



Università
Ca' Foscari
Venezia

Corso di Laurea Magistrale
in Antropologia culturale, Etnologia ed Etnolinguistica

Tesi di Laurea

Anoressia 2.0
Come Disturbi del Comportamento Alimentare e Social
media si relazionano nel quotidiano

Relatore

Prof. Francesco Vacchiano

Correlatore

Prof.ssa Deborah Nadal

Laureando

Andrea Manzato

846043

Anno Accademico

2022/2023

Indice

Introduzione

1. Salute e alimentazione: conversazione con la dottoressa Marianna Drigo

2. I disturbi del comportamento alimentare

- Una storia dei disturbi alimentari
 - L'origine anoressica nelle ascete medioevali?
 - Anoressia nervosa: l'interpretazione isterica
 - Dal sessuale al Sé: gli studi rivoluzionari di Hilde Bruch e Mara Selvini Palazzoli
 - La prospettiva psicodinamica e il DSM-V
 - Teoria di genere e la prospettiva culturale/femminista
 - I disturbi alimentari come disturbo etnico

- I disturbi alimentari secondo la prospettiva fenomenologica
 - Le concezioni teoriche dell'embodiment
 - Processi incorporativi nei disturbi alimentari
 - Lo sguardo dell'Altro come dispositivo di creazione identitaria
 - L'incidenza della pandemia di COVID-19

- Uno studio comparativo: I disturbi alimentari in Giappone
 - Salute mentale e psichiatria in Giappone
 - Una storia dei DCA in Giappone
 - Un'analisi interpretativa: il ruolo della famiglia
 - I fattori socioculturali nei DCA in Giappone

- Famished. Eating Disorders and Failed Care in America: una review
 - Gli (non-)obbiettivi del testo
 - Cosa sono e non sono i DCA
 - Cura e violenza nel sistema sanitario delle agenzie assicurative
 - Ridefinire i DCA
 - Technologies of Presence
 - L'esperienza di Olivia

3.Social media

- Modalità di ricerca
 - Nuovi approcci etnografici: i social media come campo
 - Il mio campo: Instagram

- I Social media tra immagini e DCA
 - L'immagine corporea della donna nei media
 - #Thinspiration, #Fitspiration e #Bonespiration
 - L'hashtag e i suoi significati nella narrazione delle immagini
 - I Selfie tra deriva narcisistica e auto-rappresentazione
 - L'auto-rappresentazione tra online e offline: un caso studio

- I disturbi alimentari online: gli spazi Pro-Ana e Pro-Mia

4.Casi etnografici

- La storia di Maria: vivere e raccontare i DCA tra social media e pandemia
- Intervista alla dottoressa Cristiana Cella: DCA e social media tra adolescenza e infanzia

5.Conclusioni

- Il corpo interreale
- Il ricovero come rito di passaggio
- Il fenomeno della ricaduta: nuove forme di agency

Bibliografia

Introduzione

Nel corso di questo percorso accademico, diverse volte mi sono chiesto perché stessi perseguendo gli studi in ambito antropologico: d'altronde l'antropologia l'avevo incontrata solamente di sfuggita e in modo indiretto nel percorso di studi precedente. Durante una lezione al secondo anno di corso, nel mentre di una discussione collettiva, sono affiorate delle parole che mi hanno fatto ricordare un episodio accaduto un paio di anni prima, quando ero ancora uno studente di triennale iscritto al curriculum di Lingue e Culture dell'Asia e dell'Africa mediterranea. Era una mattina, e come facevo usualmente mi stavo recando dalla stazione ferroviaria Santa Lucia di Venezia verso una delle biblioteche universitarie, lungo quelle calli, che negli anni di università avevo percorso migliaia di volte, tra le riflessioni che mi capitava di fare spesso per intrattenermi durante le camminate feci capolino una prospettiva da cui fino ad allora non mi ero mai posto come osservatore. Per un istante tutto ciò che mi circondava sembrò rallentare e facendo più attenzione iniziai a considerare l'effettivo numero delle persone c'erano attorno a me, una cinquantina - forse di più, forse di meno, tutte quelle persone d'improvviso iniziai a considerarle da un punto di vista tutto nuovo, ognuno di loro portava con sé chi erano stati, chi erano e chi sarebbero diventati, non erano solo persone ma erano persone che avevano qualcosa da raccontare, in quel momento provai un forte desiderio di conoscenza per tutte le loro storie. Il ricordo di quell'evento mi ha dato una forte spinta nel considerare positivamente la strada che stavo percorrendo, ma in esso non vi era nessuna indicazione sulla direzione di marcia. Quando mi sono iscritto al corso di Antropologia, Etnografia ed Etnolinguistica l'ho fatto da nipponista e con l'intenzione di proseguire gli studi in quell'area didattica, tuttavia come accade spesso, la casualità gioca un ruolo più importante delle aspettative. Prima di iniziare questo percorso accademico mai avrei pensato che il focus dei miei studi sarebbe stato il corpo nell'antropologia medica, ma più approfondivo questa tematica più due argomenti si facevano insistentemente largo nei miei interessi: il rapporto con l'immagine del proprio corpo (e le pratiche di modifica dello stesso) e le dinamiche di apparenza dei social network. Entrambe queste tematiche mi sono sempre state distanti ma contemporaneamente molto vicine, da una parte perché il rapporto con il corpo l'ho vissuto sempre con difficoltà, e proprio in virtù di questa difficoltà sono sempre stato restio a interfacciarmi con i social network, che hanno incentrato progressivamente il loro focus sempre più sulla self-image. Più consultavo testi per approfondire i due argomenti sopracitati, più l'alimentazione continuava a ricorrere come tema centrale che li univa, in particolare i disturbi del comportamento alimentare. Non appena sono entrato in contatto con questa realtà, ho "sentito" che questo tema sarebbe stato parte della mia ricerca: come i disturbi alimentari e i social media sarebbero stati i temi

