



UNIVERSITÁ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e
Psicologia applicata

Corso di laurea in

SCIENZE SOCIOLOGICHE

I disturbi alimentari e la famiglia.
Un'analisi del cambiamento nelle dinamiche relazionali

Relatore:

Prof. Luca Trappolin

Laureanda:

Anna Fiorin

Matricola 2002084

Anno accademico 2022/23

Indice:

Introduzione.....	4
Capitolo 1.....	6
1.1 Che cosa sono i disturbi del comportamento alimentare.....	7
1.2 L'anoressia nervosa.....	10
1.3 Il BED: il disturbo da alimentazione incontrollata	13
1.4 Bulimia nervosa.....	16
1.5 Confronto tra disturbo da alimentazione incontrollata e la bulimia nervosa.....	18
1.6 La sindrome da alimentazione notturna.....	20
Capitolo 2	21
2.1 L'Influenza dei modelli di cultura dominanti e costruzione sociale dell'immagine corporea.....	22
2.2 La storia dei disturbi alimentari.....	29
2.4 La relazione tra la società e i disturbi del comportamento alimentare.....	30
2.5 L'evoluzione storica e il ruolo sociale del corpo.....	33
Capitolo 3.....	37
3.1 Impatto delle Teorie Sociologiche sull'Istituzione della Famiglia.....	41
3.2 La famiglia: L'analisi della teoria funzionalista, del conflitto e dell'internazionalismo.....	45
3.3 La famiglia e i disturbi alimentari.....	49
3.4 Funzionamento familiare e sociale nei disturbi dell'alimentazione.....	51

3.5 Il Ruolo Fondamentale della Cogenitorialità nel Benessere dei Figli.....	53
3.6 L'influenza familiare.....	54
3.7 Il ruolo della famiglia in terapia e le conseguenze.....	56
3.8 Le dinamiche relazionali.....	60
Capitolo 4.....	61
4.1 La metodologia.....	64
4.2 Considerazioni Etiche.....	68
4.3 Analisi e discussione dei risultati.....	68
4.4 Metodo di analisi..	76
4.5 Possibili sviluppi futuri e limitazioni della mia analisi.....	77
Conclusione.....	78

Introduzione

L'elaborato è stato sviluppato con l'obiettivo di fornire risposte esaustive a tre domande di ricerca fondamentali. In primo luogo, ci siamo concentrati sul ruolo cruciale svolto dalla famiglia nel contesto della riabilitazione alimentare, esaminando come questa istituzione influenzi il percorso di recupero da disturbi alimentari. In secondo luogo, abbiamo indagato sulle dinamiche delle relazioni all'interno delle famiglie di fronte a un disturbo alimentare, esplorando in che modo queste relazioni subiscano cambiamenti significativi. Infine, ci siamo dedicati all'analisi dell'impatto della società, esaminando in che modo essa abbia influito sullo sviluppo e sulla comprensione dei disturbi alimentari. Attraverso questo approccio multidisciplinare e interconnesso, l'elaborato offre un quadro completo per affrontare e comprendere le complesse questioni legate ai disturbi alimentari, con particolare attenzione alla famiglia, alle relazioni familiari e al contesto sociale in cui essi si sviluppano.

Nel corso dell'elaborato, sono stati sviluppati quattro capitoli distinti, ognuno dei quali ha analizzato vari aspetti dei disturbi alimentari. Nel primo capitolo, è stata fornita un'ampia panoramica su questi disturbi, esaminandone lo sviluppo e le cause ed effetti associati.

I disturbi alimentari rappresentano una complessa serie di alterazioni nei comportamenti alimentari e nei pensieri ed emozioni connessi. Questi disturbi, spesso condividendo una predisposizione mentale simile, sono spesso legati a una percezione distorta del proprio corpo, nota come dismorfofobia corporea. Questa distorsione è in parte influenzata dagli ideali sociali relativi al "corpo perfetto" promossi dai media e dai social media. L'immagine corporea, intrinsecamente soggettiva, può svilupparsi in modo positivo o negativo, influenzando il rapporto dell'individuo con il proprio corpo.

Nel secondo capitolo, è stata esaminata la complessa relazione tra immagine corporea, cultura e disturbi del comportamento alimentare. Si è approfondita la pressione per la magrezza, radicata nella cultura occidentale e alimentata dalla pubblicità e dalla connessione tra cibo e sessualità, e come ciò influenzi significativamente la percezione

dell'immagine corporea, coinvolgendo sia le donne che gli uomini. Si è notato come i disturbi alimentari, influenzati da fattori genetici, ambientali e culturali, stiano emergendo come problematiche che coinvolgono sempre più anche i bambini. L'analisi della storia e dell'evoluzione di questi disturbi ha contribuito a una migliore comprensione del ruolo delle dinamiche di potere all'interno delle famiglie e delle società.

Nel terzo capitolo, è stata condotta un'analisi sociologica della famiglia nel contesto della riabilitazione alimentare. La famiglia, vista come un'istituzione universale con sfumature culturali e storiche, è stata oggetto di studio attraverso varie teorie sociologiche, tra cui il funzionalismo, il conflitto e l'interazionismo. Queste teorie evidenziano l'importanza delle funzioni familiari, le disuguaglianze legate alle dinamiche familiari e il ruolo cruciale delle interazioni e delle relazioni familiari in costante evoluzione.

Tali teorie sociologiche, nonostante le loro differenze, mettono in luce l'influenza esercitata dalla famiglia sulla società e viceversa. Ad esempio, il funzionalismo sottolinea il contributo della famiglia alla stabilità sociale, mentre la prospettiva del conflitto evidenzia le disuguaglianze e le questioni di potere. L'interazionismo si concentra sulle dinamiche relazionali all'interno delle famiglie e sui cambiamenti nelle forme familiari moderne.

In sintesi, i disturbi alimentari sono fenomeni complessi, plasmati da una serie di fattori che includono l'immagine corporea, la cultura, la famiglia e le dinamiche di potere. La comprensione approfondita di tali interconnessioni richiede un approccio multidisciplinare, coinvolgendo la psicologia, la sociologia e la salute mentale. Questo approccio interdisciplinare apre nuove prospettive per affrontare in modo efficace ed olistico i disturbi alimentari, sottolineando l'importanza centrale della famiglia all'interno di questo complesso quadro.

Infine, nel capitolo conclusivo, è stata condotta un'analisi comparativa tra la letteratura scientifica esistente e un'intervista svolta con uno psicoterapeuta esperto operante presso l'Istituto Casa delle Farfalle. Quest'ultimo capitolo ha contribuito a illuminare ulteriormente le intricate connessioni tra famiglia, società e disturbi alimentari,

apportando un contributo significativo alla comprensione e all'ottimizzazione dei percorsi di riabilitazione alimentare.

Capitolo 1

“Panoramica sui disturbi alimentari, il loro sviluppo e le loro cause-effetto”

Introduzione:

Nel primo capitolo si sono analizzati i vari disturbi alimentari comprendendo le cause, e il loro sviluppo.

I disturbi alimentari sono condizioni caratterizzate da gravi alterazioni nei comportamenti alimentari e nei pensieri ed emozioni correlati. Queste patologie, sebbene possano manifestarsi in diverse forme, condividono comunemente una predisposizione mentale simile. Le persone affette da disturbi alimentari spesso sperimentano anche la dismorfofobia corporea, una percezione distorta del proprio corpo.

L'immagine corporea è soggettiva, con alcune persone che sviluppano una percezione positiva del proprio corpo e altre una percezione negativa. La dismorfofobia corporea è un fattore di rischio nello sviluppo di disturbi alimentari come l'anoressia o la bulimia nervosa. Infatti, gli standard sociali relativi al "corpo perfetto" influenzano la percezione dell'immagine corporea, con i media, in particolare i social media, che spesso promuovono ideali irrealistici. La consapevolezza di questi messaggi è essenziale per sviluppare una sana relazione con il proprio corpo.

Da aggiungere a ciò, si è preso in analisi quali sono i fattori di rischio per i disturbi alimentari come: l'ereditarietà familiare, la salute mentale precaria e la diffusione tra gli

studenti universitari. La conoscenza di questi fattori è fondamentale per la prevenzione e la cura dei disturbi alimentari.

Infine, abbiamo approfondito i vari disturbi alimentari singolarmente. Innanzitutto, l'anoressia nervosa, ovvero, un complesso disturbo caratterizzato da un basso peso corporeo, una mancanza di consapevolezza della gravità della malattia e una predominanza nelle donne. È associata a una comorbidità psichiatrica elevata e un elevato rischio di suicidio.

Inoltre, il disturbo da alimentazione incontrollata, abbreviato BED, è caratterizzato da episodi di abbuffate e una sensazione di mancanza di controllo durante tali episodi ed è spesso associato all'obesità e può causare angoscia significativa.

Infine, la bulimia nervosa che è caratterizzata da abbuffate seguite da comportamenti di eliminazione, come il vomito o l'uso di lassativi e colpisce principalmente le giovani donne.

In generale, i disturbi alimentari rappresentano una sfida complessa da affrontare e richiedono un'attenzione approfondita da parte di professionisti della salute mentale.

1.1 Che cosa sono i disturbi del comportamento alimentare:

I disturbi alimentari sono condizioni caratterizzate da gravi alterazioni nei comportamenti alimentari e nei pensieri ed emozioni correlati, come indicato dall'American Psychological Association (APA). Questi disturbi, sebbene possano manifestarsi in diverse forme, condividono comunemente una predisposizione mentale simile. Inoltre, è significativo notare che le persone affette da disturbi alimentari spesso sperimentano anche la dismorfofobia corporea, ossia una percezione distorta del proprio corpo.

L'immagine corporea è un concetto soggettivo, con individui che percepiscono il proprio corpo fisico in modi differenti. Alcune persone sviluppano una percezione positiva del proprio corpo, caratterizzata dalla capacità di vederlo in modo chiaro e realistico,

accettandolo per come è. Al contrario, altre possono manifestare un'immagine corporea negativa o distorta, portando a sentimenti di vergogna, ansia e autoconsapevolezza. Questa condizione, nota come dismorfofobia corporea, rappresenta uno dei principali fattori di rischio nello sviluppo di disturbi alimentari come l'anoressia o la bulimia nervosa (Stice, 2012).

L'anoressia restrittiva, la bulimia e il binge eating sono comportamenti che spingono le persone a cercare aiuto in terapia per esprimere il loro desiderio e la necessità di mantenere un peso corporeo estremamente basso. Questi comportamenti sono legati a molteplici atteggiamenti nei confronti del cibo e dell'immagine corporea, coinvolgendo sia l'individuo che la società e la famiglia. Sia la restrizione e il sacrificio del cibo che l'eccesso, la mancanza di controllo e gli episodi di abbuffata seguiti da vomito riflettono il desiderio di apparire magri, di mantenere il controllo, di sentirsi vuoti e leggeri.

Numerose influenze contribuiscono alla percezione dell'immagine corporea di una persona. Gli standard sociali relativi al "corpo perfetto" sono onnipresenti nella società contemporanea, e i mezzi d'intrattenimento e i media spesso promuovono tali ideali. In particolare, i social media possono diffondere messaggi dannosi riguardo a come dovrebbe apparire un corpo ideale e come raggiungerlo. Pertanto, riconoscere e comprendere questi messaggi rappresenta un passo fondamentale per contrastare tali standard e sviluppare una sana relazione con il proprio corpo.

Mantenere la salute richiede una cura appropriata dell'alimentazione. Tuttavia, quando ci fissiamo eccessivamente sul prossimo pasto, consumiamo cibo con l'obiettivo di conformarci a un ideale specifico di forma fisica o permettiamo che la bilancia giudichi se la nostra giornata è stata "buona" o "cattiva", il nostro rapporto con il cibo può diventare complesso e problematico. È essenziale riconoscere che, anche se i disturbi alimentari possono colpire chiunque, ci sono fattori che aumentano la probabilità di svilupparli, come l'ereditarietà familiare, la salute mentale precaria e la diffusione tra gli studenti universitari.

Per quanto riguarda l'ereditarietà familiare, sebbene non sia ancora completamente chiaro se esista una base genetica per l'insorgenza dei disturbi alimentari (ED), le ricerche indicano che il rischio è maggiore se un familiare stretto ha già sperimentato un ED.

Invece, la salute mentale precaria, l'ansia e la depressione sono spesso condizioni di salute mentale che si verificano contemporaneamente ai disturbi alimentari. Gli studi rivelano che le persone con anoressia nervosa, ad esempio, sono più suscettibili a sviluppare un disturbo d'ansia.

La consapevolezza di tali fattori di rischio è fondamentale per la prevenzione e la cura dei disturbi alimentari. Una maggiore conoscenza può contribuire a riconoscere i segnali precoci e a garantire l'assistenza adeguata a chi ne ha bisogno. Inoltre, è importante notare che la prevalenza dei disturbi alimentari sta crescendo tra gli studenti universitari. Un sondaggio condotto nel 2011 nei campus universitari ha rilevato che oltre il 32% delle donne e il 25% degli uomini aveva avuto un disturbo alimentare in qualche momento (NEDA). Questi dati sottolineano l'importanza di affrontare apertamente il tema.

Infine, nel corso degli ultimi decenni, la consapevolezza pubblica e professionale dei disturbi del comportamento alimentare è notevolmente cresciuta, sebbene sia importante notare che tali disturbi sono stati documentati per secoli. Sebbene si tenda comunemente a percepire questi disturbi come un problema che coinvolge principalmente le donne, è interessante notare che il primo caso clinico di anoressia fu identificato in un uomo. Inoltre, i maschi costituiscono circa il 10-15% della popolazione affetta da disturbi alimentari.

La stima della prevalenza specifica di questi disturbi tra gli uomini è complessa e potrebbe essere sottostimata a causa del segreto che spesso li circonda e della percezione erronea che riguardino solo le donne. L'età in cui questi disturbi solitamente si manifestano varia tra i 12 e i 26 anni, con un picco di insorgenza tra i 14 e i 18 anni. Date le probabili prevalenze più alte di disturbi alimentari tra gli uomini e il fatto che l'adolescenza sia il periodo critico per lo sviluppo di tali disturbi, emerge chiaramente l'importanza della formazione e della sensibilizzazione del personale scolastico nella rilevazione precoce di questi disturbi nei ragazzi.

1.2: L'anoressia nervosa

La storia dell'anoressia nervosa ha conosciuto profondi mutamenti nella comprensione delle sue origini. Le spiegazioni di natura psicologica emersero contemporaneamente o poco dopo le prime concezioni mediche distinte nella seconda metà del XIX secolo e dominarono gran parte del XX secolo. A parte un periodo di circa tre decenni successivo al 1914, in cui l'anoressia era spesso vista come una forma di ipopituitarismo, le spiegazioni di natura biologica godettero di scarsa popolarità. Dopo la Seconda Guerra Mondiale, i concetti psicoanalitici cominciarono a svolgere un ruolo chiave nell'esplicare lo sviluppo dei disturbi alimentari, relegando quasi completamente le spiegazioni di natura biologica. Dagli inizi degli anni '60 emersero tre principali approcci per spiegare l'origine dell'anoressia nervosa. Mentre all'inizio di questo periodo la famiglia era vista come un fattore determinante nello sviluppo dell'anoressia nervosa, teorie successive hanno messo in risalto l'influenza di fattori socioculturali, come l'ideale dominante di bellezza e la pressione sulle donne per mantenere una figura snella. Le spiegazioni di natura biologica sono rimaste meno rilevanti fino agli anni '90. Ancora nel 2000, Ward, Tiller, Treasure e Russell notarono che l'attenzione principale è concentrata sugli aspetti socioculturali della malattia. Tuttavia, in quel periodo, sono emerse frequenti richieste di un cambio verso una visione neurobiologica delle cause dell'anoressia nervosa. Attualmente, fattori genetici e metabolici svolgono un ruolo importante, se non preminente, in quasi tutti i modelli etiologici del disturbo alimentare. In alcune pubblicazioni recenti sull'anoressia nervosa, le cause psicosociali sono state completamente escluse.

L'anoressia nervosa (AN) rappresenta un complesso disturbo spesso malinteso. Nel corso degli anni, l'attenzione si è incentrata sui fattori socioculturali e familiari, ostacolando la comprensione delle cause e dei fattori che sostengono questa malattia devastante. L'AN è caratterizzata da un pericoloso basso peso corporeo, mancanza di consapevolezza della gravità della malattia e una predominanza nelle donne. Colpisce dallo 0,9% al 4,0% delle donne negli Stati Uniti ed in Europa. La sua diffusione in Giappone è aumentata

notevolmente in anni recenti, passando dall'0,11% nel 1982 all'0,43% nel 2002 tra le donne. Questo aumento è stato attribuito a fenomeni socioculturali, come l'occidentalizzazione, ma anche a ideali non occidentali, come la modestia e il collettivismo.

L'anoressia nervosa è associata a una comorbidità psichiatrica elevata, a un elevato rischio di suicidio e ha il tasso di mortalità più alto tra tutti i disturbi psichiatrici.

Con l'introduzione del DSM-5, è stata riconosciuta una presentazione di "*anoressia atipica*" in cui un individuo soddisfa tutti i criteri diagnostici per l'anoressia nervosa, tranne il fatto che, nonostante una significativa perdita di peso, il peso dell'individuo è nella norma o superiore.

L'anoressia nervosa è affascinante perché molti dei suoi comportamenti sono controintuitivi e divergono dall'esperienza umana comune. Ad esempio, per la maggior parte delle persone, la fame e la fame stessa sono condizioni profondamente spiacevoli da evitare a tutti i costi. Gli esseri umani cercano di raggiungere un equilibrio energetico, ovvero un consumo di calorie uguale all'energia spesa, e, come dimostra l'epidemia globale di obesità, una crescente parte della popolazione mondiale si trova in uno stato di positivo bilancio energetico, cioè consumano più calorie di quelle che bruciano.

Tuttavia, le persone con anoressia nervosa considerano la fame come qualcosa di rinforzante, rassicurante e talvolta euforizzante, negando spesso segnali di fame tipici, in parte a causa di una ridotta percezione dei segnali del corpo.

Le persone predisposte all'anoressia nervosa tendono a essere ansiose per natura e sperimentano un effetto calmante dalla restrizione alimentare. Ad esempio, gli alimenti ricchi di grassi, generalmente graditi dalla maggior parte delle persone, specialmente se combinati con lo zucchero, risultano sgradevoli per chi soffre di anoressia nervosa. In aggiunta, va notato che l'attività fisica può essere più soddisfacente del consumo alimentare. È comune riscontrare un eccessivo coinvolgimento nell'attività fisica tra gli individui affetti da anoressia nervosa, e questo comportamento è spesso correlato a una minore risposta positiva al trattamento. Un recente studio di associazione a livello di genoma, GWAS, ha rivelato una correlazione genetica positiva tra l'attività fisica misurata

e l'anoressia nervosa, suggerendo che il meccanismo alla base di questa associazione potrebbe essere in parte controllato geneticamente.

Inoltre, le persone con anoressia nervosa spesso sperimentano un periodo ipermetabolico durante il processo di recupero, che può durare per periodi variabili e complicare la riabilitazione. Nonostante una prolungata sott'alimentazione o malnutrizione e la franca cachessia, le persone con anoressia nervosa di solito non mostrano i sintomi tipici di malessere associati ai processi infiammatori presenti in altre malattie somatiche e psichiatriche. Soltanto dopo l'inizio del processo di recupero manifestano sentimenti di malessere. Infine, la perdita di peso dopo il ripristino del peso corporeo terapeutico è comune, poiché i corpi delle persone con anoressia nervosa sembrano essere attratti a ritornare a un peso corporeo ridotto, anche dopo il ripristino del peso. Questi aspetti insoliti dell'anoressia nervosa sottolineano la complessità di questa patologia e la necessità di ulteriori ricerche per comprenderla appieno.

Negli anni '60, la psicoanalista Hilde Bruch ha introdotto nuove prospettive riguardo all'eziologia dell'anoressia nervosa. Queste prospettive sono emerse da osservazioni sul corso clinico del disturbo alimentare e dalle testimonianze dei pazienti. Bruch ha notato che i pazienti anoressici sentivano la necessità di conformarsi ai desideri altrui e avevano difficoltà a fare affidamento "su risorse interiori, idee o decisioni autonome". Durante l'infanzia, i pazienti anoressici tendevano ad avere madri eccessivamente coinvolte e, durante l'adolescenza, iniziavano a seguire diete come mezzo per ottenere autonomia quando si trovavano di fronte alla prospettiva di separazione fisica ed emotiva dalla famiglia.

Mara Selvini-Palazzoli, una psichiatra italiana, ha sottolineato che solo una piccola percentuale delle molte persone a dieta sviluppa l'anoressia e che coloro che sviluppano la malattia sono caratterizzati da una particolare struttura familiare. La sua spiegazione consisteva nel fatto che, nelle famiglie dei pazienti anoressici, i genitori erano insoddisfatti della loro relazione di coppia e il ruolo dei figli diventava estremamente importante. I genitori diventavano genitori ipercompetenti che offrivano consigli e giudizi su ogni aspetto della vita quotidiana dei figli. Durante l'adolescenza, questi giovani respingevano questo tipo di "iper-genitorialità". Le giovani donne che

svilupparono l'anoressia iniziavano a seguire diete per gli stessi motivi di altre persone, ma non riuscivano a smettere:

Tuttavia, non appena la ragazza perdeva una certa quantità di peso, i genitori decretavano che aveva già perso troppo peso e doveva iniziare a nutrirsi. In veste di genitori ipercompetenti, ritenevano essere il loro dovere decidere la forma fisica della figlia e quando e come avrebbe dovuto mangiare. A questo punto, si innescava la spirale che portava al sintomo dell'auto-inedia, poiché l'adolescente aveva inaspettatamente scoperto un modo infallibile per piegare i propri genitori.

