

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

ALIMENTARE

Anche per i disturbi del comportamento alimentare, come lo è stato per le tossicodipendenze, è necessario dare delle definizioni imprescindibili, per chiarire chi siano i soggetti che rientrano in questa categoria; solo dopo sarà possibile vedere le caratteristiche, le comorbidità e le relazioni ambientali. Dopo aver fornito i criteri in base ai quali possiamo fare diagnosi di uno specifico disturbo del comportamento alimentare, potremo discutere sugli aspetti specifici di interesse psicologico, antropologico, sociale,... che naturalmente caratterizzano una "patologia culturale" come quella in oggetto.

In generale, un disturbo del comportamento alimentare è *"una sindrome caratterizzata da una alterazione persistente del comportamento alimentare e delle condotte connesse con il cibo che diano luogo, come risultato finale, ad una inadeguata assunzione e/o assorbimento degli alimenti"⁴⁵*. Questo non deve essere causato direttamente da patologie internistiche o da altri disturbi psichici e deve compromettere in modo significativo il funzionamento psicosociale e il benessere fisico del paziente. Naturalmente le patologie di

⁴⁵ "Disturbo da alimentazione incontrollata" V. Ricca, E. Manucci, M. Di Bernardo, P.L. Cabras, C.M. Rotella e C. Faravelli. *Giornale Italiano di Psicopatologia* 2/1998; 223-239.

questo tipo variano tra loro per sintomatologia e sono accomunate principalmente da convinzioni distorte verso il cibo e l'alimentazione, il peso e la forma del corpo.

3.1 Definizioni e delimitazioni

La definizione dei criteri diagnostici del DSM-IV è di tipo categoriale e privilegia i sintomi oggettivabili rispetto al vissuto soggettivo del paziente; lo fa per dare dignità nosografica ad una entità clinica e poter correlare in maniera costante e replicabile una o più modalità comportamentali. In tal modo riesce a definire anche una precisa linea di demarcazione tra patologia e normalità che a volte non risulta così evidente in altre definizioni. La definizione del DSM-IV, è quella più largamente accettata a livello internazionale e la più completa nell'elenco dei criteri diagnostici, nell'ambito di questa categoria si comprende:

1. Anoressia nervosa:
 - a. Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura⁴⁶;
 - b. Insensata paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso;

⁴⁶ Perdita di peso che porta a mantenere il peso corporeo al di sotto dell'85% rispetto quanto previsto, oppure incapacità di raggiungere il peso previsto durante il periodo della crescita in altezza, con la conseguenza che il peso rimane al di sotto dell'85% di quanto previsto.

- c. Alterazione del modo in cui il soggetto "vive" il peso o la forma del corpo, oppure eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima, o rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso;
- d. Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi⁴⁷.

Vanno specificati i **sottotipi**, che sono:

- 1. con *restrizioni*: nell'episodio attuale di anoressia nervosa il soggetto non ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici, enteroclismi);
- 2. con *abbuffate/condotte di eliminazione*: il soggetto ha presentato regolarmente condotte di questo tipo.

2. Bulimia nervosa:

- a. Ricorrenti abbuffate. Una abbuffata è caratterizzata da entrambe:
 - i. mangiare in un definito periodo di tempo (ad esempio in 2 ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbero nello stesso tempo e in circostanze

⁴⁷ Una donna è considerata amenorroica anche se i suoi cicli mestruali si manifestano solo a seguito della somministrazione di ormoni.

simili;

- ii. sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando);
- b. Ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, enteroclismi, digiuno o esercizio fisico eccessivo;
- c. Le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media almeno due volte alla settimana per tre mesi;
- d. I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporei;
- e. L'alterazione non si manifesta esclusivamente in corso di episodi di anoressia nervosa;

Va specificato anche il **sottotipo**:

- 1. *con condotte di eliminazione*
- 2. *senza condotte di eliminazione*: il soggetto ha presentato condotte compensatorie inappropriate quali esercizio fisico eccessivo e digiuno, ma non vomito autoindotto,.
- 3. Non altrimenti specificato (NAS): La categoria dei disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati include quei disturbi

dell'alimentazione che non soddisfano i criteri di nessuno specifico disturbo dell'alimentazione. Gli esempi includono

- a. Per il sesso femminile tutti i sintomi dell'anoressia nervosa in presenza di un ciclo mestruale regolare;
- b. Tutti i criteri dell'anoressia nervosa sono soddisfatti e, malgrado la significativa perdita di peso, questo risulta nei limiti della norma;
- c. Tutti i criteri della bulimia nervosa risultano soddisfatti, tranne il fatto che le condotte di eliminazione hanno frequenza inferiore ai due episodi alla settimana per tre mesi;
- d. Un soggetto di peso normale che si dedica regolarmente ad inappropriate condotte eliminatorie dopo aver ingerito piccola quantità di cibo⁴⁸;
- e. Il soggetto regolarmente mastica e sputa, senza deglutire grandi quantità di cibo;
- f. Disturbo da alimentazione incontrollata: ricorrenti episodi di abbuffate senza regolari condotte compensatorie inappropriate tipiche delle bulimia nervosa. Su questo si stanno compiendo ulteriori studi per verificare la consistenza dei caratteri comuni ed eventualmente creare dei criteri diagnostici specifici che lo identifichino in modo univoco.

⁴⁸ Ad esempio, induzione al vomito dopo aver mangiato due biscotti

Si deve considerare, inoltre, il disturbo da alimentazione incontrollata. Il termine⁴⁹ in questione è stato utilizzato per la prima volta da Stunkard nel 1959 in riferimento ad un "*pattern alimentare tipico di un sottogruppo di pazienti obesi*", ma solo dopo la metà degli anni ottanta è stata oggetto di studi sistematici. L'interesse rivolto a questa patologia è stato limitato per oltre vent'anni per due ragioni: il progressivo affermarsi dell'obesità come sindrome dovuta a fattori biologici e genetici, e l'affermarsi della bulimia come patologia caratterizzata da ricorrenti abbuffate che ha spinto i ricercatori a concentrarsi su pazienti normopeso che mostravano questo tipo di comportamenti.

La patologia non è una entità nosografica presa in esame direttamente dal DSM-IV, la sintomatologia è caratterizzata da assunzioni di cibo, massicce, disordinate, caotiche non controllabili a livello cosciente. L'idea diviene prevalente, immediatamente prima che si scateni l'abbuffata⁵⁰ ed ha le caratteristiche di un'ossessione. Generalmente è egodistonica.