della mia indagine antropologica, non avevo dubbi. L'avvento della pandemia di COVID-19 ha reso necessario ripensare le modalità attraverso cui affrontare quest'indagine, ma da questa necessità è mutata la prospettiva sulla ricerca stessa, i social media potevano essere non solo un tema da investigare ma anche un ideale campo etnografico per esplorare le dinamiche dei disturbi alimentari. Durante il periodo in cui ho indagato i disturbi alimentari mi sono chiesto varie volte il perché di un interesse così forte per questo tema. In una particolare occasione ho vacillato su questa scelta. Stavo approfondendo le tematiche dei disturbi alimentari da qualche mese quando decisi che il lunedì successivo, il 4 aprile, sarebbe stato il giorno in cui avrei preso contatto con un centro dei disturbi alimentari conosciuto come la "Casa delle Farfalle". Il centro, di cui avevo ottenuto l'indirizzo online, è situato a Portogruaro, comune della provincia veneziana non lontano dal confine con il Friuli-Venezia Giulia. Pur risiedendo in una frazione dello stesso, non conoscevo bene la zona, e al mio arrivo ho dovuto effettuare più di un passaggio con l'automobile per individuarne l'esatta ubicazione. L'edificio si compone di più piani con terrazzini situati a ogni finestra, tutte le facciate sono rivestite da un colore giallo ocra che conferisce all'edificio un'accogliente aura di calore, ma ciò che lo caratterizza rispetto a tutti gli altri immobili circostanti è il fiocco lilla (simbolo dei disturbi alimentari) posizionato proprio al centro della facciata. L'accesso all'edificio è delimitato da un cancello verde che non può essere aperto dall'esterno: l'unico modo per entrare è suonare il campanello situato sul lato destro e attendere l'apertura dall'interno. Quando ho appurato queste modalità d'accesso, ha iniziato ad affiorare nella mia mente l'idea che l'ingresso a quella struttura non è consentito normalmente e forse avrei dovuto prima telefonare al numero associato al centro per verificare la disponibilità. Nonostante ciò, mosso dalla fermezza da cui ero investito quel giorno ho preso coraggio e suonato il campanello. La porta, verde anch'essa, è situata sul lato sinistro della facciata in un punto più in basso rispetto al livello del suolo, un rumore secco della serratura ne ha annunciato l'apertura e dopo pochi attimi dall'uscio della porta ormai spalancata è comparsa un'infermiera vestita completamente di bianco che ha fatto scattare il cancello. Posso superare, anche fisicamente, quel limite che da fuori sembrava così denso, mi avvio verso la porta per parlare con l'infermiera e inavvertitamente chiudo il cancello dietro di me. Arrivato sulla soglia della porta spiego all'infermiera il motivo per cui mi trovo lì, mentre lo faccio osservo nella sua espressione domande le cui risposte sembrano non essere contenute nelle mie parole. La prima risposta che mi viene data è che dovrei innanzitutto parlare con il direttore del centro, per valutare la possibilità di accedere alla struttura: il suo ufficio, però, si trova in una differente zona di Portogruaro. Mentre pronuncia quelle parole nello sguardo dell'infermiera percepisco il suo pensiero, perché sto pensando la stessa cosa: "non dovrei essere lì". Nonostante ciò, con grande gentilezza mi chiede di aspettare che avrebbe provato a chiedere delucidazioni più dettagliate al caposala, nel farlo si è allontanata

momentaneamente ma la porta dal cui uscio mi stava parlando è rimasta aperta. D'un tratto, dal silenzio che fino a quel momento aveva caratterizzato l'ambiente si è levato il pianto di una delle ragazze ospiti del centro. Benché esso fosse flebilmente percettibile da dove mi trovavo, come un martello questo suono batteva a ogni ripetizione sempre più intensamente nelle mie orecchie: in quel pianto – a ogni singhiozzo, percepivo tutta la sofferenza che aveva inscritta in esso, un suono carico di significati che non ero pronto a ricevere. Ad acuirne l'intensità era anche la mia posizione, completamente alieno alla percezione di questa ragazza che non era consapevole della mia presenza e del fatto che la stavo ascoltando: mi sembrava di star commettendo un'invasione, come una violenza nei suoi confronti. L'intensità del momento è stata forte, ma molto di più nel ripensarci successivamente che nel momento stesso in cui stava avvenendo. Quel breve intervallo di tempo rappresenta il momento in cui più ho vacillato nella convinzione di perseguire questa ricerca. Leggere pagine e pagine di testi che raccontano della sofferenza che affligge chi è affetto dai disturbi alimentari non mi aveva preparato nemmeno lontanamente all'impatto che è scaturito dall'entrare in contatto direttamente con essa. Spinto nuovamente sul filo dell'insicurezza da tutte queste sensazioni ed emozioni, ho accolto il ritorno dell'infermiera che dopo avermi porto un pezzo di carta con l'indirizzo e il numero da contattare per parlare con il responsabile del centro si è congedata. Ricambiato il saluto, mi sono avviato verso l'uscita con l'idea di andare subito presso il luogo che mi è stato indicato. In quel momento, mi sono reso conto che chiudere il cancello una volta entrato è stato un errore, non ho più modo di uscire autonomamente, ero rimasto "intrappolato", non ero né fuori né dentro. Se precedentemente, nonostante mi sentissi fuori posto, ero riuscito a far fronte a quella situazione, trovarmi intrappolato all'intero mi ha soverchiato completamente. L'unico modo che avevo per uscire era chiedere che il cancello fosse essere aperto dall'interno: fortunatamente la porta che era rimasta ancora aperta mi ha fornito l'occasione di attirare l'attenzione dell'infermiera con cui avevo appena parlato che stava attraversando lo stretto corridoio dell'atrio spingendo un carrello pieno di vaschette di cibo. In quell'occasione ho avvertito una sorta di fastidio nel suo sguardo, la sensazione di non dover essere in quel luogo non era mai stata così forte. Appena il cancello mi è stato aperto sono uscito e mi sono precipitato verso la macchina, non mi sono reso conto del tempo che era passato, potrebbero essere stati anche dieci minuti, ma a me sono sembrate decisamente delle ore. Seduto in macchina prima di partire mi sono ritrovato a chiedermi: "Perché proprio i disturbi alimentari?" Quando attraverso Instagram ho conosciuto Maria – la mia principale informatrice, più scambiamo messaggi e approfondivo la sua storia, più cresceva la convinzione che la risposta a quella domanda fosse lì, contenuta nelle sue parole. Un giorno di alcuni mesi dopo, stavo percorrendo una via di Portogruaro quando ho incrociato il cammino con un gruppo composto da un ragazzo e due ragazze. Mi precedevano solo di alcuni passi e ciò, anche se involontariamente, mi ha dato la possibilità di

