

Il rifiuto di sé: studio sui meccanismi dell'anoressia mentale

ELENA CASTELLUCCIO

Come si diagnostica l'anoressia, sintomi e quadro clinico

Con l'espressione anoressia mentale s'indica un disturbo dell'alimentazione caratterizzato da un netto rifiuto del cibo da parte della persona malata, alla ricerca di un corpo sempre più magro fino addirittura al raggiungimento di uno stato cachettico che, se non affrontato adeguatamente, precede la morte.

Gli studiosi concordano oggi nel considerare impropria la denominazione di questa malattia.

Il termine anoressia deriva, infatti, dal greco *an* + *orexis* e significa "assenza d'appetito". Ciò farebbe pensare che i soggetti colpiti (per il 90% donne) non provino alcun desiderio verso il cibo, invece essi diminuiscono drasticamente l'ingestione di alimenti per tutt'altre motivazioni, come si vedrà, e si costringono con grandi sofferenze alla sopportazione di un lancinante senso di fame.

In ogni modo questa definizione è oggi generalmente accettata e continua ad essere utilizzata.

Per quanto concerne la diagnosi di questa patologia, i criteri indicati dal DSM-IV sono:

Peso corporeo al di sotto dell'85% rispetto a quello normale per statura ed età;

Intensa paura di acquistare peso anche quando si è estremamente esili;

Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza di questi sui livelli di autostima, o rifiuto di riconoscersi ammalato e di aver bisogno di mangiare;

Amenorrea, cioè assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi (una donna è considerata amenorroica se i suoi cicli si manifestano solo a seguito di somministrazione di ormoni).

Si distinguono inoltre due sottotipi:

- *Con restrizioni*: nell'episodio attuale di anoressia mentale il sogget-

to non presenta regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione.

- *Con abbuffate/condotte di eliminazione:* nell'episodio attuale di anoressia mentale il soggetto presenta regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione.

Tra i sintomi fisici si possono annoverare anche: lanugo (capelli fini e morbidi), bradicardia (battito cardiaco rallentato, 60 pulsazioni o meno), abbassamento del metabolismo basale, alterazione nelle funzioni tiroidee dovuta ad un'anormalità dell'asse ipotalamo-ipofisi-tiroideo, iperacuità sensoriale, ritenzione idrica, pelle secca coperta da una leggera peluria, carie dentale, ossa decalcificate, stitichezza, ingrossamento delle parotidi e continua sensazione di freddo.

Dal punto di vista psicologico l'elaborazione della condizione anoressica richiede la costante e instancabile attenzione delle vittime che lottano duramente per negare e alterare l'evidenza della loro sensazione di fame.

Queste ragazze si concentrano unicamente su se stesse, sul loro peso e sul cibo.

Il tempo dedicato allo studio, di cui si occupano assiduamente alla ricerca della perfezione assoluta, si allunga in modo dispersivo ed inefficace perché il loro pensiero è continuamente disturbato da tali ossessioni.

Il loro sentimento nei confronti del cibo non è in ogni caso di semplice avversione, ma precisamente di interesse assoluto e assolutizzante ed infatti, ad esempio, molte anoressiche si avvicinano all'arte culinaria.

Per quanto riguarda la propria dieta, ne sorvegliano scrupolosamente quantità e valori nutrizionali, escludendo totalmente alcune categorie di alimenti e rendendo il poco che mangiano oggetto di strani riti e condotte di manipolazione.

Lo stesso controllo assiduo è dedicato al peso corporeo. Ogni aumento, anche minimo, genera ansia e paura ed è motivo per aumentare limitazioni e restrizioni, ogni diminuzione, invece, accresce la spinta motivazionale a continuare il digiuno per mantenere il risultato raggiunto.

A tutto ciò aggiungono poi un'attività fisica spossante e, a dispetto della debolezza derivante dalle massicce perdite ponderali, si mostrano capaci di prestazioni incredibili.

Una buona metà delle anoressiche va inoltre incontro alla sindrome delle orge di voracità, cui segue la pratica del vomito indotto. Le malate

che imboccano questa strada sono convinte, inizialmente, di aver trovato la soluzione ideale: possono mangiare senza ingrassare, sfuggendo alle stesse leggi naturali, basta vomitare.

Ben presto, però, si rendono conto che la spirale in cui sono entrate si impossessa della loro vita e le rende schiave. Le abbuffate di cibo diventano non più un modo di rispondere al bisogno della fame, ma una compulsione incontrollabile che si manifesta ogni qual volta sono in difficoltà o senza nulla da fare. Tra l'altro, pare che il vomito abbia un effetto ansiolitico che rinforza ulteriormente il suo abuso.

Queste pazienti sono inoltre più refrattarie delle altre al trattamento psicanalitico.

Infine, quanto più a lungo dura la malattia, tanto maggiore è il pericolo che l'individuo si rinchioda in se stesso e che, se non ha luogo un'interruzione significativa, giunga alla morte per quella che può chiamarsi vera e propria consunzione, o all'instaurarsi di un'anoressia cronica che durerà per tutta la vita.

1. Il modello della "via finale comune"

Nelle odierne società opulente ogni persona ha di fronte a sé, da una parte, un'enorme offerta di cibo che invita a lasciarsi andare ai piaceri del palato, dall'altra, la pressione esercitata da modelli estetici (in particolar modo femminili) "perfetti".

Il legame stabilitosi negli ultimi cento anni tra l'atto di mangiare e l'immagine fisica di sé è fortissimo e ciò determina la preoccupazione, molto diffusa, riguardo a cosa si mangia e quanto si mangia, alla ricerca di una sana alimentazione capace di trasformare un corpo che non piace, in quanto non rispondente ai canoni di bellezza imperanti nella società.

Inoltre, non sono poche le persone che spostano sul peso e sull'immagine di sé problemi e conflitti di tutt'altra origine.

Tuttavia, solo alcuni soggetti tra questi si ammalano di anoressia o di altri disturbi dell'alimentazione.

Ciò avviene perché i fattori che possono determinare l'insorgenza di questa patologia, e che sono stati più o meno confermati empiricamente, sono di varia natura: biologica, psicologica, socio/culturale.

Così il modello generale di malattia che appare più convincente per l'anoressia è quello che vede in questa patologia la *via finale comune* di vari processi patogenetici nati dall'interazione tra forze molteplici.

Tale modello può essere riassunto in tre punti:

- la malattia risulta dall'interazione di fattori predisponenti di varia natura;
- solo alcuni degli individui a rischio si ammalano effettivamente;
- in coloro che si ammalano, la presenza, il peso e l'interazione dei fattori causali sono diversi a seconda dei casi presi in considerazione.

2. Cause biologiche e psicologiche: la dismorfofobia, le trasformazioni della pubertà e il rifiuto del divenire donna

L'esame del dato biologico può essere utile, ovviamente assieme a quello psicologico, per comprendere come mai il 90% delle vittime sia di sesso femminile.