CRITERI DIAGNOSTICI:

1. Episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata che sono caratterizzati da:
 - a) mangiare in un periodo definito di tempo (ad esempio 2 ore), una quantità di cibo assai superiore a quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo;

⁴⁹ "Disturbo da alimentazione incontrollata" a cura di V. Ricca, E. Manucci, M. Di Bernardo, P.L. Cabras, C.M. Rotella e C. Faravelli: *Giornale Italiano di Psicopatologia* 2 1998; 223-239.

⁵⁰ Particolare modalità di alimentazione che si differenzia nettamente dall'iperalimentazione ricorrente diffusa in genere nella popolazione obesa, ma è caratterizzata dall'assunzione di una quantità di cibo superiore a quella della maggior parte delle persone oppure percepita come eccessiva. Tale episodio viene vissuto dal soggetto come una perdita di controllo.

- b) sensazione di perdita di controllo della quantità di cibo durante l'episodio;
2. Gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati a tre dei seguenti sintomi:
- a) mangiare molto più rapidamente del normale;
 - b) mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni;
 - c) mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati;
 - d) mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando;
 - e) sentirsi in colpa verso sé stesso, depresso, o molto in colpa dopo le abbuffate;
3. Nel soggetto è presente un forte disagio riguardo al mangiare incontrollato
- a) il comportamento incontrollato si manifesta almeno 2 volte alla settimana per un periodo di 6 mesi;
 - b) l'alimentazione incontrollata non risulta associata all'utilizzazione sistematica di comportamenti compensatori inappropriati.

3.1.1 Posizione anoressico-bulimica

La posizione anoressico-bulimica è una "diagnosi" che si è accostata alle altre, perché molte pazienti soffrivano contemporaneamente di anoressia e bulimia e spesso passavano da una forma all'altra in momenti successivi della malattia. Il legame tra queste patologie è il ruolo centrale dell'apparenza

estetica e il terrore di ingrassare, vissuti come dettami del vivere nella società moderna. La necessità di distinguerle si è posta nel momento in cui si è visto che in genere i disordini di tipo anoressico apparivano egosintonici rispetto alla personalità del paziente e venivano mostrati con orgoglio, quelli bulimici erano più spesso egodistonici e venivano mascherati con vergogna.

- In quest'ottica il disturbo anoressico-bulimico, è interpretabile come:
 1. un tentativo disperato di ottenere ammirazione e conferma, di sentirsi unici e speciali, per effetto di un carattere culturale alienante e massificante della nostra società occidentale;
 2. un tentativo di attacco alle eccessive aspettative genitoriali, poiché i genitori tenderebbero a prendersi cura del figlio in funzione dei propri bisogni, piuttosto che di quelli del bambino, questo svilupperebbe un falso sé per far piacere ai genitori, ma coverebbe matrici di comportamenti testardi e negativistici, che compariranno più tardi;
 3. un tentativo narcisistico onnipotente di sviluppare un senso di autonomia e di individualità attraverso il corpo;
- La preoccupazione del cibo e del peso è dunque una manifestazione relativamente tarda, emblematica di un disturbo più profondo del concetto del sé: la maggior parte di queste pazienti infatti riferiscono di aver percepito da sempre un senso di inadeguatezza e impotenza e probabilmente non sono in grado di affrontare il giudizio degli altri;

- Questi caratteri sarebbero accompagnati da tratti cognitivi particolari:
 1. errata percezione della propria immagine corporea;
 2. pensiero infantile del tipo "tutto o nulla", che risulta essere prevalentemente concentrato sul presente;
 3. pensieri e rituali ossessivo-compulsivi;
 4. pensieri sulla realtà sociale di tipo magico e persecutorio;
- Le abbuffate e l'uso dei purganti non sono solitamente problemi impulsivi isolati, ma generalmente in queste pazienti coesistono con altri comportamenti tendenzialmente od evidentemente impulsivi od autodistruttivi che si manifestano sia nelle relazioni intime e nella sessualità sia nell'uso di sostanze diverse in concomitanza tra loro.

Riprendendo l'ipotesi del "continuum psico-sociologico" tra normalità e patologia, c'è da chiedersi che cosa differenzi una persona anoressica da una con normali preoccupazioni per l'estetica o il peso, oppure una bulimica da una che tenda a risolvere i propri conflitti personali mangiando dei dolci. Su questo punto si sente fortemente il bisogno di avere una chiara separazione tra sano e malato ricorrendo spesso all'analisi di aspetti socio-culturali che aiutano a comprendere i caratteri complessivi di una patologia che certamente non è solo di pertinenza medica, ma anche culturale.

3.1.2 Epidemiologia dei disturbi alimentari

La diagnosi di anoressia nervosa comincia ad essere formulata intorno agli anni settanta, mentre quella di bulimia viene presa in considerazione solo negli anni ottanta⁵¹; ma anche in anni precedenti si erano manifestate forme sintomatiche simili inquadrare in categorie diagnostiche quali l'isteria, l'inedia autoindotta,...perché difficilmente comprensibili in un'ottica medica pura. Risulta complesso tuttavia avere dati chiari sulla prevalenza e l'incidenza di questi disturbi, poiché molti studi compiuti sono stati spesso carenti dal punto di vista metodologico o mancavano di rigore diagnostico; i dati quindi vanno presi con molta cautela ed hanno un valore puramente indicativo.

Nel valutare l'incidenza di questi disturbi va tenuto presente il campione cui si fa riferimento (la popolazione generale, quella femminile, quella studentesca,...), il tipo di strumenti utilizzati (spesso si è trattato di questionari di autovalutazione) ed il rigore con il quale si sono considerati i criteri diagnostici. Varie sono state le percentuali di incidenza fornite dagli studi via via compiuti nei diversi paesi occidentali, ma tutti hanno grande significatività solo all'interno della popolazione entro cui sono stati effettuati. Il dato che mi pare più certo è quello fornito dal DSM-IV che propone una incidenza compresa tra lo 0,5 e l'1% per l'anoressia nervosa⁵² e l'1 e il 3% per la bulimia.

⁵¹ "Trattato italiano di psichiatria" a cura di Pancheri e Cassano. Masson, 1999

⁵² Alcune categorie di persone risultano particolarmente a rischio, si tratta di tutti quei soggetti che mostrano grandi preoccupazioni per il corpo: atleti, ballerine,...e che in alcuni casi superano anche la differenza di genere nelle percentuali di incidenza.