ascoltare quello che si dicevano. Una delle ragazze stava raccontando agli altri i dettagli della sua dieta, rigorosamente fai da te. Il diktat principale era assumere quotidianamente non più di mille calorie¹. Stando al piano alimentare per quella giornata, aveva appena pranzato con una banana e la sera la stava attendendo una terrina di insalata. Mentre stava spiegando queste sue abitudini teneva in mano lo smartphone. Esso, spiegava, le fornisce un enorme supporto nella schematizzazione dei suoi pasti. Con non poca soddisfazione stava mostrando agli amici i suoi futuri appuntamenti con il cibo. A quel punto le nostre strade si sono divise, ma non avevo proseguito il cammino da solo. A farmi compagnia erano rimaste molte domande. Incuriosito dal racconto della ragazza, ho scaricato un'applicazione per pianificare i pasti, Easy Menù Planner. Le sue funzionalità principali sono volte a creare un piano alimentare settimanale, ma tramite un algoritmo è in grado di suggerire nuovi piatti oppure stilare una lista della spesa ideale. Queste attitudini alimentari, pratiche e filosofiche, sono iscritte ad un livello così profondo del quotidiano che sono state "naturalizzate"². Le privazioni e la sofferenza causate da pratiche intraprese con l'obiettivo di raggiungere un livello più elevato di corporeità (la magrezza), come l'auto-affamarsi, non sono solo attitudini che rientrano nei sintomi dei disturbi alimentari, ma sono comportamenti patologici normalizzati che possono essere discussi con gli amici tra battute e sorrisi spensierati. Da queste dinamiche nasce l'auspicio per questa ricerca, nella speranza che possa rappresentare anche una piccola finestra su dei temi troppo lasciati nell'ombra. Il seguente testo si apre con l'intervista alla dottoressa Marianna Drigo, nella quale verrà discusso il rapporto tra alimentazione e salute da una prospettiva più generale. Le parole della dottoressa forniranno una cornice interpretativa nella quale inquadrare la connotazione socioculturale del rapporto sociale tra le persone e il cibo. Il tema affrontato nella seconda sezione sono i disturbi del comportamento alimentare. Il primo capitolo è dedicato ad una cronologia storica delle interpretazioni medico-scientifiche dei disturbi. Sulla base di questa cronologia, nel secondo capitolo sono esposte le teorie interpretative oggi utilizzate, tra le quali: la teoria psicodinamica; la teoria culturale/femminista; la teoria fenomenologica. A quest'ultima è dedicato il terzo capitolo dove i disturbi alimentari sono indagati come malattie sociali, le quali si manifestano nei rapporti tra le persone e non come condizioni meramente individuali. In virtù dei miei precedenti studi, il quarto capitolo presenta un'analisi comparativa basata sui disturbi alimentari in Giappone, la quale fornisce la possibilità di mettere a confronto come i disturbi alimentari sono vissuti e interpretati in due contesti sociali molto diversi tra loro. Il quinto e ultimo capitolo della sezione è riservato ad una review della monografia *Famished: Eating Disorders and Failed Care in America* dell'antropologa Rebecca J.

¹ Dieta delle 1000 calorie: dieta ipocalorica che consente di perdere qualche chilo di troppo in poco tempo. Si basa su un regime alimentare in cui viene ridotto il consumo di pasta raffinata, pane e dolci; <https://www.my-personaltrainer.it/dieta/esempi/dieta1000calorie.html>.

² Marcell Mauss; *Le Tecniche del corpo*; 1991.

Lester. La terza sezione è dedicata al secondo tema cardine della ricerca, i social media. Il primo capitolo ha l'obiettivo di inquadrare i social media come campo etnografico, sia a livello teorico sia mediante la mia personale esperienza. Il secondo capitolo si focalizza sul rapporto tra i social media e le immagini. Il primo paragrafo offre una panoramica su come, nel tempo, è cambiata l'immagine della donna nei media, passando dalla rivoluzionaria fotografia del primo bikini nel secondo dopoguerra fino alle immagini associate agli hashtag nei social network. In particolare #Thinspiration, #Fitspiration e #Bonespiration sono tre hashtag profondamente connessi alle dinamiche che hanno a che vedere con i disturbi alimentari. L'ultimo capitolo della sezione è dedicato alle realtà Pro-Ana e Pro-Mia, singoli o gruppi di persone che promuovono condizioni patologiche come ideali, le quali si strutturano alla stregua di sette religiose. La quarta sezione è dedicata alle interviste alle mie due principali interlocutrici: la dottoressa Cristiana Cella; e Maria, una ragazza che gestisce una sua personale pagina Instagram, nella quale racconta la sua esperienza di malattia e fa divulgazione sui temi dei disturbi alimentari. Nell'ultima sezione dell'elaborato presenterò un'analisi sul ruolo che hanno le persone come Maria, la cui attività di divulgazione e sensibilizzazione non solo agisce in diretto contrasto con le dinamiche sociali che favoriscono l'insorgenza dei disturbi dell'alimentazione, ma sono anche un modo personale per verbalizzare l'esperienza di malattia e ridare una voce (sociale) a chi si trova spesso dimenticato.

1. Salute e alimentazione: conversazione con la dottoressa Marianna Drigo

La dottoressa Marianna Drigo è stata la prima interlocutrice che ho contattato all'inizio di questo percorso di ricerca. La dottoressa è una dietista, o come lei ci tiene a specificare, un tecnico dell'alimentazione ed anche *counselor* nutrizionale. Fin dalla prima telefonata, si è dimostrata una persona molto accomodante e propositiva all'idea di collaborare per questa ricerca. A tal proposito, è stata lei a introdurmi il nome della dottoressa Cristiana Cella, la psicoterapeuta specializzata sui disturbi alimentari la cui testimonianza avrà uno spazio più avanti in questo testo. Una settimana prima dell'appuntamento fissato, la dottoressa mi ha chiamato per informarmi che nella classe scolastica della figlia erano stati accertati alcuni casi di COVID-19 e di conseguenza era necessario riprogrammare l'incontro. Ci siamo accordati per la mattina dell'8 febbraio del 2022. La dottoressa esercita la sua professione in uno studio privato facente parte di un piccolo complesso edilizio, il quale ospita diversi professionisti di varie discipline mediche. L'edificio si trova nel comune di Concordia Sagittaria – cittadina limitrofa a Portogruaro. Il giorno dell'appuntamento sono arrivato in loco quando erano ormai le 11:00 di mattina, l'orario concordato. Dopo essere salito su una piccola rampa di scale ho suonato il campanello dello studio della dottoressa. Passati una manciata di secondi, la dottoressa ha aperto la porta e mi ha fatto accomodare all'interno. La dottoressa Drigo è una donna sui quarant'anni molto curata e affabile. Indossava un camice bianco da medico, il quale creava un diretto contrasto cromatico con il colore corvino dei suoi capelli. Poiché eravamo in concomitanza della seconda ondata del COVID-19, indossavamo entrambi la mascherina Ffp2. Questa condizione ha reso difficile poter osservare le espressioni e le emozioni trasmesse dal volto. Tuttavia, la dottoressa Drigo è apparsa fin da subito come una persona molto accogliente e una professionista molto attenta, la cui espressione gentile si riusciva ad intravedere nonostante l'ostacolo della mascherina. Non appena varcata la soglia dello studio, con grande rammarico, mi ha chiesto se gentilmente potessi aspettare qualche minuto poiché stava ultimando un'importante discussione telefonica. Nell'attesa mi sono accomodato nella sala d'aspetto. Guardandomi attorno ho notato come tutte le pareti dello studio fossero dipinte di bianco, intervallato solo saltuariamente da qualche piccolo quadro con note cromatiche e dal rivestimento delle sedie disposte tutt'attorno alla stanza di un vivido colore rosso. Il silenzio della quiete mattutina che pervadeva quello spazio era infranto solo dalla musica emessa dalle casse di un piccolo stereo, sintonizzato su un'imprecisata stazione radio. Trascorsi alcuni minuti, la dottoressa si è precipitata nella sala d'attesa e mi ha fatto accomodare nel suo studio personale. Lo studio è un ambiente molto ampio, riempito da varie strumentazioni mediche

