra natura e cultura, Franco Angeli, Milano.

BOURDIEU PIERRE, (1994), Ragioni pratiche, il Mulino, Bologna.

BRUCH HILDE, (1978), La gabbia d’oro. L’enigma dell’anoressia mentale, Feltrinelli, Milano.

BRUCH HILDE, (1988), Anoressia: casi clinici, Cortina, Milano.

BRUCH HILDE, (1989), Patologia del comportamento alimentare. Obesità, anoressia mentale e personalità, Feltrinelli, Milano.

BUCALO GIUSEPPE, (1996), La malattia mentale non esiste, Nautilus autoproduzioni, Torino.

BUCCHI MASSIMIANO, NERESINI FEDERICO, (2001), Sociologia della salute, Carocci Editore, Roma.

CAMINERO-SANTANGELO MARTA, (1998), The madwoman can’t speak or why insanity is not subversive, Cornell University Press, New York.

CARETTI VINCENZO, CREPARO GIUSEPPE, SCHIMMENTI ADRIANO, (2010), “La dimensione della vergogna nel comportamento alimentare in adolescenza”, Infanzia e adolescenza, 9 (2).

CAVA MARIA JESUS, GONZALO MUSITU, BUELGA SOFIA, MURGUI SERGIO, “The relationships of family and classroom environments”

CAVICCHIA SCALAMONTI ANTONIO (a cura di), (1984), Il senso della morte. Contributi per una sociologia della morte, Liguori editore, Napoli.

PHYLLIS CHESLER, (1972), Le donne e la pazzia, Einaudi editore, Torino.

CHISUWA N, O’DEA JA, (2010), “Body image and eating disorders amongst Japanese adolescents. A review of the Literature”, Appetite, 54(1), pp. 5-15.

CHOU SHIN‐YI, RASHAD INAS, GROSSMAN MICHAEL, (2008), “Fast‐food restaurant advertising on television and its influence on childhood obesity”, Journal of law and economics, 21(4).

CIPRIANO PIERO, (2013), La fabbrica della malattia mentale. Diario di uno psichiatra riluttante, Eléuthera, Milano.

CORORVE MICHELLE, WARREN CORTNEY, CEPEDA-BENITO ANTONIO, GLAVES DAVID, (2007), “Eating disorder prevention research: a meta-analysis”, Eating disorder: the journal of treatment & prevention, 14 (3), pp. 191-213.

DALLE GRAVE RICCARDO, DE LUCA LOREDANA, (1999), Prevenzione dei disturbi dell'alimentazione : un programma di educazione e prevenzione primaria e secondaria per operatori socio-sanitari, Positive press, Verona.

DALLE GRAVE RICCARDO, (2004), “Anoressia nervosa”, Rivista italiana di medicina dell’adolescenza, 2 (2), pp. 5-17.

DALLY PETER, (1969), “Anorexia nervosa”, Heinemann, London.

DAY KATY, (2010), “Pro-anorexia and “Binge-drinking”: conformity do damaging ideals or “new” resistant feminities?”, Feminism & Psychology, 20 (2).

DELPORT IRVING, SZABO CARL, (2008), “Eating disorder in South Africa: an inter-ethnic comparison of admission data”, South African medical journal, 98 (4), pp. 272-274.

DEVEREUX GEORGES, (1973), Saggi di etnopsichiatria generale, Armando Editore, Roma.

DEVILLARD MARIE JOSÉ, (2002), “De los discursos antropológicos sobre naturaleza, cuerpo y cultura”, Política y Sociedad, 39(3),pp. 597-614

DÍAZ BENAVENTE M., RODRÍGUEZ MORILLA F., MARTÍN LEAL C., HIRUELA BENJUMEA, (2003), “Factores de riesgo relacionados con trastornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares”, Atención primaria, 32(7), pp. 403-409

DIEZ FERNÁNDEZ TERESA, YEGLER VELASCO CARMEN, CASAS MARTÍNEZ FRANCISCA, GÓMEZ CARRASCO JOSÉ ÁNGEL, GÓMEZ GONZÁLEZ JORGE LUIS, (2002), “Los trastornos de la conducta alimentaria: ¿menos es más?”, Cultura de los cuidados, 6(12), pp. 67-80

DOCUMENTACIÒN SOCIAL - Revista de estudios sociales y de sociologia aplicada, (1971), Salud y sociedad, Caritas española, Madrid.

DOLAN B.M. Et al., (1989), “Family composition and social class in bulimia: a catchment area study of a clinical and comparison group”, Journal of Nervous and mental disease, 177, pp. 262-272

EHRENREICH BARBARA, ENGLISH DEIRDRE, (1973), Le streghe siamo noi. Il ruolo della medicina nella repressione della donna, Celuc libri, Milano.

ESTEBAN MARI LUZ, (2006), “El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque Antropológico y Feminista”, Salud colectiva, 2 (1), pp. 9-20.

FEATHERSTONE M., HEPWORTH M., TURNER B. S., (1991), The body: social process and cultural theory, Sage, Londra.

FOUCAULT MICHEL, (1963), La nascita della clinica: il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane, Einaudi, Torino.

FOUCAULT MICHEL, (1963), Storia della follia nell’età classica, Rizzoli, Milano.

FOUCAULT MICHEL, (1976), Sorvegliare e punire, Einaudi, Torino.

FOUCAULT MICHEL, (1977), Microfisica del potere: interventi politici, Einaudi, Torino.

FOUCAULT MICHEL, a cura di M. Bertani e P.A. Rovatti, (1994), Follia e psichiatria: Detti e scritti (1957-1984), Cortina, Milano.

FOUCAULT MICHEL, (1994/2), Poteri e strategie. L'assoggettamento dei corpi e l'elemento sfuggente, Mimesis, Milano.

FOUCAULT MICHEL, (2008), Il corpo, luogo di utopia, Nottetempo, Roma.

FOUCAULT MICHEL, a cura di J. LAGRANGE, (2004), Il potere psichiatrico (1973-1974), Feltrinelli, Milano.

FOUCAULT MICHEL, a cura di F. EWALD, A. FONTANA e M. SENELLART, (2005), Nascita della biopolitica (1978-1979), Feltrinelli, Milano.

FRANZOI, SCHIELDS, (1984), “The Body Esteem Scale: multidimensional structure and sex differences in a college population”, Journal of personality assessment, 48, pp. 173-178.

GALIMBERTI UMBERTO, (1983), Il corpo, nell’edizione 2002, Feltrinelli, Milano

GALIMBERTI UMBERTO, (2009), I miti del nostro tempo, Feltrinelli, Milano.