A questo proposito si può ricordare, infatti, che la donna ha una resistenza più alta alla mancanza di cibo rispetto all'uomo, una quantità più elevata di tessuto adiposo, una maggior complessità delle funzioni ormonali e dei meccanismi cerebrali connessi, che può predisporre a disordini nel processo puberale stesso, in presenza di fattori di stress.

Lo psichiatra cinese Sing Lee (1993)¹ propone, invece, una spiegazione di tipo psicosomatico affermando che l'anoressia colpirebbe soprattutto le donne poiché queste percepiscono le emozioni di malessere a livello viscerale, mentre il punto debole degli uomini è il sistema cardiocircolatorio.

Dal punto di vista psicologico si deve evidenziare, innanzi tutto, che praticamente tutte le anoressiche soffrono di un disturbo legato al concetto di *immagine mentale del corpo*.

¹ LEE S., HO T. P., HSU L. K. G. (1993): Fat and non fat phobic anorexia nervosa: a comparative study of 70 Chinese patients in Honk Kong: *Psychological Medicine*, 23, pp. 999-1017.

Questa si costruisce nel corso della vita a partire dai primi giorni e il rapporto iniziale con le figure di accudimento ne fonda la base. In seguito, saranno gli incontri della vita, le prime esperienze sentimentali e sessuali, l'ambiente sociale e culturale, con i suoi modelli e stereotipi, a concorrere alla sua modulazione.

In sostanza, l'immagine mentale del corpo non è la rappresentazione fedele del nostro aspetto oggettivo, ma piuttosto una sua interpretazione soggettiva.

Alcune psicopatologie, e tra queste l'anoressia, si nutrono proprio di una distorsione soggettiva di questa immagine, tale da indurre chi ne è affetto alla convinzione di essere portatore di deformità o difetti fisici, che in realtà non esistono.

Si configura, così, il quadro di quella che in psichiatria è chiamata *dismorfofobia*.

Inoltre, le anoressiche presentano delle problematiche enormi in riferimento ai concetti di identità personale, autonomia, autostima e controllo di sé.

Queste sono sfere psichiche che ogni uomo forma e matura, ovviamente non senza fisiologiche difficoltà, durante l'adolescenza.

Per le ragazze anoressiche la pubertà è, invece, il momento in cui esplodono conflitti e problemi che trovano radici nella loro infanzia e in un'esperienza familiare psicopatogena e che impediscono una maturazione adeguata.

A riprova di ciò, si può notare come siano due i momenti critici nell'insorgenza di questa patologia, uno a 14 anni, l'altro a 18, sebbene siano in aumento casi ad esordio precoce, nella fase pre-puberale, o tardivo, tra i 30/35 anni.

Per quanto riguarda le famiglie delle ragazze anoressiche, queste hanno tutte dei tratti distintivi che condividono: organizzazione dei ruoli piuttosto rigida, aspirazione ad ottenere un tenore di vita più alto, tendenza a mantenere unità e armonia familiari anche attraverso il ricorso a strategie di "evitamento del conflitto" che impediscono lo scontro diretto.

Inoltre il legame madre-figlia tende ad essere particolarmente intenso, spesso in conseguenza di una forte identificazione con la figlia da parte della madre.

Il padre risulta, invece, una figura di secondo piano e questo anche

all'interno di famiglie patriarcali, nelle quali la moglie, presentandosi come vittima agli occhi dei figli, riesce comunque ad essere la figura genitoriale emergente.

In un tale ambiente le future anoressiche sviluppano un comportamento estremamente accondiscendente verso il padre e la madre, stando attente a non contraddirli, a farli sentire sempre gratificati quanto alla loro capacità genitoriale, impegnandosi a scuola, nelle prestazioni sportive e mostrandosi sempre dolci e mai capricciose.

L'infanzia delle future anoressiche è esemplare, un periodo in cui, soggette come sono al mito del successo, esse ricercano costantemente l'approvazione altrui, rivelando, tra l'altro, una forte incapacità di gestire ed esprimere le proprie emozioni, in particolar modo quelle negative, vissute con un enorme senso di colpa.

L'ambiente in cui vivono non le incoraggia assolutamente a passare da quella fase che Piaget chiama delle operazioni concrete, propria dell'infanzia, a quella delle operazioni formali come il pensiero astratto e il giudizio indipendente.

Il risultato è che nella loro vita non c'è nulla che abbiano deciso autonomamente e che sia pertanto sotto il loro controllo.

Quando queste ragazze entrano nell'adolescenza sono totalmente impreparate ad affrontarla, poiché non possiedono gli strumenti psicologici adatti, come l'autonomia di scelta e l'autostima.

Le difficoltà normali che ogni adolescente deve affrontare – i rapporti con l'altro sesso, le prime delusioni, il tradimento, la rottura di un'amizia – determinano in loro un'angoscia profonda e vanno a minare una già precaria personalità.

A questo punto, il corpo diventa il solo campo in cui sono in grado di esercitare la loro autorità, la sola realtà che possono modificare (apparentemente) a piacimento.

Così, la capacità di controllare tutto è affidata all'ago della bilancia e nel rifiuto, nello sforzo, nella privazione, le anoressiche possono trovare la loro forza e, in qualche modo, anche se stesse.

Non solo, per queste ragazze il corpo diventa anche l'oggetto su cui scaricare tutta quell'aggressività che non hanno saputo esprimere verso gli altri, in un violento sforzo autodistruttivo.

È chiaro, dunque, che in una tale situazione le normali modificazio-

ni somatiche della pubertà, come l'aumento del grasso corporeo sul seno, sui fianchi, sulle gambe, diventino per loro motivo di ansia e vengano interpretate come deformità da eliminare ad ogni costo.

Ma a questo discorso si devono aggiungere ancora altre componenti.

Spesso, lo spavento per il cambiamento nella forma del corpo nasconde l'ansia più profonda che, con una figura adulta, si pretenda da loro un comportamento più indipendente dal punto di vista sociale e sessuale al quale non si sentono preparate.

Dunque, il controllo del corpo diventa inibizione della propria sessualità e l'anoressia una regressione alla condizione pre-puberale, in cui gli impulsi sessuali perturbanti sono efficacemente allontanati.

La magrezza è vissuta, quindi, come segno di purezza e padronanza di sé, come distanza rispetto al mondo circostante per preservarsi da intrusioni di tipo affettivo e sessuale da parte dei maschi.

A sostegno di ciò, si può notare come molte anoressiche sviluppino la malattia

a seguito di esperienze sessuali non volute o difficili, talvolta di vere e proprie violenze.

Per altre ragazze la pubertà pone fine al desiderio segreto di essere maschi, dovuto alla volontà di diventare quel figlio che i genitori desideravano, ma non hanno mai avuto, o che, pur essendoci, li ha delusi o anche per possedere il potere sociale che percepiscono negli uomini.