e poster informativi affissi ad ogni parete. Nonostante ciò, la scrivania dove ci siamo accomodati era collocata a ridosso della porta d'entrata. Questa disposizione della mobilia faceva percepire la stanza più piccola di quello che era. Fin dal primo momento in cui abbiamo iniziato a parlare, il colloquio ha preso una piega che mi ha colto in contropiede. Dopo averle spiegato a grandi linee gli argomenti della ricerca, come prima cosa la dottoressa mi ha chiesto con un tono deciso: *“Qual è la domanda?”*. Quella domanda che appariva così semplice era in realtà molto complessa. Nonostante fosse un'evenienza che avevo preso in considerazione, percepire me stesso nei panni dell'intervistato mi ha spiazzato. La prima risposta che l'istinto mi ha suggerito di darle è stata una suggestione sull'esistenza di un binomio *“salute-bellezza”*. La risposta della dottoressa è stata categorica: *“No, quest'equivalenza così complessa non sussiste”*. Nella sua visione, la salute corrisponde ai termini indicati dall'OMS³, ovvero non solo uno stato di assenza di malattia ma una visione olistica comprensiva della sfera psicoemotiva e sociale del soggetto. Rispetto a questi criteri di salute la dottoressa definisce l'alimentazione come una medicina: una parte della cura della propria salute, la quale necessita di una scrupolosa attenzione. Attraverso le sue parole: *“l'alimentazione è un atto di amore nei confronti di noi stessi”*. Con questa espressione intende dire che ci deve essere serenità nel rapporto instaurato con il cibo. Alimentarsi deve essere un piacere consapevole: *“Il cibo è piacere ed è importante che sia così, non è solo nutrimento”*. Da questa introduzione generale, attraverso un continuo flusso di parole, la dottoressa sposta il focus sulla sua professione. Come prima cosa mi spiega i concetti basilari sui quali viene definito il concetto di salute secondo i canoni della normalità di peso. L'indice di salute delineato dal BMI (Body Mass Index) si basa su una frazione matematica – peso diviso altezza al quadrato, il quale suddivide la popolazione in quattro grandi gruppi: sottopeso, normopeso, sovrappeso, obesità. Nonostante ciò, questa nozione è incompleta e parziale poiché non tiene conto della composizione corporea del paziente: *“quello di cui siamo fatti”*. A differenza della concezione generale e popolare del BMI, il quale viene interpretato come un'indicazione specifica di peso; nell'ambito professionale della dottoressa esso non è altro che un indicatore generale. Il BMI non è un numero ma è un range che indica l'incidenza di malattia per una determinata condizione corporea. Dalla prospettiva professionale della dottoressa è importante rimarcare questa differenza poiché i corpi e gli obiettivi che entrano nel suo studio sono tanti e molto diversi tra loro. Ma chi sono i pazienti della dottoressa? In qualità di professionista privata, i motivi per cui le persone si rivolgono a lei per una consulenza sono molto variegati ma al contempo specifici: il desiderio di dimagrire sia esso puramente estetico o dovuto ad una condizione di obesità; il trattamento di

³Sito del ministero della Salute;

<https://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali.jsp?area=rapporti&id=1784&lingua=italiano&menu=mondiale#:~:text=Secondo%20la%20Costituzione%20dell'OMS,assenza%20di%20malattie%20o%20infermit%C3%A0%E2%80%9D>.

patologie come reflusso gastroesofageo o colesterolemia; gestione di patologie cliniche come diabete, ipertensione arteriosa ecc.; il desiderio di aumentare di peso dettato da una magrezza fisiologica; attività sportive professionistiche e non. Per quanto riguarda coloro che hanno come obiettivo un percorso dimagrante, la dottoressa Drigo entra più nello specifico: *“Qui arrivano persone che non hanno mai avuto esperienza (di diete) e quindi sono un foglio bianco da scrivere; persone che hanno provato di tutto e di più che vengono da una storia proprio di dieting anche già dall’infanzia e quindi hanno un senso di autoefficacia reso praticamente a zero, quindi con difficoltà che devono ricostruire; persone che hanno fatto diete fai da te diventando super restrittivi e a quel punto subentra che si bloccano ad un tot di peso: tipico esempio arrivano qua che non mangiano più niente e quindi c’è un blocco metabolico e li sono dolori; c’è chi viene da percorsi molto più spinti da diete super restrittive iperproteiche; pasti sostitutivi; diete passate dall’amico; diete dal giornale; diete dall’influencer di turno; c’è un po’ di tutto, le fonti da cui recepiscono l’iniziativa sono molteplici”*. Per la dottoressa è importante rimarcare (lo ha fatto molto spesso nel corso del nostro colloquio), che il nucleo fondamentale della sua attività è dotare le persone della consapevolezza che i canoni salutari del corpo non sono quelli prodotti dai social media. Il meta-obiettivo che sta sopra l’obiettivo personale di ogni paziente seguito dalla dottoressa è un cambiamento, adottare un metodo – delle indicazioni – che diventino proprie e si automatizzino. Lo scopo del percorso dietetico è far uscire il paziente affinché sia in grado di gestire tutte le situazioni che si ritroverà ad affrontare nella quotidianità. Una persona con un indice di massa corporea di sovrappeso che si presenta a colloquio dalla dottoressa con l’obiettivo di calare di peso viene prima di tutto sottoposta ad alcune valutazioni come un’analisi della composizione corporea (l’impedenza⁴ nel caso della dottoressa) che vanno a delineare una *“previsione”* dello stato di salute, la quale deve tenere conto anche della storia di peso della persona. Dopo aver definito questi parametri, in collaborazione con il paziente, viene deciso un obiettivo da raggiungere e attraverso quale percorso perseguirlo. In particolare, la dottoressa sottolinea con molta enfasi come con lei non si parli mai di peso ideale nella declinazione *“per la mia altezza io dove pesare tot”*. La fermezza con cui ha sottolineato questo aspetto risulta molto più chiara quando spiega che, soprattutto alla prima seduta, accade molto spesso che le chiedano: *“quale sarebbe il mio peso ideale?”* *“il mio peso forma?”*. Una dinamica figlia dell’extrapolazione di un termine tecnico come *“peso forma”* e dall’utilizzo decontestualizzato che ne viene fatto nel quotidiano. La narrativa che propone la dottoressa per questo termine tecnico si rifà invece al concetto di *“peso ragionevole”* o *“peso abituale”*, ovvero un peso che una persona ha già raggiunto nella propria vita e