Sottolineando la paura di questi pazienti di diventare grassi e brutti, Bruch ha aperto la strada per collegare l'aumento dell'incidenza dell'anoressia nervosa a sviluppi nella società, in particolare alla crescente pressione sulle donne affinché fossero magre. Negli anni '60 e '70, c'è stato un aumento di articoli sulle diete nelle riviste femminili e una diminuzione del peso medio delle Miss America e delle modelle di moda, fenomeni che sembravano spiegare perfettamente l'aumento delle tariffe di incidenza. I disturbi alimentari sono diventati un argomento popolare per gli studi femministi che esaminavano la relazione tra immagine corporea e ruoli di genere

1.3: Il BED: il disturbo da alimentazione incontrollata

Il disturbo da alimentazione incontrollata (BED) è uno dei disturbi dell'alimentazione, insieme all'anoressia nervosa e alla bulimia nervosa (BN). Tuttavia, il BED è classificato sotto la categoria dei "disturbi alimentari non specificati" (EDNOS) perché i pazienti mostrano una significativa psicopatologia legata all'alimentazione, ma non soddisfano completamente i criteri per l'AN o la BN. Il BED è caratterizzato da episodi ricorrenti di abbuffate, definiti come il consumo di una quantità di cibo notevolmente superiore a

quanto la maggior parte delle persone consumerebbe in circostanze simili e durante un periodo simile, spesso accompagnato da una sensazione di perdita di controllo.

Le persone con il disturbo da alimentazione incontrollata tendono a mangiare da sole, spesso per evitare l'imbarazzo legato alla quantità di cibo ingerito. Durante le abbuffate, il cibo viene solitamente ingerito rapidamente senza essere gustato, e le persone possono consumare grandi quantità di cibo anche quando non provano fame fisica. Questi episodi sono seguiti da sensi di disgusto verso sé stessi, depressione e colpa intensa, causando notevole angoscia. Il BED, inoltre, spesso è associato al sovrappeso e all'obesità.

Nel 1991, Spitzer e colleghi hanno proposto di includere il BED nel DSM-IV, poiché molte persone con gravi disturbi legati alle abbuffate non rientravano nei criteri della bulimia nervosa. A differenza della BN, le persone con BED non manifestano comportamenti compensatori come il vomito autoindotto o l'uso eccessivo di lassativi, diuretici, pillole dimagranti, digiuno o esercizio fisico eccessivo. Questi pazienti sono spesso osservati tra gli obesi coinvolti in programmi di controllo del peso.

Nel DSM-IV (1994), il BED è stato introdotto come una categoria diagnostica sotto la designazione di "Disturbo Alimentare Non Altrimenti Specificato". La sua inclusione come disturbo separato nel DSM successivo ha suscitato alcune incertezze.

Alcuni studi hanno suggerito che il BED potrebbe essere una condizione transitoria e instabile, a differenza dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa, che spesso si manifestano come condizioni croniche. La questione di se il BED sia sufficientemente distinto dalla BN e dall'obesità rimane aperta. L'introduzione di nuove diagnosi non ancora consolidate può portare a una banalizzazione del concetto di disturbo mentale, e questo è un aspetto rilevante nel caso del BED, poiché non si vuole patologizzare il comportamento alimentare normale.

I criteri per il disturbo da alimentazione incontrollata comprendono due elementi distinti: innanzitutto, l'atto di consumare, in un lasso di tempo specifico, come ad esempio entro due ore, una quantità di cibo notevolmente superiore a quanto la maggior parte delle persone consumerebbe in circostanze simili; inoltre, vi è la sensazione di mancanza di controllo durante questi episodi di abbuffata, caratterizzata

da un'incapacità di smettere di mangiare o di regolare cosa o quanto si sta consumando. Gli episodi di abbuffata comportano inoltre il consumo molto rapido del cibo, il mangiare fino a sentirsi eccessivamente pieni, la consumazione di grandi quantità di cibo anche in assenza di fame fisica, il fatto di mangiare da soli per evitare la vergogna riguardante l'abbuffata, e il successivo senso di disgusto per se stessi, depressione o colpa intensa. Nonostante il disturbo da alimentazione incontrollata non sia ufficialmente riconosciuto nel DSM-IV, è comunemente considerato come una categoria valida nella pratica clinica quotidiana. Tuttavia, tra gli operatori sanitari, persiste una notevole controversia sulle modalità di gestione e trattamento di questi pazienti. Le cliniche specializzate nei disturbi alimentari hanno iniziato ad accogliere pazienti con BED con qualche esitazione. Questa riluttanza è in parte dovuta al fatto che i pazienti con BED che cercano trattamento in questi servizi sono spesso affetti da obesità. Di conseguenza, presentano una doppia sfida: l'obesità e le abbuffate. Gli specialisti nei disturbi alimentari sono formati per affrontare principalmente i disturbi psichiatrici legati all'alimentazione e spesso lasciano la gestione dell'obesità ad altri professionisti. Tuttavia, nel campo dell'obesità sembra verificarsi l'opposto. Riconoscere il BED nei pazienti che si rivolgono alle cliniche specializzate nell'obesità è un passo importante, poiché ha notevoli implicazioni per il trattamento.

Inoltre bisogna porre un'ulteriore distinzione tra i soggetti con la BED e i soggetti con obesità poiché i pazienti obesi con BED presentano una minore autostima e una maggiore sintomatologia depressiva rispetto alle persone obese senza BED. Inoltre, hanno più spesso dei disturbi psichiatrici concomitanti, soprattutto disturbi dell'umore e disturbi della personalità (*de Zwaan & Mitchell, 1992; Mitchell & Mussell, 1995; Yanovski et al., 1993; Kuehnel & Wadden, 1994; Striegel-Moore, Wilson, Wilfley, Elder, & Brownell, 1998; Telch et al., 1998*).

Le persone con BED sono più propense a segnalare una mancanza di controllo nell'alimentazione, preoccupazioni eccessive riguardo alla forma e alla magrezza, e difficoltà nell'interpretare le sensazioni legate alla fame e alla sazietà (*Marcus et al., 1990; Kuehnel et al., 1994*). Inoltre, i soggetti con BED tendono a sperimentare emozioni

negative in risposta alla percezione di giudizi altrui relativi al loro comportamento legato al peso (*Eldredge & Agras, 1997*).

Questi soggetti sono più inclini rispetto alle persone obese senza BED a diventare sovrappeso in giovane età, a iniziare diete a una giovane età e a passare più tempo in tentativi infruttuosi di perdere peso (*de Zwaan et al., 1994; Kuehnel et al., 1994; Grissett & Fitzgibbon, 1996; Howard et al., 1999*). Inoltre, i pazienti obesi con BED percepiscono se stessi come più sovrappeso e grassi rispetto a soggetti non affetti da BED con un peso comparabile (*Mussell et al., 1996a*). D'altra parte, alcuni studi (*Masheb & Grilo, 2001*) hanno mostrato che le persone con BED sono precise nella valutazione del proprio peso e c'è persino una tendenza a sottostimare il proprio peso reale.

Due studi hanno registrato l'apporto alimentare in un ambiente di laboratorio (*Goldfein, Walsh, LaChaussee, & Kissileff, 1993; Yanovski et al., 1992*). I soggetti con BED e obesità hanno consumato più calorie rispetto a quelli con obesità da sola. Inoltre, l'apporto calorico registrato nei giorni in cui non avevano abbuffate era maggiore nei soggetti con BED rispetto a quelli senza il disturbo. In particolare, i soggetti con BED consumavano più dolci e snack, contenenti più grassi e meno proteine, rispetto ai soggetti di controllo obesi. L'apporto calorico totale era maggiore e la durata degli episodi alimentari era più lunga nei soggetti con BED.

Da notare che sia per i soggetti con che senza BED, l'apporto calorico sembra aumentare con il grado di obesità (*Mitchell, Crow, Peterson, Wonderlich, & Crosby, 1998; Telch et al., 1994a*). La gravità della psicopatologia sembra essere correlata al livello di abbuffate e non al livello di obesità (*Hay et al., 1998*). Inoltre, i pazienti obesi con BED sembrano essere significativamente più anziani dei pazienti con BED dal peso normale, suggerendo che le abbuffate potrebbero rappresentare un fattore di rischio per l'aumento di peso o l'obesità (*Masheb & Grilo, 2000*).

1.4 Bulimia nervosa

La bulimia nervosa, così come il suo stretto parente l'anoressia nervosa, è un disturbo alimentare ampiamente diffuso nelle nazioni industrializzate dell'Occidente, ma è raro nel resto del mondo. Il termine bulimia nervosa è stato originariamente introdotto in psichiatria per descrivere determinati sintomi, complicazioni e comportamenti osservati in pazienti con anoressia nervosa grave o cronica. In effetti, la relazione tra le due condizioni è tale che i disturbi possono coesistere, sovrapporsi o trasformarsi l'uno nell'altro nel corso del tempo. La bulimia nervosa è anche conosciuta con vari nomi, tra cui *“sindrome da abbuffata e vomito”*, *“bulimarexia”* e *“sindrome del caos alimentare”*. Nonostante non fosse riconosciuta come una sindrome clinica distinta fino agli anni '40, è emersa come un serio problema mentale negli Stati Uniti.

Dal punto di vista demografico, la BN mostra una predilezione per le giovani donne bianche urbane, di classe sociale medio-alta, di età compresa tra la metà e la fine dell'adolescenza. Le stime sulla sua prevalenza variano a seconda dei criteri utilizzati per la diagnosi. In alcuni casi è stata riportata come colpisce fino al 15% - 20% delle adolescenti negli Stati Uniti; tuttavia, quando vengono applicati criteri più rigorosi, la percentuale si attesta tra l'1% e il 4% di quella popolazione.

Dal punto di vista clinico, il disturbo è caratterizzato da diversi elementi:

1. Un'ansiosa preoccupazione per il consumo di cibo e i suoi effetti sulla forma del corpo, conformemente ai canoni dominanti di bellezza.
2. Un modello ricorrente di ingestione di grandi quantità di cibi ad alto contenuto calorico, spesso consumati in brevi periodi di tempo.
3. La percezione che l'abbuffata di cibo non sia controllabile volontariamente.
4. Tentativi drastici di impedire l'assorbimento di ciò che è stato ingerito, mediante il ricorso al vomito o all'uso di lassativi.

L'abbuffata non è una risposta alla fame, ma è preceduta da ansia, tensione o sensazioni di tristezza. Quando sorge l'impulso a mangiare, la persona affetta da bulimia può

cercare disperatamente di resistere all'abbuffata, masticando il cibo laboriosamente o cercando di sputarlo, ma presto il cibo viene comunque ingerito freneticamente. Sebbene il cibo possa portare un temporaneo sollievo dai sentimenti negativi, segue poi un senso di colpa e auto-deprecazione, che rende imperativa l'eliminazione di ciò che è stato consumato attraverso il vomito o l'uso di lassativi. Questo comportamento può essere seguito da una breve sensazione di sollievo, che talvolta può addirittura sfociare in uno stato di lieve euforia.

Nonostante le persone con bulimia siano spesso in grado di mantenere il loro peso all'interno dei limiti delle norme statistiche, tendono a percepirsi come se avessero fallito nel soddisfare le proprie aspettative e quelle degli altri. Sono spesso associate a un adattamento psicosociale carente, scarsa autodisciplina, notevole dipendenza dagli altri e difficoltà legate ai ruoli di genere. La depressione è comune tra coloro che ne soffrono, con stime sulla sua prevalenza che variano dal 35% al 78%.

1.5 Confronto tra disturbo da alimentazione incontrollata e la bulimia nervosa

I criteri per il BED derivano dai criteri per la bulimia nervosa. La maggior parte degli studi che confrontano il BED e la BN utilizzano i criteri per la BN nel DSM-III-R, che non fa distinzione tra i sottotipi purganti e non purganti della BN. Il DSM-IV fa una distinzione tra questi sottotipi. Le bulimiche purganti ricorrono al vomito autoindotto, all'abuso di lassativi, diuretici o clisteri per compensare l'abbuffata. Le bulimiche non-purganti utilizzano comportamenti compensatori inappropriati come il digiuno o l'esercizio eccessivo. Diversi studi hanno confrontato i pazienti con BED con le bulimiche purganti (Marcus, Smith, Santelli, & Kaye, 1992; Kirkley, Kolotkin, Hernandez, & Gallagher, 1992; Fichter, Quadflieg, & Brandl, 1993; Raymond, Mussell, Mitchell, & de Zwaan, 1995; Tobin, Griffing, & Griffing, 1997; Mitchell et al., 1999; LaChaussee, Kissileff, Walsh, & Hadigan, 1992; Goldfein et al., 1993; Mussell et al., 1995), e alcuni studi hanno confrontato i pazienti con BED con quelli con BN non purganti (Tobin et al., 1997; Hay et al., 1998;

Santonastaso, Ferrara, & Favaro, 1999). Per interpretare correttamente i risultati di questi studi, è importante sapere quale versione del DSM è stata utilizzata.

Rispetto ai soggetti con BN (DSM-III-R), i soggetti con BED sembrano essere meno ansiosi riguardo ai loro schemi alimentari e al peso corporeo, si sentono meno colpevoli di essere in sovrappeso, sono meno preoccupati per il loro comportamento alimentare, hanno una migliore opinione generale di sé stessi, riescono a percepire in modo più accurato i propri stati interni, sono più integrati socialmente e si sentono più a loro agio nel mantenere relazioni interpersonali (*Raymond et al., 1995*). I pazienti con BED mostrano livelli più bassi di restrizione alimentare rispetto ai pazienti con BN (*Masheb et al., 2000*). I pazienti con BED sembrano manifestare meno sintomi psichiatrici concomitanti rispetto ai pazienti con BN purganti o non purganti (DSM-IV) (*Tobin et al., 1997*). Tuttavia, *Marcus et al. (1992)* hanno scoperto che le donne obese in trattamento per le abbuffate riportavano livelli di psicopatologia alimentare comparabili a quelli dei pazienti con BN dal peso normale (DSM-III-R). Le bulimiche non purganti e i soggetti con BED non sembrano differire per caratteristiche cliniche e psicologiche, come i sintomi psichiatrici, la frequenza delle abbuffate, e i tratti di impulsività. Tuttavia, in molte delle variabili, il gruppo BED ha mostrato una varianza significativamente maggiore (*Santonastaso et al., 1999*).

L'apporto calorico durante un episodio di abbuffata sembra essere diverso nella BN (DSM-III-R) e nel BED. In un ambiente di laboratorio, ai soggetti è stato chiesto di fare abbuffata di gelato. I soggetti con BN (DSM-III-R) hanno consumato quattro volte di più rispetto ai controlli sani con peso normale (*LaChaussee et al., 1992*). Lo stesso gruppo di ricerca ha riferito che i soggetti con BED hanno consumato solo la metà del gelato consumato dai soggetti con BN (*Goldfein et al., 1993*). Uno studio ha confrontato la qualità e la quantità delle abbuffate riportate da individui con BED e BN (*Fitzgibbon & Blackman, 2000*). Le abbuffate dei soggetti con BN erano più ricche di carboidrati e zuccheri rispetto a quelle dei soggetti con BED. Non è stata osservata differenza nella media delle calorie consumate.

Studi che hanno confrontato BED, BN e l'obesità (*Fichter et al., 1993; Kirkley et al., 1992; Howard et al., 1999*) indicano che i soggetti con BED mostrano livelli di psicopatologia

che si collocano in qualche punto tra i livelli elevati riportati dai soggetti con BN e i livelli bassi riportati dai soggetti obesi senza abbuffate. Tuttavia, le caratteristiche dei soggetti con BED sembrano assomigliare di più a quelle dei soggetti con BN che a quelle dei soggetti obesi.

È stato anche suggerito che i disturbi alimentari bulimici esistano su un continuum di gravità clinica, che inizia con la bulimia nervosa di tipo purgante, più grave, passa per la bulimia nervosa di tipo non purgante, gravità intermedia, e termina con il disturbo da alimentazione incontrollata, meno grave, (*Hay et al., 1998*).

1.6: La sindrome da alimentazione notturna

Negli ultimi anni, l'interesse verso l'associazione tra disturbi alimentari e obesità ha conosciuto un rinnovato vigore. Questo interesse affonda le radici nel passato, quando si credeva che l'obesità fosse una diretta conseguenza di comportamenti alimentari disordinati. La teoria sosteneva che le persone diventavano obese semplicemente perché mangiavano troppo, il che sembrava una chiara dimostrazione di un rapporto fra cattivo rapporto con il cibo e obesità. Questa visione eccessivamente semplificata non è più sostenuta dalla comunità scientifica. Di conseguenza, per un certo periodo, si è prestata scarsa attenzione alla possibilità che i comportamenti alimentari disordinati potessero contribuire all'obesità. Tuttavia, la situazione sta mutando, e ora due disturbi alimentari sono stati associati all'obesità. Il primo è il disturbo da abbuffata, mentre il secondo è la sindrome da alimentazione notturna.

La sindrome da alimentazione notturna è stata identificata per la prima volta dall'autore nel 1955 come un quadro clinico caratterizzato da tre componenti principali: anoressia al mattino, iperfagia serale o notturna che avviene in piena coscienza e insonnia. Gli studi clinici hanno rivelato che questa sindrome si verificava in modo più frequente tra le persone obese, durante periodi di stress nella vita e rispondeva a una riduzione dello

stress. In altre parole, sembrava essere una risposta circadiana particolare allo stress propria di alcune persone obese.

Studi basati su questi criteri stimano che la sindrome da alimentazione notturna colpisca circa l'1,5% della popolazione generale, ma la sua prevalenza aumenta in modo significativo all'aumentare del peso corporeo. Si passa dal 10% tra le persone che cercano trattamenti per l'obesità fino a raggiungere addirittura il 25% tra i pazienti che ricorrono a interventi chirurgici per l'obesità. Tra le persone che si identificano come soggetti con disturbo da abbuffata, il disturbo da abbuffata è leggermente più diffuso (20%) rispetto alla sindrome da alimentazione notturna (15%). La sindrome da alimentazione notturna colpisce circa il 5% di coloro che cercano trattamenti per l'insonnia anche se vi sono altri disturbi alimentari correlati al sonno in cui i pazienti mangiano parzialmente o completamente in stato di incoscienza.

CAPITOLO 2

"Corpo, Cultura e Disturbi Alimentari"

Introduzione:

Nel secondo capitolo si analizza in dettaglio il rapporto complesso tra immagine corporea, cultura e disturbi del comportamento alimentare. Esplora come il culto della magrezza abbia radici storiche, evidenziando l'importanza sociale dell'immagine corporea, con una pressione per la magrezza che ha radici profonde nella cultura occidentale. Questa pressione è alimentata dalla pubblicità e dalla connessione tra cibo e sesso, con impatti sia sulle donne che sugli uomini.

Proseguendo, si va ad evidenziare come i disturbi del comportamento alimentare siano complessi, influenzati da fattori genetici, ambientali e culturali, e come l'anoressia nervosa stia diventando più comune tra i bambini. Si riflette sull'evoluzione storica di questi disturbi e sulle dinamiche di potere, sia a livello familiare che sociale, che li circondano.

Inoltre, si discute delle disuguaglianze sociali e di classe in relazione alla salute mentale, con un focus sulle differenze tra uomini e donne e l'importanza delle relazioni sociali. Infine, si sottolinea l'iper-normalizzazione dei criteri sociali del corpo femminile desiderabile come spiegazione dominante per l'anoressia, mentre la bulimia è vista come una risposta patologica alle tensioni della vita.

In conclusione, si offre una prospettiva interdisciplinare e critica su questi temi, collegando storia, cultura, salute mentale e dinamiche di potere, per una comprensione più approfondita dei disturbi alimentari.

2.1 L'Influenza dei modelli di cultura dominanti e costruzione sociale dell'immagine corporea

Ogni volta che sfogliamo un giornale, notiamo immagini di donne magre, emaciate, spesso giovani e dall'aspetto triste, con uno sguardo vuoto. Indossano modelli di vestiti che sembrano appoggiarsi su corpi privi di sostanza, quasi come se fossero uno strano spettro o una proiezione dell'ideale di qualcun altro, anziché essere sé stesse. Questo concetto dell'importanza del corpo snodato ha inizio alla fine dell'Ottocento, quando le riviste di moda iniziano a mettere l'accento su gambe e fianchi. Tuttavia, la celebrazione ossessiva del "magro è bello" prende piede con l'avvento della famosa modella Twiggy negli anni '65-'68, nota per la sua magrezza estrema e lunghe gambe che la facevano sembrare un insetto.

Con l'introduzione della minigonna di Mary Quant, si assiste a una svolta storica nella moda, con le donne che iniziano a esibire le loro gambe, simbolo di libertà ma anche di provocazione. Nel 2006, il ministro dello sport e dei giovani, Giovanna Melandri, ispirandosi al governo spagnolo, chiede che in passerella non sfilino donne con taglia 38, giudicandole troppo magre e fonte di "cattivo esempio" per i giovani. Sono passati 40 anni, durante i quali si è costruito un modello estetico e sociale che risulterà estremamente difficile da smantellare, poiché si è radicato profondamente in un'immagine condivisa cui si sono conformati anche i gusti individuali. L'ossessione di essere magri è divenuta una necessità per adeguarsi a un'immagine che ci permette di sentirsi socialmente accettati.

Il corpo, più di essere semplicemente una struttura biologica, è un concetto antropologico e culturale che gioca un ruolo cruciale nelle nostre vite, non è solo un oggetto sociale, ma

anche uno strumento attraverso cui interpretiamo il mondo circostante, un veicolo di esperienze epistemologiche che rispondono a norme culturali e sociali. La conoscenza stessa è incarnata e vissuta attraverso il corpo, che svolge un ruolo fondamentale nell'identificare chi siamo. Tuttavia, c'è anche una tendenza a cercare di superare i limiti del corpo, poiché raramente siamo soddisfatti della nostra immagine corporea. In alcuni casi, come nell'anoressia, si cerca una sorta di "libertà" dal corpo stesso, ma questo tentativo può portare alla morte.

Inoltre, la diffusione diffusa di pubblicità che promuovono diete e farmaci dimagranti e la connessione tra cibo e sesso che spesso emerge da tali messaggi pubblicitari contribuiscono a influenzare la nostra percezione del corpo e dell'immagine corporea.