GARCIA BLANCA JESUS, (2009), El rapto de Higea: mecanismos de poder en el terreno de la salud y la enfermedad, Virus editorial, Barcelona.

GARCIA SELGAS, (1994), “El cuerpo como base de la acción”, Reis, 68, pp.41-83.

GARNER DAVID M., OLMSTEAD MARION P., POLIVY JANET, (1983), “Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia”, International journal of eating disorders, 2(2), pp. 15-34.

GENTILE KATIE, (2007), Creating bodies. Eating disorders as self-destructive survival, The analitic press, Mahwah (NJ).

GIANINI BELOTTI ELENA, (1973), Dalla parte delle bambine, Feltrinelli, Milano.

GIGANTESCO ANDREA, MASOCCO MARCO, PICARDI ANNA, LEGA ILARIA, CONTI SARA, VICHI MARIO, (2010), “Hospitalization for anorexia nervosa in Italy”, Rivista di psichiatria, 45 (3), pp. 154-162.

GIGANTESCO ANTONELLA, MASOCCO MARIA, PICARDI ANGELO, LEGA ILARIA, CONTI SUSANNA, VICHI MONICA, (2010), “Hospitalization for anorexia nervosa in Italy”, Rivista di psichiatria, 45(3).

GIL GARCÍA EUGENIA, (2007), “Otra mirada a la anorexia. Aproximación feminista a los discursos médicos y de las mujeres diagnosticadas”, Feminae (Universidad de Granada), Granada.

GILBERT STEFANIE, THOMPSON KEVIN, (1996), “Feminist explanations of the development of eating disorders: common themes, research findings, and methodological issues”, Clinical psychology: science and practice, 3 (3), pp.183-202

GIORDANO SIMONA, (2010), “Anorexia and refusal of life-saving treatment: the moral place of competence, suffering, and the family”, Philosophy, Psychiatry & Psychology, 17(2), pp.143-155

GOFFMAN ERVING, (1961), Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza, Einaudi.

GOFFMAN ERVING, (1983), Stigma. L'identità negata, Giuffrè.

GORDON RICHARD, (2004), Anoressia e bulimia, anatomia di un'epidemia sociale, Raffaello Cortina, Milano.

GRANDO GIULIANA, (1998), Gull William Withney, Lasègue Charles Ernst. La scoperta dell’anoressia nervosa, Bruno Mondadori, Milano.

GREEN MELINDA A., NORMAN SCOTT A., RIOPEL CORI M., SKAGGS ANNA K., (2008), “Feminist identity as a predictor of eating disorder diagnostic status”, Journal of clinical psychology, 64(6), pp. 777-788

GRISSO THOMAS, APPELBAUM PAUL, (2006), “Appreciating anorexia: decisional capacity and the role of values”, Philosophy, Psychiatry & psychology, 13 (4), pp. 293-297.

HENDERSON M., FREEMAN C. P. L., (1987), “A Self-rating scale for bulimia. The “BITE”.”, British Journal of Psychiatry, 150, pp. 18-24.

HERZOG DAVID B., DORER DAVID J., KEEL PAMELA K., SELWYN SHERRIE E., EKEBLAD ELIZABETH R., FLORES ANDREA T., GREENWOOD DARA N., BURWELL REBECCA A., KELLER MARTIN, (1999), “Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: a 7.5-year follow-up study”, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 38(7), pp. 829-837.

HOEK HANS W., VAN HARTEN PETER N., HERMANS KARIN M.E., KATZMAN MELANIE A., MATROOS GLENN E., SUSSER EZRA S., (2005), “The incidence of anorexia nervosa on Curaçao”, American Journal of Psychiatry, 162, pp. 748–752.

HUDSON JAMES I., HIRIPI EVA, POPE HARRISON G., KESSLER RONALD C., (Febbraio 2007), “The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication”, Biol Psychiatry, 61(3), pp. 348–358.

IRIGARAY LUCE, (1992), Io, tu, noi: per una cultura della differenza, Bollati Boringhieri, Torino.

JIMÉNEZ RODRÍGUEZ DIANA, (2006), “La anorexia nerviosa y su relación con el actual ideal corporal”, Tempus Vitalis, 6 (2), pp. 28-37.

KAFKA FRANZ, (1922), Un digiunatore, in Racconti (2006), Mondadori, Milano.

KATZMAN MELANIE, LEE SING, (1997), “Beyond body image: the integration of feminist and transcultural theories in the understanding of self starvation”, International Journal of Eating Disorders, 22, pp. 385-394.

KATZMAN MELANIE, HERMANS KARIN, VAN HOEKEN DAPHNE, HOEK HANS, (2004), “Not your “typical island woman”: anorexia nervosa is reported only in subcultures in Curaçao”, Culture, Medicine and Psychiatry, 28, pp. 463–492.

KEEL PAMELA, KLUMP KELLY, (2003), “Are eating disorders culture-bound syndromes?Implications for conceptualizing their etiology”, Psychological bullettin, 129(5), pp. 747-769.

KYRIACOU OSCAR, EASTER AMY, TCHANTURIA KATE, (2009), “Comparing views of patients, parents, and clinicians on emotions in anorexia”, Journal Health Psychology, 14 (7).

LE BRETON DAVID, (2000), “El cuerpo y la educación”, Revista complutense de educación, 11 (2), pp.35-42.

LE BRETON DAVID, (1994), “Lo imaginario del cuerpo en la tecnociencia”, Reis, 68 (94), pp.197-210.

LEE SING, (1996), “Reconsidering the status of anorexia nervosa as a western culture-bound syndrome”, Spc. Sci. Med., 42(1), pp. 21-34.

LIKIERMAN, (1997), “On rejection: adoelscent girls and anorexia, Journal of child psychotherapy, 23 (1), pp.61-80.

LIPPERINI LOREDANA, (2007), Ancora dalla parte delle bambine, Feltrinelli.

LORBER JUDITH, MOORE JEAN LISA, (2002), Gender and the social construction of illness, Altamira Press, Plymouth.

LORO PILONE ALESSIA, (2012) “Disturbi del comportamento alimentare: prevenire senza etichettare”, Prospettive Sociali e Sanitarie, (1), pp. 28-32.

LORO PILONE ALESSIA, (2012/b), “Associazionismo e disturbi del comportamento alimentare”, Prospettive Sociali e Sanitarie, (7), pp. 24-27.

LUNNER K., WERTHEIM E.H., THOMPSON J.K., PAXTON S.J., MCDONALD F., HALVAARSON K.S., (2000)., “A cross cultural examination of weight related teasing, body image, and eating disturbance in Swedish and

Australian samples”, International Journal of Eating Disorders, 28, 430–435.