3. Gli influssi culturali: l'identità femminile nell'anoressia e il "modello delle modelle"

Un'altra prospettiva attraverso cui è fondamentale guardare per comprendere il mondo dell'anoressia è quella socio/culturale, legata, da una parte, alla modificazione del ruolo della donna in società e, dall'altra, ad una serie di stimoli, provenienti dai mezzi di comunicazione di massa, che rappresentano, appunto, una delle fonti di molti disturbi del comportamento alimentare.

Per cominciare, a partire dagli anni Sessanta del '900 e in un lasso di tempo relativamente breve, si è verificato un mutamento radicale delle aspettative sociali nei confronti delle donne, che si sono trovate di fron-

te ad una serie di pressioni nuove perché si orientassero verso il successo, la competitività, l'indipendenza, tutti valori fortemente in conflitto con il tradizionale ruolo femminile occidentale, accondiscendente, sottomesso e passivo, che continuava (e continua) comunque a persistere.

La condizione femminile contemporanea risulta così problematica proprio perché alle donne vengono poste richieste molteplici e spesso contrastanti.

A ciò si aggiunge che l'intelligenza e la nuova intraprendenza femminile sono sminuite o considerate aggressive e poco femminili e che la stessa cultura industriale contemporanea svaluta il ruolo materno tradizionale. In effetti, non sono poche le donne che, in ambito aziendale, a livelli dirigenziali elevati sono protagoniste di una "partecipazione simbolica" (tokenismo), che non prevede un effettivo potere decisionale e un reale ascolto delle proposte e dei bisogni femminili.

Di contro, in ambito sociale, vedono poco valorizzate tutte le attività legate alla cura dei bambini e all'educazione come l'insegnamento e l'assistenza all'infanzia, professioni prive di prestigio e mal pagate.

Questa situazione, estremamente contraddittoria, può aver contribuito ad esacerbare i grossi problemi legati alla definizione di un'identità autonoma di cui soffrono le adolescenti preanoressiche.

Si è così fatta avanti l'ipotesi che il passaggio ad una nuova identità femminile abbia lasciato molte ragazze esposte allo sviluppo di patologie del comportamento alimentare.

Non solo, si è notato che spesso le anoressiche, nella loro ossessione di compiacere gli altri, vivono l'ideologia della "super donna", quella, per intenderci, capace di conciliare una brillante carriera con la cura assidua della famiglia, come un'ulteriore richiesta esterna di perfezione a cui si sentono costrette ad aderire.

Inoltre, secondo altre ricerche, come, storicamente, quando le donne sono state spinte a dimostrare le loro capacità intellettuali, era predominante l'ideale corporeo della magrezza, così, anche oggi l'aspirazione a cancellare ogni curva che possa rimandare alla dimensione riproduttiva, in cui le donne sono state confinate per secoli, rappresenta un modo di sfuggire ad una tradizione patriarcale piuttosto forte e, in ultima analisi, un tentativo, come si è visto, di imitare l'uomo per carpirne il potere.

Sempre dal punto di vista socio/culturale, è fondamentale esaminare

il ruolo giocato dalla crescente diffusione, in particolar modo dagli anni Sessanta del Novecento a oggi, dell'ideale di magrezza nello sviluppo e nell'intensificazione della patologia anoressica.

A questo proposito, si può ricordare uno studio ventennale condotto da David Garner e Paul Garfinkel (1980)² a partire dal 1960 sull'evoluzione dei modelli di bellezza femminile.

Essi hanno preso in considerazione icone mondiali del fascino femminile, quali le vincitrici del concorso di "Miss America" e le "Playmate del mese" della rivista Playboy, registrando in entrambi i casi una graduale diminuzione del peso, ma anche delle curve (misurate tenendo conto del rapporto tra l'ampiezza dei fianchi e della vita).

Nello stesso tempo i due studiosi hanno rilevato, con la loro ricerca, che il peso medio della donna americana era costantemente in aumento, per cui si veniva a creare un divario sempre più netto tra ideale culturale e realtà biologica.

Questo divario ha sicuramente un ruolo importante nell'aumento dei disturbi dell'alimentazione. Esso, infatti, condiziona fortemente le donne, per le quali l'essere attraenti e desiderabili è una componente importante dell'autostima e del successo sociale.

Tuttavia, non si deve cadere nell'errore di considerare l'interesse femminile per la magrezza soltanto come risposta alle aspettative maschili.

Ciò risulta più chiaro rifacendosi ad uno studio del 1985 svolto da due ricercatori dell'Università della Pennsylvania, Fallon e Rozin (1985)³, i quali hanno chiesto a un gruppo di studenti di entrambi i sessi di osservare alcuni schizzi di figure maschili e femminili di varie dimensioni, scegliendo tra questi:

- la figura che credevano più simile a se stessi;
- la figura a cui avrebbero voluto assomigliare maggiormente;
- la figura che pensavano potesse risultare più attraente per le persone;
- dell'altro sesso;
- la figura del sesso opposto che consideravano più attraente.

² Garner D., Garfinkel P. E., Schwartz D. et alii (1980): Cultural expectations of thinness in women. *Psychological Reports*, 47, pp. 483-491.

³ Fallon R., Rozin P. (1985): Sex differences in perception of desirable body shape. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, pp. 483-491.

Da questa ricerca è risultato che:

- le studentesse tendevano a sopravvalutare il loro peso reale;
- la figura che esse indicavano come corrispondente alla propria era decisamente più grassa della loro figura ideale, ma anche di quella indicata come più attraente per i maschi;
- la figura scelta come ideale dalle studentesse era più snella di quella che consideravano più attraente per i maschi;
- la figura che esse credevano più piacevole per i maschi era più magra di quella che gli studenti avevano scelto;
- per gli studenti non è stata rilevata nessuna delle discrepanze con la realtà caratterizzanti, invece, le risposte delle studentesse;
- essi, come le studentesse, hanno sbagliato nell'evidenziare la figura più attraente per il sesso opposto, ma il loro errore consiste nell'aver indicato una figura più grassa di quella scelta dalle donne.

Dunque, se ne può ricavare che l'interesse femminile per il peso non è determinato esclusivamente dalla necessità di sentirsi desiderate dagli uomini.

È certo, comunque, che quella della magrezza è diventata una vera e propria ossessione, un "ideale di vita" imposto, è proprio il caso di dirlo, dalla società occidentale, che deve essere raggiunto pena il sentirsi inevitabilmente inadeguati e giudicati.

Così, essere magri vuol dire essere intelligenti, attivi, curati, piacenti, mentre essere grassi significa essere stupidi, pigri, sciatti.

Inoltre le immagini fotografiche proposte dai mass media contribuiscono a determinare quelle distorsioni dell'immagine corporea di sé delle quali si è già parlato, mostrando in concreto (e facendo passare per la normalità) alcune alterazioni nelle proporzioni naturali del corpo tipiche dell'anoressia.

Sulla base di questo esame del rapporto società-anoressia, si può concludere affermando che questa patologia è una sindrome *culture bound*, ossia legata ad un preciso ambito culturale. Di tale aspetto si deve tenere conto in particolar modo per l'eventuale intervento diretto di elementi culturali nella terapia, che così assume anche, implicitamente, una valenza politica accanto all'obiettivo della guarigione.