⁴ L’impedenza una grandezza fisica che rappresenta l’opposizione di un circuito al passaggio di una corrente elettrica alternata, o, più in generale, di una corrente variabile. Nella declinazione di bio-impedenza, si riferisce alla determinazione della composizione corporea (massa grassa, massa magra, acqua totale);

<https://www.treccani.it/enciclopedia/impedenza>

che può obiettivamente raggiungere e mantenere in condizioni di salute. Per spiegare ancora più approfonditamente questa dinamica la dottoressa utilizza un esempio più specifico: un paziente che per tutta la sua vita ha pesato 130 kg difficilmente potrà raggiungere gli ideali 80 kg indicati dal BMI sulla base della sua altezza. In questa casistica, anche solo il 10% di peso in meno è considerato un risultato rimarchevole. Una dinamica che la dottoressa Drigo ha potuto osservare molto spesso, vede le persone presentarsi alla prima seduta dichiarando di conoscere le regole riguardo l'alimentazione "corretta" che dovrebbero tenere. Nonostante ciò, si dichiarano incapaci di sottostarci. Le "cattive" abitudini alimentari non hanno origine dall'enorme quantità di informazioni che arrivano da innumerevoli direzioni diverse, specialmente dal Web, ma dalla mancanza di strumenti delle persone per valutare ciò che è giusto e ciò che è sbagliato in termini della salute. Spesso il filtro utilizzato per delineare lo stato di salute si rifà a un canone influenzato da moda, fitness e da quello che viene considerato "attuale". In questi termini, la dottoressa dice: *"come fa una persona a sapere qual è il suo peso ideale?"*. Il peccato originale alla base delle "cattive abitudini alimentari è la mancanza di una cultura di base su quello che dovrebbe essere una buona alimentazione nei termini della salute. Mentre pronuncia queste parole, nascosta nel tono e nell'impostazione sempre professionali della sua parlata, sembra emergere una nota malinconica, come se verbalizzare tale assunto portasse con sé un leggero sconforto. L'alimentazione nella società dei paesi industrializzati dove si può trovare di tutto e di più a tutte le ore ha creato quelli che la dottoressa definisce due filoni rigidi. Il primo di questi filoni è rappresentato dall'aumento di peso e dell'obesità, anche e soprattutto nei bambini e negli adolescenti. Le cause socio-alimentari risiedono per l'appunto nella quantità smodata di cibo sempre disponibile che il più delle volte è cibo industrializzato e di conseguenza privo di ogni apporto nutrizionale; ma anche dalle tendenze della vita familiare, dove spesso i genitori sono poco presenti e per ovviare alla scarsa quantità di tempo ricorrono a cibo già pronto e veloce per il consumo. Inoltre, sullo sfondo vi è la tendenza sempre maggiore alla sedentarietà. Nel merito della pandemia, il lockdown ha contribuito a sedentarizzare le persone, soprattutto i giovani bloccati in casa tra insegnamento a distanza e impossibilità di praticare sport, portando ad una forte impennata dei casi di sovrappeso e obesità. Il secondo filone generato dall'alimentazione dei paesi industrializzati è diametralmente opposto a quello appena espresso. Le persone che curano l'alimentazione in maniera quasi ossessiva, l'ortoressia e la vigoressia – mangiare solo biologico o alimenti di un certo tipo, diventando patologicamente selettivi. Per la dottoressa la salute si trova nel mezzo di questi due filoni opposti. Ciò che avviene durante le sedute tra il paziente e la dottoressa non è un'istruttoria didascalica su cosa e in che quantità mangiare, ma come ha sottolineato più volte la dottoressa Drigo: *"ciò che il paziente fa qui è intraprendere un percorso"*. Si parte da un punto di partenza personale per costruire un percorso modellato appositamente sulla persona, tradurre delle linee guida generali