MALSON HELEN, BURNS MAREE, (2009), Critical feminist approaches to eating disorders, Routledge, New York.

MARGHERITA GIORGIA, (2013), Anoressie contemporanee. Dal digiuno ascetico al blog pro-Ana, Franco Angeli, Milano.

MARTÍNEZ BARREIRO ANA, (2004), “La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas”, Papers, 73, pp. 127-152

MARY GARRET, (2012), La verità, vi prego, sulla danza!, Gruppo Editoriale Viator, Milano.

MARZANO, MICHELA, (2004), Straniero nel corpo, Giuffrè, Milano.

MARZANO MICHELA, (2010), Sii bella e stai zitta, Mondadori, Milano.

MARZANO MICHELA, (2011), Volevo essere un farfalla, Mondadori, Milano.

McROBBIE ANGELA, (agosto 2008), “La rabbia indecifrabile: giovani donne e disturbi post-femministi”, Rivista Studi culturali, 2, pp. 187-200.

MENCARELLI SABRINA, (2008), Una epidemia globalizzata, da: Il vaso di Pandora, Cesvol, Perugia.

MERCADO CARMONAL CARMEN, (2008), “Aplicación de la análisis de género a los trastornos de la conducta alimentaria”, Rivistae Salud, 14(4).

MINISTERO PER LE POLITICHE GIOVANILI E LE ATTIVITA’ SPORTIVE, CAMERA NAZIONALE DELLA MODA ITALIANA, ALTA ROMA, (2007), “Manifesto nazionale di autoregolamentazione della moda italiana contro l’anoressia”, Segretariato sociale Rai.

MINISTERO PER LE POLITICHE GIOVANILI E LE ATTIVITA’ SPORTIVE, (2008), “Le buone pratiche di cura e la prevenzione sociale dei disturbi del comportamento alimentare”, http://www.salute.gov.it/imgs/C\_17\_pubblicazioni\_767\_allegato.pdf.

MINTZ, O’HALLORAN, MULHOLLAND, (1997), “Questionnaire for eating disorder diagnoses: reliability and validity of operationalizing DSM-IV criteria into a self-report format.” Journal of counseling psychology, 44(1), pp. 63-79.

MIOTTO P., DE COPPI M., FREZZA M., PRETI A., (2003), “The espectrum of eating disorder: prevalence in an area of Northeast Italy”, Psychiatry Res, 119, pp. 145-154.

MISCIATELLI P.,(1939), Le lettere di santa Caterina da Siena, Einaudi, Firenze. (scaricabile in pdf da http://www.letteraturaitaliana.net/pdf/Volume\_2/t38.pdf)

MONTECCHI LEONARDO, (2009), “Disturbi alimentari e culture migranti”, Sestante: rivista scientifica a carattere divulgativo della rete dei servizi per le dipendenze patologiche in Area Vasta Romagna, 32, pp. 3-6.

MORONI PRIMO, BALESTRINI NANNI, (1988), L’orda d’oro. 1968-1977 La grande ondata rivoluzionaria e creativa, politica e esistenziale, SugarCo, Milano.

MOYA T., FLEITHLICK-BILYK B., GOODMAN R., (2006), “Brief report: Young people at risk for eating disorders in Southeast Brazil”, J Adolesc, 29, pp. 1-5.

NAKAMURA KAZUTOSHI, YAMAMOTO MASAHARU, YAMAZAKI OSAMU, KAWASHIMA YOSHIAKI, MUTO KENSUKE, SOMEYA TOSHIYUKI, SAKURAI KOJI, NOZOE SHINICHI, (2000), “Prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in a geographically defined area in Japan”, International Journal of Eating Disorders, 28, pp. 173–180.

NJENGA F. G., KANGETHE R. N., (2004), “Anorexia nervosa in Kenya”, East African Medical Journal, 81(4), pp. 188-193.

OLSON MARY, (2003), Ascoltando le voci dell’anoressia: il ricercatore come testimone esterno, in BARBETTA PIETRO, BENINI PAOLO, NACLERIO ROBERTA (a cura di), (2003), Diagnosi della diagnosi. Ricerca critico-interpretativa e categorie diagnostiche, Guerini Studio, Milano.

ONGARO BASAGLIA FRANCA, a cura di GIANNICHEDDA MARIA GRAZIA, (2012), Salute/malattia. Le parole della medicina, Edizioni aplha beta Verlag, Merano.

ONNIS, (2004), Il tempo sospeso. Anoressia e bulimia tra individuo, famiglia e società, Franco Angeli, Milano.

PACE PAMELA, (1993), Anoressia. Lettere attorno a un enigma, Guaraldi, Firenze.

PARKHURST HELEN (1967), La fatica di crescere, La nuova Italia, Firenze.

PASTORE ALESSANDRO, (2006), Le regole dei corpi. Medicina e disciplina nell’Italia moderna, Ed. Il Mulino, Bologna.

PESTAÑAS MORENO, JOSÈ LUIS, (2006), “De la excepcionalidad a la cronificación dulce”, Política y Sociedad, 43 (3), pp. 57-71.

PIANETA GALILEO, (2007), “La prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare tra i giovani: alcune riflessioni”, Scienza, scuola, sanità

PICCINI FABIO, (2000), Anoressia, bulimia, binge eating disorder, Centro scientifico editore, Torino.

PIKE KATHLEEN, BOROVOY AMY, (2004), “The rise of eating disorders in Japan: issues of culture

and limitations of the model of “westernization””, Culture, Medicine and Psychiatry, 28, pp. 493–531.

PINETTI ALESSANDRA, (2012), Anoressia, l’ombra dell’Occidente, Piccoli Giganti Edizioni, Milano.

PIRA NIVA, (2004), “Prevention series”, Eating disorder: the journal of treatment & prevention, 12 (1), pp. 1-9

PITTI ILARIA, (luglio 2010), “Piene di vuoto: anoressia e bulimia nella società del rischio”, Autonomie locali e servizi sociali, (2), pp. 353-368.

PORTA CLAUDIA, (2012), Sbramami, La gru edizioni, Padova.

PORTER ROY, (1991), Storia sociale della follia, Garzanti editore.