2.1. La santa anoressia: storia di alcune anoressiche diventate sante

È ormai assodato che l'anoressia mentale è una patologia caratterizzata da forti implicazioni con il tessuto socio/culturale del mondo occidentale.

Ciò che spesso viene dimenticato, tuttavia, è che tali implicazioni non sono legate esclusivamente al mondo contemporaneo e alle sue espressioni come, ad esempio, il cosiddetto "fenomeno modella".

L'anoressia, infatti, affonda le sue radici già nel Medioevo cristiano, quando molte donne raggiunsero la santità proprio imponendosi un distacco implacabile e assoluto verso ogni bisogno terreno, compreso quello del cibo.

Si può così parlare, come ha fatto Bell (1985)⁴ nel suo libro omonimo, di "santa anoressia".

Nel Medioevo il sintomo anoressico rappresentava una risposta tutta al femminile alle strutture sociali patriarcali in cui una bambina si trovava irretita a partire dai 10 anni, quando, terminata l'educazione religiosa da parte materna, il padre prendeva il sopravvento costringendo la figlia ad un matrimonio combinato.

A questo punto moltissime donne rinunciavano remissivamente alla propria autonomia passando dalla sottomissione paterna a quella maritale, altre, invece, mostravano, consapevolmente o no, il loro disaccordo in diversi modi: tra questi c'era anche lo sviluppo dei sintomi anoressici.

La giovane donna del Medioevo in lotta per l'autonomia inconsciamente a volte spostava il conflitto dal mondo esterno, in cui avrebbe certamente fallito, a quello interiore, per ottenere la padronanza su se stessa e sui propri impulsi fisici.

In più le sante anoressiche attribuivano un significato ascetico alla rinuncia al cibo, considerandola una via per esprimere il proprio amore e la propria devozione a quel Dio, al quale erano pronte ad offrire i loro corpi martirizzati da indicibili sofferenze.

Ne seguiva, poi, l'entrata in convento, che, per la donna Medioevale, non era assolutamente il luogo triste e repressivo che si potrebbe credere.

Infatti, mentre per l'uomo il chiostro significava abbandono della vi-

⁴ Bell R., (1985): *Holy anorexia*. University of Chicago Press, Chicago.

ta mondana, rifiuto della potenza terrena, delle ricchezze e dei propri istinti, alla donna la professione monastica dava la possibilità di ribellarsi al suo destino di eterna sottomessa all'uomo e alla sua cultura, permettendole di avere una vera autonomia all'interno di un'istituzione riconosciuta dalla società.

Non solo, il convento rappresentava per le sante anoressiche il luogo ideale in cui sperimentare una profonda unione con Dio, al quale potevano riversare quell'amore infinito impossibile da trovare sia nelle relazioni effimere con gli altri, sia nel rapporto con la debole figura paterna, sostituita, infatti, con il Signore Padre Onnipotente.

Desiderio di queste donne era che il proprio contatto con Dio fosse diretto e individuale, in quanto persone autonome e perciò i rapporti con i confessori erano ambigui e talvolta persino ostili, poiché il loro intervento era ritenuto una nuova intromissione maschile difficile da tollerare.

Le sante anoressiche volevano amare ed essere amate ed esprimevano la loro disposizione all'amore con la sofferenza, le privazioni, il sacrificio e le punizioni corporali.

Del resto, proprio la religione cristiana non manca oggi e soprattutto non mancava in passato, di indicare il corpo come carcere dell'anima e il suo martirio come via verso la salvezza dell'anima (basti pensare alle frecce di S. Sebastiano, agli occhi di S. Lucia, al seno di S. Agata, alla stessa crocifissione di Cristo).

È un discorso che vale ancora di più al femminile: l'immagine della donna subisce quasi un annullamento nella cultura cristiana, il suo corpo è rappresentato come sede del peccato e del Male fin dalla creazione (viene da Eva l'invito a commettere il peccato originale) e i suoi impulsi, soprattutto sessuali, vengono costantemente repressi, negati e condannati senza appello. Nel cristianesimo trionfa, così, la figura di una donna vergine e in sostanza privata della sua sessualità (si pensi a Maria).

Si può avere conferma di quanto è stato detto finora e trovare nuovi spunti di riflessione, esaminando le vite di alcune donne italiane, poi diventate sante o beate, che sono state per anni e persino per secoli eroici modelli per i credenti e a proposito delle quali i documenti in nostro possesso parlano di chiari sintomi di anoressia. Tra queste si ricordano Santa Caterina e Santa Veronica.

Preliminarmente è doverosa l'avvertenza che, nell'analisi delle vicende di queste sante, il punto di vista adottato è esclusivamente umano, senza riferimenti ad una spiegazione soprannaturale dei fatti.

-Caterina Benincasa nacque a Siena nel 1347 da Giacomo Benincasa e Lapa Piacenti.

Aveva una gemella, Giovanna, della quale si prese cura una balia e che morì piccolissima.

Caterina, invece, sopravvisse e fu l'unica dei figli ad essere allattata e poi svezzata.

Per gli altri suoi fratelli e sorelle, invece, lo svezzamento non era mai avvenuto perché Lapa rimaneva incinta prima della conclusione dell'allattamento.

Questo suo essere una bambina privilegiata al seno materno e una sopravvissuta alla gemella le causò un senso di colpa che con gli anni si accrebbe ulteriormente e fu, inoltre, motivo di ricatto da parte della madre, la quale le richiederà ubbidienza in nome dell'amore ricevuto.

Tre anni dopo la sua nascita, Lapa diede alla luce una bambina, chiamata Nanna in onore della gemella morta.

L'infanzia di Caterina trascorse felice, costellata da una serie di precoci espressioni religiose. Tra queste la sua prima visione di Gesù e dei Santi, taciuta sorprendentemente a tutta la famiglia, segno della sua volontà di vivere ogni esperienza mistica individualmente e in modo solitario.

Probabilmente il giorno della prima comunione votò la sua verginità a Maria.

A dodici anni Lapa, nonostante il netto rifiuto di Caterina, incominciò a prepararla all'entrata in società in vista di un futuro matrimonio.

Sarà l'amatissima sorella Bonaventura a convincerla a fare vita mondana, ma sempre memore degli insegnamenti della Chiesa, per due-tre anni.

Nel 1362 tutto cambiò: Bonaventura morì di parto e Caterina si considerò colpevole di questa morte, credendo che la sua vita in società avesse scatenato la collera di Dio, ricaduta non su di lei, ma sulla sorella.

Da allora si chiuse in se stessa, distaccandosi dal mondo e opponendosi nettamente alla volontà della famiglia che la voleva sposa, forse proprio di Niccolò Tegliacci, vedovo di Bonaventura.

Meno di un anno dopo morì anche Nanna.

Da quel momento, oppressa dal senso di colpa per la propria sopravvivenza e la morte delle sorelle, Caterina raggiunse la pace interiore stipulando un patto con Dio: in cambio della salvezza della propria famiglia Gli avrebbe offerto tutta se stessa e condotto una vita di sofferenze.