L'insorgenza dell'anoressia nervosa avviene mediamente dalla prima adolescenza ai 20-25 anni, in età adolescenziale, ma mostra due picchi a 14,5 e 18 anni. Sono stati descritti anche casi di insorgenza tardiva. Per la bulimia, il range entro cui insorgono il maggior numero di casi è compreso tra i 12 e i 35 anni, con un picco attorno ai 18. Entrambe risultano per certi versi accumulabili dal punto di vista socio-culturale per elementi quali: la diffusione prevalente entro culture occidentali, l'alta scolarizzazione delle pazienti e la più discussa provenienza da fasce sociali piuttosto elevate di popolazione. La diffusione in paesi non occidentali comincia ad essere documentata⁵³, ma non sono ancora chiare l'incidenza e le modalità con le quali si manifestano i disturbi.

Negli ultimi anni si riscontrano molto spesso forme atipiche di questi disturbi quali forme subcliniche, diete ossessive o disordini alimentari e quindi si è creata la necessità di avere dei criteri precisi con i quali poter collocare tutte queste forme in un preciso quadro psicopatologico.

3.1.3 Fisiologia e biologia

Il processo di ricerca e ingestione del cibo, o condotta alimentare, nasce dall'integrazione di segnali endogeni ed esogeni e mostra soventi modificazioni qualitative e quantitative in funzione di diverse variabili ambientali e socio-

⁵³ Epidemiologia e psichiatria sociale 7/1, 1998: "The epidemiology of eating disorders" di Michael King raccoglie, tra l'altro, molti studi in merito sulle popolazioni "non occidentali".

culturali anche all'interno dello stesso individuo⁵⁴. I segni di queste modificazioni sono visibili attraverso diversi elementi (livello di glucosio, di neurotrasmettitori e di neuropeptidi e quantità di ormoni,...), e si manifestano a livello degli organi periferici (surrene, fegato, pancreas,...) così come del sistema nervoso centrale. Questi complessi sistemi si integrano in modo dinamico e variano in continuazione agendo su tutte le funzioni principali del nostro organismo e subendo una serie di influenze prodotte dallo stato di salute generale del corpo. Lo scopo della condotta alimentare è quello di mantenere sempre costanti i bilanci fisiologici di glucosio, lipidi e proteine per mantenere l'omeostasi; vediamo nella tabella come agiscono i singoli neurotrasmettitori. (Vedi tab. II)

Neurotrasmettitori e modalità d'azione (Tab. II)

<i>Neurotrasmettitori</i>	<i>Modalità d'azione</i>
Noradrenalina	Una volta introdotta nell'organismo agisce con i recettori α ed aumenta il bisogno di introdurre cibo, si pensa che l'iperfagia sia secondaria ad un danno del nucleo para-ventricolare che produce il senso di sazietà
Serotonina	Essa sembra costituire un segnale fisiologico della sazietà, diminuisce la quantità di cibo assunto, ma anche l'apporto calorico. Probabilmente agisce sul nucleo para-ventricolare e sull'ipotalamo ventromediale
Dopamina	Sembra che a dosi ridotte stimoli l'organismo verso il cibo, a dosi elevate, lo inibisca. La sua azione si localizzerebbe sulla regione perifornicale laterale dell'ipotalamo
Feniletilamina e amfetamina	Riduce l'insorgenza di bisogno di cibo e provoca iperattività e stereotipie. Agisce sull'ipotalamo laterale e stimola il centro della sazietà
GABA (acido gamma ammino butirrico)	Se viene iniettato nel nucleo del rafe dorsale, in quello paraventricolare o in quello ventromediale promuove l'assunzione di cibo; se è introdotto nel tratto nigro striatale ha un effetto inibitorio sull'alimentazione
Oppioidi endogeni	Iniezioni di β -endorfine nell'ipotalamo ventromediale, danno inizio all'assunzione di cibo, mentre gli antagonisti ne riducono l'assunzione in molte specie animali. Queste sostanze avrebbero una duplice funzione: in periferia conservano e immagazzinano energia; a livello centrale partecipano alla regolazione delle attività a maggior spesa energetica
Neuropeptidi	Il neuropeptide Y sembra essere quello più potente nella regolazione del comportamento alimentare e produce un aumento specifico nell'ingestione di carboidrati e nel peso
Benzodiazepine	Aumentano l'ingestione del cibo

Desunto da "Trattato italiano di psichiatria" a cura di Pancheri e Cassano. Masson, 1999

⁵⁴ "Trattato italiano di psichiatria" a cura di Pancheri e Cassano. Masson, 1999

3.1.4 Controllo dell'appetito e del peso: il modello psicobiologico

Il modello parte dal presupposto che, se certamente è indispensabile conoscere ed analizzare i singoli meccanismi che influenzano il controllo dell'appetito, è anche fondamentale comprendere come questi interagiscano e costituiscano un sistema. Le influenze su questo processo derivano sia dall'ambiente esterno (culturale e fisico) sia da meccanismi di regolazione interna di natura qualitativa e quantitativa come l'atto di cibarsi, il processo di ingestione e assimilazione del cibo, le riserve energetiche e la loro utilizzazione, i meccanismi cerebrali deputati al controllo di queste funzioni e le condizioni soggettive.

Per comprendere come questi meccanismi possano agire sulle variazioni del peso corporeo bisogna prima chiarire che le fluttuazioni dell'appetito sono determinanti nella regolazione del peso: quello che si cerca di comprendere ora è il modo in cui questi comportamenti possano essere controllati dal soggetto in modo più o meno cosciente. Gli studi condotti su soggetti obesi hanno dimostrato che esiste una stabilità nella spesa energetica rispetto ai soggetti normopeso; il consumo è tuttavia proporzionato alla massa corporea complessiva e quindi numericamente i soggetti obesi consumano più energia e quindi devono assimilarne una quantità maggiore per mantenere l'equilibrio.

L'espressione dell'*appetito*⁵⁵ deve essere considerata come elemento

⁵⁵ Nell'appetito si distinguerebbero diverse componenti che sono motivazioni, abitudini, craving e preferenze. "Trattato italiano di psichiatria" di Pancheri e Cassano.

finale dell'intero processo psicobiologico e le sue variazioni sono responsabili delle modificazioni del peso corporeo. Si sono avute diverse evidenze in ambito antropologico, secondo cui sarebbe più facile aumentare di peso piuttosto che diminuirlo, e, di fatto, si crea così una "asimmetria" nel controllo che il sistema psicobiologico esercita sull'appetito. L'ipotesi secondo cui questo sarebbe regolato da meccanismi interni, verrebbe messo in discussione e, di fatto, si dimostrerebbe l'incidenza delle richieste ambientali sul comportamento dell'uomo. Nel considerare le influenze sul modo di alimentarsi non va dimenticata la resistenza biologica alla ipoalimentazione, dato che una restrizione alimentare comporta una deplezione delle riserve energetiche che non è compensata da una altrettanto forte verso la iperalimentazione talvolta solo frutto delle abitudini alimentari di una certa fascia di popolazione.