PRETI ANTONIO, DE GIROLAMO GIOVANNI, VILAGUT GEMMA, ALONSOC JORDI, DE GRAAF RON,

BRUFFAERTS RONNY, DEMYTTENAEREE KOEN, PINTO-MEZAF ALEJANDRA, HAROF JOSEP MARIA, MOROSINI PIERO, (Aprile 2009), “The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project”, Journal of Psychiatric Research, doi:10.1016/j.jpsychires.2009.04.003

PRONI GIAMPAOLO, (2009), Corpo post-moderno e disturbi alimentari, Sestante : rivista scientifica a carattere divulgativo della rete dei servizi per le dipendenze patologiche in Area Vasta Romagna, 32, pp. 1-30.

QUARANTA IVO, RICCA MARIO, (2012), Malati fuori luogo. Medicina interculturale, Raffaello Cortina Editore, Milano.

RAPPORTO ISTISAN N. 13/6, 19 APRILE 2012, “Disturbi del comportamento alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti”,

http://www.salute.gov.it/imgs/C\_17\_pubblicazioni\_1972\_allegato.pdf

RILEY SARAH et. Al., (2008), Representations, identities and practices of wight and body management, Palagrave Macmillan, New York.

RECALCATI MASSIMO, (1998), Il corpo ostaggio. Teoria e clinica dell’anoressia-bulimia, Borla, Roma

RECALCATI MASSIMO, (2004), Clinica del vuoto. Anoressie, dipendenze, psicosi, Franco Angeli, Milano.

RECALCATI MASSIMO, (2007), L’ultima cena: anoressia e bulimia, Bruno Mondadori, Milano.

RECALCATI MASSIMO, (2011), Elogio del fallimento. Conversazioni su anoressie e disagio nella giovinezza, Centro studi Erickson, Trento.

RITENBAUGH CHERYL, (1982), “Obesity as a culture-bound syndrome”, Culture, medicine and psychiatry, 6, pp. 347-361

RODRIGUEZ PELAEZ DIANA, (2007), “La carcel en nuestro propio cuerpo: los trastornos alimentarios y la “histeria” como elemento de trasgresion y vehiculo para expresar la subjectividad femenina a lo largo de la historia y la literatura: siglos XVII, XVIII, XIX”, Trastornos de la conducta alimentaria, 6, pp. 678-695

ROTHBLUM ESTHER D., (1994), “ “I’ll die for the revolution but don’t ask me not to die” feminism and the continuing stigmatization of obesity”, in FALLON P., KATZMAN M.A., WOOLEY S.C., Feminist perspectives on eating disorders (1994), Guilford Press, New York.

SASSATELLI ROBERTA, (2000), Anatomia della palestra. Cultura commerciale e disciplina del corpo, Il Mulino, Bologna.

SERENA LIBERTÀ, (2013), Anoressia delle passioni, Albeggi.

SHROFF HEMAL, THOMPSON J. KEVIN, (2003), “Body image and eating disturbance in India: media and interpersonal influences”, International Journal of eating Disorder, 35, pp. 198–203.

SMITH, FERREE, MILLER, (1975), “A short scale of attitudes toward feminism. Representative research.”, Social psychology, 6, pp. 51-56.

SRINIVASAN T.N., SURESH T.R., JAYARAM VASANTHA, PETER FERNANDEZ M., (1995), “Eating disorders in india”, Indian Journal of Psychiatry, 37(1), pp. 26-30

PINETTI ALESSANDRA, (2012), Anoressia, l’ombra dell’Occidente, Piccoli Giganti Edizioni.

RECALCATI MASSIMO, (1998), Il corpo ostaggio. Teoria e clinica dell’anoressia-bulimia, Borla, Roma.

SANZ PORRAS JORDI, (2003), “Trastornos Alimentarios y género. Un análisis desde el feminismo”, dagli atti del IX Congreso nacional de Psicologìa Social, Coruña, Spagna, 20-23 Settembre.

SCOPPETTA MARTA, DALLA RAGIONE LAURA, (2009), Giganti d’argilla. I disturbi alimentari maschili, il Pensiero Scientifico Editore,

SEPULVEDA ANA, CARROBLES JOSÈ ANTONIO, GANDARILLAS ANA, (2010) “Associated Factors of Unhealthy Eating Patterns among Spanish University Students by Gender”, The Spanish journal of psychology, 13(1), pp. 364-375.

SHORTER EDWARD, (1987), “ The first great increase of anorexia nervosa”, Journal of social history, 21, pp. 69-96.

SICURELLI RUGGERO, (1986), Il folle e l’altro. Una lettura etnopsichiatrica, Giuffrè Editore, Milano.

SONTAG SUSAN, (1992), Malattia come metafora, Einaudi, Torino.

STANFORD STEVIE CHARIESE, LEMBERG RAYMOND, (2012), “A clinical comparison of man and women on the eating disorder inventory-3 (EDI-3) and the eating disorder assessment for men (EDAM)”, Eating disorder: the journal of treatment & prevention, 20 (5), pp. 379- 394.

STEINER-ADAIR CATHERINE, PURCELL AMY, (1996), “Approaches to mainstreaming eating disorders prevention”, Eating disorder: the journal of treatment & prevention, 4 (4), pp. 294-309

STICE ERIC, PRESNELL KATHERINE (2011), Progetto corpo = The body project. Promuovere l'accettazione del corpo e prevenire i disturbi dell'alimentazione, Positive Press, Verona.

SWANSON SA, CROW SJ, LE GRANGE D, SWENDSEN J, MERIKANGAS KR, (2011), “Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent

Supplement”, Arch Gen Psychiatry, 68(7), pp. 714-23.

SZASZ THOMAS, (1977), Disumanizzazione dell'uomo: ideologia e psichiatria, Feltrinelli, Milano.

SZASZ THOMAS, (1966), Il mito della malattia mentale: fondamenti per una teoria del comportamento individuale, Il saggiatore, Milano.

THEANDER SALLY, (1970), “Anorexia nervosa: a psychiatric investigation of 94 female patients”, Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement, 214.

THE BOSTON WOMEN’S HEALTH BOOK COLLECTIVE, (1974), Noi e il nostro corpo. Scritto dalle donne per le donne, Simon and Schuster, New York.

TIGGEMANN MARIKA, STEVENS CLAIRE, (1998), “Weight concerna cross the life-span: relationship to self-esteem and feminist identity”, International journal of eating disorders, 26(1), pp. 103-106.

TOMBOLINI FRANCESCA, (2009), “Il corpo in gioco. Un modello di lavoro a mediazione corporea sui DCA: l’esperienza dell’Azienda Ausl di Ravenna”, Sestante: rivista scientifica a carattere divulgativo della rete dei servizi per le dipendenze patologiche in Area Vasta Romagna, 32, pp. 23-27.