Comunicò la sua decisione di farsi monaca, ma venne appoggiata solo dal padre.

Da allora Caterina tagliò i biondi capelli, flagellò tre volte al giorno il proprio corpo con una catena di ferro, dormì mezz'ora ogni due giorni su una tavola di legno e mangiò esclusivamente pane e verdure crude.

Solo la madre tentò, invano, di fermare questa sua opera di autodistruzione.

Volontà di Caterina era entrare nella congregazione delle Mantellate, formata per lo più da vedove, le quali in un primo tempo la rifiutarono poiché era giovane e vergine.

In seguito a ciò Caterina si ammalò con febbre alta e bolle in tutto il corpo e guarì solo dopo essere stata accettata nella congregazione.

Nel 1368 morì Giacomo: da questo momento Caterina non mangerà più nulla eccetto l'ostia, neanche se obbligata dai confessori.

Tuttavia, per un certo periodo e per sfuggire all'accusa di possessione demoniaca, iniziò a mangiare per poi vomitare di nascosto.

Il suo obiettivo principale diventò la salvezza della Chiesa, che cercò di ottenere attraverso una crociata e facendo tornare a Roma Papa Gregorio XI, chiamato da lei "dolcissimo Babbo".

Ma l'elezione di Urbano VI fece precipitare tutto. Il papato d'Avignone produsse lo scandaloso Grande Scisma.

Da allora Caterina, che aveva avuto una visione in cui Gesù che le faceva bere il Suo sangue dal costato, decise di non bere più acqua.

Era disperata: se aveva eseguito la volontà di Dio facendo tornare Gregorio a Roma, com'era possibile che ne risultasse la distruzione della Chiesa?

Si rese così conto che era stata la sua volontà a trionfare, non quella di Dio: aveva peccato di vanagloria e perciò abbandonò il completo sciopero della fame.

Ma il suo corpo era ormai troppo debilitato dalla disidratazione e il digiuno e, dopo tre mesi di sofferenze e brevi momenti di lucidità, morì.

– Orsola Giuliani, che sarebbe poi diventata Santa Veronica, nacque il 27 dicembre 1660 da Francesco Giuliani e Benedetta Mancini.

Era una bambina piuttosto difficile, ma molto amata dalla madre.

La famiglia di Orsola era profondamente religiosa, in special modo la madre,

donna dotata di pietà e spirito di sacrificio.

Marito e moglie non dovevano amarsi molto e probabilmente quest'ultima istillò nelle figlie, quattro delle quali si fecero suore, l'avversione per il matrimonio e il sesso.

Inoltre Benedetta considerava espressione d'amore la punizione di sé e trasmise questi insegnamenti alle figlie fin da piccolissime, come quando negava il latte a Orsola nei giorni di digiuno per concedere la poppata ai bambini bisognosi.

Mentre Orsola cresceva, la madre, che la considerava investita del favore divino, la assillava con le storie di vergini sante che martirizzavano il loro corpo, le quali costituirono un modello da imitare per la bambina.

Quando Orsola aveva sei anni Benedetta morì, lasciando del tutto sole le figlie, abbandonate dal padre che si trasferì per affari a Piacenza, dove troverà un'altra donna.

Per un certo periodo Orsola e le sorelle abitarono dal padre, per tornare poi presto a Mercatello da uno zio.

Il padre non amava le sue figlie, ma Orsola tentò disperatamente di guadagnarsi il suo affetto con comportamenti turbolenti che attirassero la sua attenzione, senza tuttavia riuscirci.

Probabilmente avrebbe voluto essere quel figlio maschio che Francesco desiderava, ma non ebbe mai.

Orsola sperimentò il completo abbandono del padre quando questi cedette subito alla richiesta formale della figlia di divenire monaca.

A 17 anni entrò in un convento diverso da quello delle sorelle e totalmente chiuso al mondo esterno, prendendo il nome di Veronica.

In questa prigionia, come la chiamò lei stessa, esplosero tutti i conflitti di questa ragazza che si sentiva in colpa per essersi lasciata andare in precedenza alle vanità mondane e che era pressata da urgenti desideri corporei.

In più, confessori e monache, a causa del suo comportamento sempre

irrequieto, la tenevano particolarmente d'occhio e la assillavano, facendola sentire peccatrice e perseguitata dal diavolo.

Giudicandosi indegna del suo santo abito, Veronica entrò in una fase di masochismo compulsivo e di santa anoressia.

Smise quasi di parlare con le altre sorelle, leccava gli insetti, ingoiava vomito di gatto e pezzi di topo, se costretta a mangiare vomitava tutto, si flagellava con strumenti dotati di borchie acuminate e si mostrava contenta di qualunque punizione, anche la più degradante, le fosse inflitta dai suoi confessori.

A 35 anni ricevette le stigmate e il dolore che le causavano fu per lei una grande consolazione e una prova dell'amore di Cristo nei suoi confronti.

Sarà solo dopo un decennio di sforzi per comprendere se stessa e grazie in particolar modo alle autobiografie che fu costretta a scrivere dai suoi confessori, che vinse la sua malattia e la sua ossessione di voler essere il "Cristo crocifisso", rivestendo il ruolo femminile di Maria e accettando, così, le regole e le norme del convento, ma non passivamente bensì per sua volontà.

Quella volontà che la rese malata, riuscì anche a risanarla.

Il cambiamento fu subito notato, questa "nuova" donna così saggia e moderata fu nominata maestra delle novizie e nel 1716 fu eletta badessa, carica che manterrà, nonostante la costernazione degli alti prelati romani, fino alla morte, avvenuta nel 1727.

Il modello della santa anoressica, che si è visto incarnato in Caterina Benincasa e Orsola Giuliani, iniziò il suo declino all'epoca della Contro-riforma, quando quel digiuno, così lontano dalle stesse regole monastiche, cominciò ad essere considerato espressione eretica o proprio opera del demonio.

I prelati iniziarono a rifiutarlo come prova di santità e si fece avanti una nuova figura di santa, quella della donna pietosa e dedita alle opere buone.

Il digiuno e le sofferenze persero man mano ogni attrattiva, fino a che la santa anoressia non scomparve del tutto.

Sulla base di quanto è stato detto finora si possono trarre delle conclusioni interessanti quanto al rapporto santa anoressia/anoressia mentale.

Innanzitutto va detto che le due patologie non coincidono, in quanto

la santa anoressia non comprende per niente la paura di ingrassare e il desiderio di dimagrire.

Tuttavia questa discrepanza si trasforma in parallelismo dal momento che l'aspirazione alla santità di una donna medievale e quella alla magrezza di un'anoressica dei nostri tempi risultano molto simili: entrambe sono pensieri ossessivi e totalizzanti.

Non solo, la santità medievale e la magrezza contemporanea possono essere paragonate poiché rappresentano entrambe stati ideali nei rispettivi ambienti culturali.