in ogni personale quotidiano: *“Non sono io che svolgo, io sono semplicemente una guida nelle mani del paziente, uno strumento nelle loro mani. Sono le persone che affrontano questo percorso di cambiamento”*. Il paziente deve imparare cosa significhi mangiare bene, stare in salute ed essere autonomo e indipendente nella gestione di sé stessi, anche e soprattutto rispetto allo stile di vita condotto. Ad esempio: se lavora da turnista; se esce al ristorante; se non esce; se ha o meno una sfera sociale. Vivendo all'interno di un sistema sempre in cambiamento, il quale crea delle dinamiche destabilizzanti, le persone tendono a perdersi lungo il tragitto intrapreso: *“Le difficoltà accadono nella vita, non sempre è lineare, alle volte lo è – in molti casi, alle volte non lo è. Quando ci arrivano degli ostacoli nel nostro percorso alle volte li saltiamo, alle volte inciampiamo, a volte ci sbucciamo, a volte il resto è un po' più lungo perché è sempre importante capire con che cosa arriva quel paziente”*. Per questa ragione non vi è una schematizzazione della vita secondo un piano alimentare prestabilito e inflessibile. Costruire uno stile alimentare (e di vita) flessibile richiede tempo, sia per permettere alle abitudini di consolidarsi sia per la necessità di superare le difficoltà che sorgono nel processo, legate molto spesso a delle dinamiche psicoemotive. Ad ogni nuovo paziente la dottoressa pone stessa domanda: *“come mai siamo qui oggi?”*, mi spiega: *“io ho il bisogno di capire qual è il desiderio con cui [il paziente] arriva qui”*. Nel caso in cui i nuovi pazienti siano giovani ragazze, o più in generale minori, si rende necessario scavare più in profondità del normale poiché spesso sono accompagnate dai genitori e ciò induce una mancanza di coraggio nell'esternare i propri desideri più intimi. Nonostante il più delle volte hanno delle idee molto chiare, si appoggiano sempre più spesso a dei modelli irrealistici e di conseguenza si rende necessario *“cavare”* da loro che cosa vogliono veramente. Arrivare ai desideri più intimi di queste ragazze si rende necessario poiché non facendolo vi è il rischio concreto che in esse si creino delle aspettative, le quali essendo irrealistiche verranno sicuramente disilluse generando un dolore emotivo: *“è importante accogliere il desiderio, il bagaglio con cui arriva qui [il paziente], le sue precedenti esperienze, che cos'è e dove vuole arrivare, e da qui costruire tutto”*. Gli iter attraverso cui un paziente inizia un percorso dietetico dalla dottoressa Drigo sono due. Il paziente le viene inviato da un medico di base; o se il paziente bypassa questo passaggio, è lei a richiedere informazioni al medico di base prima di iniziare. Capita, a volte, che alle sedute si presentino anche persone non pronte per un cambiamento perché spinte ad andare da un genitore, dalla moglie o dal marito o perché il medico ha insistito molto. Per la dottoressa se il desiderio di cambiamento non parte direttamente dalla persona non ci sono i presupposti per avviare un percorso. Alcune volte, racconta: *“è capitato che ci siamo congedati e non abbiamo neanche iniziato”*. Molto spesso il percorso è integrato in una dinamica multidisciplinare formata da una vasta rete di professionisti con cui la dottoressa Drigo collabora, tra gli altri la dottoressa Cella. Se durante le sedute emergono problematiche di vario genere, è premura della dottoressa inviare il paziente ad

uno specialista adeguato. Nel caso di problematiche digestive ad un gastroenterologo oppure per delle problematiche psicoemotive ad uno psichiatra o ad uno psicoterapeuta. Nel caso dei disturbi alimentari, ammette: *“per scelta personale non li tratto, se non in forma borderline”*. Ritiene debbano essere trattati solamente in maniera multidisciplinare. Quando le capita di riscontrare una casistica procede immediatamente ad inviare il/la paziente presso una delle strutture specializzate della zona o presso i professionisti con cui collabora. Oltre a questa spiegazione professionale, sembra nascondersi una reticenza personale, come se sentisse che per lei è un argomento troppo coinvolgente per poterlo trattare in prima persona. Nonostante non li tratti, afferma che: *“capisco assolutamente l’impennata [dei casi dei disturbi alimentari] che ha portato il periodo pandemico”*. Dopo un leggero momento di incertezza dettato da quali parole usare, afferma che è in grado di percepire questo cambiamento perché lei è: *“l’aggancio”*. Con questa espressione intende dire che per una persona (soprattutto un adolescente) è più facile andare a confidarsi da una nutrizionista piuttosto che andare in un centro per i disturbi alimentari. Il suo ruolo è quello di far emergere: *“Io spesso sono un testimone di quello che la persona si dice, che riesce a dirsi per la prima volta in maniera autentica”*. Per la dottoressa non c’è stato un abbassamento dell’età delle persone che si rivolgono a lei per dimagrire. Nonostante ciò, descrive una nuova tendenza in voga nelle giovani ragazze. Succede sempre più spesso che le portino dei modelli corporei che fino a poco tempo fa non portavano: *“Mi mostrano delle foto, “a me piacerebbe essere così!” tac, cose che prima non c’erano. C’era più una costruzione mentale ma derivante, costruita da altri fattori. Arrivano spesso qui con modelli di persone, di influencer, ok? “Io voglio essere così!” questo è arrivato molto di più”*. All’opposto il rapporto con le fotografie personali non è una dinamica che incontra molto di frequente. Non appena emergono dinamiche legate al rapporto con l’immagine corporea si premura di inviare i pazienti a specialisti competenti in materia. Raramente qualcuno le porta fotografie per mostrare un cambiamento a livello visivo, e quando capita sono signore di età avanzata, mai ragazze. Per quanto riguarda le immagini del cibo e la tendenza ad esperire l’alimentazione attraverso l’apparato visivo delle fotografie (ad esempio nei social media), per la dottoressa non sono fenomeni dagli effetti negativi. La sensorialità del cibo è un aspetto importante nell’alimentazione: *“Si può anche gustare con gli occhi. Il mio imprinting si basa anche su questo, uso la consapevolezza, la sensorialità, il qui e ora, usando nuovamente il termine fenomenologico che ha usato. Il “sto qui e ora”, in questo momento c’è questo, anche la mia sazietà”*. L’attitudine professionale con cui la dottoressa ha risposto per tutto il tempo si scioglie leggermente quando, al termine del colloquio, le chiedo cosa l’ha spinta ad intraprendere la sua attuale attività di dietista. Poiché non si aspettava questa domanda, prima di rispondere si è presa una breve pausa per riflettere. Sul suo volto, nascosto dalla mascherina, è sembrato comparire un sorriso quasi imbarazzato, scolpito dallo scorrere dei ricordi che in quei secondi le stavano riempiendo i pensieri.

Mi racconta che sin da piccola ha avuto una propensione per aiutare l'altro. Durante la sua infanzia era abituata a giocare a fare il medico in ospedale, aiutare l'altro è stato un imprinting che ha sempre avuto. Quando ha dovuto scegliere l'università questa sua attitudine l'ha portata a scegliere medicina escludendo altre macroaree come ingegneria o economia. Dopo aver provato diverse facoltà nell'ambito della medicina, soprattutto chirurgia, ha avuto la possibilità di poter cambiare l'oggetto dei suoi studi e in quel frangente la fascinazione per l'alimentazione ha giocato un ruolo fondamentale nel portarla dove si trova ora. Racconta che fin da piccola è cresciuta con una precisa idea di alimentazione. La sua famiglia ha avuto sempre buone abitudini alimentari e la possibilità di tenere un orto coltivato l'ha educata ad un'idea di cibo buono. Inoltre, per lei i pasti sono stati sempre un momento d'incontro piacevole. Dopo essersi laureata non aveva ancora un'idea chiara su cosa fare. La possibilità di esercitare la professione di dietista privata è stata una coincidenza quasi fortuita e sicuramente non intenzionale, proposta da una sua ex-compagna universitaria. Una volta addentratasi nel mondo della dietetica ha capito che se non era stata lei a scegliersi la strada più adatta, era stata la strada giusta ad incrociare il suo cammino. Infine, racconta di come il percorso di specializzazione da counselor nutrizionale sia stato molto importante nella sua vita sia professionale che personale – un percorso che l'ha cambiata nel profondo. Con un tono emotivo e di orgoglio nella sua voce dice: *“Sono cresciuta anch'io come professionista e come persona, questo sì. Si impara sempre, calibrando, in continuo cambiamento. Ho imparato anch'io dai miei pazienti”*.