TRUJANO RUIZ PATRICIA, DE GRACIA BLANCO MANUEL, NAVA QUIRÓZ CARLOS, MARCÓ ARBONÈS MARÍA, LIMÓN ARCE GILBERTO, (2010), “Factores de riesgo asociados a los trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes mexicanos con normopeso”, Psicothema, 22(4), pp. 581-586

VALENTINO NICOLA, (2008), Barelle. I dispositivi mortificanti dell’ospedalizzazione, Sensibili alle foglie.

VALERI ANNALISA, KATIA MANDUCHI, (2009), “Il terapeuta multiplo: progetto di riabilitazione nutrizionale”, Sestante: rivista scientifica a carattere divulgativo della rete dei servizi per le dipendenze patologiche in Area Vasta Romagna, 32, pp. 28-30.

VANDEREYCKEN WALTER, VAN DETH RON, (1994), Dalle sante ascetiche alle ragazze anoressiche. Il rifiuto del cibo nella storia, Raffaello Cortina Editore, Milano.

VANDERLINDEN JOHAN, NORRÉ JAN, VANDEREYCKEN WALTER (1989), La bulimia nervosa. Guida pratica al trattamento, Casa Editrice Astrolabio, Roma

VARDAR E, ERZENGIN M., (2011), “The prevalence of eating disorders (EDs) and comorbid psychiatric disorders in adolescents: a two-stage community-based study”, Turk Psikiyatri Derg, 22(4), pp. 205-12

VANDERLINDEN JOHAN, NORRÉ JAN, VANDEREYCKEN WALTER (1989), La bulimia nervosa. Guida pratica al trattamento, Casa Editrice Astrolabio, Roma.

VERONESE ANNA, ZANON SILVIA, ZANETTI TOMMASO, SANTONASO PAOLA, FAVARO ANDREA, (2010), “Percezione del rango sociale e comportamento sottomesso nei disturbi del comportamento alimentare”, Rivista di psichiatria, 45 (1), pp. 102-106.

VIDAL RAFAEL, (2004), "El poder del cuerpo. Subjetivación, sexualidad y mercado en la "sociedad del espectaculo", Razón y Palabra, 39.

VOOLMANN JOCHEN, (2006), “ - But I don’t feel it - Values and emotions in the assessment of competence in patients with anorexia nervosa””, Phylosophy, psychiatry and psychology, 13 (4), pp. 289-291.

VOVELLE MICHEL, (2000), La morte e l’occidente, Laterza, Bari.

WASSENAAR DOUGLAS, LE GRANGE DANIEL, WINSHIP JACQUIE, LACHENICHT LANCE, (2000), “The prevalence of eating disorder pathology in a cross-ethnic population of female students in South Africa”, European Eating Disorders Review, 8, pp. 225-236.

WATTERS, ETHAN, (2010), Pazzi come noi. Depressione, anoressia, stress: malattie occidentali da esportazione, Bruno Mondadori, Milano.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, (Marzo 2013), “Obesity and overweight”, Fact sheet N°311.

WOOLDRIDGE TOM & PAULINE LYTLE, (2012), “An overview of anorexia nervosa in males”, Eating disorder: the journal of treatment & prevention, 20 (5), pp. 368-378

ZAPPA LUIGI, (2007), Narciso a tavola. L’anoressia nervosa nel maschio, Franco Angeli, Milano.

ZIPFEL STEPHAN, LÖWE BERND, REAS DEBORAH, DETER HANS-CHRISTIAN, HERZOG WOLFGANG, (2000), “Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study”, The lancet, 355, pp.721.

ZYGMUNT BAUMANN, (1995), Il teatro dell’immortalità. Mortalità, immortalità e altre strategie di vita, Il Mulino, Bologna.

FILMOGRAFIA

CIRINO ILARIA, (2005), Briciole.

GARRONE MATTEO, (2004), Primo amore.

HARDWICKE CATHERINE, (2003), Thirteen.

HOWARD RON, (2001), A beautiful mind.

LEVINSON BARRY, (1988), Rain Man.

MANFREDONIA GIULIO, (2008), Si può fare.

POZZI MARCO, (2010), Maledimiele.

STANLEY KUBRICK, (1980), Shining.

SITOGRAFIA

Blog delle ragazze intervistate:

C.: http://amorecontroana.blogspot.it/

V.: http://trappolapertopi2.wordpress.com/

D.: http://goccecolorate.wordpress.com/

B.: http://www.laspettinata.blogspot.it/

Altri blog di ragazze che soffrono o hanno sofferto disturbi alimentari:

http://anoressiabulimiaafterdark.blogspot.it/

http://www.valentinaugolini.com/

Pagine web che si occupano anche di DCA:

http://lafemmecannibale.wordpress.com/

http://femminismo-a-sud.noblogs.org/post/2012/07/03/diario-di-una-bulimica-siamo-tuttei-cibo-dipendenti/

Pagine web di associazioni per la lotta ai DCA:

http://www.disturbialimentarionline.it/

http://minutrodivita.blogspot.it/

http://www.anoressia-bulimia.it/

http://eatingdisorderssouthafrica.wozaonline.co.za/

http://www.positivepress.net/aidap

http://www.conversando.org/

http://www.associazione-erika.it/

http://www.paolamarcadella.com/

http://www.disturbialimentarionline.it/mappadca/index.php?option=com\_content&view=article&id=12&Itemid=2 (Per un elenco esaustivo delle associazioni in tutta Italia)

http://www.aluba.org.ar/aluba/fr-aluba.html

Pro-Ana:

http://proanaxsmp.blogspot.it/

http://perfectbodygoals.blogspot.it/

http://adolescenzaproana.blogfree.net/

http://www.tuoblog.it/proanamanonpazza/82349/53+Consigli+UTILISSIMI%3A.html

http://proana-italia.blogspot.it/

http://nuovaproana.blogspot.it/

Altri:

http://www.nopazzia.it/

http://www.ecn.org/antipsichiatria/home.html

http://violetta.noblogs.org/

http://telviolami.noblogs.org/

<http://artaudpisa.noblogs.org/>

***RINGRAZIAMENTI***

*Grazie, per prime, alle diciotto donne che si sono ascoltate e raccontate per questa mia tesi. Senza di loro, e in particolare senza chi mi ha suggerito senza saperlo una strada, non avrei cominciato a camminare.*

*Alla relatrice Professoressa Daniela Danna, per la presenza, la puntualità, e la pazienza.*

*Alla correlatrice Professoressa Roberta Sassatelli, ed alle ricercatrici e ai ricercatori e che mi hanno aiutata a districarmi tra quesiti sociologici e strumenti statistici.*