Ancora, entrambe le anoressiche sono iperattive, mai paghe dei risultati raggiunti, sempre preoccupate della possibilità di perdere il controllo del proprio corpo e provano una repulsione nei confronti del sesso.

Come l'anoressia mentale, anche quella santa è strettamente legata al conflitto fra i sessi, rappresentando un modo, sicuramente non intenzionale e determinato, di combattere l'autorità patriarcale e far trionfare la volontà femminile.

Infine, entrambe nascono in un ambiente culturale occidentale.

Su quest'ultima affermazione ci si deve fermare a riflettere e tenere presente un dato fondamentale, che sarà esaminato nel prossimo paragrafo: l'anoressia mentale è praticamente sconosciuta nelle società non occidentali prese di per se stesse.

2.2. Le culture non occidentali e l'anoressia

Esaminando la sfera culturale dei popoli del Medio ed Estremo Oriente, dell'Asia e dell'Africa, si nota che essa promuove da sempre una corporeità "abbondante" e robusta, espressione di salute e opulenza, ma anche di fertilità.

Per molto tempo questi valori tradizionali che non esaltano la magrezza del corpo hanno rappresentato una sorta di protezione nei confronti dell'insorgenza dei disturbi anoressici in particolare e di quelli del comportamento alimentare in generale.

Si è riscontrato, però, che l'assenza di tali patologie, soprattutto in paesi e strati sociali dell'area musulmana dove è più marcata la separazione tra i sessi, è compensata da altri problemi come un'anaffettività di fondo nel rapporto tra figli e coniugi e una certa tendenza all'obesità.

Tuttavia, le cose, in particolar modo dagli anni '60 del '900, sono ini-

ziate a cambiare e culture che in un primo tempo sembravano immuni da problemi come anoressia e bulimia si trovano a fare i conti con un numero sempre più alto di tali casi.

Anche lo stereotipo della “golden girl sindrome”, che suggeriva l’invulnerabilità delle donne di colore di fronte a questi disturbi, è stato ormai abbandonato.

Diversi studi hanno messo in evidenza che tale cambiamento è strettamente correlato con la progressiva occidentalizzazione di queste culture, che si sono trovate a fare i conti con nuovi modelli di riferimento capaci di rompere equilibri ormai consolidati da secoli.

Così, per fare un esempio, si sta assistendo alla crescente diffusione dell’anoressia nel mondo Asiatico.

A proposito è molto interessante lo studio riportato nel 1999 dalla BBC⁵, sul cambiamento di attitudini verso il cibo e l’ideale corporeo degli adolescenti delle isole Fiji avvenuto in soli 10 anni.

In questo piccolo arcipelago, prima del 1995 non si riscontrava la presenza di disturbi del comportamento alimentare.

Da quando, proprio in quell’anno, fu impiantata la stazione televisiva che trasmise i programmi più seguiti negli USA e in Europa, nei quali i protagonisti appaiono tutti magri e slanciati, mentre i personaggi obesi ricoprono ruoli negativi o marginali, si osservò inizialmente l’aumento della frequenza di diete.

Nel 1998, dall’intervista di un campione considerevole di ragazze adolescenti (sempre delle Fiji), emerse che il 74% di loro dichiarava di percepire il proprio corpo come “troppo robusto e grasso” e di voler dimagrire, mentre il 15% ricorreva a vomito autoindotto per controllare il peso.

Ancora, sembra che la probabilità di sviluppare un disturbo dell’alimentazione sia più alto tra i soggetti occidentalizzati che non tra quelli nati in Occidente.

Dunque, quanto più si è ancorati alle proprie tradizioni, tanto maggiore è l’impatto con una cultura diversa e tanto più grande il tipo di disagio che può derivarne.

⁵ BBC online network, BBC news, 20 may 1999.

Se ne ricava che il gran valore attribuito alla magrezza sta diventando, grazie alla globalizzazione culturale operata dall'occidente, una preoccupazione universale, facendo sì che la patologia anoressica sia diventata, in qualche modo, il prezzo da pagare per la "civilizzazione" occidentale.

3. La diffusione dell'anoressia in Italia e in altri paesi occidentali

Resta da vedere, a questo punto, quale sia il tasso di diffusione dei disturbi del comportamento alimentare in Italia e in altri paesi dell'occidente e quale siano le misure da loro adottate per combatterli o prevenirli.

Per quanto concerne il territorio italiano, la Commissione Ministeriale su Anoressia e Bulimia Nervosa, costituita con Decreto del Ministro della Sanità il 21 marzo del 1997, ha rilevato che le patologie del comportamento alimentare (anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da alimentazione incontrollata, disturbi del comportamento alimentare non altrimenti specificati) sono in aumento a partire dagli anni '70 del '900.

Nella fascia di donne d'età compresa tra i 12 e 25 anni la percentuale di frequenza per l'anoressia va dallo 0,3 allo 0,5%, per la bulimia dall'1 al 3%, mentre per i disturbi non altrimenti specificati si attestano intorno al 6%.

Inoltre, la mortalità per suicidio o complicanze fisiche nell'anoressia è del 10% a 10 anni dall'esordio e del 20% a 20 anni.

Per far fronte a questa situazione, nel settembre 2000, la Commissione Ministeriale ha presentato al Ministero della Sanità una proposta per la costituzione di una rete d'assistenza organizzata in centri qualificati con ambulatorio, centro diurno e degenza, il cui fine principale è quello di evitare i rischi di cronicità.

Dati statistici simili si riscontrano anche in altri paesi europei come il Regno Unito, in cui l'Eating Disorders Association ha ravvisato nel 2001 la presenza di almeno 60.000 persone con diagnosi di disturbo del comportamento alimentare, ma ritiene possibile che questo numero sia da ampliare a più di un milione di soggetti ammalati. Questa notevole discrepanza sarebbe dovuta soprattutto al fatto che, delle persone con tali problemi, pochissime chiedono effettivamente aiuto.

La grande diffusione di queste patologie ha indotto all'intervento la Commissione Europea che nel 1998 ha finanziato il progetto Global Eating Disorders Approach, mirante a sollecitare l'attenzione dei medici di base e dell'opinione pubblica nei confronti dei disturbi del comportamento alimentare.

Negli Stati Uniti d'America la National Eating Disorders Association stima la percentuale di casi di anoressia compresa tra 0,5 e 3% e quella dei casi di bulimia tra 1,1 e 4,2%.

La preoccupazione derivante da questo stato di cose ha dato il via alla costituzione di diverse organizzazioni, tra cui la National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders nell'Illinois, l'American Anorexia Nervosa Association nel New Jersey e la National Aid Society nell'Ohio.

4. *L'altra faccia della medaglia: il distico anoressia/bulimia*

Intorno alla seconda metà del ventesimo secolo, come evidenziato dallo psichiatra inglese Gerald Russel (1985)⁶, si è verificato un cambiamento nella forma classica dell'anoressia restrittiva, che ha iniziato ad annoverare all'interno del proprio quadro clinico i sintomi bulimici dell'abbuffata e del vomito.