Negli ultimi dieci anni, abbiamo iniziato a vedere anche ragazzi in terapia per anoressia, suggerendo un cambiamento significativo rispetto al passato. In precedenza, le questioni legate all'immagine corporea erano principalmente associate alle donne, mentre gli uomini erano più liberi da queste pressioni. Tuttavia, recentemente, anche gli uomini sono stati coinvolti in questo mercato, e l'aspetto fisico è diventato un elemento fondamentale per entrambi i sessi. Questo spostamento ha portato a una convergenza delle rappresentazioni di mascolinità e femminilità nell'Occidente, differenziandosi da pratiche culturali precedenti che delineavano ruoli di genere distinti.

In Occidente, l'anoressia è strettamente correlata all'opulenza e all'eccessiva abbondanza di beni promossa dalla società consumista. Non sorprendentemente, la sua diffusione è avvenuta in un periodo successivo alle due guerre mondiali, in concomitanza con l'aumento del benessere economico. L'anoressia, come affermato da Barbetta (2005), può essere vista come una manifestazione paradossale dell'aspetto puritano presente nella mentalità economica dominante. Le persone che soffrono di anoressia, in realtà, sfidano il sistema attraverso il loro comportamento iperattivo, anziché aderirvi.

L'emergere di sintomi legati all'alimentazione sembra essere strettamente legato alla ricchezza di una nazione, all'abbondanza di cibo e allo status sociale. In società in cui l'offerta di cibo è abbondante, l'anoressia può diventare più prevalente. Tuttavia, in culture in cui il cibo storicamente è stato scarso, il peso corporeo è stato spesso associato a segni di distinzione e bellezza, come nei paesi arabi, dove l'idea di "grasso è bello" è comune.

In paesi come il Vietnam, dove la fame è stata una realtà diffusa per lungo tempo, l'anoressia è in aumento tra le figlie dell'élite sociale. Lo stesso fenomeno è evidente in India, Corea e in altre parti dell'Estremo Oriente. L'occidentalizzazione ha avuto un tale impatto che alcuni esperti, come Gordon (1990), hanno suggerito di considerare i disturbi alimentari come sindromi etniche, influenzate dai valori e dalle caratteristiche della cultura occidentale.

In aggiunta, nella seconda metà del XX secolo, nei paesi dell'emisfero occidentale, l'ascesa dei Disturbi del Comportamento Alimentare ha portato a una trasformazione della percezione di cibo e corpo, rendendoli nemici per milioni di giovani. Questo cambiamento non è solamente legato all'insorgere di patologie, ma è profondamente connesso alla complessa costruzione dell'identità nei giovani di questa epoca.

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) rappresentano oggi un vero e proprio problema sociale su vasta scala, come indicato da Gordon (1990), e sembra che la loro diffusione non conosca limiti. In Italia, due milioni di giovani soffrono di questi disturbi, e decine di milioni di giovani in tutto il mondo si ammalano ogni anno. *“Tra le ragazze adolescenti, 10 su 100 affrontano qualche forma di disturbo legato all'alimentazione, tra cui 1-2 sviluppano le forme più gravi come l'Anoressia e la Bulimia, mentre le altre manifestano sintomi clinici temporanei o incompleti”* (Ministero della Sanità 1998: III; 1, 2, 3: 9-20). Il fenomeno, a causa delle diverse manifestazioni che assume, sembra acquistare i connotati di un'epidemia.

L'incidenza dei DCA, insieme ai numeri impressionanti che osserviamo quotidianamente, ci ha costretto a rivedere molte delle nostre concezioni sull'origine e l'evoluzione di questi disturbi (Dalla Ragione 2006). L'insorgenza e il decorso dei DCA sono influenzati da una serie di variabili che agiscono in modo sinergico, nessuna delle quali, da sola, è in grado di scatenare la malattia o influenzarne il corso e l'esito. Fattori come la vulnerabilità genetica, l'ambiente familiare, le esperienze traumatiche, il perfezionismo, l'autostima, la regolazione delle emozioni, l'ascetismo e le paure legate alla maturità psicologica possono precedere l'insorgenza dei DCA. Inoltre, i fattori socio-culturali, in particolare il culto della magrezza nell'attuale cultura, svolgono un ruolo significativo nel promuovere lo sviluppo di questi disturbi.

Ogni epoca ha la sua malattia rappresentativa, e i Disturbi del Comportamento Alimentare sembrano rispecchiare in modo straordinario la nostra epoca, poiché sono intrinsecamente legati all'immagine corporea, al significato del cibo e all'ossessione per l'apparenza. Tuttavia, è importante distinguere gli effetti patoplastici della cultura, che modellano la forma dei sintomi, dai processi patogenetici che causano le malattie. L'attenzione eccessiva all'immagine corporea e al culto della magrezza non sono la causa diretta dei disturbi alimentari, ma sembrano indicare la via attraverso cui un malessere più profondo e strutturale cerca di esprimersi e trovare una soluzione.

La forma che assume una patologia può variare nel corso del tempo, e l'evoluzione del disagio psichico e delle malattie mentali è un processo puntiforme e non lineare. Questo ci fa pensare a una sequenza di eventi catastrofici e trasformazioni significative. Ad esempio, l'isteria è scomparsa improvvisamente nel XX secolo, lasciando spazio ad altre forme di sofferenza mentale, come la depressione e i disturbi del comportamento alimentare. La patoplasticità è un concetto chiave in questo contesto, in quanto i disturbi psichici sono adattabili e flessibili rispetto ai contesti storici in cui si manifestano. Un esempio recente esplicativo di ciò è l'aumento dei casi di DCA durante e post periodo COVID-19; come riporta il quotidiano "Il Sole 24 ore", nella sezione Sanità24, c'è stato un aumento del 36% di casi e il 48% di ricoveri, così definito, dal giornale, un "*effetto domino*".

Fino a tempi relativamente recenti, e nonostante ci fossero evidenze contrarie, c'era incertezza riguardo all'insorgenza dell'"anoressia nervosa vera" nell'infanzia. Questa incertezza poteva derivare in parte dalla difficoltà nell'applicazione dei criteri diagnostici comunemente accettati per l'anoressia nervosa. Ad esempio, il criterio D del DSM-IV richiedeva "l'assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi" come parte della diagnosi. Tuttavia, in ragazze più giovani, questa assenza di mestruazioni non poteva essere considerata patologica, poiché molte non avevano ancora iniziato il ciclo mestruale. Inoltre, era difficile stabilire se in queste giovani ragazze le mestruazioni "sarebbero altrimenti avvenute. Sebbene la classificazione ICD-10 riconoscesse l'esistenza

dell'anoressia nervosa prepuberale e i criteri diagnostici contenessero alcune disposizioni in tal senso, questi criteri non tenevano comunque conto dei bambini che erano ancora lontani dallo sviluppo puberale e dalla crescita. L'anoressia nervosa insorta nell'infanzia esiste ed è una condizione potenzialmente grave con esiti spesso negativi. La prevalenza dell'anoressia nervosa insorta nell'infanzia non è ben definita, ma sembra essere inferiore rispetto a quella riscontrata negli adolescenti più grandi e nei giovani adulti. Tuttavia, nel corso degli anni, il numero di pazienti pediatriche che giungono alle cliniche è gradualmente aumentato, senza segni di diminuzione. Sembrerebbe quindi che l'anoressia nervosa stia effettivamente diventando più comune in questa fascia d'età. Mentre negli adulti affetti da anoressia nervosa si stima che gli uomini rappresentino solo il 5-10% dei casi, nei bambini è stato riportato che i ragazzi costituiscano tra il 20% e il 25% dei pazienti. Le informazioni epidemiologiche limitate relative ai giovani suggeriscono che il rapporto tra i sessi potrebbe effettivamente essere diverso, ma questa scoperta provvisoria richiede ulteriori ricerche. I segni di presentazione comuni nell'anoressia nervosa insorta in età infantile includono la perdita di peso, il rifiuto del cibo determinato, una preoccupazione eccessiva per il peso e le calorie, la paura di ingrassare, l'eccessiva attività fisica, il vomito autoindotto e l'abuso di lassativi. Inoltre, sono spesso presenti caratteristiche ossessivo-compulsive, tra cui una notevole coscienziosità nel lavoro scolastico, ansia e depressione. Al momento della prima visita in clinica, molti bambini riferiscono sintomi fisici come nausea, dolori addominali, senso di sazietà o difficoltà a deglutire. Raramente si riscontra una causa fisica per questi sintomi al di là dell'inevitabile malnutrizione. Dal punto di vista premorbido, i bambini con anoressia nervosa sono spesso descritti come perfezionisti, coscienziosi, laboriosi, gradevoli e "senza problemi", fino all'insorgenza del problema alimentare. Problemi alimentari precoci e l'obesità infantile non fanno generalmente parte delle loro storie, e solo pochi di loro hanno avuto precedenti disturbi psichiatrici. Sebbene la perdita di peso non sia un requisito diagnostico essenziale in questa fascia d'età, un peso stabile durante un periodo di crescita è equivalente a una perdita di peso, tutti i bambini che abbiamo trattato avevano effettivamente perso quantità significative di peso. La perdita di peso nei bambini può essere rapida e drammatica, e molti giungono nelle cliniche in uno stato di estrema magrezza. La disidratazione è un altro problema comune e potenzialmente pericoloso. Altri cambiamenti fisici includono la comparsa di peli lanuginosi, ipotensione,

bradicardia, cattiva circolazione periferica con macchie cutanee, estremità fredde e una crescita ritardata o arrestata.

Il rifiuto determinato del cibo è sempre presente, anche se spesso nascosto da parte dei bambini. Questi ultimi riescono a nascondere il rifiuto del cibo mangiando separatamente dalla famiglia o fingendo di mangiare mentre si sbarazzano furtivamente del cibo. C'è di solito una preoccupazione eccessiva per il peso e l'apporto energetico. Esiste una differenza interessante tra i sessi: le ragazze tendono a dire di essere a dieta per dimagrire per ragioni estetiche, mentre i ragazzi spesso danno come spiegazione la salute e la forma fisica. La paura di ingrassare è spesso nascosta o negata, anche se emerge frequentemente durante il trattamento. L'esercizio fisico è un mezzo popolare di controllo del peso tra questi pazienti. Le attività sportive come la corsa e il nuoto sono comunemente utilizzate come un mezzo socialmente accettabile per controllare il peso. Quando vengono poste restrizioni su tali attività, i bambini spesso ricorrono a salire le scale e fare flessioni. Non è raro che alcuni bambini facciano diverse centinaia di flessioni al giorno. L'autoinduzione del vomito e l'abuso di lassativi e diuretici sono meno comuni che negli adulti, ma comunque si verificano in una minoranza significativa di bambini. Quasi invariabilmente, vengono effettuati segretamente, e la loro incidenza potrebbe quindi essere sottovalutata. Alcuni bambini soffrono di sanguinamenti esofagei dovuti al vomito ripetuto. Le indagini possono rivelare diverse anomalie. L'ecografia mostra una regressione uterina e ovarica a uno stato infantile e steatosi epatica. Le indagini ossee comunemente dimostrano una osteopenia e talvolta osteoporosi. L'età ossea può essere ritardata. Le indagini biochimiche spesso rivelano carenze vitaminiche e minerali, in particolare l'ipocalcemia, carenza di potassio. Le anomalie dell'elettrocardiogramma (ECG) accompagnano comunemente una perdita di peso significativa, e le scansioni cerebrali possono mostrare una riduzione del flusso sanguigno cerebrale regionale nel sistema limbico.

2.2 La storia dei disturbi alimentari.

In ogni periodo storico, i disturbi mentali di rilevanza epidemiologica o di particolare drammaticità possono mettere in luce aspetti specifici della natura umana, sottolineando le paure e i conflitti dell'epoca in cui si verificano. Ad esempio, i disturbi del comportamento alimentare sono strettamente legati al contesto culturale e possono essere visti come fenomeni che emergono e scompaiono nella storia della medicina, fino all'attuale epidemia.

Nel 1800, l'isteria era il disturbo mentale con manifestazioni corporee intense che attirava l'attenzione dei neurologi e dei psichiatri. Tuttavia, solo nel XX secolo, un altro disturbo psichico oscuro inizia a diffondersi rapidamente nella società, noto ad alcuni specialisti già nel secolo precedente ma sconosciuto alla maggior parte degli studiosi: il disturbo del comportamento alimentare.

Il primo caso di anoressia mentale documentato nella letteratura medica risale al 1686, quando il medico Richard Norton descrisse il rifiuto volontario del cibo da parte di una giovane donna che si stava affamando fino a quasi morire. Questa descrizione corrisponderebbe a quanto oggi verrebbe diagnosticato come Anoressia Nervosa.

Tuttavia, nel corso dei secoli, questa sindrome è stata descritta con diverse etichette, tra cui melancolia, ipocondria, isteria e persino definizioni strane come "*malattia inglese a vapori*." Nel 1870, a Londra, William Gull e Charles Laségue la denominarono come "*Anoressia Nervosa*", definendone i sintomi principali, tra cui il rifiuto volontario del cibo, la grave perdita di peso, l'amenorrea e l'iperattività. Molti dei sintomi presenti nei casi odierni possono essere ricondotti alle storie antiche, con l'eccezione della paura morbosa di ingrassare e dei disturbi dell'immagine corporea.

L'ossessione per il peso e l'aspetto del corpo si associa oggi alla tendenza all'eccesso alimentare, che ha affiancato l'umanità sin dalle sue origini. Questo ha portato alla definizione di una nuova sindrome, la Bulimia Nervosa, che rappresenta ora il 70% dei casi di Disturbo Alimentare.

L'anoressia ascetica e perfezionista degli anni '80 è oggi meno comune, sostituita dalla bulimia multi-compulsiva, un disturbo più grave e difficile da trattare. Questa forma di

bulimia coinvolge non solo il cibo ma anche altri aspetti della vita, come l'uso di sostanze, l'alcolismo, la cleptomania, i disturbi della condotta sessuale e l'autolesionismo.

Nella Bulimia multi-compulsiva, l'ideazione sul cibo e sul corpo continua ad essere centrale. Tuttavia, si sviluppa anche un'incertezza identitaria che si configura come una crisi dell'io. Questo disturbo non riguarda solo il cibo o il controllo del corpo, ma mina profondamente l'identità del paziente.

In parole del filosofo e psicoanalista Zizek, *"questa intrusione priva di senso rovescia tutto e non c'è più niente da fare, poiché è solo in questo sintomo che il soggetto incontra la densità dell'essere."* La falla nell' Io viene cercata e tamponata inutilmente attraverso vari mezzi (cibo, alcol, sostanze, autolesionismo, shopping compulsivo, cleptomania) poiché la vera posta in gioco è la possibilità di evitare la dissoluzione del sé.

2.3 I rapporti di potere all'interno dei disturbi alimentari

Minuchin (1978) ha definito l'anoressia come una malattia psicosomatica strettamente influenzata dalle dinamiche familiari. Questo concetto ha preso forma alla fine degli anni '60, quando il ruolo delle donne e i rapporti tra i sessi stavano subendo profondi cambiamenti nella società. La moda stessa rifletteva questi cambiamenti, passando da un'epoca in cui le donne modellavano il loro corpo in modo seducente con seni prominenti e fianchi accentuati a una successiva fase in cui le gonne si accorciavano e il corpo veniva sempre più esposto, diventando oggetto di pubblica attenzione. Le donne acquisivano apparentemente uno status paritario con gli uomini e si vedevano attribuire un ruolo complesso e polivalente che mescolava caratteristiche tradizionalmente considerate femminili e maschili, compreso il controllo e la leadership.

L'anoressia è stata letta dalle femministe come una risposta alla struttura patriarcale della società occidentale e come una reazione a una società sessista. Questa spiegazione è interessante non solo nell'ambito delle famiglie delle persone anoressiche o bulimiche, ma anche nel contesto di un potere maschile implicito e tacito nella società più ampia.

All'interno di queste famiglie, spesso si osservano dinamiche rivoluzionarie, con padri periferici e delusivi che si accostano a madri potenti ma critiche. Le madri tendono a reprimere le emozioni negative, come rabbia e frustrazione, e hanno aspettative elevate su se stesse come madri amorevoli e comprensive, oltre alle aspettative nei confronti delle figlie per avere successo nel mondo.

Valeria Ugazio (1998) ha cercato di individuare specifiche dinamiche familiari basate su polarità semantiche, che si riferiscono al modo in cui i membri della famiglia interpretano gli eventi e le relazioni. Ogni tipo di organizzazione psicopatologica sembra derivare da una polarità semantica specifica che si sviluppa all'interno della famiglia e riflette anche la cultura circostante. Nel caso dei disturbi del comportamento alimentare, l'organizzazione familiare sembra ruotare attorno ai concetti di vincere/perdere, volontà, controllo, iniziativa/passività e arrendevolezza. Queste polarità sono strettamente connesse, poiché il "vincere" implica il controllo sugli eventi.

Ugazio spiega, che le persone con anoressia possono essere percepite come "vincitrici" nella loro abilità di rispettare i rigidi standard sociali di magrezza, anche se questo comportamento è estremo. Al contrario, gli obesi possono essere visti come "perdenti" poiché non riescono ad adattarsi a tali standard. In entrambi i casi, la relazione con l'altro è centrale per la definizione dell'identità e la lotta per il controllo e la definizione di questa relazione diventa un elemento chiave. La consapevolezza dell'altro e del suo giudizio porta spesso i membri di queste famiglie ad attribuire la causa dei propri comportamenti agli altri, percependo le relazioni in termini di dominanza e sottomissione.

2.4 La relazione tra la società e i disturbi del comportamento alimentare

Sin dal XIX secolo, vari studi hanno progressivamente portato alla luce le associazioni tra salute e classe sociale. Tutti o quasi dimostrano che le classi sociali più favorite in termini di reddito, livello di istruzione e prestigio lavorativo sono anche quelle che godono della migliore salute, misurata in termini di aspettativa di vita o di indicatori più recenti come disabilità o percezione della salute. Grazie agli studi di genere e ai loro progressi, il sesso viene sempre più considerato una dimensione della posizione sociale

con conseguenze per la salute. Di fatto, le condizioni di salute differiscono tra i sessi e contribuiscono alle disuguaglianze tra donne e uomini. L'età e lo stato di salute, d'altro canto, sono ancora raramente oggetto di approccio sociologico, poiché la dimensione biologica della salute sembra prevalere massicciamente sulla dimensione sociale.

In questo contesto, l'età non è intesa come generatrice di disuguaglianze sociali tra i gruppi di età, poiché le disparità di salute sono per lo più spiegate non dai meccanismi sociali, ma dall'invecchiamento corporeo e quindi respinte dal contesto sociale. Tuttavia, c'è un campo della salute in cui l'età è stata più spesso affrontata nel suo aspetto sociale: la salute mentale. Questo è particolarmente vero per la depressione o il suicidio, la cui relazione con diversi gruppi di età è stata identificata molto tempo fa da Durkheim in "1897". Di fatto, l'età e il sesso sono più adatti alla concettualizzazione e all'interpretazione della salute mentale come indicatori sociali. In generale, le differenze nella prevalenza delle tensioni mentali tra i gruppi sociali attirano l'attenzione sulle ragioni di ciò e svolgono il ruolo di campana di allarme sociologica sulle tensioni sociali concentrate in segmenti specifici della popolazione. Di conseguenza, Durkheim ha tratto i suoi concetti chiave di regolazione e integrazione dal maggior numero di suicidi tra persone single, divorziate e vedove.

Sebbene ci sia una lunga tradizione nello studio delle disuguaglianze di salute tra classi sociali, l'approccio tradizionale non è adatto per comprendere i disturbi alimentari. Le disuguaglianze nell'accesso alle risorse socialmente valorizzate sono incarnate (Fassin 1996) e portano a disparità in termini di aspettativa di vita, preponderanza delle malattie, disabilità e sensazione di stare bene. Supponendo che molte tensioni mentali riflettano gli stress del mondo sociale, è prevedibile che le sezioni più svantaggiate della società siano anche le più colpite. E infatti, depressione, schizofrenia, suicidio, dipendenza da alcol o altre sostanze psicoattive sono più spesso identificati tra le classi sociali inferiori. In questo senso, le disuguaglianze nella salute mentale contribuiscono anche alla somma delle disuguaglianze sociali.

Le patologie del comportamento alimentare sfuggono a questo quadro analitico poiché sono più comuni tra i gruppi sociali più privilegiati.

Nel caso dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa, le differenze nella prevalenza tra le classi sociali seguono il contrario della tendenza tipica: colpiscono molto di più le

ragazze delle classi agiate rispetto a quelle delle classi medie, e infine le classi lavoratrici. Queste disparità insolite sfidano sociologicamente un'interpretazione eccessivamente lineare della malattia come risultato di tensioni più ampie nella stratificazione del mondo sociale, dalla quale i gruppi sociali più elevati escono generalmente vincitori. Inoltre, non possono essere considerate come conseguenza di un accesso diseguale alle risorse scarse, poiché, nel caso dell'anoressia, si tratta di una restrizione del consumo. La comprensione delle disuguaglianze nella prevalenza dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa come risultato delle relazioni sociali di classe, genere ed età consente di superare i vincoli imposti dall'uso della stretta prospettiva delle disuguaglianze di classe nella salute mentale. Spostando lo sguardo dal contesto convenzionale delle disuguaglianze a espressioni particolari del rapporto con il cibo, con sé stessi e con gli altri, questa "anomalia" sociologica apparente costringe a cercare un modello meno sostitutivo e più complementare delle tensioni sociali sottostanti che esse esprimono.

La spiegazione dominante per l'anoressia è quella di un'aderenza ipernormativa con conseguenze dannose, a un rispetto eccessivo dei criteri sociali del corpo femminile desiderabile, in particolare la magrezza, criteri che sarebbero altrettanto applicabili a chiunque. Ora, se l'anoressia sembra adattarsi abbastanza agevolmente a questo modello logico, come si può spiegare la bulimia? Il comportamento bulimico, ossia l'assunzione compulsiva di cibo, difficilmente può essere compreso come una semplice ricerca di magrezza e quindi di un corpo desiderabile. È necessaria un'altra forma di interpretazione. Di fronte alle varie tensioni della vita, che si accumulano e/o si manifestano improvvisamente, i disturbi del comportamento alimentare (DCA) rappresentano risposte patologiche adottate più frequentemente dalle giovani donne delle classi sociali abbienti. Dobbiamo comprendere i motivi per cui questo gruppo, situato all'incrocio di tre relazioni sociali fondamentali, risponde più spesso alle tensioni con pratiche anoressiche o bulimiche, e quali tensioni sono prodotte dalle loro posizioni sociali. L'analisi sociologica di queste patologie consente di superare i limiti del buon senso e mostra che le norme e i valori di distinzione riscontrati nelle classi sociali agiate, l'invito all'eccellenza e all'autodisciplina, possono essere influenzati in modo patologico. Inoltre, sebbene le giovani ragazze siano molto più colpite, ciò non è il risultato di predisposizioni genetiche femminili, poiché non sono state trovate prove della loro esistenza (Godart et al. 2012).