*Ai miei genitori, a mia sorella, al nonno, alla Laura e al resto della famiglia: sarà stata una nuova fatica questa tesi, ma anche un nuovo passaggio, e una nuova soddisfazione.*

*Alle donne che mi hanno fatto vivere.*

*Alla Ila, a Gaia, alla Giuly, alla Stefy, con le quali più che con altre ci siamo raccontate e ascoltate.*

*A Fri, per quando ci capiamo solo tra di noi, al Campa, a chi è stato presente in tutti questi anni di università, e a chi non ha preteso di capire esattamente quale fosse esattamente questa tesi, ma mi ha ascoltata.*

*Alle mie coinquiline, con le quali tornerò a vivere un po’ di più.*

*Alle amiche, agli amici, alle compagne e ai compagni, che mi hanno permesso di non avere un solo pensiero fisso in questi mesi, ma di vivere di quel che facciamo e di quello in cui crediamo. A chi mi ha fatto congelare, sciogliere, congelare, sciogliere.*

1. DCA-NAS: Disturbo del Comportamento Alimentare Non Altrimenti Specificato. [↑](#footnote-ref-1)
2. Cfr. Cap. III. [↑](#footnote-ref-2)
3. Raccoglie un ampio spettro di teorie che derivano da studi di genere, proprie di diverse correnti del femminismo. [↑](#footnote-ref-3)
4. Cfr. Cap. IV per la metodologia di indagine. [↑](#footnote-ref-4)
5. Si intende il primo momento di insorgenza dell’anoressia o della bulimia, durante il quale chi si ammala non ha coscienza della propria deprivazione fisica o dei problemi internistici e psicologici derivanti dalla sottoalimentazione, ma gioisce anzi del sentimento di euforia derivante dal digiuno. Cfr. Capitolo III. [↑](#footnote-ref-5)
6. Cfr. con il Nuovo Testamento: *San Paolo, I lettera ai Corinzi,* e con i Vangeli di Luca (IV, 1-4 / V, 33-35 / VI, 1-5 / VII, 33-34) di Matteo (XI, 14-15 / XII, 1-8 / XV, 16-20), di Marco (II, 23-28 / VII, 18-19). [↑](#footnote-ref-6)
7. La parola terziaria indica coloro che aderiscono a un ordine religioso senza però entrarvi integralmente. [↑](#footnote-ref-7)
8. Cfr. paragrafo 3.4. [↑](#footnote-ref-8)
9. Si riferisce ala Riforma gregoriana del XVI secolo. [↑](#footnote-ref-9)
10. È il caso di Martha Taylor, signorina del Derbyshire, che nel 1667 pare si nutrisse solo passandosi una piuma intrisa d’acqua sulle labbra o con alcune gocce di sciroppo di prugne Stew. [↑](#footnote-ref-10)
11. Per conoscere le storie con maggior dettaglio, confronta Vandereycken, van Deth (1994), pag. 60 e seguenti. [↑](#footnote-ref-11)
12. Del “fascino dell’anoressia” parleremo in seguito. [↑](#footnote-ref-12)
13. Ventottenne svizzera, “digiunò” per tre anni prima di essere smascherata. [↑](#footnote-ref-13)
14. Harderus Cristophorus, *Disputatio inauguralis medica de Anorexia*, in Vandereycken, van Deth (1994), pag. 138. [↑](#footnote-ref-14)
15. “Malattia” per la quale si ha una alterazione del senso del gusto, e si prova i desiderio di nutrirsi di sostanze non commestibili. [↑](#footnote-ref-15)
16. Cfr. con il paragrafo 3.3. [↑](#footnote-ref-16)
17. Marce’ L. V. (1869), “Note sur une forme de délire hypochondiraque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par les refus d’aliments”, *Annales médico-psychologiques,* 6 (1), pp. 149-150. [↑](#footnote-ref-17)
18. È la terza città più popolosa della Scozia. [↑](#footnote-ref-18)
19. Vedi Capitolo III. [↑](#footnote-ref-19)
20. Dato del Ministero della Salute: http://www.disturbialimentarionline.it/mappadca/index.php?option=com\_content&view=article&id=9:la-diffusione-dei-dca [↑](#footnote-ref-20)
21. Confronta con Devereux (1973). L’*amok* è una sindrome tipica della Malesia, e si tratta di una esplosione incontrollabile di violenza durante la quale l’individuo scarica la furia omicida su tutti coloro che si trovano vicini, gridando *amok amok*, commette assassini e infine si accascia esaurito. L’*amok* aveva anche implicazioni politiche: era visto come ultimo strumento di protesta sociale contro il dispotismo dei governanti. La sindrome del *cane-pazzo-che-vuole-morire* si ritrova solo tra i Crow, e consiste in una autoglorificazione vana e insensata, che spinge chi ne è affetto ad andare in combattimento senza armi per dimostrare il proprio valore. La cosa importante è che il malese che sente l’impulso omicida o il crow che vuole morire in battaglia sanno esattamente come devono comportarsi, e metteranno in atto tutti i comportamenti necessari per apparire *amok* o *cane-pazzo*, per non lasciare il dubbio di essere solo “folli” o “vili”, ma comportarsi come si conviene a un buon malese o a un buon indiano. [↑](#footnote-ref-21)
22. Per avere una idea della quantità di strutture recensita dal Ministero della Salute:

    <http://www.disturbialimentarionline.it/MappaDCA/index.php?option=com_content&view=article&id=6&Itemid=8>