Gli episodi di bulimia (letteralmente "fame da bue") avvengono nel 40-50% dei casi di anoressia e la loro presenza è considerata un fattore negativo in quanto rende le pazienti particolarmente refrattarie al trattamento.

Le anoressiche che sviluppano disturbi bulimici di solito sono malate da molto tempo e si è ipotizzato che l'impulso che porta ad essi sia parte di una risposta compensatoria del corpo alla denutrizione prolungata.

Inoltre le anoressiche bulimiche hanno un peso corporeo maggiore di quelle restrittive, ma presentano disturbi psicologici più seri.

⁶ Russel G. F. M., (1985): The changing nature of anorexia nervosa: an introduction to the conference. *Journal of Psychiatric Research*, 19, pp. 101-109.

Generalmente hanno difficoltà a controllare gli impulsi, quindi abusano di alcool o droghe, sono inclini al furto o adottano atteggiamenti chiaramente autodistruttivi, tra cui si annoverano anche tentativi di suicidio.

Il modello psicologico dell'anoressica bulimica in diversi casi è molto vicino a quel disturbo della personalità che la psichiatria definisce disturbo borderline, al limite tra patologia e normalità.

Il ciclo abbuffata/vomito inizialmente è regolato dalla volontà delle ammalate, che lo adottano come apparente soluzione al problema di mangiare senza ingrassare, ma ben presto determina uno stato di dipendenza da esso non dissimile dalla tossicodipendenza e dall'alcolismo.

In ogni modo, dopo aver acquisito un'importanza sempre più grande nel quadro clinico dell'anoressia, la bulimia con l'andare del tempo è emersa come patologia a sé stante in individui che mantengono il proprio peso intorno a valori normali.

La "bulimia nervosa" (così è definita per la prima volta nel DSM III) colpisce, come l'anoressia, prevalentemente donne ed è anch'essa un disturbo dello sviluppo, sebbene tenda a manifestarsi un po' più tardi, tra i 16 e i 20 anni.

Infatti essa si nutre delle difficoltà dovute alla separazione dalla famiglia e all'ingresso nel mondo degli adulti, che minacciano il senso di identità personale.

Di conseguenza, le bulimiche sviluppano un livello di maturità nei rapporti interpersonali maggiore rispetto alle anoressiche ed, infatti, a differenza di queste ultime, tendono ad essere sessualmente più attive.

In ogni caso il sintomo principale per entrambe le patologie è un interesse ossessivo per cibo, peso e forma corporea.

Secondo il DSM IV, i criteri diagnostici per la bulimia nervosa sono:

Ricorrenti abbuffate, le quali sono caratterizzate da:

Ingestione in un certo periodo di tempo di una quantità di cibo molto maggiore di quella che la maggior parte delle persone riuscirebbe ad ingoiare nelle stesse condizioni;

Sensazione di perdita del controllo durante quest'episodio.

Ricorrenti condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso come vomito autoindotto, abuso di lassativi e diuretici, digiuno o eccessivo esercizio fisico;

Le abbuffate o le condotte compensatorie si devono verificare entrambe almeno due volte a settimana, per tre mesi;

L'autostima è fortemente influenzata da peso e forma corporea;

I disturbi non si presentano esclusivamente nel corso di episodi d'anoressia nervosa.

Il comportamento bulimico può essere assunto da personalità molto differenti e rappresentare: una condotta temporanea di controllo del peso da parte di un soggetto altrimenti "normale" da un punto di vista psichiatrico; una valvola di sfogo utilizzata per scaricare la tensione emotiva, come avviene nell'alcolismo; o infine, un comportamento masochista, adottato da una personalità borderline.

Dunque, le vittime della bulimia sono molto diverse, tuttavia moltissime presentano una caratteristica comune, la personalità "falso sé".

Questa personalità è incarnata tipicamente da una donna giovane, attraente, che miete successi nella scuola e nel lavoro e che si presenta come indipendente.

In realtà, dietro questa facciata di perfezione, si celano problemi identitari e scarsa autostima, che trovano l'unico sfogo nei rituali svolti in cucina e poi in bagno.

Tale scissione identitaria deriva spesso da esperienze dell'infanzia della bulimica, in cui, venendo a mancare figure parentali adeguate, ci si aspettava da lei un atteggiamento "falsamente maturo" che non lasciava spazio all'espressione di sentimenti di dipendenza e ribellione.

Questi bisogni mai soddisfatti riemergono, così, in forma scissa e nascosta agli altri e si esprimono nel ciclo orgia alimentare/vomito.

Nelle famiglie bulimiche, inoltre, sono frequenti depressione, alcolismo, tossicodipendenza, ma anche una superalimentazione adottata in quanto il cibo è investito del potere di ridurre i disagi emotivi.

Non solo, a differenza delle anoressiche, le quali sono in genere molto influenzate dalla madre, queste donne vogliono sfuggire ad un ideale materno (associato alla grassezza) disprezzato in quanto debole e incapace ed ammirano come modello il padre e il potere maschile che questi incarna (associato alla magrezza).

Proprio perché così legate alla figura maschile, le bulimiche si dimostrano estremamente sensibili alle critiche e al rifiuto degli uomini e perciò anche durante la malattia appaiono compiacenti, accondiscendenti e

si conformano agli stereotipi della femminilità proposti dalla cultura e dai mass-media.

Ancora, parlando di bulimia, è d'obbligo sottolineare la sua gran diffusione sociale, in particolar modo nelle università degli Stati Uniti nelle quali è diventata quasi una moda.

Con una ricerca condotta su due associazioni femminili di un college americano, Crandall (1988)⁷ ha rilevato che la bulimia è tanto diffusa tra le studentesse, che a volte lo stesso grado di popolarità dipende proprio da quanto è accentuato questo comportamento.

Inoltre, molte pazienti rivelano di essere state molto condizionate nello sviluppo di questo disturbo da libri e riviste, ma anche da amiche, sorelle, addirittura dalle madri che già ne soffrivano.

Naturalmente bisogna specificare che questa sorta di "apprendimento per imitazione" non può essere annoverato tra le cause della bulimia che, come si è visto, sono ben altre.

Per chiudere questa piccola panoramica sulla dimensione della bulimia nervosa, si ricorda che essa, al pari dell'anoressia, può facilmente diventare cronica, riducendo in questo modo la possibilità di una sua cura e rimozione.

Conclusione

Non si mangia soltanto per sostenersi, mangiare è un'attività carica di simboli e con essa si esprime la relazione che ognuno ha con se stesso e con il mondo.

Perciò, quando non si riescono ad affrontare e superare i momenti critici dell'esistenza (primo fra tutti l'adolescenza), l'alimentazione può non parlare più dei bisogni del corpo, ma di quelli dell'anima.