L'argomento di una possibile ragione biologica non si allinea bene con il gradiente sociale mostrato da queste patologie, a meno di suggerire una diminuzione della carenza biologica in base alla classe sociale... Pertanto, è necessario tornare a un'analisi sociologica simultanea delle differenze di classe, delle posizioni di genere in questo particolare momento dell'adolescenza in cui possono essere distinguibili autorizzazioni e obblighi.

2.5 L'evoluzione storica e il ruolo sociale del corpo

La concezione del corpo, il suo ruolo nella società, la sua presenza nell'immaginario collettivo e nella realtà quotidiana hanno subito notevoli mutamenti nel corso delle diverse epoche storiche. Le trasformazioni attraversate dal concetto di corpo si estendono dal mondo dell'antica Grecia e Roma, con la pratica della ginnastica e dello sport, all'ascetismo monastico e allo spirito cavalleresco del Medioevo, fino all'uso manipolatorio ed estremo del corpo che caratterizza la nostra epoca contemporanea.

Negli ultimi anni, molti autori hanno evidenziato connessioni tra i comportamenti delle sante e delle donne medievali e l'esperienza del corpo nella psicopatologia della moderna anoressia mentale. Tuttavia, mentre nelle parole delle mistiche medievali, la negazione estrema del corpo appariva come un mezzo per avvicinarsi all'assoluto, nelle parole delle pazienti odierne, il corpo diventa una sorta di ossessione, una prigionia e il fulcro attorno al quale ruota la partita dell'identità.

Le testimonianze riguardanti le sante ufficialmente riconosciute dalla chiesa, vissute tra il 1200 e i giorni nostri, documentano un uso del digiuno con caratteristiche molto simili alle moderne forme di anoressia mentale in una percentuale significativa di casi. Le analogie emergono chiaramente: le sante che praticavano il digiuno, arrivando a perdere fino al 25% del loro peso, mostravano tutti i sintomi fisici associati a una grave denutrizione. Molte di loro si purgavano, trascuravano i loro bisogni alimentari e resistevano fermamente ai tentativi degli altri di farle nutrire. Inoltre, presentavano

similitudini nelle punizioni corporali autoinflitte, come l'uso del cilicio da parte di Santa Caterina da Siena o l'autoflagellazione di Margherita da Cortona. Queste autolesioni, seppur con metodi diversi, sono spesso presenti anche nei disturbi alimentari odierni, come il taglio, la bruciatura e l'autolesionismo.

Vi sono anche somiglianze nelle manifestazioni fisiche come l'iperattività, l'insonnia, l'instabilità emotiva e le dispercezioni corporee, sia tra le sante medievali sia tra le pazienti di oggi. Inoltre, entrambi i gruppi spesso mostrano un tratto di perfezionismo esasperato, caratterizzato da un modo di pensare che è noto come il "tutto o niente."

Tuttavia, le similitudini tra questi due modi di affrontare il corpo non dovrebbero far dimenticare le differenze fondamentali. Le sante mistiche cercavano di superare la dimensione fisica per raggiungere uno stato di contatto con l'assoluto, mentre le pazienti odierne costruiscono la loro ricerca ossessiva di magrezza come il fine ultimo della loro ricerca di identità. Nel caso delle pazienti odierne, non c'è una ricerca spirituale consapevole né un desiderio di liberarsi dal corpo, ma, al contrario, il corpo diventa il centro dell'ossessione, una prigione emotiva che acquisisce un significato predominante.

In particolare, nelle pazienti contemporanee, non vi è una ricerca spirituale consapevole, bensì una concentrazione esclusiva sul corpo, che si traduce in un corpo idealizzato e irrealistico. Queste pazienti, spesso dotate intellettualmente e culturalmente, riducono la loro vita a una fissazione corporea, escludendo affetti, studio, interessi e pensieri. Il pensiero è represso, distorto e soggiogato dalla preoccupazione per il corpo. Questo non è un eccesso di spiritualità, ma piuttosto una sua mancanza. Nel culmine della malattia, queste pazienti sono ridotte a pura corporeità e non rappresentano la mente pura: il loro corpo dilaniato riflette un'identità frammentata e incerta, un involucro vuoto da modificare, danneggiare e odiare per sentirsi vive.

Un ulteriore punto di contatto che sembra caratterizzare sia le giovani donne medievali sia le ragazze di oggi affette dal disturbo alimentare è la ricerca del vuoto e del nulla attraverso la negazione dei bisogni corporei. Tuttavia, questa ricerca assume significati profondamente diversi: mentre nelle sante la negazione dei bisogni primari rappresentava

un mezzo per avvicinarsi all'assoluto, nelle pazienti contemporanee, la negazione della soddisfazione fisica è fine a sé stessa e serve solo a sottolineare il disperato tentativo di trovare un senso nell'identità corporea.

La storia naturale delle malattie si intreccia inevitabilmente con il processo storico dell'umanità nel suo complesso. In questo contesto, la storia umana e le scienze naturali appaiono meno antitetiche di quanto teorie come lo storicismo e l'idealismo da un lato e il neo-positivismo e il riduzionismo fisicalista dall'altro potessero suggerire. Come ha sottolineato Gould (1985), " *gli organismi non sono semplici palle da biliardo che reagiscono a forze esterne misurabili, ma piuttosto portano con sé una storia che influisce sul loro futuro in molteplici modi*".

L'idea che la natura sia un processo storico, un'emanazione di vincoli e possibilità che trasforma continuamente l'essere vivente, si è evoluta nel corso dei secoli e ha attraversato una strada lunga e spesso accidentata. Nei Disturbi del Comportamento Alimentare, ad esempio, emerge chiaramente il ruolo dei fattori storici nel facilitare l'espressione di aspetti naturali della malattia. Questi fattori includono variabili di debolezza e vulnerabilità individuali, così come influenze socioculturali significative che contribuiscono a modellare la forma della malattia e le preoccupazioni delle pazienti.

Le pressioni sociali esercitano la loro influenza attraverso messaggi contraddittori riguardo al ruolo delle donne, spesso veicolati dai mass media e dagli imperativi sociali subliminali. Le donne sono chiamate a incarnare valori tradizionali legati alla famiglia e al ruolo domestico, ma allo stesso tempo si richiede loro di adottare caratteristiche tradizionalmente associate alla mascolinità, come l'indipendenza, la competitività e l'autonomia. Questo doppio messaggio può creare un autentico disagio psicologico tra individui vulnerabili. Inoltre, l'ideale di bellezza femminile, che privilegia la magrezza, amplifica ulteriormente questo disagio.

Tuttavia, non è sufficiente considerare i media e l'industria culturale come unico colpevole in grado di influenzare le giovani donne in modo passivo. È importante riconoscere che l'incidenza dei disturbi alimentari è radicata in una complessa interazione di fattori sociali, economici e psicologici, i quali hanno prodotto una generazione di donne

che sperimentano un senso di difetto e vergogna, riducendole a individui che non si sentono autorizzati a esistere a meno che non si trasformino in qualcosa di nuovo e conforme agli ideali culturali dominanti.

I disturbi alimentari, come l'anoressia e la bulimia, sono molto più comuni tra le donne, costituendo circa il 90% dei casi. Inoltre, tali disturbi sono un fenomeno culturalmente e storicamente situato, prevalenti soprattutto nelle società industrializzate degli ultimi cento anni. Questa realtà solleva dubbi sulla possibilità di classificare questi disturbi secondo criteri clinici strettamente medici. Piuttosto, suggerisce che la cultura gioca un ruolo preminente nella produzione di questi disturbi, anziché essere solo un fattore scatenante o concomitante.

La cultura ha insegnato alle donne a percepire i loro corpi come insicuri e in costante ricerca di imperfezioni. Inoltre, ha influenzato la percezione del corpo stesso, enfatizzando la magrezza come ideale estetico e riducendo le curve e le forme naturali a qualcosa di indesiderabile. Di conseguenza, molte donne si sottopongono a diete rigide e a intensi programmi di esercizio fisico, spesso sin da giovani età, creando una generazione di donne giovani e privilegiate che affrontano disturbi mestruali, nutrizionali e mentali gravi.

Tuttavia, l'analisi culturale solleva la questione di perché i disturbi alimentari si manifestino solo in alcuni individui, nonostante tutti siano esposti alle stesse influenze culturali. La risposta sta nelle configurazioni individuali, legate a fattori come l'etnia, la posizione socio-economica, i fattori genetici, l'educazione, la famiglia e l'età. Questi fattori determinano il modo in cui ciascun individuo viene influenzato dalla cultura dominante. In altre parole, la cultura esercita una pressione a favore della conformità agli ideali culturali, ma l'identità individuale è il risultato dell'interazione complessa tra questi fattori e le influenze culturali.

La riflessione, successivamente, si è focalizzata sui meccanismi di diffusione di questo disturbo e sulla sua relazione con l'uso del corpo nell'epoca moderna. La dimensione corporea mi è apparsa come un'ideologia ancora più potente, in un'epoca di

postmodernità, poiché si infiltra nelle fondamenta di ciò che Giorgio Agamben chiama *"nuda vita"*.

Il corpo è oggi il luogo in cui il potere si manifesta in modo predominante e in cui esercita una forma di repressione sottile e pervasiva, che permea la normalità della vita in ogni angolo del pianeta. Il corpo viene scrutato, manipolato, idealizzato, e allo stesso tempo rappresenta un enigma che suscita una curiosità irresistibile. Tuttavia, il *"silenzio del corpo"* spinge molte persone a cercare ascolto attraverso i sintomi dei Disturbi del Comportamento Alimentare, contribuendo a sovraffollare questa strada.

Riflettendo sulle opere di Michel Foucault, si realizza che la sua analisi dei meccanismi di potere, che portava all'esclusione nelle istituzioni manicomiali, era altrettanto valida per comprendere come il potere si manifestasse nella biopolitica e nell'uso del corpo oggi. L'autore sottolineava che il potere si insinua nel corpo stesso del soggetto e nelle dimensioni fondamentali della vita.

Nella modernità, l'identità è strettamente legata alla corporeità, ma in un senso che va oltre la natura stessa del corpo. Le tecnologie del Sé contribuiscono a un processo di soggettivizzazione attraverso cui l'individuo si lega all'identità, alla coscienza e al controllo esterno. Tuttavia, in tempi moderni, però questo processo è estremamente complesso e soggetto a fallimenti.

Foucault, in aggiunta, affermava che il passaggio alla modernità biologica avviene quando la vita naturale diventa oggetto di strategie politiche, coinvolgendo sia la specie umana che l'individuo come semplice corpo vivente. Questo concetto è fondamentale per comprendere l'attuale connessione tra potere e corpo.

Egli aveva già toccato la questione del Sé nei suoi scritti sulla storia della sessualità, ma in seguito si è interessato sempre di più alle pratiche attraverso cui gli individui cercano di trasformare sé stessi, la propria anima, i propri pensieri, il proprio comportamento e la propria identità per raggiungere uno stato di perfezione o felicità desiderato.

Alla fine della sua opera *"La Volontà di Sapere"*, Foucault accennava a *"un'ulteriore economia dei corpi e dei piaceri"* come possibile orizzonte di una politica diversa. Il

corpo, come la sessualità, è sempre già coinvolto in un dispositivo di potere, diventando esso stesso corpo biopolitico.

Queste considerazioni del sociologo francese possono essere applicate all'uso contemporaneo del corpo, sia all'interno della patologia alimentare sia in comportamenti come l'autolesionismo, la chirurgia plastica, il piercing e i tatuaggi estremi. Il corpo diventa un mezzo attraverso il quale le persone cercano di scrivere e comunicare con il mondo, definendo i propri confini e consolidando un'identità frammentata.

L'autolesionismo, in particolare, può essere visto come un tentativo disperato di tenere insieme un'identità altrimenti frammentata. Foucault avrebbe probabilmente considerato questi comportamenti come nuovi dispositivi attraverso i quali il potere controlla le menti e non solo i corpi di milioni di giovani nell'emisfero occidentale del pianeta.

CAPITOLO 3

"La Famiglia nell'Analisi Sociologica: Un Approccio Integrato ai Disturbi Alimentari e alla Riabilitazione"

In questo capitolo si andrà ad approfondire la figura della famiglia all'interno della riabilitazione alimentare.

L'istituzione familiare è un elemento universale che attraversa tutte le culture e le società, tuttavia, assume forme e funzioni variegata in base al contesto culturale e storico. Questa complessità nella definizione e nell'analisi della famiglia è al centro di molte teorie sociologiche. Secondo Schaefer (2009), la famiglia può essere definita come un gruppo di individui con legami di sangue, matrimonio o altre relazioni concordate, i quali condividono la responsabilità primaria per la riproduzione e la cura dei membri della società.

Nel corso degli anni, tre principali teorie sociologiche - il funzionalismo, il conflitto e l'interazionismo - hanno fornito una varietà di prospettive sul ruolo e la natura della famiglia all'interno delle società.

La teoria funzionalista riconosce sei importanti funzioni che la famiglia svolge all'interno di una società, tra cui la riproduzione, la protezione, la socializzazione, la regolamentazione del comportamento sociale, l'affetto e il conferimento di status sociale. Questa prospettiva mette in evidenza il contributo della famiglia alla stabilità sociale attraverso queste funzioni.

Al contrario, la teoria del conflitto vede la famiglia come una manifestazione delle disuguaglianze economiche e di potere presenti nella società. Questi teorici mettono in luce il predominio maschile e sostengono che la famiglia possa agire come un'unità economica che contribuisce all'ingiustizia sociale.

Infine, l'interazionismo si concentra sulle dinamiche relazionali all'interno della famiglia. Questa prospettiva esamina le interazioni tra i membri familiari, compresi i rapporti tra coniugi, genitori e figli, e considera anche le forme familiari moderne, come le famiglie monoparentali e ricostituite.

Le influenze di queste teorie non si limitano solo ai membri della famiglia, ma si estendono anche a come la società nel suo insieme considera la famiglia, il suo ruolo e le sue funzioni. Il funzionalismo vede la famiglia come un baluardo di stabilità, mentre la prospettiva del conflitto porta all'attenzione le disuguaglianze e le questioni di potere. L'interazionismo getta luce sulle dinamiche interne delle famiglie e sulle relazioni familiari in continua evoluzione.

In conclusione, nonostante le divergenze tra queste teorie, la famiglia rimane un'istituzione fondamentale che continua ad essere esplorata da molteplici angolazioni. La comprensione di queste diverse prospettive può arricchire la nostra visione dell'importanza della famiglia nelle società di tutto il mondo.

L'introduzione del capitolo potrebbe essere formulata nel seguente modo, integrando le nuove informazioni:

Nell'ambito della complessa sfera dei disturbi dell'alimentazione, la famiglia riveste un ruolo di notevole rilevanza, contribuendo in diverse forme e con varie dinamiche allo sviluppo e alla prognosi di tali disturbi. Anna La Mesa, tra gli studiosi che si sono dedicati a questa tematica, ha posto l'attenzione sull'importante relazione tra i ragazzi affetti da tali disturbi ed entrambi i loro genitori, nonché sull'influenza del conflitto familiare che sembra precedere l'insorgenza dell'anoressia nervosa. Inoltre, la posizione dei fratelli e delle sorelle all'interno del contesto familiare riveste un impatto significativo sulla prognosi della malattia.

La comprensione dei disturbi dell'alimentazione, in particolare dell'anoressia nervosa, si è evoluta nel corso del tempo, portando a una revisione delle teorie che attribuivano un ruolo centrale alle dinamiche familiari come causa principale di tali disturbi. Queste teorie, che in passato erano state considerate semplicistiche ed errate, sono state oggetto di approfondite ricerche e dibattiti.

Recenti studi, in particolare quelli incentrati sull'analisi dell'emotività espressa dei genitori, hanno gettato nuova luce sulla complessa interazione tra i fattori familiari e i disturbi dell'alimentazione. Si è scoperto che le famiglie con un elevato livello di emotività espressa tendono a manifestare una maggiore critica, ostilità e coinvolgimento emotivo eccessivo, e questo può influenzare negativamente il mantenimento o il peggioramento del disturbo. Non solo, ma un'elevata emotività espressa è stata associata a un tasso di abbandono del trattamento più elevato e a un esito di trattamento meno favorevole.

Particolarmente rilevante è il fatto che i commenti critici dei genitori sembrano avere un impatto negativo sull'esito del trattamento, con una particolare sensibilità da parte dei pazienti affetti da anoressia nervosa nei confronti degli stimoli negativi e delle critiche. Si è avanzata l'ipotesi che questa vulnerabilità possa essere correlata a fattori neurobiologici.

Di conseguenza, emerge la necessità di considerare il coinvolgimento dei genitori come un elemento cruciale nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione. Attraverso un'attenzione mirata a migliorare l'atteggiamento e il comportamento dei genitori, incoraggiando la manifestazione di calore e commenti positivi, si apre la possibilità di

influire positivamente sulla prognosi dei pazienti con anoressia nervosa, riducendo la morbilità psicologica e medica. Tale approccio risulta particolarmente efficace nei casi di breve durata del disturbo dell'alimentazione.

Tuttavia, è importante sottolineare che nei casi di disturbo dell'alimentazione di lunga durata e persistente nell'età adulta, le dinamiche familiari possono diventare ancor più complesse, con dispute e difficoltà relazionali tra pazienti, genitori o partner, spesso legate ai comportamenti alimentari e agli sbalzi d'umore associati a tali disturbi. Questi aspetti mettono in evidenza la necessità di una visione olistica e di un trattamento individualizzato, prendendo in considerazione l'impatto delle dinamiche familiari nelle diverse fasi della vita del paziente.

3.1 Impatto delle Teorie Sociologiche sull'Istituzione della Famiglia

La sociologia della famiglia costituisce l'analisi di un'unità domestica intima composta da individui legati da vincoli di parentela, unione sessuale o legami legali. Tale unità si è rivelata una struttura sociale estremamente resiliente, in grado di adattarsi e sopravvivere nel corso del tempo. Nonostante le dichiarazioni sulla presunta decadenza della famiglia, presenti sia in America che in Europa, e alcune prospettive favorevoli alla presunta obsolescenza e inutilità dell'istituzione familiare, la sociologia della famiglia continua a prosperare. Essa genera una vasta gamma di ricerche che sfatano miti riguardanti i sistemi familiari del passato e che arricchiscono la nostra comprensione della diversità della vita familiare non solo tra nazioni, ma anche tra diverse classi sociali, gruppi etnici e regioni. Le indagini si spingono oltre i confini disciplinari, esaminando l'interazione tra la vita familiare e il lavoro, nonché come i cambiamenti macro-sociali ed economici influenzino le dinamiche micro-familiari. La sociologia della famiglia integra, inoltre, la prospettiva del ciclo di vita, analizzando come le famiglie possano differire nelle varie fasi, dall'iniziale matrimonio fino alla vecchiaia. Infine, un crescente interesse è rivolto alle diverse forme familiari, come le famiglie monoparentali e quelle ricostituite. Inevitabilmente, la sociologia della famiglia si intreccia sempre più con le questioni pratiche di politica sociale.

Nel corso degli ultimi anni, si è assistito a una radicale rivalutazione dello stato attuale delle famiglie e della loro desiderabilità. Queste critiche hanno incluso l'idea della famiglia come un pilastro della società capitalista, la visione della famiglia coniugale come un'istituzione oppressiva per l'individualità, e le critiche delle autrici femministe, che spaziano dall'analisi delle attuali divisioni dei ruoli di genere nelle famiglie contemporanee fino a una critica più radicale, considerando la famiglia come un'istituzione non solo oppressiva per le donne, ma anche come una struttura antisociale. Le ricerche storiche sulle famiglie hanno contribuito a sfatare alcuni miti riguardanti la vita familiare del passato. Ad esempio, è stato dimostrato che l'immagine romantica di un'unità familiare intima e stabile in epoche precedenti è infondata. Contrariamente all'idea che la famiglia nucleare sia emersa in risposta all'industrializzazione, sostituendo un preesistente sistema familiare esteso, le prove indicano che, nella maggior parte dell'Europa occidentale, il modello di famiglia nucleare precedeva la formazione del capitalismo.

Nonostante vi sia una certa continuità nella forma familiare nel corso del tempo, è un errore sottovalutare la diversità della vita familiare. Gruppi etnici e religiosi diversi abbracciano valori e credenze molto differenti, che influenzano non solo la concezione dei ruoli di genere, la divisione interna del lavoro familiare e l'educazione dei figli, ma anche le attitudini verso il lavoro e altre istituzioni sociali. Tali differenze emergono anche tra famiglie di diverse estrazioni sociali, con le famiglie operaie spesso associate a ruoli coniugali più segregati.

Famiglie e lavoro sono state a lungo considerate come sfere separate, con le donne legate alla sfera domestica e gli uomini al mondo del lavoro. Tuttavia, la partecipazione crescente delle donne sposate al mondo del lavoro ha reso evidente l'importanza delle interazioni tra lavoro e famiglia.

Le ricerche sulla famiglia e sul ciclo di vita delle famiglie parallela all'analisi del corso di vita individuale, prendendo in considerazione il concetto di "tempo familiare". Quest'ultimo si riferisce al tempismo e alla sequenza delle transizioni, come il matrimonio e la genitorialità, e a come queste siano influenzate sia dagli individui che dalla società nel suo insieme. La tempistica di eventi precedenti, come l'età del primo matrimonio, ha un notevole impatto sugli esiti successivi, come il divorzio. Le transizioni familiari hanno

anche conseguenze economiche, ad esempio, le donne e i bambini affrontano un alto rischio di povertà dopo il divorzio negli Stati Uniti.