Dal punto di vista fisico, le sensazioni di fame e sazietà dipendono delle caratteristiche qualitative e quantitative del cibo assunto, queste innescano processi fisici diversi a seconda del tipo di cibo e del tempo trascorso all'inizio alla fine del pasto. Va detto però che se da un lato i cibi con alto contenuto lipidico vengono sottoposti ad un pre-assorbimento per produrre saturazione e quindi sazietà, dall'altro gli stessi cibi, in genere, stimolano un bisogno edonistico e di fatto attraverso tutte le sensazioni percettive secondarie, stimolano il senso di fame prima ancora di venire in contatto con la mucosa orale. In genere comunque i processi fisiologici si integrano in maniera perfetta con quelli comportamentali e portano ad una espressione "ordinata"

dell'appetito; se vi sono elementi che alterano questo equilibrio (digiuni e abbuffate,...) l'intero processo viene danneggiato in modo pesante e a volte irreparabile.

3.1.5 Aspetti genetici

Fuori discussione è il ruolo che i fattori socio-culturali hanno nell'insorgere di alcune distorsioni dell'immagine corporea e nell'incapacità di accettare le modificazioni ponderali soprattutto in età puberale; questi elementi sarebbero alla base di taluni disturbi del comportamento alimentare. Quasi certamente, una componente genetica sembra avere il suo peso sui processi⁵⁶ di determinazione del peso corporeo.

Studi sociologici hanno rilevato che in familiari di pazienti che mostrano disturbo della condotta alimentare, si riscontra una maggiore probabilità di sviluppare questo tipo di patologie. La medesima affermazione vale per lo sviluppo di disturbi dell'umore e di abuso di sostanze alcoliche, ma si tratterebbe di una corrispondenza biunivoca (Walters e Kendler, 1995), resta da verificare la reale possibilità di una ereditarietà crociata tra questi disturbi.

Dagli studi sui gemelli con disturbi alimentari, per quanto rari, si è scoperta una cosa interessante, anche se entrambi non manifestano la

⁵⁶ Diversi studi su gemelli hanno evidenziato una maggiore concordanza del peso e dello spessore della cute tra gemelli omozigoti piuttosto che tra dizigoti. Anche studi su gemelli adottati e separati alla nascita hanno evidenziato una forma di determinazione genetica per quel che concerne il peso e la costituzione corporea. Citato da "Trattato italiano di psichiatria" a cura di Pancheri e Cassano.

malattia, è presente nel "soggetto sano" un calo di peso corporeo proporzionale al livello di gravità della patologia nel fratello, oppure un quadro patologico meno grave o sub-clinico. Parlando di questi studi però va tenuto presente che i gemelli solitamente condividono lo stesso ambiente socio-culturale e quindi risulta impossibile avere un riscontro dell'importanza che questi fattori assumono rispetto a quelli genetici puri; potremmo ovviare a questo difetto metodologico studiando gemelli divisi alla nascita e collocati in diversi ambienti, ma probabilmente saremmo davanti ad un numero così limitato da non essere significativo.

Uno studio condotto da Steiger⁵⁷ e altri nel 1994 prova che esistono effetti transgenerazionali nei disturbi alimentari e nei tratti psicopatologici. In questo studio si analizzano: la natura familiare e lo spettro specifico per anoressia e bulimia, si rilevano le dimensioni di alimentazione, immagine corporea ed anche i tratti psicopatologici di instabilità affettiva, narcisismo, compulsività,... Basandosi su tratti psicopatologici e autovalutazioni dei pazienti si valutano le differenze tra il gruppo di controllo ed il gruppo dei pazienti psichiatrici. Nello studio vengono descritte tre dimensioni: ECS ossia le tendenze dell'immagine corporea e i comportamenti alimentari problematici; DET che raccoglie il bisogno di attenzione e approvazione e OCT che si riferisce al controllo, alla cautela e alla costrizione emotiva. Questi aspetti

⁵⁷ "Familiar eating concerns and psychopathological traits: causal implications of transgenerational effects" Howard Steiger, Stephen Stotland Julie Trottier e A. M. Ghadirian. International Journal of Eating Disorders 19/2, 1996 pag. 147-157.

vengono confrontati con i soggetti che fanno parte del gruppo di studio e di quello di controllo, per vedere se vi siano incidenze di elementi particolari sulla probabilità di sviluppare un disturbo del comportamento alimentare. La cosa che è apparsa più chiaramente è la presenza di un legame transgenerazionale di portata limitata, poiché solo un membro del gruppo familiare si ammala, altrimenti non sarebbe comprensibile come gli altri non sviluppino la patologia.

3.1.6 Il problema dell'immagine corporea

E' evidente che si tratta di disordini prevalenti del sesso femminile, ma è interessante analizzare le ragioni di questa prevalenza. Da un lato si può affermare che le donne sono più sensibili all'ideale di bellezza che la società propone, ai suoi cambiamenti nel corso del tempo⁵⁸ ed è frequentemente al centro tipo di attenzioni, dall'altro essa può esercitare un controllo su un numero di aree decisamente più limitato e spesso sente la necessità di esercitarlo per rafforzare la propria autostima.

Il numero degli uomini affetti da questo genere di patologie risulta essere in forte aumento e sempre più spesso essi ricorrono ai medesimi rimedi estetici cui tradizionalmente si rivolgono le donne, certamente le ragioni per le quali un uomo è spinto verso questi disturbi sono diverse da quelle che

⁵⁸ L'uomo generalmente è considerato bello in base a criteri quasi immutabili ed in genere questo aspetto passa in secondo piano rispetto alle capacità che egli può avere nel lavoro o in genere nella vita, una donna dovrebbe seguire canoni di bellezza che cambiano di frequente con il variare delle ideologie dominanti.

muovono una donna. Dobbiamo ammettere che non si tratta di un fenomeno esclusivamente femminile, ma forme sintomatiche e motivazioni di base differenti fanno pensare a forme patologiche diverse; anche gli studi epidemiologici riportati in letteratura mostrano disomogeneità e fanno propendere i ricercatori verso una origine culturale o multifattoriale, piuttosto che verso una biologica pura.