2. I Disturbi del Comportamento Alimentare

Il sito del Ministero della Salute italiano definisce i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (o Disturbi del Comportamento Alimentare⁵): *“patologie complesse caratterizzate da un disfunzionale comportamento alimentare, un'eccessiva preoccupazione per il peso con alterata percezione dell'immagine corporea”*.⁶ I dati relativi all'incidenza di tali disturbi in Italia mostrano un aumento costante dei casi; per quanto riguarda l'anoressia si rilevano 8 nuovi casi per 100.000 persone ogni anno, mentre per la bulimia sono 12 i nuovi casi annui per ogni 100.000 persone⁷. La maggioranza dei casi hanno origine nel periodo adolescenziale. Secondo le categorie diagnostiche del DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases) le pratiche individuate facenti parte di questi disturbi sono:

- Pica (l'ingestione continua di sostanze non nutritive);
- Disturbo di ruminazione;
- Disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo;
- Anoressia nervosa;
- Bulimia nervosa;
- Disturbo da alimentazione incontrollata;
- Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con specificazione;
- Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione.

Tra di esse l'anoressia e la bulimia sono le due principali e più pericolose patologie (l'anoressia è considerata la patologia della salute mentale più letale con un tasso di mortalità 5-10 volte superiore rispetto a persone in salute della stessa età e genere⁸). Sono considerate un problema principalmente femminile, dato che il 95,9% delle persone colpite è composto da donne⁹. L'anoressia nervosa è caratterizzata dalla fanatica ricerca di un corpo magro che viene identificato come l'unica possibilità

⁵ Da qui in avanti: DCA.

⁶ Sito web del Ministero della salute;

<https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?area=Salute%20donna&id=4470&menu=patologie>

⁷ Sito web del ministero della Salute;

<https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4470&area=indennizzo&menu=patologie&tab=1>

⁸ Sito web del Ministero della Salute;

<https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?area=Salute%20donna&id=4470&menu=patologie>

⁹ Bisagni e Facci, 2020, pp.16

di sentirsi realizzata. Essa si suddivide in due forme principali: con restrizioni; con abbuffate/condotte di alimentazione (Bisagni e Facci 2020). La prima forma di tipo restrittivo, si caratterizza per diete ipocaloriche o digiuno; la seconda è caratterizzata da abbuffate seguite da metodi di compenso come induzione del vomito o esercizio fisico ossessivo. La bulimia nelle sue pratiche ricorda l'anoressia con abbuffate/condotte di alimentazione, ma esse si differenziano nella definizione assunta dal termine “abbuffata” – che nell'ambito dell'anoressia risulta molto soggettivo in contrasto con l'oggettiva grande quantità di cibo che assume un soggetto bulimico. Nella bulimia, alimentazione e pratiche di compensazione vanno a costituire un'alternanza ciclica perpetua la cui origine è attribuita a episodi di tipo dissociativo caratterizzati dall'ossessiva attenzione ai contorni del proprio corpo (Bisagni e Facci 2020). Uno studio di Cuzzocrea, Costa, Larcan e Toffle del 2015 ha confermato alcuni risultati prodotti da precedenti indagini che conferiscono all'ansia un ruolo centrale nell'insorgenza di patologie legate ai disturbi dell'alimentazione. In molti dei casi esaminati le prime manifestazioni di DCA hanno riguardato episodi di binge-eating, ovvero assunzione di una grande quantità di cibo causati dalla perdita di controllo e dall'angoscia ma che a differenza della bulimia non sono seguiti da comportamenti compensatori (Cuzzocrea, Costa, Larcan, Toffle 2015). Ad oggi i modelli cruciali nella diagnosi di un DCA sono tre: la diagnosi psichiatrica; la diagnosi psicodinamica; l'approccio alla valutazione psicologico clinico sulla base di domande al paziente. La diagnosi psichiatrica si rifà a criteri diagnostici come: il rifiuto a mantenere il peso corporeo ad un livello ottimale; intensa paura di aumentare di peso; alterazione nel modo in cui il soggetto vive il peso e la forma corporea; l'amenorrea. L'approccio psicodinamico si concentra sul conflitto nel corpo, nella relazione tra la psicologia dell'Io e il mondo delle relazioni oggettuali, e non nelle funzioni alimentari. L'approccio alla valutazione psicologico clinico sulla base di domande al paziente si basa sull' “agire emozionale” che si genera nel rapporto tra il paziente e lo psicologo, il quale consiste in uno spazio di riflessione ed elaborazione in un “qui e ora” di ciò che è stato un “là e allora” (Margherita 2022). Parlare di anoressia, bulimia o di DCA più in generale comporta il rischio di omogenizzare tutte le esperienze di malattia e di eliminare la specificità di ogni soggetto. Per questo motivo Recalcati scrive che l'anoressia è sempre un discorso al plurale, ogni esperienza è unica ed è solo con l'unione di tutte le esperienze che si compone la macro-unità “Anoressia” (Zurolo 2022). I disturbi alimentari sono un fenomeno complesso e possono essere osservati da prospettive disciplinari diverse, che restituiscono una comprensione articolata dello stesso. Per comprendere a trecentosessanta gradi cosa si intende per “disturbi alimentari” è necessario ripercorrere tutte le tappe teoretiche e medico-scientifiche che si sono succedute a partire dalla fine del diciassettesimo secolo, dal primo trattato di Morton fino alle tre principali prospettive attraverso cui i DCA sono studiati,

osservati, compresi ed interpretati oggi: la visione psicodinamica; la visione culturale/femminista; e la visione fenomenologica.

Una storia dei disturbi alimentari

L'origine anoressica nelle ascete medioevali?