L'incremento delle famiglie monoparentali è un fenomeno che ha caratterizzato la seconda metà del ventesimo secolo. La ricerca sociale svolge un ruolo cruciale nel suggerire come la società possa assistere le famiglie monoparentali nell'adattamento e nella sopravvivenza, non solo dal punto di vista finanziario. Le famiglie monoparentali non dovrebbero essere considerate come strutture patologiche o devianti, in quanto molti bambini trascorreranno una parte della loro vita in tali famiglie.

Anche le famiglie ricostituite sono oggetto di studio, tuttavia, molte importanti domande rimangono senza risposta. Si deve ancora determinare in che misura un secondo matrimonio interrompe il rapporto esistente tra figli e nonni, e come ciò incide sul passaggio di patrimonio, eredità e cultura familiare tra le generazioni.

La sociologia della famiglia, inevitabilmente, sfuma i confini tra la ricerca sociale e le questioni di politica pubblica. Esiste una lunga tradizione di studi familiari che coniugano teoria e aspetti pratici, e le sfide future che si presenteranno alla sociologia della famiglia saranno diverse, date le mutevoli circostanze che metteranno in luce nuovi problemi. Tuttavia, una cosa è chiara: nonostante i cambiamenti nella sua dimensione, forma, composizione o struttura, se l'esperienza passata è un indicatore, le famiglie continueranno a esistere.

Il termine "famiglia nucleare" è utilizzato per indicare un'unità composta da coniugi e dai loro figli dipendenti. Le prime descrizioni della famiglia enfatizzavano l'imperativo biologico che sottostà alla famiglia nucleare. Gli studi antropologici rafforzano il concetto della "naturalità" della famiglia nucleare, e George P. Murdock afferma che questa costituisce un "raggruppamento umano universale" (da "Struttura Sociale", 1949). Murdock attribuisce questa universalità all'utilità della famiglia nucleare nell'adempimento di compiti fondamentali per la sopravvivenza della specie e la continuità sociale: la regolamentazione delle relazioni sessuali, la riproduzione, la socializzazione dei figli e la cooperazione economica tra i sessi. Gli studiosi del settore sottolineano che la biologia da sola non è sufficiente per comprendere le forme familiari e insistono sul fatto che sia necessario esaminare anche come la famiglia nucleare sia modellata da processi ideologici, politici ed economici.

L'interpretazione struttural-funzionalista della famiglia (ad esempio Talcott Parsons e Robert Bales, "Famiglia, Socializzazione e Processi di Interazione", 1955) mantiene ancora la sua importanza, poiché gran parte della sociologia familiare successiva si sviluppa come reazione al funzionalismo. Tuttavia, l'idea che la famiglia nucleare isolata si sia sviluppata in risposta alle esigenze di un'economia industriale matura è ora ampiamente respinta, a causa delle prove di variazioni storiche e interculturali. Parsons sostiene che la famiglia nucleare sia adatta alle esigenze dell'industria poiché, da un lato, consente alle famiglie di essere mobili ed economicamente indipendenti dal più ampio gruppo parentale; e, d'altra parte, garantisce che in un mondo individualistico e impersonale, adulti e bambini abbiano un insieme stabile, seppur limitato, di relazioni affettive. William Goode ("La Famiglia", 1964) sottolinea anche che la famiglia nucleare serve bene alla società industriale, fornendo ciò che Christopher Lash chiama un "Rifugio in un Mondo Senza Cuore" (1977). Tuttavia, Goode avverte anche che le forme e le funzioni familiari cambiano, a seguito dei desideri e delle iniziative individuali.

La tesi della "famiglia come rifugio" pone la domanda: un rifugio per chi? Trattando la famiglia come un'entità unificata si trascurano le realtà del potere. Marito, moglie, genitori e figli hanno interessi diversi e potere differenziato. Michael Young e Peter Willmott hanno sostenuto, in "La Famiglia Simmetrica" (1973), che la famiglia nucleare sta diventando più egualitaria, con una divisione dei ruoli di genere più flessibile. Tuttavia, questa visione ottimistica è stata respinta da molte autrici femministe, che sostengono che la famiglia sia un'istituzione repressiva, soprattutto per le donne. Quello che è chiaro è che, con l'aumento dei tassi di divorzio e l'invecchiamento della popolazione, la famiglia nucleare non è più la norma né in Gran Bretagna né in America. Un adulto sperimenta generalmente famiglie nucleari due volte: una volta da bambino nella sua famiglia d'origine e, dopo un periodo di indipendenza, come genitore nella sua famiglia coniugale (vedi C. C. Harris, "La Famiglia e la Società Industriale", 1983). Le famiglie nucleari sono sempre più associate solo a determinate fasi del ciclo di vita e sono meno durature rispetto al passato. Possono anche avere una struttura di ruolo diversa ora che la maggior parte delle donne e delle madri sposate lavora. Tuttavia, la famiglia nucleare sembra essere un'istituzione sorprendentemente resiliente, in grado di sopravvivere a varie agitazioni sociali e di adattarsi ai cambiamenti sociali.

3.2 La famiglia: L'analisi della teoria funzionalista, del conflitto e dell'internazionalismo

Le famiglie possono essere riscontrate in ogni cultura e società, assumendo forme diverse. Schaefer (2009) definisce la famiglia come *"un gruppo di individui legati da legami di sangue, matrimonio o altre relazioni concordate, o adozione, che condividono la responsabilità primaria per la riproduzione e la cura dei membri della società"* (p. 288). In questo contesto, esamineremo l'istituzione familiare attraverso il prisma della teoria funzionalista, della teoria del conflitto e della teoria dell'interazionismo.

Ognuna di queste tre teorie sociologiche offre una visione distinta dell'istituzione familiare. Secondo la teoria funzionalista, "la famiglia svolge sei funzioni cruciali, inizialmente delineate più di 70 anni fa dal sociologo William F. Ogburn" (Schaefer, 2009, p. 292). Queste funzioni includono la riproduzione, la protezione, la socializzazione, la regolamentazione del comportamento sociale, l'affetto e la compagnia, oltre alla fornitura di uno status sociale. La funzione riproduttiva è auto esplicativa, poiché la riproduzione è fondamentale per la continuità della società. La funzione protettiva, invece, è connessa a quella riproduttiva, dato che la protezione è necessaria per garantire il benessere dei membri più giovani della società. La socializzazione e la regolamentazione del comportamento sociale sono strettamente legate, poiché gli individui apprendono norme e comportamenti sociali dalla famiglia. Per la maggior parte delle persone, la famiglia rappresenta la principale fonte di affetto e compagnia. Inoltre, la famiglia attribuisce uno status sociale, poiché ciascun individuo acquisisce uno status in base ai ruoli familiari, come coniuge, genitore o nonno. I figli spesso conseguono uno status sociale basato sulle posizioni dei loro parenti nella società. In sintesi, la teoria funzionalista enfatizza il ruolo della famiglia nel contribuire alla stabilità sociale.

Similarmente, le funzioni della famiglia proposte da Ogburn si riflettono nella teoria funzionalista, in cui Murdock ha sostenuto che la famiglia nucleare è un'istituzione universale che esiste per quattro ragioni fondamentali: funzioni sessuali, riproduttive, economiche ed educative (Hagggar, 2010, para. 2). Le funzioni sessuali e riproduttive sono correlabili alle funzioni di riproduzione e di affetto proposte da Ogburn. Mentre quella

economica è collegata alle funzioni di protezione e fornitura di uno status sociale. Inoltre, la funzione educativa è affine alle funzioni di socializzazione e regolamentazione del comportamento sociale indicate dal sociologo.

Nel contesto della teoria del conflitto, la famiglia è vista come un riflesso delle disuguaglianze economiche e del potere presenti nella società. Mentre la teoria funzionalista considera la famiglia come un'unità coesa, i teorici del conflitto la vedono come una collezione eterogenea di individui che interagiscono in modi diversi. Questi teorici interpretano il potere e lo status assegnati spesso al marito e al padre come una rappresentazione del predominio maschile nei confronti delle donne a livello globale. Inoltre, i teorici del conflitto ritengono che la famiglia sia un'unità economica che contribuisce all'ingiustizia sociale, poiché serve da veicolo per il trasferimento di potere, proprietà e privilegi dalla generazione attuale a quella successiva. In tal modo, la teoria del conflitto condivide alcune similitudini con la visione funzionalista di Murdock sulla famiglia, poiché entrambe riconoscono il ruolo economico della famiglia nella società. Le famiglie più abbienti trasmettono più potere, proprietà e privilegi alle nuove generazioni rispetto alle famiglie meno fortunate.

A differenza delle teorie funzionaliste e di conflitto, l'Interazionismo si focalizza non sulla relazione delle famiglie con la società nel suo complesso, ma si addentra nel *"livello microscopico delle dinamiche familiari e delle relazioni intime... e su come gli individui interagiscono tra di loro, siano essi partner conviventi o coppie sposate da tempo"* (Schaefer, 2009, p. 292).

Gli interazionisti esplorano le dinamiche che effettivamente costituiscono una famiglia. Queste dinamiche possono includere le relazioni tra coniugi, genitori e figli, fratelli e persino le varianti moderne, come famiglie monoparentali, famiglie ricomposte e coppie dello stesso sesso. Possono anche comprendere gruppi familiari auto-dichiarati che non si fondano su legami di sangue, matrimonio o adozione.

Il funzionalismo e la teoria del conflitto si distinguono per il fatto che il funzionalismo esamina come l'istituzione familiare contribuisce alla stabilità della società, mentre la teoria del conflitto si concentra su come la famiglia riflette le disuguaglianze e le questioni presenti nella società. L'Interazionismo si discosta sia dal funzionalismo che dalla teoria

del conflitto poiché mette in evidenza il funzionamento interno della famiglia, mentre le altre due teorie sono incentrate sull'interazione della famiglia con la società.

La teoria funzionalista influenza le prospettive dei singoli membri della famiglia, poiché tende a identificare i ruoli attribuiti ai vari membri della famiglia. I genitori spesso sono incaricati delle funzioni di riproduzione e di educazione dei figli derivanti dalla riproduzione stessa. In molti casi, ai mariti viene assegnata la responsabilità di provvedere alle necessità materiali della famiglia, mentre alle mogli viene spesso assegnato il compito di soddisfare le esigenze emotive e spirituali della famiglia. Caitlin Flanagan (2009) fa notare che *"un patto duraturo tra un uomo e una donna può fungere da strumento per il reciproco sostentamento e protezione, rappresentando l'unico rifugio affidabile in un mondo indifferente, o può trasformarsi in un insuperabile mezzo per infliggere sofferenze alle persone che si suppone di amare più di ogni altra, soprattutto i propri figli"*. Quando una famiglia fornisce nutrimento e protezione, contribuisce a stabilizzare la società circostante, ma quando diventa una fonte di sofferenza, finisce per destabilizzarla.

La teoria del conflitto influenza le prospettive dei membri familiari, poiché ognuno riconosce il proprio ruolo all'interno della famiglia come una manifestazione delle disuguaglianze sociali ed economiche prevalenti nella società più ampia. Un marito può considerarsi il capo della sua famiglia, detentore di potere e status sugli altri membri della famiglia, se la società promuove il predominio maschile nelle posizioni di autorità. Mogli e figli possono diventare economicamente dipendenti dal capo maschile della famiglia, riflettendo così la disparità economica tra le classi sociali superiori e inferiori presenti nella società.

Nell'ambito dell'Interazionismo, le opinioni degli individui sono modellate in famiglia poiché ciascun membro considera come relazionarsi con gli altri. *"I legami con genitori, figli e amici sono legami che contribuiscono in parte al benessere dell'individuo. Senza tali legami, potremmo plausibilmente sostenere che la vita di una persona è impoverita"* (Driver, 2007, par. 37). Sono questi legami, e la loro eventuale mancanza, che gli interazionisti studiano, influenzando la percezione individuale del proprio ruolo all'interno della famiglia.

Il funzionalismo, invece, non promuove il cambiamento sociale all'interno dell'istituzione familiare, poiché i funzionalisti mirano alla stabilità della società, e il cambiamento

sociale, per sua natura, tende a mettere in discussione questa stabilità. Al contrario, sotto il funzionalismo, *"tutte le famiglie, indipendentemente dal loro stato economico... condividono lo stesso obiettivo: fornire alle loro famiglie e garantire un futuro luminoso per i loro figli"* (Vega-Marquis, 2008, par. 4). La teoria del conflitto accoglie generalmente il cambiamento sociale all'interno dell'istituzione familiare, poiché questo cambiamento solitamente riflette le trasformazioni che avvengono nella società. Tuttavia, non tutto il cambiamento sociale è positivo, e ciò si riflette nelle dinamiche familiari. Ad esempio, la recente recessione economica nella società americana ha comportato *"condizioni di vita affollate, con parenti che si accatastano e condividono case in spazi angusti... a causa dell'aumento della disoccupazione e della perdita di alloggi"* (Po, 2010, par. 9). L'Interazionismo modella l'approccio al cambiamento sociale all'interno della famiglia considerando come questo cambiamento influenzi le relazioni tra i membri familiari. Ad esempio, quando le donne hanno cominciato a lavorare al di fuori di casa e a contribuire finanziariamente alla famiglia, i ruoli tra mariti, tradizionalmente considerati i principali sostenitori economici, e mogli, spesso dedite alle faccende domestiche, hanno dovuto subire cambiamenti. Questi cambiamenti sono spesso lenti a stabilirsi, e modifiche specifiche come la condivisione equa delle responsabilità domestiche tra i coniugi in famiglie in cui entrambi lavorano, non sono ancora radicate nella maggior parte delle famiglie.

Nell'ambito dell'istituzione familiare, il funzionalismo influenza la visione della società poiché identifica come la famiglia contribuisce alla stabilità sociale. Quando la società valuta il ruolo della famiglia, tende a diventare attiva quando le famiglie non riescono a svolgere adeguatamente le loro funzioni. Ad esempio, se una famiglia non è in grado di garantire un adeguato sostentamento per i propri membri, la società può istituire programmi per aiutare le famiglie a ottenere cibo e altri beni essenziali. Inoltre, la società sviluppa opinioni sulle funzioni delle famiglie e sui ruoli dei loro membri. Laura Purdy (2009) osserva che *"partecipare alla creazione di una nuova vita significa avere almeno una legittima responsabilità nei confronti del bambino"*. Questo riflette un punto di vista della società sulla funzione della famiglia. Haggar (2010) sottolinea che *"anche se la famiglia non è più un'unità di produzione, rimane un'unità di consumo"*. Ciò rispecchia il punto di vista della società sulla famiglia, dato che il numero di figli prodotti all'interno

delle famiglie tradizionali è in diminuzione, ma la famiglia continua a consumare beni e servizi, a prescindere dalla sua produzione o meno di figli.

La teoria del conflitto influenza la percezione della società sulla famiglia, poiché la società prende in considerazione lo *"status socio-economico della famiglia di un bambino"* (Schaefer, 2009, p. 292). Le disuguaglianze nelle relazioni di potere e di status all'interno delle famiglie contribuiscono all'ineguaglianza sociale su vasta scala. La visione della società sulla famiglia è influenzata dalla teoria dell'Interazionismo, poiché essa riflette sul modo in cui le relazioni familiari cambiano o rimangono invariate. Le decisioni sulla normalità e l'accettabilità dei vari tipi di relazioni familiari sono modellate dalla diffusione di tali relazioni nella società. Le famiglie ricomposte, che un tempo erano rare negli anni '70, sono ora considerate comuni grazie all'incremento della loro diffusione nella società.

Come abbiamo visto, la famiglia svolge diverse funzioni nella società. Tuttavia, quali di queste funzioni emergano e se contribuiscano alla stabilità sociale o riflettano disuguaglianze e dinamiche interpersonali all'interno della famiglia, varia in base alla teoria sociologica applicata. Nonostante queste diverse prospettive, la famiglia rimane una costante istituzione, osservata da molteplici angolazioni.

3.3 La famiglia e i disturbi alimentari

Secondo Minuchin (1978), l'anoressia è una malattia psicosomatica fortemente influenzata dalla dinamica familiare. L'autore esamina il contesto familiare in cui il sintomo si manifesta e mette in evidenza la lotta tra la sottomissione e la ribellione al linguaggio oppressivo all'interno della famiglia. Minuchin distingue chiaramente due tipi di anoressia: quella che si sviluppa durante la fase di individuazione tipica della prima adolescenza e quella che colpisce ragazze più grandi, in cui i sintomi compaiono intorno ai vent'anni.

Nel primo caso, il rifiuto del cibo rappresenta un tentativo di affermare l'indipendenza e il controllo rispetto alla madre. Questa è una manovra per coinvolgere ancora di più la

madre nella relazione, utilizzando i modelli alimentari e cercando di soddisfare i bisogni di attenzione della ragazza. In questa situazione, l'alimentazione è organizzata in base alle esigenze emotive anziché alle sensazioni fisiche di fame e sazietà. Il tema centrale è la lotta tra dipendenza (lascia che ti prenda cura di me, incluso il mio cibo) e l'autonomia (non farò ciò che mi dici, mangerò quello che voglio e non ti ubbidirò; inoltre, controllo i miei istinti attraverso il controllo del cibo).

Nel secondo caso, il tratto distintivo sembra essere la necessità di spazio rispetto a una famiglia che non consente l'indipendenza. In questo contesto, l'alimentazione diventa un mezzo di ribellione e un'area privata di autonomia.

Minuchin identifica anche quattro caratteristiche tipi di dinamiche familiari: famiglie intrappolate in schemi disfunzionali, famiglie che negano le emozioni e le affrontano in modo inadeguato, famiglie che evitano i conflitti aperti deviandoli in modo indiretto e famiglie con confini generazionali ambigui.

Un altro contributo interessante proviene da Mara Selvini Palazzoli (1988), che ha analizzato i giochi relazionali nel contesto familiare. Questi giochi iniziano con una crisi nella relazione di coppia, portando a una relazione stretta tra la futura persona affetta da anoressia e la madre durante l'infanzia. Durante l'adolescenza, la ragazza cerca di ottenere autonomia, ma questo suscita il rifiuto da parte della madre e un'alleanza con il padre, che a sua volta si allontana rapidamente dalla relazione con la figlia, incapace di affrontare apertamente il conflitto con la moglie. Questo abbandono porta la figlia a sentirsi tradita e delusa da entrambi i genitori, portandola a utilizzare inconsciamente il rifiuto del cibo come forma di protesta e tentativo di autonomia.

L'approccio di Loredano (2006) identifica famiglie caratterizzate da eccessivo controllo emotivo, dove le emozioni sono soppressi o reinterpretate, o famiglie in cui non esistono regole esplicite e le relazioni sono caratterizzate da ambiguità e indeterminatezza. Queste dinamiche si manifestano spesso in famiglie in cui la coppia genitoriale è emotivamente distante, con una madre poco amata e potente e un padre idealizzato ma distante.

Anna La Mesa evidenzia ulteriori aspetti interessanti, come la complessa relazione dei ragazzi con entrambi i genitori, che ricevono sia apprezzamenti che critiche da entrambi i lati. Inoltre, il conflitto nel contesto familiare sembra essere presente prima dell'insorgenza del sintomo, e la posizione dei fratelli e delle sorelle (alcuni possono essere sintomatici, altri no) ha un impatto significativo sulla prognosi della malattia.

3.4 Funzionamento familiare e sociale nei disturbi dell'alimentazione

È noto che l'eziologia dei disturbi dell'alimentazione è complessa, ma alcune teorie che mettono in evidenza il ruolo primario delle interazioni familiari nel causare l'anoressia nervosa, sebbene riconosciute come eccessivamente semplicistiche ed errate, sono ancora presenti. Queste teorie sostenevano che particolari stili di interazione tra i membri della famiglia giocassero un ruolo centrale non solo nell'insorgenza dell'anoressia nervosa ma anche in altri gravi disturbi psichiatrici, come la schizofrenia e l'autismo. Questi modelli causali familiari hanno portato alla creazione di termini dispregiativi come "madre schizofrenogena" o "anoressogena". Purtroppo, l'opinione secondo cui alcune attitudini dei genitori o schemi familiari siano anoressogeni persiste ancora oggi, nonostante il supporto empirico a questa ipotesi sia molto debole, nella migliore delle ipotesi. Gli stereotipi sulle cause familiari dei disturbi dell'alimentazione sono particolarmente diffusi nei media, e questa fonte di disinformazione può portare le persone affette da disturbi dell'alimentazione a sviluppare concezioni errate sulle cause del loro problema, intraprendere trattamenti inadeguati e, in alcuni casi, peggiorare le relazioni familiari.

Sebbene le ricerche trasversali e longitudinali sul possibile ruolo causale delle interazioni tra i membri della famiglia abbiano prodotto risultati inconsistenti, alcuni studi hanno evidenziato che l'emotività espressa dei genitori può avere un ruolo nel mantenere o aggravare il disturbo dell'alimentazione o, al contrario, favorirne il miglioramento. L'emotività espressa è una misura delle attitudini e dei comportamenti verso un membro della famiglia malato, che include cinque dimensioni: commenti critici, ostilità, coinvolgimento emotivo eccessivo, commenti positivi e calore. Le famiglie con elevata emotività espressa mostrano maggiore critica, ostilità e coinvolgimento emotivo eccessivo rispetto a quelle con bassa emotività espressa.

In generale, le ricerche più recenti svolte sull'anoressia nervosa hanno evidenziato che nella maggior parte delle famiglie sono presenti bassi livelli di emotività espressa, in particolare per quanto riguarda i sentimenti negativi (commenti negativi, ostilità ed eccessivo coinvolgimento emotivo), mentre spesso emergono maggiormente i sentimenti

positivi (calore e commenti positivi), sebbene a livelli ridotti. Tuttavia, circa un terzo delle famiglie manifesta elevati livelli di emotività espressa. In questi casi, è opportuno aiutare i genitori a migliorare le loro attitudini e i loro comportamenti nei confronti del membro della famiglia malato, poiché alcuni studi sull'anoressia nervosa hanno dimostrato che un'elevata emotività espressa sembra essere associata a un maggiore tasso di abbandono del trattamento e a un esito di trattamento peggiore.