E' importante verificare il ruolo che l'immagine corporea assume in pazienti con disordini del comportamento alimentare, per capire le ragioni di comportamenti a volte tanto incomprensibili se visti da "spettatori". La cosa che più stupisce è il fatto che l'immagine della figura corporea viene fortemente falsata, soprattutto in pazienti anoressiche; altra cosa importante è che il comportamento sul versante alimentare rimane fortemente ancorato al livello di autostima, anche da solo può determinare uno stato psicologico complessivo di disagio e malessere. Non sarebbe corretto pensare che quest'ultimo problema sia completamente legato all'ambito alimentare, infatti queste pazienti, molto prima della comparsa di un disturbo strutturato, mostrano un "*deficit del concetto di sé*"⁵⁹ che si manifesta una estrema insicurezza, con una autosvalutazione negativa, un pensiero perfezionistico⁶⁰,

⁵⁹ Riccardo Dalle Grave "Alle mie pazienti dico...". Positive Press, Verona 1998.

⁶⁰ Le persone con questo carattere in genere hanno tendenze perfezionistiche evidenti in tutti gli ambiti della quotidianità, ma hanno anche una generale insoddisfazione che nell'insieme viene definito "perfezionismo nevrotico"; se da un lato infatti esse hanno grandi aspettative per la loro vita, dall'altro non riescono ad accettare nulla che non sia meno che perfetto. Riccardo Dalle Grave, ibidem.

impulsività⁶¹ e ossessività⁶², caratteri peculiari dell'età infantile.

Parlando di deficit dell'autostima, è importante, a mio avviso, fare una distinzione tra le pazienti anoressiche e quelle bulimiche: le prima migliorano notevolmente la propria autostima con il progredire della malattia sulla base della diminuzione di peso, considerano rigore e autodisciplina come un successo, mostrano il proprio corpo come un trofeo, segno della propria bravura; le seconde abbassano progressivamente la propria autostima con il progredire della malattia e quindi con il susseguirsi delle abbuffate e dei sensi di colpa che ne conseguono. In entrambe le categorie si manifesta una minima consapevolezza del senso di malattia e si instaura "un'esperienza di assenza di sentimenti"⁶³ che in genere si accompagna con un silenzio delle sensazioni corporee di fame e sazietà, di fatto non vengono prese in considerazione: in questa fase il cibo diventa un strumento della mente non un assolutore dei bisogni naturali.

In ambito di immagine corporea si incontrano molti problemi: nella società occidentale dei nostri giorni, sono in numero sempre crescente le persone che decidono di affidarsi alle diete più severe, all'attività sportiva più

⁶¹ Il controllo degli impulsi è un aspetto importante da considerare perché molte delle pazienti bulimiche hanno personalità "multi-impulsive" e possono avere problemi in conseguenza proprio di questi comportamenti in ambito sessuale, nell'abuso di sostanze,... e per questo carattere sono state tentate delle sovrapposizioni con la diagnosi di disturbo borderline, ma questa non convince completamente i ricercatori. Riccardo Dalle Grave, ibidem.

⁶² Le persone che hanno questo carattere sono esattamente agli antipodi di coloro che si abbuffano e apparentemente sembrano serie e coscienti, manifestano comunque la propria insicurezza e la propria bassa autostima e hanno fatto pensare alla possibilità che l'eccessivo bisogno di inseguire la perfezione portasse ad un disturbo ossessivo-compulsivo, al fine di ridurre il livello d'ansia frutto della poca sicurezza. Riccardo Dalle Grave, ibidem.

⁶³ Riccardo Dalle Grave "Alle mie pazienti dico...". Positive Press.

intensa o alla chirurgia plastica al fine di soddisfare quel bisogno di apparire che viene spesso associato ad una maggiore probabilità di successo in campo sia lavorativo sia sentimentale. Naturalmente il business economico che sta alla base del mercato dell'estetica, è oggi uno tra i più fiorenti, crea l'imperante bisogno di modellare il proprio corpo sotto l'impulso di messaggi diffusi dai mass-media e la bellezza finisce così per avere un ruolo sociale con una influenza estrema, in soggetti fragili può produrre stati di malessere tali da arrivare all'inedia ed alla morte.

Per avere un'idea di quali caratteristiche abbia una persona con carenze sul versante alimentare, possiamo pensare a difficoltà sul piano relazionale fin dalle fasi precoci dello sviluppo che si manifestano con maggiore rigore nel momento dell'adolescenza; in questa fase una ragazza idealizza la magrezza e cerca in tutti i modi la perdita di peso, allo scopo di contrastare la crescita ponderale che vede come un tradimento da parte di quel corpo che essa stessa non riconosce più; crea, di fatto, un elemento di continuità fra il proprio livello di autostima e un aumento di peso corporeo. Le preoccupazioni per il proprio aspetto fisico, in queste fasi dello sviluppo, sono del tutto normali, diventano eccessive e pericolose quando incidono su tutti i settori dell'esistenza e impediscono uno sviluppo naturale ed armonico in tutti gli ambiti della quotidianità.

3.1.7 Dallo sviluppo al mantenimento del disturbo alimentare

Il comportamento alimentare si sviluppa in tre fasi successive⁶⁴, in ognuna di queste vi sono fattori che favoriscono lo sviluppo della malattia ed il suo aggravamento. Nella prima fase, il disturbo va dall'ideazione alla comparsa del comportamento che darà origine alla patologia (la dieta ferrea) ed il soggetto è esposto a particolari *fattori di rischio*⁶⁵ che possono aumentare le probabilità di sviluppare la malattia. Nella seconda fase sono i *fattori precipitanti* a dare origine al manifestarsi della malattia. Nell'ultima i *fattori perpetuanti* interagiscono con i fattori protettivi per determinare la gravità o la transitorietà del disturbo e quindi operano dopo lo sviluppo vero e proprio della malattia.

I fattori di rischio a loro volta si suddividono in:

- Fattori attinenti a variabili anagrafiche e sociali: esiste una netta prevalenza tra le donne all'insorgere del disturbo perché queste sono più portate ad essere in dieta in quanto spesso basano il proprio valore sull'aspetto fisico; l'età (le fasi critiche sono un fattore di rischio molto forte perché provocano nelle giovani donne sentimenti ambivalenti e di pericoloso rifiuto verso quel corpo vissuto come estraneo).
- Fattori di rischio *psichiatrici e psicologici*, generalmente, sono costituiti da una sostanziale inabilità emotiva che precede la stabilizzazione della sindrome

⁶⁴ Riccardo Delle Grave: "Alle mie pazienti dico...". Positive Press.