    http://www.disturbialimentarionline.it/MappaDCA/index.php?option=com\_content&view=article&id=12&Itemid=2 [↑](#footnote-ref-22)
23. È un tema complesso non affrontabile in questo capitolo, ma declinato meglio dopo. Comunque, è possibile confrontare Aries (1978), Baumann (1998), Vovelle (2009). [↑](#footnote-ref-23)
24. Per Pirandello ad esempio: *Enrico IV* (1921)o *Così è, se vi pare* (1917). [↑](#footnote-ref-24)
25. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/. [↑](#footnote-ref-25)
26. http://www.centro-obesi.com/it/come\_si\_misura\_obesita.php. [↑](#footnote-ref-26)
27. L’EAT-26 è un test autosomministrato per la valutazione del livello di preoccupazione dimostrato da un individuo rispetto al proprio peso e al proprio aspetto fisico, e valutare la presenza di comportamenti alimentari a rischi. È disponibile in internet, per esempio all’indirizzo <http://www.anoressia-bulimia.it/test/>. [↑](#footnote-ref-27)
28. http://www.who.int/nha/country/ken/kenya\_nha\_2009-2010.pdf [↑](#footnote-ref-28)
29. Per la definizione di “Occidente” di Lee vedi pag. 34. [↑](#footnote-ref-29)
30. Beck U., (2000), *La società del rischio,* Carocci, Milano; Bauman Z., (1999), *La società dell’incertezza*, il Mulino, Bologna; Giddens A., (1994), *Le conseguenze della modernità*, il Mulino, Bologna. [↑](#footnote-ref-30)
31. Nel 1993 Michael Strober era il direttore dell’*International Journal of Eating Disorders*. [↑](#footnote-ref-31)
32. Vedi Cap.I. [↑](#footnote-ref-32)
33. BMI: sigla per Body Mass Index o indice di massa corporea. È il risultato della proporzione tra il peso e la statura al quadrato. Il *range* del normopeso va da 18.5 a 24.9. [↑](#footnote-ref-33)
34. L'”incidenza” rappresenta la proporzione di individui che vengono colpiti dalla malattia in un determinato periodo di tempo. [↑](#footnote-ref-34)
35. La “prevalenza” misura la proporzione di individui di una popolazione che, in un dato momento, presentano la malattia.  [↑](#footnote-ref-35)
36. Anche la qualità del cibo ingerita è molto spesso fuori dalla norma: le bulimiche possono ingerire contemporaneamente cibi molto diversi (dolci, salati, cibi che andrebbero cucinati o addirittura surgelati) con modalità affannose. [↑](#footnote-ref-36)
37. In questo caso, si tratterebbe di anoressia di tipo bulimico. [↑](#footnote-ref-37)
38. L’iniziale si riferisce al nome dell’intervistata, il numero successivo è il numero dell’intervista, poi è indicato il numero della risposta all’interno della quale si trovano le parole citate. [↑](#footnote-ref-38)
39. Bianchini, Dalla Ragione (2008), pag. 39. [↑](#footnote-ref-39)
40. Bianchini, Dalla Ragione (2008), pag. 106. [↑](#footnote-ref-40)
41. http://anoressiabulimiaafterdark.blogspot.it/2008/09/la-mia-storia-fall-to-pieces-and-rise.html [↑](#footnote-ref-41)
42. http://anoressiabulimiaafterdark.blogspot.it/ [↑](#footnote-ref-42)
43. [http://minutrodivita.blogspot.it/](http://minutrodivita.blogspot.it/p/racconti-del-concorso-mi-nutro-di.html) - Racconti [↑](#footnote-ref-43)
44. Si riferisce al controllo e al calcolo delle calorie. [↑](#footnote-ref-44)
45. Il grassetto nelle interviste è utilizzato per riportare le parole dell’intervistatrice. [↑](#footnote-ref-45)
46. Si riferisce alla “sua” malattia, all’anoressia. [↑](#footnote-ref-46)
47. Bianchini, Dalla Ragione (2008), pag. 45. [↑](#footnote-ref-47)
48. http://trappolapertopi2.wordpress.com/ [↑](#footnote-ref-48)
49. Si riferisce al circolo vizioso meno mi sento a posto con il mio corpo – più mangio / più mangio – meno mi sento a posto. [↑](#footnote-ref-49)
50. Fa riferimento al film *Thirteen*, di Catherine Hardwicke, del 2003. [↑](#footnote-ref-50)
51. Bianchini, Dalla Ragione (2008), pag. 55. [↑](#footnote-ref-51)
52. http://anoressiabulimiaafterdark.blogspot.it/ [↑](#footnote-ref-52)
53. Bianchini, Dalla Ragione (2008), pag. 73. [↑](#footnote-ref-53)
54. http://anoressiabulimiaafterdark.blogspot.it/ [↑](#footnote-ref-54)
55. http://gold.libero.it/bricioledipane/3517011.html [↑](#footnote-ref-55)
56. http://femminismo-a-sud.noblogs.org/ - Storie di dipendenze [↑](#footnote-ref-56)
57. http://femminismo-a-sud.noblogs.org/ - Storie di dipendenze [↑](#footnote-ref-57)
58. http://minutrodivita.blogspot.it/ - Racconti [↑](#footnote-ref-58)
59. http://femminismo-a-sud.noblogs.org/ - Storie di dipendenze [↑](#footnote-ref-59)
60. Parla di una ragazza del suo gruppo di cura all’ABA, incastrata nel disturbo, con il pensiero cristallizzato. [↑](#footnote-ref-60)
61. Bianchini, Dalla Ragione (2006), pag. 36. [↑](#footnote-ref-61)
62. Bianchini, Dalla Ragione (2008), pag. 60. [↑](#footnote-ref-62)
63. http://gold.libero.it/bricioledipane/view.php?reset=1&id=bricioledipane [↑](#footnote-ref-63)
64. Per esempio, a Milano:

    San Raffaele – Ville Turro (<http://www.hsr.it/clinica/specialita-cliniche/psichiatria/centro-disturbi-del-comportamento-alimentare/>),

    Ospedale Niguarda (<http://www.ospedaleniguarda.it/content/struttura/1_4.html>),

    Ospedale San Paolo (<http://www.ao-sanpaolo.it/reparti/disturbi_alimentari/>),

    Ospedale Sacco (<http://www.hsacco.it/it/il-sacco/psichiatria>). [↑](#footnote-ref-64)
65. Per esempio: Villa Margherita (<http://www.casadicuravillamargherita.it/riabipsic.htm>), Villa Maria Luigia (<http://www.villamarialuigia.net/percorsi-ambulatoriali/trattamento-obesita-con-disturbo-bed/?gclid=COCG8b71p7wCFUVf3god2SQA9Q>), Villa Miralago (<http://www.villamiralago.it/index.php/anoressia-bulimia-obesita>) [↑](#footnote-ref-65)
66. Per esempio