In particolare, i commenti critici sembrano avere un impatto negativo sull'esito del trattamento. A questo proposito, alcuni studi hanno evidenziato che le persone con anoressia nervosa sembrano essere più sensibili agli stimoli negativi rispetto ad altre persone, e ciò potrebbe essere dovuto a una particolare vulnerabilità neurobiologica. È stato ipotizzato che la presenza di un temperamento ansioso e la tendenza a essere eccessivamente sensibili alle critiche possano rendere i pazienti con anoressia nervosa particolarmente vulnerabili ai commenti critici. Al contrario, come suggerito per i pazienti con schizofrenia, è possibile che il calore parentale giochi un ruolo più importante nell'esito del trattamento rispetto ai commenti critici e all'ostilità. Per questo motivo, se i livelli di criticismo sono bassi all'inizio del trattamento, la terapia potrebbe essere finalizzata a sostenere i genitori affinché mostrino più calore e facciano più commenti positivi nei confronti dell'adolescente affetto da anoressia nervosa. Recenti dati consistenti hanno dimostrato che il coinvolgimento dei genitori nel trattamento favorisce la riduzione della morbilità psicologica e medica, specialmente nei pazienti con una breve durata del disturbo dell'alimentazione. Quando il disturbo è di lunga durata e persiste nell'età adulta, è quasi inevitabile che le dispute e le difficoltà relazionali con i genitori e/o il partner diventino più frequenti e accentuate, sia a causa delle liti legate all'alimentazione e ad altri comportamenti correlati al disturbo dell'alimentazione, sia a causa dei frequenti sbalzi d'umore associati al disturbo dell'alimentazione.

3.5 Il Ruolo Fondamentale della Cogenitorialità nel Benessere dei Figli

La letteratura clinica, specialmente nell'ambito della terapia sistemico-relazionale, da tempo mette in luce le complesse dinamiche relazionali presenti all'interno delle famiglie che hanno figli affetti da disturbi psicopatologici. Ad esempio, autori come Bruch (1974) e Selvini Palazzoli (2006) hanno riconosciuto che le famiglie di adolescenti con diagnosi di Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) spesso manifestano dinamiche familiari disfunzionali caratterizzate da una persistente tensione emotiva.

Il concetto di cogenitorialità, sebbene introdotto in modo più esplicito da J. McHale (McHale et al., 2004; McHale, 2015), affonda le sue radici nei primi anni del movimento terapeutico familiare degli anni '50. Ad esempio, Minuchin (1974) ha enfatizzato l'importanza del sottosistema genitoriale nell'intervento clinico con le famiglie, sostenendo che *"è l'unità familiare a dover maggiormente giudicare ed educare i figli"*. La relazione tra i partner è considerata il sottosistema familiare più indicato per rivelare connessioni tra il disturbo dello sviluppo psicologico dei figli e le caratteristiche delle relazioni familiari.

Il Modello di Haley (1983) ha avanzato l'ipotesi che i sintomi siano il risultato di uno squilibrio nella struttura familiare, con normali confini generazionali e gerarchie alterati da alleanze transgenerazionali. La cogenitorialità riguarda non solo la condivisione dei compiti genitoriali ma anche l'esistenza e la qualità del coordinamento tra i genitori nei loro ruoli. Si tratta di un processo bidirezionale in cui le azioni di un partner influenzano e sono influenzate da quelle dell'altro.

Durante l'adolescenza, sia i figli che i genitori affrontano un processo di sviluppo e co-evoluzione, in cui le dinamiche familiari svolgono un ruolo fondamentale nell'accompagnare gli adolescenti nei loro compiti di sviluppo. Tuttavia, il conflitto coniugale può avere un impatto negativo sulla relazione genitore-figlio. L'esposizione a livelli elevati di conflitti tra i genitori è un fattore di rischio significativo che può influenzare negativamente la regolazione emotiva dei bambini. Pertanto, una relazione coniugale sana diventa cruciale per il benessere emotivo dei figli.

Nel campo della terapia familiare, pionieri come Haley e Minuchin avevano già osservato che uno squilibrio nella relazione genitore-figlio poteva portare a configurazioni

disfunzionali all'interno del contesto familiare. Questo squilibrio poteva spesso essere attribuito a difficoltà nella relazione tra i coniugi.

In sintesi, durante l'adolescenza, la famiglia riveste un ruolo fondamentale nel supportare i giovani nei loro compiti di sviluppo. Tuttavia, il conflitto coniugale può avere un impatto sulla qualità del legame genitore-figlio. La comprensione di queste dinamiche familiari si rivela di importanza cruciale per la pratica clinica e la ricerca.

3.6 L'influenza familiare

La ricerca accademica attuale indica che le percezioni relative al funzionamento delle dinamiche familiari, focalizzando in particolare aspetti come la coesione familiare, l'adattabilità e la comunicazione, svolgono un ruolo rilevante nello sviluppo dei disturbi del comportamento alimentare in età adolescenziale (Kluck, 2008; Olson, 1986; Vidovic, Jures, Begovac, Mahnik, & Tocilj, 2005). Gli studi suggeriscono che gli adolescenti che percepiscono una minore coesione familiare, limitate aperture nella comunicazione dei pensieri e dei sentimenti, una struttura familiare poco efficace e una ridotta autonomia tra i membri presentano una maggiore incidenza di comportamenti alimentari disfunzionali.

È emerso che le dinamiche familiari caratterizzate da regole rigide e poco flessibili contribuiscono all'insorgenza dei disturbi del comportamento alimentare. In tali contesti, le famiglie tendono a imporre norme restrittive che limitano l'espressione cognitiva ed emotiva dei membri. Al contrario, le famiglie che promuovono il sostegno reciproco, la partecipazione nelle decisioni familiari e la costruzione di relazioni affettive favoriscono una maggiore coesione familiare (Wisotsky et al., 2003). Nei casi di disturbi alimentari, le famiglie spesso adottano regole restrittive in relazione all'alimentazione, contribuendo così ad aumentare il rischio di sviluppare tali problemi (Gillett et al., 2009; Krug et al., 2008).

Per quanto riguarda il binge eating disorder, gli adolescenti affetti da tale disturbo spesso descrivono il funzionamento familiare in termini negativi, segnalando una limitata

espressione emotiva, una comunicazione inefficace, una ridotta coesione familiare, una minore affettività e un aumento dei conflitti. Per quanto riguarda l'influenza delle dinamiche familiari sul sovrappeso, sembra che una maggiore coesione familiare incoraggi gli adolescenti con questo problema a sviluppare comportamenti più sani e a migliorare il loro benessere psicosociale. Tuttavia, nonostante la coesione familiare non possa offrire una protezione assoluta dal sovrappeso, sembra comunque ridurre il rischio di binge eating e di comportamenti eccessivamente orientati al controllo del peso.

Gli adolescenti che percepiscono i loro genitori come figure di supporto, caratterizzate da affetto e capaci di favorire l'autonomia dei figli, tendono a mostrare minori preoccupazioni riguardo al peso corporeo e a coinvolgersi meno frequentemente in comportamenti bulimici (Kenny & Hart, 1992). Al contrario, i giovani affetti da disturbi del comportamento alimentare spesso riferiscono la mancanza di affetto da parte dei genitori e sperimentano limitata indipendenza all'interno della famiglia (Laghi, Baiocco, D'Alessio, & Gurrieri, 2009; Mallinckrodt, McCreary, & Robertson, 1995).

Studi nel campo della psicopatologia dello sviluppo hanno rilevato che una scarsa sensibilità genitoriale può ostacolare la capacità degli adolescenti di regolare i propri comportamenti ed emozioni (Cummings, Davies, & Campbell, 2000; Laghi, Baiocco, D'Alessio, Gurrieri, & Mazza, 2008; Laghi, D'Alessio, Pallini, & Baiocco, 2009; Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003). L'esperienza di relazioni familiari insoddisfacenti sembra correlarsi significativamente con l'insorgenza di una marcata insoddisfazione corporea (Bearman et al., 2006). Inoltre, la percezione di comportamenti genitoriali positivi, come la promozione dell'autonomia, uno stile genitoriale democratico e un coinvolgimento familiare, è strettamente associata all'orientamento verso l'eccessiva magrezza, alla pratica di comportamenti alimentari restrittivi e allo sviluppo di insoddisfazione corporea.

3.7 Il ruolo della famiglia in terapia e le conseguenze

Nonostante le trasformazioni concettuali avvenute nel campo, le ricerche passate e attuali sui fattori di rischio hanno continuato a concentrarsi sul ruolo della famiglia nell'insorgenza o nel contributo ai disturbi del comportamento alimentare. La ricerca orientata allo sviluppo, sui fattori di rischio familiari nei disturbi del comportamento alimentare è ancora limitata, e finora i dati non supportano l'affermazione che le famiglie siano causa. Sebbene gli studi trasversali e la ricerca volta a identificare le caratteristiche che precedono l'insorgenza della malattia siano fondamentali per generare ipotesi sui fattori causali, presentano anche delle limitazioni. Inoltre, mentre gli studi longitudinali prospettici volti a identificare i predittori di futura malattia sono cruciali per lo sviluppo di modelli di rischio più rigorosi, non hanno avuto una potenza statistica adeguata per identificare i fattori di rischio associati a disturbi relativamente rari o non comuni come l'anoressia nervosa (AN) e la bulimia nervosa (BN).

Gli studi di trattamento, specialmente quelli che coinvolgono i genitori nella terapia, possono contribuire a comprendere il ruolo della famiglia nei disturbi del comportamento alimentare. Tuttavia, i trial di trattamento controllati per entrambi l'AN e la BN rimangono ancora in numero limitato. Comunque, una scoperta costante nei lavori recenti è che il coinvolgimento della famiglia sembra essere utile nel ridurre sia la morbilità psicologica che quella medica, specialmente nei pazienti più giovani con una durata breve del disturbo alimentare. Inoltre, questa forma di trattamento è accettata sia dai genitori che dai pazienti stessi. Oltre a ciò, l'utilizzo dei genitori nel trattamento potrebbe almeno in parte spiegare i tassi di abbandono inferiori negli studi di trattamento per adolescenti, che si aggirano intorno al 15%, rispetto agli studi di trattamento per adulti in cui i tassi di abbandono medi sono del 50%. È evidente che sono necessari studi definitivi, randomizzati e controllati sulla terapia familiare, insieme a studi che confrontino la terapia familiare con altre modalità di trattamento, e ricerche che valutino il valore dell'apprendimento basato su abilità per chi si prende cura degli adulti con disturbi alimentari.

L'applicabilità della terapia familiare per la BN è stata oggetto solo di pochi studi. Per il sottoinsieme di adulti con BN trattati con la terapia familiare nello studio originale di Russell et al., gli effetti della terapia familiare sono stati modesti. Successivamente, dopo una piccola serie di casi che ha dimostrato la fattibilità della terapia familiare per la BN adolescenziale, due trial clinici randomizzati hanno dimostrato che la famiglia treatment potrebbe essere utile per alcuni adolescenti con BN. Schmidt et al. hanno scoperto che la terapia familiare era paragonabile a una forma di terapia cognitivo-comportamentale di auto-aiuto per adolescenti con BN, ma che più adolescenti hanno rifiutato il trattamento familiare. Le Grange et al. hanno scoperto che il trattamento familiare basato su manuale era superiore a una terapia individuale non specifica, ma la proporzione dei partecipanti che mostravano un miglioramento sostanziale era limitata. In sintesi, questi risultati suggeriscono che i metodi di trattamento basati sulla famiglia potrebbero essere promettenti per alcuni adolescenti con BN, ma sono necessari studi definitivi.

I membri della famiglia che si prendono cura di persone con disturbi alimentari spesso sperimentano un malessere generale, ansia e una diminuzione della qualità della vita. Si ipotizza quindi che ridurre i carichi dei caregiver possa essere importante per migliorare l'esito. Anche se sono stati fatti tentativi per comprendere meglio sia gli aspetti positivi che stressanti del caregiving, vi è ancora una conoscenza limitata su come comprendere al meglio e attenuare il disagio dei caregiver, specialmente quando i pazienti rimangono gravemente malati. La letteratura destinata ai genitori è di enorme importanza nel fornire informazioni sulle malattie nella speranza di ridurre i livelli di disagio, esperienze negative nei caregiver, così come di colpa e vergogna.

Le famiglie coinvolte in un caso di disturbo alimentare spesso sperimentano una serie di conseguenze che generano preoccupazioni e confusione. Esse possono sviluppare una notevole inquietudine, focalizzandosi eccessivamente sul cibo e sui comportamenti alimentari scorretti manifestati dai loro cari affetti dal DCA. I familiari solitamente si concentrano sull'osservazione degli atteggiamenti alimentari durante i pasti, con una particolare attenzione a segni di voracità seguiti da una rapida visita al bagno o a comportamenti di divisione del cibo.

Tuttavia, è essenziale riconoscere che questa ossessione familiare per il comportamento alimentare del loro caro non solo non offre alcun beneficio, ma può persino aggravare la situazione. Tale atteggiamento ossessivo spesso è alimentato da un profondo senso di ansia e di incapacità da parte dei familiari. Invece, ciò che dimostra di essere realmente costruttivo per chi soffre di un DCA è il supporto fornito da familiari capaci di mostrare empatia e di comprendere l'esperienza e le sfide attraversate dal loro congiunto. Questo approccio empatico è in grado di stabilire una connessione profonda e può contribuire in modo significativo all'efficacia dell'intervento terapeutico.

È di cruciale importanza riconoscere che il caro affetto da un DCA è in uno stato di fragilità e difficoltà. In questo contesto, è comune che i genitori si interrogano sulla questione della colpa. Emergono domande quali "Chi è responsabile?" e i genitori spesso si auto-esaminano per valutare il loro ruolo nell'educazione dei figli, gli eventi passati, le scelte fatte e il contributo alla situazione attuale. Queste riflessioni possono essere utili per apportare miglioramenti personali e per modificare i comportamenti genitoriali, ma non necessariamente conducono a una comprensione esaustiva della situazione.

È importante notare che cercare un colpevole o attribuire la colpa non rappresenta una soluzione, poiché i disturbi del comportamento alimentare derivano da condizioni complesse e multiformi, influenzate da una combinazione di variabili biologiche, psicologiche e sociali. Di conseguenza, la soluzione non può essere semplicisticamente ricondotta a un atto di colpevolizzazione. Si è soliti affermare che tali patologie abbiano origini bio-psico-sociali, implicando la necessità di combinare numerose variabili complesse al fine di scatenare comportamenti patologici.

In sintesi, il coinvolgimento delle famiglie nei casi di DCA è di primaria importanza, ma necessita di un approccio empatico e comprensivo. Bisogna evitare di attribuire colpe e promuovere una migliore comprensione delle complesse dinamiche coinvolte può svolgere un ruolo significativo nella terapia e nel recupero delle persone affette da DCA. Nel contesto delle famiglie con figli affetti da Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), emergono complesse e contraddittorie dinamiche familiari. Questi bambini e adolescenti solitamente si caratterizzano per la loro responsabilità, obbedienza e

diligenza, tanto da sfiorare quasi l'invisibilità. Particolarmente a scuola, si distinguono per le loro eccellenti prestazioni accademiche. Tuttavia, durante la fase preadolescenziale o adolescenziale, avviene una sorprendente metamorfosi.

Durante questa fase, i genitori spesso hanno difficoltà a riconoscere i propri figli, poiché si trasformano in individui ribelli, scontroso e aggressivi. La comunicazione si interrompe, creando un notevole divario tra i membri della famiglia e i figli. Questa situazione conflittuale spesso coglie i genitori di sorpresa, poiché sembra quasi incredibile che quella/o sia la stessa persona che amavano e con cui dividevano una relazione così diversa.

In queste circostanze, può risultare problematico per i genitori discernere se i figli hanno percepito il loro comportamento come invasivo o come un supporto amorevole. I genitori generalmente credono sinceramente di offrire il proprio aiuto alla persona più cara, senza rendersi conto di essere vissuti come invasori dello spazio psichico dei figli.

A titolo di esempio, se una figlia di diciassette anni sta attraversando una fase depressiva e trascura gli spazi in cui vive, lasciando disordine e oggetti personali sparsi, la madre potrebbe sentirsi obbligata a ripristinare l'ordine, invece di rivolgersi alla figlia con domande del tipo "come stai?" o "cosa ti sta accadendo?". In situazioni simili, le figlie e i figli hanno bisogno di supporto per riconquistare la cura di sé, sviluppare autonomia ed accrescere la loro autostima, elemento spesso riflettente il loro benessere generale.

Il confine tra l'essere invasivi e offrire una guida e un supporto adeguati è sottile e richiede una chiara definizione. È fondamentale stabilire questi limiti e concordare come rispettarli da parte di entrambi gli attori coinvolti, senza darli per scontati.

3.8 Le dinamiche relazionali

Sander (1995) enfatizza l'importanza di adottare un modello che tenga conto dell'interazione continua tra l'individuo e l'ambiente circostante, nonché dell'interdipendenza tra i processi interni e quelli interattivi che contribuiscono a costruire le relazioni (Beebe, Lackman, 2002).

Da questa prospettiva, il ruolo della famiglia può essere delineato attraverso due modalità differenti che strutturano l'esperienza (Reiss, 1989; Sameroff, McDonough, Rosenblum, 2004). La prima si riferisce alle dinamiche familiari, ossia al modo in cui i membri della famiglia interagiscono tra loro, mentre la seconda riguarda i modelli mentali interni dei membri della famiglia. La famiglia "vissuta" e la famiglia "rappresentata" si influenzano reciprocamente: le dinamiche familiari acquisiscono significato e vengono tradotte nel dominio simbolico nella famiglia rappresentata; allo stesso tempo, le rappresentazioni possono influenzare e plasmare le dinamiche coordinate della famiglia.

La famiglia effettiva stabilizza e regola i suoi membri attraverso l'osservabile interazione continua. Le interazioni ripetute forniscono un senso di coerenza, stabilità ed identità familiare. Queste caratteristiche non sono intrinseche all'individuo, ma risiedono nelle dinamiche coordinate all'interno del nucleo familiare (Reiss, 1989; Sameroff, McDonough, Rosenblum, 2004). Gli studi basati su questa cornice teorica si concentrano sulle influenze delle attuali interazioni, piuttosto che focalizzarsi sulle esperienze passate che potrebbero influenzare la mente dell'individuo.

Il modello sistemico-relazionale, in particolare il lavoro di Minuchin, Rosman e Baker (1980) sulle famiglie con disturbi alimentari, si concentra sull'analisi della famiglia in termini di struttura, confini e principi di regolazione. Minuchin (1976) definisce la struttura come "l'insieme invisibile di richieste funzionali che determina il modo in cui i membri della famiglia interagiscono", definendo le funzioni, i ruoli e le competenze dei vari membri della famiglia.

Un altro concetto chiave riguardo allo studio della famiglia dal punto di vista strutturale è quello dei confini, poiché essi delineano i sottosistemi e regolano chi partecipa e come. Devono essere flessibili e permeabili per consentire il flusso di informazioni ed affetti, ma allo stesso tempo sufficientemente chiari per garantire l'autonomia, la specificità dei ruoli e la differenziazione.

Il lavoro di Minuchin e colleghi (1980) ha rivelato la presenza di modalità transazionali specifiche nelle famiglie di pazienti anoressiche, tra cui l'interferenza eccessiva, l'iperprotezione, la mancanza di risoluzione dei conflitti, la rigidità e il coinvolgimento del figlio nei conflitti dei genitori.

Un aspetto emerso dall'analisi delle relazioni tra i genitori di pazienti anoressiche, proposto da Selvini Palazzoli, è il concetto di "*gioco di stallo*," una dinamica relazionale in cui la coppia sembra non trovare soluzioni o vie d'uscita ai conflitti, pur senza attraversare crisi evidenti. Questo gioco di stallo può influenzare il rapporto di coppia e l'equilibrio emotivo dei coniugi.

Altresì, per quanto riguarda la qualità del rapporto di coppia, Bemporad e Ratey (1985) sottolineano che entrambi i genitori di ragazze con disturbi alimentari spesso si sentono delusi nei loro matrimoni. Questa delusione può portare i padri a cercare più sostegno emotivo dalle figlie piuttosto che offrirne. Le madri, invece, spesso hanno subito esperienze di svalutazione nelle loro famiglie d'origine e sembrano dipendere emotivamente dai loro mariti. Questo porta spesso a dinamiche di sacrificio e sopportazione nelle relazioni coniugali.

È fondamentale considerare, come queste dinamiche familiari influenzino i figli e come questi si siano appropriati dell'insoddisfazione coniugale dei genitori. Il processo di trasmissione multigenerazionale, come descritto da Bowen (1979), può influire sulla maturità emotiva dei figli, con alcune parti della loro immaturità che vengono ereditate dai genitori.

Nelle famiglie con un membro affetto da un disturbo del comportamento alimentare, non sembra emergere una struttura o un modello di funzionamento costante; piuttosto, i

disturbi alimentari si sviluppano in una molteplicità di contesti familiari. Poiché è indiscutibile il ruolo della vita familiare nel benessere emotivo e psicologico dei figli, si riconosce il potenziale valore di coinvolgere le famiglie nella terapia dei bambini e degli adolescenti, al fine di identificare risorse all'interno del nucleo familiare che possano contribuire a accelerare il processo di guarigione. Tuttavia, nonostante il concetto di "genitori o famiglie anoresogenici" non trovi conferma nelle evidenze, in alcune situazioni il coinvolgimento della famiglia potrebbe essere clinicamente controindicato, ad esempio, se vi è una grave psicopatologia tra i genitori. Pertanto, la valutazione delle famiglie richiede una stretta attenzione alle competenze, alla motivazione e alla storia di eventi avversi o traumatici dei genitori. Tuttavia, anche quando si verificano tali circostanze sfavorevoli, è prioritario sviluppare un piano finalizzato ad aiutare e sostenere i pazienti e a alleviare i pesi che gravano sulle famiglie, piuttosto che colpevolizzarle. Pertanto, riteniamo che le famiglie debbano essere coinvolte sistematicamente nella terapia della maggior parte dei giovani affetti da un disturbo del comportamento alimentare. La forma di coinvolgimento, e il modo in cui risulterà più efficace, varieranno da famiglia a famiglia.