⁶⁵ Naturalmente non si tratta di elementi certi che prediranno l'insorgere della malattia, ma soltanto di elementi che potrebbero favorire il decorso patologico piuttosto che la guarigione.

clinica. Dal punto di vista psicologico esistono meno certezze, perché si sono studiati prevalentemente soggetti che manifestavano già il disturbo alimentare.

- I fattori di rischi *familiari* sono ancora meno documentabili dei precedenti, perché sono valutati in momenti successivi all'insorgenza della malattia e rimangono solo pochi indicatori per sapere com'erano le relazioni interne alla famiglia prima che questa si sviluppasse. Si potrebbe affermare tuttavia che una "relazione disturbata con i genitori", in particolare con la madre, possa essere importante per determinare l'insorgere della patologia. Secondo Hilde Bruch *"una carenza di risposte appropriate ai bisogni emotivi della figlia da parte della madre e un comportamento teso al controllo, renderebbero i desideri della figlia scarsamente soddisfatti e questa finirebbe – inconsapevolmente- per conformarli con quelli della madre"* e non svilupperebbe una propria personalità. Le affermazioni che ho appena fatto costituiscono teorie interessanti, ma non hanno ancora trovato un preciso riscontro sperimentale e quindi non hanno assunto valore universale, sono legate soltanto all'esperienza clinica del singolo terapeuta.

- I fattori di rischio socio-culturali sono stati ampiamente documentati, ma non è ancora chiaro il modo in cui questi agiscono, tre sono le conclusioni cui diversi ricercatori sono giunti: la cultura agisce come fattore causale, fornendo la base per il comportamento anoressico; specifici fattori culturali scatenano le malattie che sono influenzate da molti altri fattori di rischio; la cultura agisce come cornice nell'espressione della malattia. I dati attualmente a disposizione

permettono solo di affermare che si tratta di elementi favorevoli la malattia in soggetti già vulnerabili al suo sviluppo.

I fattori precipitanti nascono dalla combinazione degli elementi appena indicati e vengono studiati per cercare di capire come questi debbano interagire per provocare lo sviluppo di una patologia clinica vera e propria. In quest'ambito vengono anche analizzati gli eventi che possono essere considerati scatenanti per l'insorgere della malattia.

I fattori perpetuanti sono importanti per capire come un soggetto sviluppi una patologia lieve e transitoria, ed un altro a parità di condizioni circostanti, ne sviluppi una cronica o ingravescente. Esistono fattori perpetuanti cognitivi (l'eccessiva preoccupazione per il peso e l'aspetto fisico, il perfezionismo,...) ed interpersonali basati su costruzioni e rotture di legami affettivi che possono avere un effetto positivo o negativo sui soggetti; vi sono poi fattori iatrogeni, ossia forme reattive rispetto a trattamenti inadeguati di disturbi già presenti. Questi poi interagiscono nel determinare la gravità del disturbo.

3.1.8 I modelli teorici di riferimento

Uno dei modelli più importanti e diffusi per queste problematiche è certamente quello dell'addiction che propone una spiegazione dei disturbi del comportamento alimentare in generale e di quello da alimentazione

incontrollata in particolare⁶⁶. Questa spiegazione, di fatto, si è accostata alle precedenti di natura biologica, psicologica o genetica formulate in passato, ma intende fornire ragioni più forti e spiegare il problema in modo completo. Quello che ci si propone è di capire se i disturbi del comportamento alimentare possano essere concettualizzati come "*addiction*"⁶⁷. In questo senso dobbiamo dire che i due elementi forti che si riscontrano spesso in entrambe le categorie patologiche, sono il "*craving*" e la "*perdita di controllo*" ed entrambe interessano sia l'individuo fisicamente sia il suo funzionamento sociale.

L'*addiction* che è stata or ora presa in esame a sua volta può essere spiegata attraverso due sottomodelli e cioè:

- Il "*modello del disease*" propone la vulnerabilità biologica individuale come possibile spiegazione dell'inizio dell'uso di una sostanza; le fasi successive (tolleranza, dipendenza fisica, perdita di controllo,...) sarebbero solo una naturale conseguenza di un processo in corso. La sua estensione ai comportamenti alimentari sarebbe motivata dal fatto che alcune persone sarebbero vulnerabili a certi cibi che possono causare dipendenza. La tolleranza in ambito alimentare⁶⁸ è legata alla quantità di insulina prodotta a seguito di pattern alimentari caotici e di continue diete, che viene progressivamente diminuita, creando come conseguenza una situazione di

⁶⁶ Nella sua formulazione si sono incontrati diversi problemi metodologici tra i quali l'inconsistenza di criteri diagnostici e la mancanza di questionari e strumenti validati.

⁶⁷ Qui si usa questo termine per indicare un comportamento controverso ed irresistibile che porta il soggetto verso l'oggetto del suo desiderio. Tratto da "The addiction model of eating disorders: a critical analysis" di G. Terence Wilson.

⁶⁸ Presa in considerazione per la prima volta da Jansen (1990).

ipoglicemia; questo crea un fenomeno simile a quello che si ha nella tolleranza da droga, ossia viene richiesta una quantità di sostanza sempre maggiore per ottenere il medesimo effetto. La dipendenza fisica nasce dal continuo alternarsi di diete e di "orге alimentari" definita "alimentazione incontrollata"; in essa si riscontra una "perdita di controllo" che è presente anche nella bulimia. Il craving è un desiderio irresistibile controllato da condizioni psicologiche ed ambientali che si manifesta con una sistematica relazione tra risposta alla dolcezza⁶⁹ e disturbi alimentari.

- Il modello cognitivo-comportamentale prevede che il comportamento addittivo sia frutto di una interazione di influenze biologiche, psicologiche e sociologiche. Sia i comportamenti addittivi sia quelli non addittivi sono regolati dalle stesse variabili socioculturali, c'è un'inevitabile perdita di controllo, e non una inesorabile progressione allo stato finale di "disease". Il craving è spiegato in termini di aspettative di apprendimento e di risposte condizionate; il primo uso di una sostanza a seguito di un periodo di astinenza non è una risposta automatica e involontaria, ma la risposta ad un bisogno fisico.