È quello che accade nell'anoressia, patologia propria di quelle ragazze le quali, cresciute in famiglie che non hanno consentito loro lo sviluppo di una personalità autonoma e indipendente, non possiedono gli stru-

⁷ Crandall C. S., (1988): Social contagion of binge eating. *Journal of personality and Social Psychology*, 55, pp. 589-598.

menti psicologici adatti per far fronte ai cambiamenti fisici e psichici della pubertà.

Esse sperimentano, così, la perdita del controllo della loro vita, cui tentano di porre rimedio attraverso il controllo del cibo, il quale diventa un nemico contro il quale ingaggiare una continua lotta, che a volte le vede vincitrici e rassicurate quanto alla propria capacità di controllo, altre volte le vede sconfitte. Allora il cibo viene ingerito senza necessità, invade il corpo e la mente e l'ultima linea di difesa da esso diventa il vomito.

Le ragazze anoressiche divengono prigioniere di una visione distorta del loro corpo alimentata dalle loro insicurezze, ma anche dai modelli estetici offerti dalla società (es. le top-model).

Non solo, i loro sentimenti d'inadeguatezza e frammentazione identitaria sono acuiti dalle forti richieste socio-culturali che, dagli anni '60 del 1900 in poi, hanno investito il mondo delle donne, chiamate ad essere non solo madri e mogli, ma anche persone di successo, competitive e indipendenti.

Molte di queste ragazze, inoltre, sono confuse riguardo alla loro stessa femminilità.

Vorrebbero essere un uomo per averne il potere, ma, con lo sviluppo fisico della pubertà, questo "sogno" s'infrange, o, ancora, desiderano raggiungere quel controllo della propria sessualità che trova il suo omologo nel controllo dell'appetito e che ottengono attraverso l'eliminazione di qualsiasi attrattiva fisica del loro corpo.

Inizialmente l'anoressia colpiva esclusivamente ragazze dell'occidente industrializzato e benestante, ma, con la progressiva occidentalizzazione dei popoli del Medio ed Estremo Oriente, essa ha assunto un carattere mondializzato.

Anzi, le ragazze orientali esposte a stimoli culturali occidentali hanno dimostrato una maggior predisposizione a sviluppare la sindrome anoressica e gli altri disturbi psicogeni dell'alimentazione.

Tra queste sindromi, molto diffusa tra la popolazione mondiale è la bulimia, anch'essa legata a profondi problemi identitari, che insorgono, però, più tardivamente rispetto all'anoressia, tra i 18-20 anni e caratterizzata da solitarie orge di voracità, seguite, nella maggior parte dei casi da vomito autoindotto.

Resta assodato, in ogni modo, che sia nell'anoressia, sia nella bulimia, il vero problema non è tanto l'alterazione del comportamento alimentare, quanto le difficoltà psicologiche che ne sono alla base. Esse trovano espressione in un disturbo dell'alimentazione, da una parte, perché questo determina, almeno inizialmente, dei riscontri sociali positivi, dall'altra, perché l'ambiente culturale occidentale, considerando la magrezza come un particolare "stato di grazia", "incoraggia", per così dire, ad esprimere le difficoltà psicologiche in questo modo.

Infine, si deve sottolineare che l'anoressia, secondo i criteri diagnostici del DSM IV, è un disturbo proprio del mondo contemporaneo, ma risulta possibile trovarne degli esempi, naturalmente con le dovute differenze, anche andando molto indietro nel tempo.

Difatti, essa affonda le sue radici nel Medioevo cristiano, quando il distacco da ogni bisogno terreno, compreso quello del cibo, entrava a far parte di un tirocinio spirituale e fisico che mirava alla perfezione interiore.

La rinuncia volontaria ed estrema al cibo s'inseriva all'interno di una serie di comportamenti ascetici e diventava un sacrificio indispensabile per incontrare Dio e raggiungere la santità, ma era anche un comportamento parte di una reazione spontanea, sebbene non determinata, all'oppressione esercitata, fin dalla più tenera età, sulle donne dal mondo maschile medioevale. Potremmo dire, in altre parole, che se nel mondo contemporaneo l'avvio di un disturbo anoressico può essere innescato o favorito da un modello sociale di tipo estetico, nel Medio evo tale innesco poteva essere ricondotto ad un modello di tipo etico-religioso, di ascesi e di lotta per il superamento dei propri limiti.

Bibliografia

- A.P.A. – American Psychiatric Association: *DSM IV- Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano, 1994.
- Albisetti V., *La trappola dell'anoressia: perché ci si ammala, come si guarisce*, Paoline, Milano, 1966.
- BBC online network, BBC news, 20th may 1999.
- Bell R., *La santa anoressia: digiuno e misticismo dal Medioevo ad oggi*, Mondadori, Milano, 1992.
- Bruch H., *La gabbia d'oro: l'enigma dell'anoressia mentale*, Feltrinelli, Milano, 1992.
- Castellana F., *L'angoscia di essere niente: l'anoressia mentale*, Melusina Editore, Roma, 1994.
- Costantino F., *La ricerca di un'immagine: l'anoressia mentale*, Liguori Editore, Napoli, 1994.
- Crandall C. S., Social contagion of binge eating, *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 1988.
- Cuzzolaro M., *Anoressie e bulimie. Troppo o troppo poco: un'epidemia dei nostri tempi*, Il Mulino, Bologna, 2004.
- De Clerq F., *Donne invisibili*, Rizzoli, Milano, 1995.
- Fallon R., Rozin P., Sex differences in perception of desirable body shape, *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 1985.
- Garner D. Garfinkel P. E., Schwartz D. et alii, Cultural expectations of thinness in women, *Psychological Reports*, 24, 1980.
- Gordon R. A., *Anoressia e bulimia: anatomia di un'epidemia sociale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1991.
- Lee S., Ho T. P., Hsu L. K. G., Fat and non fat phobic anorexia nervosa: a comparative study of 70 Chinese patients in Honk Kong, *Psychological Medicine*, 23, 1993.
- Mazzucco C., *E fui fatta maschio*, Le Lettere, Firenze, 1989.
- Montecchi F., *Anoressia mentale dell'adolescenza: rilevamento e trattamento medico-psicologico integrato*, Franco Angeli, Milano, 1994.
- Nasser M., Comparative study of the prevalence of abnormal eating attitudes among arab female students of both London and El Cairo, *Psychological Medicine*, 16, 1986.
- Nobakht M., Dezhkam M., An epidemiological study of eating disorders in Iran, *Int. J. Eat. Dis.*, 28, 2000.
- Russel G. F. M., The changing nature of anorexia nervosa: an introduction to the conference, *Journal of Psychiatric Research*, 19, 1985.
- Selvini-Palazzoli M., *L'anoressia mentale*. Feltrinelli, Milano, 1963.

- Silverstein B., Perdue L., The relationship between role concerns, preferences of slimness and symptoms of eating problems among college woman, *Sex roles*, 18, 1988.
- Steiner Adair C., The body politic: normal female adolescent development and the development of eating disorders, *Journal of the Academy of Psychoanalysis*, 14, 1986.
- Testoni I., *Il Dio cannibale: anoressia e culture del corpo in occidente*, UTET, Torino, 2004.