CAPITOLO 4

Introduzione:

Nell'ambito della complessa sfera dei disturbi dell'alimentazione, la famiglia riveste un ruolo di notevole rilevanza, contribuendo in diverse forme e con varie dinamiche allo sviluppo e alla prognosi di tali disturbi. Anna La Mesa, tra gli studiosi che si sono dedicati a questa tematica, ha posto l'attenzione sull'importante relazione tra i ragazzi affetti da tali disturbi ed entrambi i loro genitori, nonché sull'influenza del conflitto familiare che sembra precedere l'insorgenza dell'anoressia nervosa. Inoltre, la posizione dei fratelli e delle sorelle all'interno del contesto familiare riveste un impatto significativo sulla prognosi della malattia.

La comprensione dei disturbi dell'alimentazione, in particolare dell'anoressia nervosa, si è evoluta nel corso del tempo, portando a una revisione delle teorie che attribuivano un ruolo centrale alle dinamiche familiari come causa principale di tali disturbi. Queste teorie, che in passato erano state considerate semplicistiche ed errate, sono state oggetto di approfondite ricerche e dibattiti.

Recenti studi, in particolare quelli incentrati sull'analisi dell'emotività espressa dei genitori, hanno gettato nuova luce sulla complessa interazione tra i fattori familiari e i disturbi dell'alimentazione. Si è scoperto che le famiglie con un elevato livello di emotività espressa tendono a manifestare una maggiore critica, ostilità e coinvolgimento emotivo eccessivo, e questo può influenzare negativamente il mantenimento o il peggioramento del disturbo. Non solo, ma un'elevata emotività espressa è stata associata a un tasso di abbandono del trattamento più elevato e a un esito di trattamento meno favorevole.

Particolarmente rilevante è il fatto che i commenti critici dei genitori sembrano avere un impatto negativo sull'esito del trattamento, con una particolare sensibilità da parte dei pazienti affetti da anoressia nervosa nei confronti degli stimoli negativi e delle critiche. Si è avanzata l'ipotesi che questa vulnerabilità possa essere correlata a fattori neurobiologici.

Di conseguenza, emerge la necessità di considerare il coinvolgimento dei genitori come un elemento cruciale nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione. Attraverso un'attenzione mirata a migliorare l'atteggiamento e il comportamento dei genitori, incoraggiando la manifestazione di calore e commenti positivi, si apre la possibilità di influire positivamente sulla prognosi dei pazienti con anoressia nervosa, riducendo la morbilità psicologica e medica. Tale approccio risulta particolarmente efficace nei casi di breve durata del disturbo dell'alimentazione.

Tuttavia, è importante sottolineare che nei casi di disturbo dell'alimentazione di lunga durata e persistente nell'età adulta, le dinamiche familiari possono diventare ancor più complesse, con dispute e difficoltà relazionali tra pazienti, genitori o partner, spesso legate

ai comportamenti alimentari e agli sbalzi d'umore associati a tali disturbi. Questi aspetti mettono in evidenza la necessità di una visione olistica e di un trattamento individualizzato, prendendo in considerazione l'impatto delle dinamiche familiari nelle diverse fasi della vita del paziente.

In questo contesto, sorgono diverse domande di ricerca fondamentali. In che modo cambiano le relazioni all'interno della famiglia di fronte a un disturbo alimentare? La famiglia, come istituzione, è influenzata dalla società circostante e dalle aspettative sociali riguardo all'immagine corporea? E in che modo questi fattori influiscono sul percorso di riabilitazione? Qual è il ruolo della famiglia nella promozione della guarigione e nella prevenzione di recidive? Al fine di rispondere a queste domande, si è posto un focus specifico su uno psichiatra che opera presso l'Istituto Casa delle Farfalle di Portogruaro, il quale ha condiviso preziose intuizioni e osservazioni derivanti dalla sua esperienza pratica con pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione. Attraverso l'analisi delle risposte fornite dall'intervistato e l'esame delle evidenze empiriche esistenti, questo capitolo si propone di gettare nuova luce sui complessi legami tra famiglia, società e disturbi dell'alimentazione, contribuendo così alla comprensione e all'ottimizzazione dei percorsi di riabilitazione alimentare.

4.1 La metodologia:

Descrizione dei partecipanti:

Il partecipante della mia ricerca è lo psicoterapeuta, il dottor Stefano Pillan, che lavora presso il Centro DCA chiamato “La casa delle Farfalle” di Portogruaro. Egli all'interno della struttura si occupa dei pazienti che hanno superato la maggiore età.

La Regione Veneto, tra le prime in Italia, ha emanato un "Atto di indirizzo e coordinamento per l'avvio sperimentale di un sistema di interventi in materia di Disturbi del Comportamento Alimentare" con la DGR n. 3540 del 19 ottobre 1999. Questo atto prevedeva l'organizzazione di una rete di servizi per la diagnosi e la cura dei DCA, con

la creazione di Centri di Riferimento Provinciali e ambulatori multiprofessionali in ogni provincia. Questo approccio è stato confermato da ulteriori provvedimenti regionali nel triennio 2010-2012.

Il Centro DCA della ULSS 4 Veneto Orientale è stato istituito come ambulatorio per i DCA presso il centro di salute mentale di Portogruaro nel 1999. Nel 2001 è diventato il primo centro di riferimento pubblico in Veneto per la cura e la riabilitazione dei disturbi del comportamento alimentare. Ha sviluppato una significativa attività ambulatoriale e dispone di posti letto riabilitativi ad alta intensità, un centro diurno e un gruppo appartamento. Nel corso degli anni, ha ampliato il trattamento ambulatoriale e di riabilitazione anche per pazienti con DCA di elevata gravità e comorbidità psichiatriche.

Il Centro DCA della ULSS 4 Veneto Orientale è riconosciuto a livello nazionale come uno dei principali centri di cura e riabilitazione dei DCA. Ha partecipato a iniziative di eccellenza e collabora attivamente con istituzioni regionali e nazionali per migliorare la gestione dei disturbi alimentari. Inoltre, fa parte della rete regionale veneta per la cura dei DCA.

Il Centro DCA della ULSS 4 Veneto Orientale si dedica principalmente a fornire trattamenti ambulatoriali e assistenza riabilitativa di alta qualità per pazienti affetti da Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA). La missione centrale del Centro è migliorare costantemente la qualità dei servizi offerti, con un'enfasi particolare sull'umanizzazione dell'assistenza e il rispetto della fragilità dei pazienti e delle loro famiglie. Gli obiettivi principali includono l'efficacia delle cure, l'adozione di linee guida internazionali basate sull'evidence-based (previo adattamento alle normative locali), l'appropriatezza delle indicazioni cliniche, l'efficienza interna, la promozione dell'approccio multiprofessionale, l'investimento nella formazione e nell'educazione clinica, e l'implementazione di mezzi di comunicazione con i pazienti e la comunità.

Le prestazioni del Centro sono fornite nel rispetto della riservatezza, della dignità e della libertà della persona, senza discriminazioni. A livello clinico, il Centro si avvale di una valutazione diagnostica completa, che comprende aspetti medici, psicologici e nutrizionali. Vengono quindi applicati trattamenti terapeutici come farmacoterapia, psicoterapie individuali, familiari e di gruppo, nonché supporto motivazionale e

psicoeducazione. Inoltre, il Centro si impegna in attività di prevenzione, formazione, epidemiologia e ricerca nel campo dei DCA.

Strumenti, materiali e procedura di raccolta dati :

Nel corso della mia ricerca qualitativa, ho scelto di utilizzare un metodo di raccolta dati basato su interviste semi-strutturate. Le interviste semi-strutturate sono un potente strumento di ricerca che combina una struttura di domande predefinite con la flessibilità necessaria per esplorare in dettaglio argomenti e concetti emergenti. Questo approccio mi ha permesso di ottenere una comprensione approfondita delle opinioni, delle prospettive e delle esperienze dei partecipanti, mantenendo al contempo la capacità di adattare le domande alle risposte fornite.

Nel corso della procedura di raccolta dati, ho seguito una sequenza logica di domande, iniziando con domande di sondaggio per stabilire un'adeguata comunicazione con il partecipante. Le domande erano principalmente aperte e orientate a esplorare le percezioni personali e le esperienze del partecipante riguardo ai disturbi del comportamento alimentare. Inoltre, ho utilizzato domande di follow-up per ottenere dettagli aggiuntivi e chiarimenti quando necessario.

Per la raccolta dei dati durante le interviste, ho fatto uso di un registratore audio. Questo strumento è risultato prezioso poiché ha catturato in modo accurato e completo tutte le conversazioni tra me, come intervistatore, e il partecipante. L'utilizzo del registratore mi ha permesso di concentrarmi sull'ascolto attivo e sull'approfondimento delle risposte, senza il rischio di perdere dettagli importanti. Inoltre, ha contribuito a preservare l'integrità delle informazioni raccolte.

Dopo aver completato il processo di intervista e la registrazione dei dati, ho proceduto con l'analisi dei dati raccolti. Questo stadio è stato cruciale per identificare temi, modelli e significati all'interno delle risposte del partecipante. In questo senso, la "sbobina dell'intervista" rappresenta il momento in cui mi sono immersa nei dati raccolti, analizzando attentamente ogni dettaglio per trarre conclusioni significative. Questo

approccio ha reso la mia ricerca qualitativa più ricca e approfondita, consentendomi di contribuire in modo significativo alla comprensione del mio argomento di studio.

La selezione del partecipante per la mia ricerca è stata un processo fondamentale per garantire l'accesso a un individuo con esperienza significativa all'interno del contesto che stavo studiando. In particolare, ho identificato il partecipante grazie al mio contatto diretto con il responsabile dell'istituto "Casa delle Farfalle", che ha facilitato l'introduzione con lo psicoterapeuta coinvolto nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare presso l'istituto.

Il contatto a palla di neve è stato uno strumento prezioso in questo processo. Inizialmente, ho stabilito una connessione con il direttore dell'istituto, il "seme" iniziale, che è stato disposto a mettermi in contatto con lo psicoterapeuta. Quest'ultimo è stato il partecipante e, una volta coinvolto nella ricerca, è stato intervistato approfonditamente.

Ho scelto il metodo di selezione chiamato "palla di neve", perché mi ha permesso di accedere a individui con una conoscenza approfondita del contesto e dell'argomento oggetto della mia ricerca, creando un collegamento diretto con i professionisti che lavorano in prima linea nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare. Inoltre, la fiducia e la collaborazione iniziate con il responsabile dell'istituto hanno facilitato notevolmente il processo di selezione e accesso ai partecipanti, garantendo l'approfondimento delle conoscenze necessarie per il mio studio.

L'intervista è stata condotta in modalità online per ragioni logistiche, principalmente dovute a una considerevole distanza geografica tra il partecipante e me, ovvero l'intervistatore. Questa scelta è stata dettata dalla praticità e dall'accessibilità offerta dalla tecnologia che ha reso possibile l'interazione anche a distanza, consentendo una partecipazione agevole e conveniente per entrambe le parti coinvolte. Inoltre, questa modalità ha eliminato le barriere geografiche, consentendo di condurre l'intervista senza le difficoltà e i costi associati ai viaggi fisici.

4.2 Considerazioni Etiche

Nel corso della mia ricerca, ho posto un'enfasi significativa sulle considerazioni etiche al fine di garantire il rispetto dei diritti e del benessere dei partecipanti. Durante l'intervista, ho avuto il privilegio di avere come intervistato il dottor Stefano Pillan, uno psicoterapeuta con una vasta esperienza nel campo dei disturbi del comportamento alimentare. Il dottor Pillan si è reso disponibile con grande tranquillità e, anzi, con entusiasmo a partecipare all'intervista e a fornire il suo contributo.

È importante sottolineare che il dottor Pillan ha acconsentito volontariamente a che il suo nome fosse incluso nel contesto della ricerca, dimostrando un forte senso di responsabilità e trasparenza. Tale decisione è stata presa in modo consapevole, rispettando la sua volontà e la sua fiducia nel processo di ricerca. L'uso del suo nome è stato approvato dal dottor Pillan in linea con le linee guida etiche stabilite per il mio studio, garantendo la massima riservatezza delle informazioni sensibili e il rispetto delle sue preferenze personali.

4.3 Analisi e discussione dei risultati:

Uno dei punti di disaccordo evidenziati durante l'analisi comparativa tra la letteratura scientifica e l'intervista condotta riguarda la percentuale di maschi affetti da disturbi alimentari. Secondo quanto riportato dalla letteratura, i maschi rappresenterebbero circa il 10-15% di coloro che soffrono di tali disturbi. Tuttavia, l'intervistato, basandosi sulle sue esperienze professionali e sull'osservazione diretta dei pazienti attualmente coinvolti nel percorso di riabilitazione per i disturbi alimentari, sostiene che questa percentuale sia notevolmente inferiore al 10-15%. In particolare, il dottore riporta un rapporto stimato di circa 1 maschio affetto da disturbo alimentare su 50 pazienti coinvolti nel suo programma di trattamento.

Questa discrepanza tra la letteratura e l'esperienza pratica dell'intervistato potrebbe essere attribuita a diversi fattori. È possibile che i dati della letteratura siano basati su ricerche più ampie e diversificate, mentre l'intervistato può lavorare in un contesto

specifico o in una regione con caratteristiche demografiche particolari. Inoltre, potrebbero sussistere differenze culturali o socio-culturali che influenzano la prevalenza dei disturbi alimentari tra i generi. La discussione di tali differenze è fondamentale per una migliore comprensione del fenomeno e potrebbe suggerire la necessità di ulteriori ricerche per affinare le stime della prevalenza dei disturbi alimentari tra la popolazione maschile.

Il dottor Stefano Pillan, durante l'intervista, ha fornito importanti osservazioni riguardo ai disturbi del comportamento alimentare, concentrandosi principalmente sull'anoressia nervosa, che lui considera la forma più grave di tale disturbo. In merito a questo, il dottore ha sottolineato che l'anoressia nervosa è un disturbo che, in generale, porta più facilmente i pazienti a cercare trattamento rispetto ad altri disturbi alimentari. Questo aspetto può essere attribuito alla visibilità dei sintomi, tra cui la marcata perdita di peso e l'insorgenza di condizioni fisiche evidenti, che spesso spingono gli individui a cercare aiuto.

Tuttavia, il dottore ha rilevato delle differenze significative tra i disturbi alimentari rispetto alla loro distribuzione tra i sessi. In particolare, mentre l'anoressia nervosa mostra una prevalenza nettamente femminile, con circa il 90% dei casi che coinvolge pazienti di sesso femminile, nei casi di bulimia e binge eating disorder (disturbo da alimentazione incontrollata) la percentuale di uomini e donne è più equilibrata. Il dottore ha menzionato che, in media, si può stimare che il 9 su 10 pazienti affetti da anoressia nervosa siano donne, mentre nelle diagnosi di bulimia la prevalenza femminile è leggermente meno marcata, e nel caso del binge eating disorder, si osserva una distribuzione più equa tra i sessi.

In termini numerici, il dottore ha fornito alcune stime sulla prevalenza di questi disturbi. Ad esempio, circa il 20% dei casi riguarda la bulimia nervosa, mentre l'anoressia nervosa coinvolge circa l'8-10% dei pazienti affetti da disturbi alimentari. Tuttavia, il dottore ha sottolineato che questi dati risalgono al 2017 e che con l'avvento della pandemia da

COVID-19, si è verificato un aumento significativo dei casi di disturbi alimentari, stimato in un aumento del 30% rispetto a quanto osservato in passato.

Riporto traccia d'intervista :

“Comunque ti so dire che c'è una differenza di genere più di 9 su 10 sono soggetti femminili. Poi da mia esperienza clinica sembra anche di più tipo 1 su 50 quindi ancora di meno però dai dati tendono a dire 9 su 10 ma forse perché accedendo i casi un po' più gravi allora questa disparità è molto maggiore in anoressia che spesso è il disturbo più grave quello che arriva di più al trattamento. Nell'anoressia è elevatissimo il trattamento nei soggetti femminili. Mentre in altri disturbi ovvero bulimia e bige eating invece che il disturbo caratterizzato dall'alimentazione incontrollata, abbuffata la percentuale uomini e donne è più equilibrata..... si può dire 9/10 femminili in media poi a seconda della diagnosi... è maggiore la prevalenza femminile in anoressia nella bulimia poco di meno mentre nel binge eating è più equilibrato tra i due sessi. Come percentuale invece la bulimia nervosa circa il 20 % dei casi, L'anoressia nervosa 8/10% però questi sono dati del 2017 che con l'avvento del covid sono cambiati almeno di un 30% in più.” (svolta in data 25 ottobre 2023)

Questi dati mettono in evidenza l'importanza di comprendere la distribuzione e la prevalenza dei disturbi alimentari nei diversi contesti temporali e l'evoluzione del fenomeno, soprattutto alla luce di eventi significativi come la pandemia, che può avere un impatto significativo sulla salute mentale e sui comportamenti alimentari delle persone.

Un altro punto analizzato è che la comprensione dei disturbi alimentari è un campo complesso e multifattoriale in cui la letteratura scientifica e l'esperienza del dottor Stefano Pillan convergono su alcune considerazioni chiave. Entrambe le fonti riconoscono che i disturbi alimentari sono patologie multifattoriali, il cui fattore scatenante può derivare da una molteplicità di influenze. In passato, sono state avanzate

diverse teorie, tra cui l'accentuazione dell'aspetto familiare o delle carenze, nonché approcci più orientati verso l'aspetto biologico, come la ricerca genetica. Tuttavia, entrambe le fonti concordano sul fatto che non esiste una causa unica per i disturbi alimentari, ma piuttosto una combinazione di fattori di rischio e scatenanti.

L'esperienza personale del dottore Pillan ha rilevato che in alcuni casi è possibile individuare chiaramente fattori familiari come scatenanti, ad esempio famiglie iperpatologiche in cui il peso di un genitore ha influito significativamente sul paziente fin dall'infanzia. In questi contesti, si può osservare una pressione notevole e costante sul paziente, spesso in ambiti come lo sport o la scuola, dove l'eccellenza è particolarmente valorizzata. Tuttavia, il dottore sottolinea che non tutti i casi seguono questo schema, come dimostrato da un incontro con una ragazza di 19 anni proveniente da una famiglia apparentemente perfetta, senza traumi o difficoltà evidenti.

In questo caso specifico, non emergono elementi scatenanti legati all'ambiente familiare o al contesto. Invece, sembra che i fattori caratteriali siano stati più rilevanti, con tendenze al perfezionismo, al controllo e una certa rigidità di carattere che hanno contribuito allo sviluppo del disturbo. Quindi, la discussione tra il dottore Pillan e la letteratura riflette la complessità dei disturbi alimentari, riconoscendo che possono scaturire da una varietà di influenze, tra cui dinamiche familiari, tratti caratteriali individuali e contesti di vita specifici. Spesso, è l'accumularsi di queste influenze nel tempo, combinato con una "goccia che fa traboccare il vaso", che porta al manifestarsi di un disturbo alimentare. La comprensione di questi fattori multidimensionali è fondamentale per sviluppare approcci terapeutici efficaci per le persone colpite da questi disturbi complessi.

Riporto traccia d'intervista: Dottor Pillan *"Si parla di patologie multifattoriali in cui andare a dire qual è il fattore scatenante è difficile perché una volta c'era la visione che metteva al centro di più l'aspetto familiare, delle carenze, poi magari approcci più biologici che vanno a cercare la genetica però secondo em tutti questi approcci alla fine*

falliscono perché non c'è una causa unica ci sono tanti fattori di rischio e tanti fattori scatenanti. Parlandoti anche dell'esperienza personale capita a volte di vedere ragazze o persone che vengono da famiglie iperpatologiche in cui magari vedi subito quel è il peso di un padre che fin da subito fin da piccola l'ha fatta sentire che non era abbastanza e ha avuto ambienti familiari con una pressione molto importante non so l'ambiente sportivo, scolastico, penso ad esempio i ballerini di danza classica che subiscono molta pressione su questo.stamattina ho fatto una prima visita a una ragazza di 19 anni che famiglia perfetta, ottimo rapporto mai traumi, mai difficoltà, sempre un pochino di disagio personale per il proprio corpo ma nulla di che. Quindi non emergeva nessun fattore scatenante se non quello di durante il lockdown il fatto che chiusa in casa ha iniziato a ipercontrollare l'alimentazione, tanto sport, mettersi a dieta. Però non emergeva nessun fattore a livello familiare o del contesto. Quindi non è detto, in quel caso lì i fattori che emergono possono essere quelli più caratteriali quindi a volte il fattore di rischio può essere anche il carattere in cui c'è una tendenza al perfezionismo al voler eccellere, voler controllare molto le cose, a volte a una certa rigidità di carattere, Quindi riassumendo aspetti familiari, caratteriali, contesto, momenti di vita drammatici e poi quello che spesso si riesce a vedere un po' meglio è l'ultima goccia che fa traboccare il vaso. “ (svolta in data 25 ottobre 2023)

Inoltre, sono andata ad indagare l'impatto che la famiglia assume quando un membro entra in terapia per un disturbo alimentare. È un aspetto cruciale sia per la letteratura scientifica che per l'esperienza del dottor Stefano Pillan. Entrambe le fonti riconoscono che coinvolgere la famiglia nel processo terapeutico può essere fondamentale, soprattutto se il paziente è minorenne o vive con i genitori. La letteratura sottolinea l'importanza del coinvolgimento dei genitori nel trattamento, specialmente nei casi che coinvolgono pazienti più giovani con una durata breve del disturbo. Tale coinvolgimento sembra ridurre la morbilità psicologica e medica e contribuire a una maggiore accettazione del trattamento da parte dei pazienti.