3.2 Aspetti socio-culturali

Nei paesi occidentali la magrezza è stata idealizzata a tal punto da diventare simbolo di capacità lavorativa, di successo e di autocontrollo in

⁶⁹ Rodin e Reed (1987) non hanno riscontrato sostanziali differenze nelle risposte allo zucchero tra soggetti anoressici e bulimici.

contrasto con l'obesità che nell'ideale comune rappresenta pigrizia, autoindulgenza e mancanza di volontà; di fatto magrezza è diventata sinonimo di bellezza ed essendone in possesso si hanno importanti benefici in ambito lavorativo, personale e relazionale. Questo modo di vedere il corpo come manifestazione delle capacità individuali è legato da un lato all'abitudine dell'uomo di vedere il corpo come la rappresentazione concreta dei caratteri più profondi ed inesplorabili dell'anima, dall'altro alla diffusa cultura del benessere e della bellezza che fanno credere a tutti di poter modellare il proprio corpo con un po' di volontà, di impegno. Naturalmente questo non basta a spiegare l'insorgere di un disturbo alimentare, altrimenti tutti i soggetti che rientrano in questo contesto culturale dovrebbero mostrare dei segni della malattia, è invece necessario che questo elemento sia accompagnato da altri fattori di rischio variamente combinati tra loro.

La donna per sua natura è maggiormente sottoposta a questi dettami culturali⁷⁰, spesso è costretta a diete ferree ad esercizi fisici massacranti per raggiungere un *corpo* che talvolta le viene biologicamente negato⁷¹. L'ideale proposto dalla società attuale è fortemente innaturale ed è raggiungibile solo per una minima parte della popolazione, perché è legato alla magrezza come benessere fisico da un lato, (ossia un corpo tonico e modellato), e alla bellezza come sensualità propria della femminilità dall'altro, (vuole un corpo statuario

⁷⁰ Esiste infatti una forte prevalenza nello sviluppo di DCA rispetto a soggetti di pari caratteristiche socioculturali, ma di sesso maschile

⁷¹ La percentuale di grasso corporeo medio fra le donne comuni varia tra il 22 ed il 25%, tra le persone che rispettano il modello estetico attuale (modelle, attrici,...) scenda al 10-15%.

ma con forme procaci e attraenti).

La letteratura "classica"⁷² sull'argomento parla di un maggiore rischio di sviluppare disturbo del comportamento alimentare fra le donne, fra le appartenenti alla razza bianca e preferibilmente di classe sociale elevata, ma attualmente alcune di queste affermazioni sono state contrastate dalle più recenti ricerche transculturali⁷³. La divisione in classi sociali della prevalenza dei disturbi alimentari è giustificata dal sistema di valori che caratterizza la classe media, perché genera conflitti nelle donne spesso spinte verso l'indipendenza e la ricerca del successo⁷⁴. La diffusione di questo tipo di patologie, attualmente, supererebbe la divisione in classi sociali e sarebbe presente anche in ceppi etnici culturalmente differenti che mostrano un forte gradiente di assimilazione degli ideali occidentali legati alla paura di ingrassare ed all'immagine corporea.

La spinta dei modelli culturali non può determinare da sola l'insorgenza di un disturbo di questo tipo, ma il fatto di indurre delle donne verso una dieta restrittiva, costituisce un elemento di rischio perché queste ultime cominceranno ad alimentarsi secondo un modello cognitivo precostituito piuttosto che secondo le loro necessità biologiche; anche il livello di autostima può subire delle drastiche diminuzioni come conseguenza di successivi

⁷² Richard Gordon "anoressia e bulimia: anatomia di una epidemia sociale". Cortina ed.

⁷³ "Trattato italiano di psichiatria" a cura di Pancheri e Cassano.

⁷⁴ Per quel che concerne la bulimia, esiste una forte prevalenza fra le "donne in carriera", soprattutto in ambiti di grande prestigio sociale, caratterizzati da grande competitività e che generalmente sono riservati agli uomini. Queste donne mostrerebbero professionalità e sicurezza tanto grandi in ambito professionale, quanto sono fragili nella sfera privata.

fallimenti di continue diete.

3.2.1 Caratteri della sindrome culturale

Una *sindrome culturale* è un'entità coerente di comportamenti e segni considerati inusuali o anormali. La nozione di (a)normalità in ambito psicologico dipende in particolare dalla cultura in cui si è osservato il modello comportamentale in questione. La nozione di *legame culturale*, tuttavia, esprime qualcosa di più: evidenzia una sindrome che non si manifesta universalmente nella popolazione, ma rimane confinata ad un settore specifico. Una sindrome quindi è comprensibile e significativa solo all'interno di una sfera psicosociale di un certo contesto culturale. (Walter Vandereycken e Ron van Deth, 1994).

Richard Gordon (1990) suggerisce che *"ogni tentativo di comprensione della anoressia o bulimia si debba collocare in una prospettiva culturale, considerandola come uno di quei disturbi che Devereaux definisce "etnici", ossia caratterizzati da un modello cognitivo comportamentale deviante che, per le sue dinamiche, viene ad essere un'espressione delle contraddizioni cruciali e dell'ansia di fondo di una particolare parte della società umana in un particolare momento storico"*. Anche per Bion (1961) *"la possibile espressione del mal-essere di un individuo viene sempre coattivamente condizionata dalle dinamiche e dalla cultura del gruppo di cui fa parte: è il gruppo che definisce*

*le modalità sintomatiche con cui si esprimerà il disagio*⁷⁵.

L'idea che i disturbi del comportamento alimentare abbiano forte matrice culturale nasce dall'analisi dei caratteri che ne identificano i pazienti: provengono generalmente dai paesi ricchi, hanno un livello di istruzione superiore e spesso derivano da strati di popolazione medio-alti. Esistono studi⁷⁶ che contrastano l'opinione secondo cui la diffusione di questi disturbi è prevalente nelle società occidentali, sostenendo che vi siano disturbi alimentari ancora presenti nelle civiltà a bassa industrializzazione; ma questi non sono legati all'ideale della bellezza e della forma corporea, sarebbero invece il frutto dell'imitazione delle ideologie occidentali o di ipotetici disturbi fisiologici (gonfiore all'addome, perdita di appetito,...) Questo ha dato la spinta a molti studi sociologici sulle patologie alimentari, ma anche e soprattutto sulle concettualizzazioni di corpo, che sono state formulate per spiegare i diversi aspetti, ora ne vedremo alcune.

Il corpo è, da un lato, un'entità che segue le leggi della fisiologia e della anatomia la nostra esperienza corporea è la percezione di questa realtà, dall'altro, è una "metafora della società"⁷⁷, poiché non potrebbe essere

⁷⁵ Marco Longo (ABA) "disordini alimentari: un inquadramento medico-psicologico".