    <http://www.disturbialimentari.info/la_riabilitazione_residenziale.htm>, http://www.centrocuradisturbialimentari-tn.it/ [↑](#footnote-ref-66)
67. Per conoscere il pensiero di Giorgio Antonucci sulla definizione della malattia, cfr. paragrafo 4.1. [↑](#footnote-ref-67)
68. Cividale del Friuli, Gorizia, territori montani dell’Emilia-Romagna, Sicilia. [↑](#footnote-ref-68)
69. http://www.aluba.org.ar/aluba/fr-aluba.html [↑](#footnote-ref-69)
70. Per “corpo bello” intendono quel corpo che risponde a criteri di bellezza che sono una costruzione sociale, e che dipendono dallo sguardo di una epoca. Oggi, secondo le autrici, la bellezza implica più che mai un investimento perpetuo per rispondere alle logiche di mercato: essere bello significa essere un bravo consumatore, e rispondere positivamente agli input che arrivano da tutte le immagini sui media, sui giornali, nelle sfilate. Essere bello è dunque essere magro, qualunque investimento questo comporti (Bianchi e Portillo, 2009, 2). [↑](#footnote-ref-70)
71. Non esiste una parola italiana per indicare il *day hospital*: in spagnolo è invece stata tradotta letteralmente in Hospital de Día. [↑](#footnote-ref-71)
72. http://www.overeatersanonymous.it/online/ [↑](#footnote-ref-72)
73. Cfr. paragrafo 2.5. [↑](#footnote-ref-73)
74. Cfr. nuovamente paragrafo 2.5. [↑](#footnote-ref-74)
75. Per l’idea della regolamentazione del tempo in prima/durante/dopo a seguito di un intervento di cura in una struttura istituzionalizzata, confronta con pagina 104. [↑](#footnote-ref-75)
76. Cfr. con bibliografia per una lista di indirizzi più esaustiva. [↑](#footnote-ref-76)
77. Per esempio, tra quelli che ho consultato maggiormente: <http://trappolapertopi2.wordpress.com/>, <http://anoressiabulimiaafterdark.blogspot.it/>, <http://amorecontroana.blogspot.it/>. Cfr con bibliografia per una lista di indirizzi più esaustiva. [↑](#footnote-ref-77)
78. Il fenomeno dei blog pro-Ana o pro-Mia meriterebbe una tesi a sé, ma per farsi una idea: <http://adolescenzaproana.blogfree.net/>, <http://www.tuoblog.it/proanamanonpazza/>. Cfr con bibliografia per una lista di indirizzi più esaustiva. [↑](#footnote-ref-78)
79. Per comprendere come nasce tale dubbio confrontare per esempio con Moulding, in Malson e Burns (2009, 172). [↑](#footnote-ref-79)
80. Cfr. con paragrafo 3.4. [↑](#footnote-ref-80)
81. Mary Garret, (2012). [↑](#footnote-ref-81)
82. <http://www.video.mediaset.it/video/iene/puntata/369965/toffa-morire-danoressia.> [http://www.video.mediaset.it/video/iene/puntata/370000/toffa-capire-lanoressia](http://www.video.mediaset.it/video/iene/puntata/370000/toffa-capire-lanoressia.) [↑](#footnote-ref-82)
83. Cfr. Capitolo III. [↑](#footnote-ref-83)
84. Cfr. con le teorie di Susan Bordo, (1993). [↑](#footnote-ref-84)
85. Cfr. Cap. I. [↑](#footnote-ref-85)
86. Cfr. Par. 2.5. [↑](#footnote-ref-86)
87. Cfr. capitoli precedenti per le teorie sulla mobilità sociale discendente associata al sovrappeso, e sul concetto di valore morale associato alla magrezza. [↑](#footnote-ref-87)
88. Cfr. con i metodi di cura spiegati nel paragrafo 4.4. [↑](#footnote-ref-88)
89. Si riferisce sempre all’episodio delle Iene che narra la vicenda di Sara. Cfr. con note paragrafo 4.2. [↑](#footnote-ref-89)
90. Questo termine si usa quando una persona presenta problemi di anoressia e di alcolismo: chi ne soffre non mangia quasi niente, ma beve moltissimo alcol, che poi rimette. [↑](#footnote-ref-90)
91. Si riferisce a un fungo all’esofago che, secondo Ma., colpisce le persone particolarmente debilitate (malati di AIDS, tossicodipendenti, o persone denutrite). [↑](#footnote-ref-91)
92. Si tratta dell’Associazione Bulimia Anoressia, presieduta da Fabiola De Clercq. http://www.bulimianoressia.it/ [↑](#footnote-ref-92)
93. Parla della strutta di Villa Garda, diretta da Riccardo dalle Grave. http://www.villagarda.it/ [↑](#footnote-ref-93)
94. Sondino naso-gastrico. Cfr. par. 3.4. [↑](#footnote-ref-94)
95. Si riferisce all’Istituto Scientifico Ospedale San Giuseppe a Piancavallo (VB), diretto dal Dott. Alessandro Sartorio. http://www.auxologico.it/section/378/U.O.%20di%20Auxologia [↑](#footnote-ref-95)
96. Centro pilota regionale per la diagnosi, lo studio e la cura dei disturbi del comportamento alimentare, diretto dal Prof. Bogetto Filippo. http://www.centrodcapiemonte.unito.it/menudx/repartodca.html [↑](#footnote-ref-96)
97. Si riferisce al Centro disturbi del comportamento alimentare con sede a Palazzo Francisci, a Todi (PG), guidato dalla Dott. Laura Dalla Ragione. http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/la-residenza-palazzo-francisci [↑](#footnote-ref-97)
98. Centro disturbi del comportamento alimentare, San Raffaele – Ville Turro, divisione psichiatria 4B. Pirmario dott.ssa Laura Bellodi, responsabile Dott. Stefano Erzegovesi. http://www.hsr.it/clinica/specialita-cliniche/psichiatria/centro-disturbi-del-comportamento-alimentare/ [↑](#footnote-ref-98)
99. AIDAP: Associazione Italiana Disturbi dell’Alimentazione e del Peso. [↑](#footnote-ref-99)
100. Per guarite intendono 8 settimane senza sintomi di DCA. [↑](#footnote-ref-100)
101. http://trappolapertopi2.wordpress.com/ [↑](#footnote-ref-101)
102. http://anoressiabulimiaafterdark.blogspot.it/ [↑](#footnote-ref-102)
103. Solo tra le ragazze intervistate, C., A., D., S., M.G., hanno scritto e pubblicato un libro raccontando la propria storia di disturbi del comportamento alimentare, o hanno pubblicato lavori di analisi del fenomeno, mentre C., V., D., B. gestiscono un blog sempre sui DCA (Cfr bibliografia). [↑](#footnote-ref-103)
104. L’associazione “Mi nutro di vita” ha come fine informare sui disturbi del comportamento alimentare, favorire i contatti fra associazioni con il medesimo scopo, favorire la libera espressione. È stata fondata dall’attuale Presidente, Stefano Tavilla, dopo la morte della figlia diciassettenne per DCA.http://minutrodivita.blogspot.it/ [↑](#footnote-ref-104)
105. Almeno dalla maggior parte degli specialisti, con eccezioni con le teorie di Sing Lee presentate in diversi paragrafi. [↑](#footnote-ref-105)