Dall'esperienza del dottor Pillan emerge che, in generale, i genitori sono disponibili a partecipare al processo terapeutico, anche se inizialmente possono sentirsi sopraffatti e sperimentare una serie di reazioni emotive. La famiglia si trova spesso a osservare attentamente il comportamento alimentare del paziente, seguiti da sensazioni di ansia e inquietudine. Tuttavia, le reazioni dei familiari possono variare notevolmente, con alcuni genitori che adottano un atteggiamento troppo accomodante e altri che possono diventare troppo rigidi o colpevolizzanti. Queste reazioni opposte, a volte, rendono controproducente il coinvolgimento familiare.

La letteratura e il dottor Pillan concordano che l'approccio ottimale coinvolge una combinazione di fermezza ed empatia. L'empatia permette ai familiari di stabilire una connessione profonda con il paziente, mentre la fermezza è necessaria per guidare il paziente attraverso il trattamento. Inoltre, è comune che i familiari si interrogino sulla colpa e il loro ruolo nella situazione. Questo approccio, tuttavia, riconosce che cercare un colpevole o attribuire la colpa non è una soluzione, poiché i disturbi alimentari sono multifattoriali e complessi, con origini bio-psico-sociali. Quindi, la famiglia svolge un ruolo essenziale nei disturbi alimentari, ed è importante coinvolgerla nel trattamento. La combinazione di empatia, fermezza ed educazione può aiutare a migliorare l'efficacia del trattamento, mentre allo stesso tempo riconosce che la colpa non è la soluzione per queste complesse patologie. La comprensione e il supporto della famiglia sono fondamentali per affrontare con successo i disturbi alimentari.

Inoltre, ho analizzato se si verifica un adattamento terapeutico in base a differenti dinamiche familiari, tra cui famiglie con un solo genitore, famiglie separate o situazioni in cui si è registrato un rifiuto da parte dei familiari nel partecipare al percorso terapeutico. Il dottor Pillan sottolinea l'importanza di coinvolgere entrambi i genitori, e se presenti, anche fratelli e sorelle, nei gruppi di psicoeducazione. Anche chi si occupa di terapia familiare cerca sempre di coinvolgere entrambi i genitori, anche se separati. Questo approccio mira a sostenere la famiglia nel suo complesso, superando eventuali conflittualità.

Tuttavia, il dottor Pillan ha evidenziato che ci sono situazioni in cui si verifica un rifiuto da parte dei familiari nel partecipare alla terapia. Ad esempio, ha raccontato di una giovane paziente con genitori separati in modo conflittuale. Questi genitori sono arrivati separatamente alle visite per evitare ogni possibile contatto anche in sala d'attesa. Nonostante situazioni come queste, il dottore e il suo team cercano costantemente di coinvolgere entrambi i genitori, ricordando loro che, in quel contesto, non si tratta delle loro divergenze, ma del benessere della famiglia nel suo complesso.

Questa ricerca sottolinea che coinvolgere la famiglia è cruciale, indipendentemente dalle dinamiche familiari specifiche. Se c'è un solo genitore coinvolto per motivi come il decesso dell'altro genitore, il coinvolgimento di chi è presente è altrettanto importante. Inoltre, è interessante notare che l'intervistato ha rilevato che non vi sono notevoli differenze nel progresso terapeutico quando c'è un solo genitore coinvolto, purché sia di supporto e funzionale. Ciò sottolinea quanto sia fondamentale il ruolo della famiglia nella gestione dei disturbi alimentari, poiché il loro coinvolgimento può contribuire in modo significativo al successo del trattamento. La comprensione e il sostegno familiare sono chiavi per affrontare con successo questi complessi disturbi.

Oltre a ciò, durante la mia indagine, ho cercato di valutare se esistesse un'influenza sociale all'interno dei percorsi terapeutici. In risposta, ho scoperto che nella struttura che ho esaminato, la maggior parte delle persone viene seguita a livello ambulatoriale. Tuttavia, esistono anche due comunità, una dedicata ai minorenni e una per i maggiorenni, dove vengono accolti per un percorso residenziale. In queste comunità, i pazienti rimangono per un periodo prolungato, che può variare notevolmente, ma spesso supera i tre mesi e, in casi rari, può addirittura estendersi fino a un anno. È interessante notare che il passaparola tra le pazienti che seguono percorsi ambulatoriali e che tornano a casa può influenzare il percorso terapeutico, sia in senso positivo che negativo. In alcuni casi, la condivisione di esperienze può essere d'aiuto, ma in altri casi può portare a un'ulteriore stigmatizzazione.

La riflessione su queste dinamiche, in relazione anche alla letteratura scientifica riportata nei capitoli in precedenza, mi ha portato a considerare come il concetto di immagine corporea, la magrezza e la percezione sociale del corpo abbiano un ruolo rilevante nel contesto dei disturbi alimentari. Nella società occidentale, l'ideale di magrezza è stato amplificato da icone della moda e dei media, portando a una sorta di ossessione collettiva. L'ascesa di Twiggy negli anni '60 è stata un momento chiave in cui la magrezza estrema è diventata un ideale di bellezza. La minigonna di Mary Quant ha poi promosso l'idea di esibire gambe magre, portando alla convergenza delle rappresentazioni di mascolinità e femminilità.

L'ossessione per il corpo e la magrezza ha influenzato negativamente la percezione di sé stessi, portando a un aumento dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA). Questi disturbi rappresentano oggi un problema sociale diffuso, e la loro incidenza sembra in crescita. Questo aumento può essere attribuito a molteplici fattori, tra cui la vulnerabilità genetica, l'ambiente familiare, le esperienze traumatiche, il culto della magrezza e l'ossessione per l'apparenza.

Nonostante il dibattito sulla relazione tra cultura e DCA, sembra che in società caratterizzate da abbondanza di cibo e benessere economico, come nell'Occidente, i DCA possano diventare più prevalenti. Tuttavia, in culture con una storia di scarsità alimentare, l'ideale di bellezza spesso è legato a un corpo più rotondo. Questa diversità culturale mette in luce come il contesto socio-culturale influenzi la percezione del corpo e la diffusione dei DCA.

Infine, il cambiamento dei ruoli di genere, con uomini e donne che subiscono pressioni simili legate all'immagine corporea, ha contribuito a questa convergenza. La promozione dell'immagine di sé stessi basata sulla magrezza è diventata una caratteristica dell'epoca contemporanea. È interessante notare che, mentre gli adulti con DCA sono

principalmente donne, negli ultimi anni si sono osservati casi sempre più numerosi di uomini che soffrono di questi disturbi.

4.4 Metodo di analisi:

Nel mio approccio all'analisi comparativa tra la letteratura scientifica e l'intervista condotta con il dottor Stefano Pillan sui disturbi alimentari, ho seguito un metodo ben definito. Prima di tutto, ho raccolto fonti scientifiche attendibili, compresi studi e ricerche pertinenti. Successivamente, ho condotto un'intervista strutturata con il dottor Pillan.

Dopo aver ottenuto i dati da entrambe le fonti, ho proceduto con il confronto e la sintesi dei risultati. Questa fase è stata cruciale per identificare i punti in cui le fonti concordavano o divergevano. Ho cercato di evidenziare le similitudini e le discrepanze tra i dati estratti dalla letteratura scientifica e le osservazioni cliniche del dottore.

Successivamente, ho interpretato i dati per cercare di comprenderne le cause sottostanti delle divergenze. Ad esempio, ho considerato fattori come differenze geografiche e influenze culturali che potrebbero aver contribuito alle differenze osservate tra le fonti.

Infine, ho concluso l'analisi con la formulazione di conclusioni e raccomandazioni. In questa fase, ho riassunto i risultati dell'analisi e ho proposto eventuali suggerimenti per futuri studi o per migliorare l'approccio ai disturbi alimentari. Ho anche riconosciuto e discusso eventuali limitazioni del metodo utilizzato nell'analisi comparativa.

In breve, questo approccio metodologico mi ha permesso di condurre un'analisi strutturata e organizzata, consentendo un confronto sistematico tra la letteratura scientifica e l'esperienza pratica del dottor Pillan sui disturbi alimentari. Questo processo mira a migliorare la comprensione dei disturbi alimentari e a fornire indicazioni utili per futuri studi e interventi terapeutici.

4.5 Possibili sviluppi futuri e limitazioni della mia analisi

I possibili sviluppi futuri di questa analisi includono la considerazione di approfondire la ricerca geografica per comprendere meglio come l'incidenza dei disturbi alimentari possa variare tra regioni o paesi. Questo potrebbe rivelare ulteriori differenze culturali o socio-culturali che influenzano la prevalenza di tali disturbi tra i generi in contesti diversi. Inoltre, una direzione promettente potrebbe essere quella di condurre uno studio longitudinale per esaminare come l'incidenza dei disturbi alimentari tra maschi e femmine potrebbe cambiare nel tempo, tenendo conto di eventi significativi come la pandemia da COVID-19. Questo potrebbe contribuire a individuare tendenze o cambiamenti nel corso del tempo.

Un altro possibile sviluppo futuro potrebbe riguardare un'analisi più approfondita delle dinamiche familiari e dell'efficacia del coinvolgimento della famiglia nel trattamento dei disturbi alimentari. Comprendere meglio come le diverse dinamiche influenzino il progresso terapeutico potrebbe portare a linee guida più specifiche per coinvolgere la famiglia in modo efficace.

Infine, è importante considerare un'espansione dell'analisi comparativa per esaminare come i disturbi alimentari si manifestano in diverse fasce d'età, concentrandosi su bambini, adolescenti e adulti. Questo potrebbe rivelare dettagliate tendenze e sfumature legate all'età che contribuirebbero a una comprensione più completa del fenomeno.

Tuttavia, l'analisi presenta alcune limitazioni da tenere in considerazione. Innanzitutto, potrebbe essere limitata dalla rappresentatività delle fonti, poiché la letteratura scientifica selezionata potrebbe non riflettere appieno la diversità dei disturbi alimentari in tutto il mondo. Inoltre, l'esperienza personale del dottor Pillan potrebbe essere specifica del suo contesto lavorativo, il che potrebbe influenzare i risultati e le conclusioni dell'analisi.

Inoltre, c'è un rischio di bias nell'analisi, poiché le fonti provengono da diverse prospettive, con il dottor Pillan che offre un'osservazione basata sulla sua esperienza clinica personale e la letteratura scientifica proveniente da ricerche varie. Questo bias potrebbe influenzare i risultati.

In sintesi, mentre questa analisi fornisce una panoramica utile dei disturbi alimentari, è importante mantenere una prospettiva critica e aperta nell'interpretazione dei risultati, considerando le limitazioni, e continuare a raccogliere dati e condurre ulteriori ricerche per affinare la comprensione di questi complessi disturbi.

CONCLUSIONE :

La discussione sull'analisi comparativa tra la letteratura scientifica e l'esperienza del dottor Stefano Pillan rivela una serie di importanti considerazioni relative ai disturbi alimentari. Una delle questioni principali riguarda la percentuale di maschi affetti da questi disturbi, con la letteratura scientifica che stima il loro coinvolgimento tra il 10% e il 15%, mentre l'intervistato suggerisce una percentuale notevolmente inferiore, attestandola a circa 1 maschio affetto da disturbo alimentare su 50 pazienti. Questa discrepanza può essere attribuita a diversi fattori, tra cui la portata geografica delle ricerche, le differenze culturali e socio-culturali, che evidenziano la necessità di ulteriori ricerche per affinare le stime di prevalenza.

L'attenzione del dottor Pillan è principalmente rivolta all'anoressia nervosa, considerata la forma più grave di disturbo alimentare. Questo disturbo è caratterizzato da una marcata perdita di peso e sintomi visibili, che spingono i pazienti a cercare trattamento più frequentemente rispetto ad altri disturbi alimentari. Tuttavia, emergono differenze significative tra i diversi disturbi in termini di prevalenza di genere. L'anoressia nervosa colpisce principalmente le donne, con una stima del 90% dei casi, mentre la bulimia e il binge eating disorder mostrano una distribuzione più equa tra i sessi. In termini numerici, circa il 20% dei casi riguarda la bulimia nervosa, mentre l'anoressia nervosa

coinvolge circa l'8-10% dei pazienti affetti da disturbi alimentari. Tuttavia, il dottore ha sottolineato che con l'avvento della pandemia da COVID-19, si è verificato un aumento significativo dei casi di disturbi alimentari, stimato in un aumento del 30% rispetto a quanto osservato in passato.

La comprensione dei disturbi alimentari è un campo complesso e multifattoriale, riconosciuto sia dalla letteratura scientifica che dall'esperienza del dottor Pillan. Entrambe le fonti concordano sulla natura multifattoriale di questi disturbi, derivante da una combinazione di fattori di rischio e scatenanti. L'esperienza del dottore ha evidenziato l'importanza di considerare fattori familiari come possibili scatenanti, ma anche tratti caratteriali individuali e contesti di vita specifici. Questa complessità sottolinea la necessità di sviluppare approcci terapeutici che tengano conto di tali influenze multidimensionali.

L'importanza della famiglia nel trattamento dei disturbi alimentari emerge come un aspetto cruciale, sia dalla letteratura che dall'esperienza del dottor Pillan. Coinvolgere la famiglia nel processo terapeutico è essenziale, soprattutto nei casi di pazienti più giovani. La letteratura sottolinea l'importanza del coinvolgimento dei genitori nel trattamento per ridurre la morbilità psicologica e medica. Tuttavia, le reazioni dei familiari possono variare notevolmente, e un equilibrio tra empatia e fermezza è essenziale.

La ricerca ha anche esaminato l'influenza della famiglia in situazioni diverse, come famiglie con un solo genitore, famiglie separate o situazioni in cui i familiari rifiutano di partecipare al trattamento. In generale, coinvolgere la famiglia è fondamentale, indipendentemente dalle dinamiche familiari specifiche. La combinazione di empatia, fermezza e educazione può contribuire all'efficacia del trattamento.

Inoltre, il contesto sociale e culturale gioca un ruolo importante nei disturbi alimentari. L'ideale di magrezza promosso dai media e dalla società occidentale ha contribuito all'ossessione collettiva per l'immagine corporea. Questo ha influenzato negativamente

la percezione di sé stessi e ha portato a un aumento dei disturbi alimentari. La diversità culturale mette in evidenza come il contesto socio-culturale influenzi la percezione del corpo e la diffusione dei DCA.

In sintesi, l'analisi comparativa tra la letteratura scientifica e l'esperienza del dottor Pillan ha sottolineato la complessità dei disturbi alimentari, la necessità di ulteriori ricerche, l'importanza del coinvolgimento familiare e l'influenza del contesto sociale e culturale su questi disturbi. Questa comprensione approfondita è fondamentale per lo sviluppo di approcci terapeutici efficaci per i pazienti affetti da disturbi alimentari.

BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA:

Agras, W. S., Telch, C. F., Arnow, B., Eldredge, K., & Marnell, M. (1997a). "One-year follow-up of cognitive-behavioral therapy for obese individuals with binge eating disorder." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 343-347.

Agras, W. S., Telch, C. F., Arnow, B., Eldredge, K., & Marnell, M. (1997b). "One-year follow-up of cognitive-behavioral therapy for obese individuals with binge eating disorder." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 343-347.

Apfeldorfer, G. (1991). "Je mange, donc je suis." Paris: Editions Payot.

Apfeldorfer, G. (1994). "Anorexie boulimie obésité." Paris: Flammarion.

Apfeldorfer, G. (Ed.) (1992). "Traité de l'alimentation et du corps." Paris: Flammarion.

Barbagli, M. (1988). "Sotto lo stesso tetto." Bologna: Il Mulino.

Beebe, B., & Lackmann, F. M. (2002). "Infant research and adult treatment: co-constructing interactions." New York: The Analytic Press.

Bemporad, J. R., & Ratey, J. (1985). "Intensive psychotherapy of former anorexic individuals." *American Journal of Psychotherapy*, 4, 456-462.

Berthelot, J. M., Drulhe, M., Clément, S., Forné, J., & M'bodj, G. (1985). "Le Sociologies et le Corps." *Current Sociology*, 32(2).

Bichi, R. (2000). "La società raccontata. Metodi biografici e vite complesse." Milano: Franco Angeli.

Bowen, M. (1979). "Dalla famiglia all'individuo: La differenziazione del sé nel sistema familiare." Roma: Astrolabio.

Bruch, H. (1973). "Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa, and the person within." London: Routledge & Kegan Paul.

Bruch, H. (1979). "The golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa." New York: Vintage.

Cesareo, V. (1985). "La società flessibile." Milano: Franco Angeli.

Cesareo, V. (1990). "La cultura dell'Italia contemporanea." Torino: Fondazione Agnelli.

Cornell Health. (Consultato il 20 settembre 2023). "About Eating Disorders." Disponibile su: [\[https://health.cornell.edu/resources/health-topics/eating-disorders\]](https://health.cornell.edu/resources/health-topics/eating-disorders)(<https://health.cornell.edu/resources/health-topics/eating-disorders>).

De Zwaan, M., & Mitchell, J. E. (1992). "Binge eating in the obese." *Annals of Medicine*, 24, 303-308.

de Zwaan, M., Mitchell, J. E., Raymond, N. C., & Spitzer, R. L. (1994). "Binge eating disorder: Clinical features and treatment of a new diagnosis." *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 310-325.

De Zwaan, M., Mitchell, J. E., Seim, H. C., Specker, S. M., Pyle, R. L., Raymond, N. C., & Crosby, R. D. (1994). "Eating related and general psychopathology in obese females with binge eating disorder." *International Journal of Eating Disorders*, 15, 43-52.

Del Trecco, Angela Maria Zocchi. (1994). "Società e disturbi della condotta alimentare." *Studi Di Sociologia*, 32(3).

Driver, J. (2007). "Cosmopolitan Virtue." *Social Theory and Practice*, 33(4), 595-608.

Durkheim, Émile. (1897). "Suicide: A Study in Sociology." Chicago: Free Press.

Fairburn, Christopher G., & Brownell, Kelly D. (2002). "Eating disorders and obesity." Second Edition. New York: The Guilford Press.

Fichter, M. M., Quadflieg, N., & Brandl, B. (1993). "Recurrent overeating: An empirical comparison of binge eating disorder, bulimia nervosa, and obesity." *International Journal of Eating Disorders*, 14, 1-16.

Fitzgibbon, M. L., & Blackman, L. R. (2000). "Binge eating disorder and bulimia nervosa: Differences in the quality and quantity of binge eating episodes." *International Journal of Eating Disorders*, 27, 238-243.

Goldfein, J. A., Walsh, B. T., LaChaussee, J. L., & Kissileff, H. R. (1993). "Eating behavior in binge eating disorder." *International Journal of Eating Disorders*, 14, 427-431.

Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2000). "Onset of dieting vs binge eating in outpatients with binge eating disorder." *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders*, 24, 404-409.

Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Wilson, G. T. (2001). "Subtyping binge eating disorder." *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 69, 1066-1072.

Grissett, N. L., & Fitzgibbon, M. L. (1996). "The clinical significance of binge eating in an obese population: support for BED and questions regarding its criteria." *Addictive Behaviors*, 21, 57-66.

Hay, P. (1998). "The epidemiology of eating disorder behaviors: An Australian community-based survey." *International Journal of Eating Disorders*, 23, 371-382.

Hay, P., & Fairburn, C. (1998). "The validity of the DSM-IV scheme for classifying bulimic eating disorders." *International Journal of Eating Disorders*, 23, 7-15.

Howard, C. E., & Porzelius, L. K. (1999). "The role of dieting in binge eating disorder: Etiology and treatment implications." *Clinical Psychology Review*, 19, 25-44.

Kenny, M., & Hart, K. (1992). "Relationship between parental attachment and eating disorders in an inpatient and college sample." *Journal of Counseling Psychology*, 39, 521-526.

Kirkley, B. G., Kolotkin, R. L., Hernandez, J. T., & Gallagher, P. N. (1992). "A Comparison of binge-purgers,

obese binge eaters and obese non-binge eaters on the MMPI." *International Journal of Eating Disorders*, 12, 221-228.

Klump, S. (2008). "Family factors in the development of disordered eating: Integrating dynamic and behavioral explanations." *Eating Behaviors*, 9, 471-483.

Laghi, F., Baiocco, R., D'Alessio, M., & Gurrieri, G. (2009). "Suicidal ideation and time perspective in high school students." *European Psychiatry*, 24, 41-46.

Laghi, F., Baiocco, R., D'Alessio, M., Gurrieri, G., & Mazza, M. (2008). "Identity status and time perspective in adolescence." *International Journal of Psychology*, 43(3-4), 148.

Le Grange, D., & Lock, J. (2007). "Treatment Manual for Bulimia Nervosa: A family-based Approach." New York: The Guilford Press.

Minuchin, S. (1976). "Famiglie e terapia della famiglia." Roma: Astrolabio.

Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1980). "Famiglie psicosomatiche: L'anoressia mentale nel contesto familiare." Roma: Astrolabio.

Olson, D. H. (1986). "Circumplex model: VII. Validation studies and Faces III." *Family Process*, 25, 337-351.

Purdy, L. (2009). "At the Crossroads: Families and Society." *Social Theory and Practice*, 35(2), 303-318.

Reiss, D. (1989). "La famiglia rappresentata e la famiglia reale: concezioni contrastanti della continuità familiare." In A. J. Sameroff & R. N. Emde (Eds.), *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*. Torino: Bollati Boringhieri.

Russell, GFM, Szukler GI, Dare C, Eisler I. "An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa." *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:1047-1056.

Sameroff, A. J., McDonough, S. C., & Rosenblum, K. L. (2004). "Treating Parent-Infant Relationship Problems." New York: Guilford Press.

Schaefer, R.T. (2009). "Sociology: A brief introduction (8th ed.)." New York, NY: McGraw Hill.

Sitografia:

Ausl.RE.it. (Accesso il 20 ottobre 2023). "Il ruolo della famiglia." Disponibile su: <https://www.ausl.re.it/quala-il-ruolo-della-famiglia>.

Flanagan, C. (2009, July 2). "Is There Hope for the American Marriage?" Disponibile su: [<http://www.time.com/time/printout/0,8816,1908243,00.html>] (accesso 20 ottobre 2023).

Funzionamento familiare e sociale nei disturbi dell'alimentazione. (Accesso il 20 ottobre 2023). Disponibile su: [<http://www.dallegrave.it/funzionamento-familiare-e-sociale-nei-disturbi-dell'alimentazione>]