⁷⁶ Lee, Ho e Hus (1993) compiono uno studio retrospettivo-prospettivo su 70 pazienti anoressiche e mostrano come 41 di queste non abbiano mai mostrato paura di ingrassare.

⁷⁷ Mary Douglas, entro le teorizzazioni sociologiche del corpo raccolte da Morgan MacSween, sostiene con questa affermazione che si tratta di una "*immagine il cui scopo principale consiste nell'esprimere la relazione dell'individuo con il gruppo*". Nella sua teorizzazione "*il corpo è un modello che può rappresentare qualsiasi sistema dotato di confini [...] dobbiamo essere disposti a vedere nel corpo un simbolo della società e a vedere riprodotti in piccolo sul corpo umano le forze e i pericoli accreditati alla struttura sociale*".

compresa al di fuori della costruzione sociale entro cui esiste⁷⁸. Le due concettualizzazioni non sarebbero in contrasto perché, secondo Mauss⁷⁹, *“il corpo può essere compreso soltanto attraverso un’analisi fisio-psico-sociologica”*; accettare l’interpretazione sociale di corpo, non significa negare la sua fisicità e la sua individualità psicologica, ma costituisce un arricchimento dell’interpretazione.

Nella prospettiva sociologica di Polhemus (1978), *“il corpo non è semplicemente un oggetto che ereditiamo alla nascita, ma qualcosa che viene socializzato durante tutta la vita e questo processo di modificazione corporea può servire per la nostra socializzazione; imparando ad avere un corpo, impariamo anche qualcosa sul nostro corpo sociale, la società in cui viviamo”*. Anch’egli come Mauss auspica l’integrazione dei vari approcci in modo che ciascun “livello di esperienza” possa ispirarsi alle conoscenze degli altri.

Turner nel libro *“The body and society”* presenta la prima teoria “generale” sul corpo e, rifacendosi al lavoro di Foucault, propone la tesi secondo cui il corpo è sia un organismo materiale sia una metafora⁸⁰ e come tale viene *“socialmente mediato ed individualmente percepito”*. Anche i bisogni

⁷⁸ Morgan MacSween “corpi anoressici”. Feltrinelli marzo 1999, propone un capitolo sulla *sociologia del corpo* nel quale raccoglie varie concettualizzazioni sociologiche e antropologiche riguardanti il corpo e le sue implicazioni, qui ne riporterò alcune per chiarire il concetto di *sindrome culturale* in riferimento alle patologie alimentari.

⁷⁹ Le tecniche del corpo, 1936

⁸⁰ Turner riprende anche l’idea di Marx secondo cui *“la natura è una realtà oggettiva e autonoma, ma la realtà viene trasformata dal lavoro dell’uomo”*, ma sostiene anche il fatto che il corpo non è solo “ideologia”, altrimenti si negherebbe il principio “dell’incarnazione” ossia *personale esperienza sensoriale della fisicità* attraverso cui si sviluppa il controllo personale del corpo-come-ambiente che costituisce la base fenomenologia dell’individualità e, di fatto, è l’altra “faccia della medaglia” del corpo-come-concetto.

biologici, considerati naturali, sono fondati sul corpo e quindi completamente compenetrati e costituiti dalla cultura. Turner riprende anche la tesi di Foucault secondo cui "*il corpo è oggetto di potere*" ma la usa per dimostrare la storicità del corpo estendendo a quest'ultimo l'analisi che Foucault faceva per il desiderio⁸¹. Nel concludere la sua teorizzazione Turner sostiene che il possesso fenomenologico del corpo attraverso l'incarnazione, non comporta sempre l'esserne padroni⁸², specialmente per le donne, anzi, queste ultime, possono esperire il proprio corpo come alienato.

3.3 Comorbidità specifiche per categoria

Possiamo però affermare che il gruppo etnico sia un fattore importante di discriminazione, è stato infatti dimostrato che il grado di patologia per la bulimia e l'anoressia è decisamente più elevato tra le donne bianche, quello per l'alimentazione incontrollata è identico fra bianche e sud-americane. La classe sociale è fattore concomitante fondamentale soprattutto per quel che riguarda anoressia e bulimia rispetto alle classi medie, prevalgono quelle elevate. Gli uomini sono generalmente affetti da alimentazione incontrollata⁸³ piuttosto che da anoressia o bulimia e manifestano questo disturbo associato

⁸¹ Di solito si pensa che il potere attui la repressione del desiderio, il quale dunque esisterebbe al di fuori del potere. Per Foucault, invece, "*il potere è costruttivo*" poiché il desiderio è creato dal potere. Da "*Storia della sessualità*" di Foucault.

⁸² Secondo Morgan MacSween in questo punto Turner non fa che indebolire il suo stesso concetto di incarnazione e propone invece l'affermazione che "*il governo corporeo*" dipende da presupposti culturali non meno che biologici.

⁸³ "Comparison of man and women with binge eating disorder" a cura di Tanofsky, Wilfley, Spurrell, Welch e Brownell. International Journal of Eating Disorders 21/1, 1997 pag. 49-54.

ad una tendenza all'edonismo, ad un forte bisogno di manifestare il proprio controllo, ad una profonda insicurezza che spesso non riescono a manifestare nella sfera pubblica.

In questo senso, possiamo dire che le molte pazienti sono stati rilevati disturbi affettivi ed in particolare depressione, sintomi d'ansia e segni di disturbi ossessivo-compulsivi, ma soprattutto elementi che fanno pensare ad un disturbo borderline di personalità su pazienti anoressiche e problemi di controllo degli impulsi su pazienti bulimiche. L'obesità del soggetto o di un familiare possono essere altri fattori che spingono verso queste patologie in modo particolare, a differenza di traumi e abusi sessuali che hanno uguale incidenza in tutte le patologie psichiatriche. Persone affette da bulimia in genere sono fortemente impulsive e manifestano questo carattere in molti aspetti del loro vivere quotidiano, mostrano ad esempio relazioni interpersonali instabili ma intense, rapporti sessuali promiscui, disturbi di identità e dell'umore abuso di sostanze,...; quelle affette da anoressia, invece, hanno bassi livelli di impulsività, spiccati tratti ossessivi e bisogni perfezionistici che le portano a controllare ripetutamente i particolari e cercare errori anche futili per soddisfare il loro bisogno di precisione e su questo basano la loro sicurezza.