Prima di ripercorrere la discussione psicanalitica dei disturbi alimentari, in questo paragrafo verranno esposte alcune interpretazioni di fine Ventesimo secolo in cui l'origine dell'anoressia viene fatta risalire alle pratiche medioevali europee di ascetismo monacale (Eli e Lavis 2018), con la quale il desiderio e la carnalità venivano “estirpati” dalla relazione tra l'Sé e il Corpo (Fuchs 2021). Nel 1987 Rudolph M. Bell pubblica il suo lavoro “Santa Anoressia” in cui presenta un quadro storiografico della tradizione agiografica riportando gli esempi di alcune figure monacali come Caterina da Siena, Chiara d'Assisi e Margherita da Cortona, le quali stando alle fonti intrapresero abitudini alimentari restrittive come asse portante del loro percorso ascetico. A queste pratiche Bell attribuisce una natura anoressica moderna attraverso i paradigmi interpretativi a lui contemporanei. Per Bell l'atto del digiuno è sempre lo stesso ma declinato verso due obiettivi diversi: per l'asceta la dimensione spirituale mentre per l'adolescente moderna il fine estetico (Margherita 2022; Zurolo 2022). Le problematiche sottointese da questa prospettiva sono legate a un anacronismo storico, perpetrato attraverso l'attribuzione di categorie diagnostiche moderne per rileggere i fatti passati. Benché i sintomi possano essere simili, nello specifico della visione di Bell manca il significato di tali pratiche: il modo sottile in cui la pratica ascetica femminile diventa occasione di sfida per l'ambiente religioso dominato da figure maschili (Margherita 2022; Zurolo 2022). Una visione più dinamica è quella proposta da Bemporad che individua pratiche di restrizione alimentare già nella prima epoca del cristianesimo preromano, ma a differenza di Bell sottolinea come i disturbi alimentari hanno assunto diverse concezioni e interpretazioni rispetto ai contesti socioculturali in cui si sono verificati e di conseguenza non vi è una sovrapposizione con le categorie diagnostiche contemporanee. Nel 1988 Jacobs Brumberg pubblica “Fasting girls. The history of anorexia nervosa”. Rispetto ai due studi sopracitati la storiografia sulle casistiche si rifà a casi documentati accuratamente e “clinicamente”, di conseguenza nonostante l'anorexia mirabilis¹⁰ (o inedia prodigiosa) e l'anoressia nervosa vengano sovrapposte, alla base vi è una documentazione ed una comprensione del fenomeno molto più ampia. Ad esempio, sia per Bell che per Bemporad la somiglianza alla patologia anoressica moderna è data

¹⁰ Denominazione scientifica dei fenomeni del Medioevo europeo riconducibili ai sintomi dell'anoressia.

quasi esclusivamente dall'atto del digiuno, aspetto che non tiene in considerazione che l'alterazione delle pratiche alimentari non è causata solamente dai disturbi (Zurolo 2022). Dal lavoro di Brumberg emerge come il rapporto tra pratiche di digiuno e religione fosse in realtà molto più complesso e sfaccettato: ci sono casi documentati in una prima fase medioevale di episodi di sopravvivenza alla cessazione dell'atto alimentare a cui venne attribuito il carattere di miracolo. Ad esempio, i racconti delle “fanciulle miracolose”¹¹ destavano un notevole stupore tra la gente comune e i medici dell'epoca; mentre nel periodo della controriforma ad emergere come origine di tali episodi era l'avvento di una possessione demonica. In *From fasting saints to anorexic girls* (1994), Vandereycken e Van Deth presentano una copiosa documentazione su come il cambiamento dello status quo istituzionale nel cristianesimo condizionò in modo diretto l'interpretazione del fenomeno. Agli inizi del periodo moderno il carattere “sopranaturale” di questi episodi iniziò ad essere messo in discussione e le donne che adottavano queste pratiche accusate di inganni e manipolazione. Tra i casi più famosi vi è quello di Sarah Jacob – la “digiunatrice del Galles”, la quale nel 1869 morì di stenti in pochi giorni per dare credito alla natura miracolosa dell'astinenza alimentare che andava professando. L'autopsia effettuata sul suo corpo ha rivelato che prima di sottoporsi ad una rigida prova medica per verificare le sue affermazioni aveva assunto del cibo, smascherando di fatto la veridicità delle sue proclamazioni. È stato necessario un lungo processo di secolarizzazione e di professionalizzazione medica (soprattutto a partire dall'epoca vittoriana) perché questi fenomeni potessero essere interpretati attraverso un nucleo teorico che mettesse in relazione i caratteri diagnostici dei vari episodi anoressici, fossero essi sacri o profani (Zurolo 2022). Più recentemente un'analogia tra il carattere divino/ascetico del digiuno e la concezione moderna di anoressia è stata proposta da Bisagni e Facci (2020) con una prospettiva invertita: l'anoressica moderna assomiglia e si ispira alle figure ascetico-monacali del medioevo. Per Bisagni e Facci, chi soffre di anoressia ritiene di essere parte di una élite che è in grado di sopprimere un bisogno fondamentale come quello di alimentarsi, nella stessa misura in cui la monaca/asceta aspirava ad una dimensione spirituale superiore rispetto agli altri (Eli e Lavis 2018).

Anoressia nervosa: l'interpretazione isterica

Le prime basi di un approccio medico si hanno nel 1689 quando il medico inglese Richard Morton pubblica il trattato “Phthisiologia: or a treatise of consumption” nel quale tratta il caso di una giovane donna che presentava una problematica alimentare di consunzione nervosa (Margherita 2022; Zurolo

¹¹ Il termine “fanciulle miracolose” si riferisce a dei racconti di digiuni miracolosi condotti da ragazze in età puberale, le quali asserivano di non assumere nessun tipo di nutrimento; Zurolo, 2022, pp.47.

2022). Nella disamina del caso, Morton attribuisce “ufficialmente” alla restrizione alimentare un’origine psicogena, sottolineando la “natura nervosa” della patologia della sua paziente. Nel corso del diciannovesimo secolo compaiono solo pochi testi focalizzati sulle dinamiche anoressiche, e solo una minima parte di essi ha avuto una riscontrabile rilevanza. Tra i lavori significativi di quel periodo vi è quello di Victor Macré, psichiatra francese autore del trattato sulle psicosi puerperali, che nel 1860 descrive il caso di due ragazze affette da un delirio ipocondriaco in cui si osserva un rigido comportamento del rifiuto del cibo. Macré pone un focus particolare sulla dimensione del rifiuto alimentare come disturbo psichico, sottolineando come la dimensione interessata non sia quella dell’apparato gastrico ma una grave alterazione mentale, una prospettiva significativa se contestualizzata in quel periodo storico (Zurolo 2022). I successivi lavori di Gull e Lasègue rappresentano un punto di svolta. Benché condussero studi separati arrivarono entrambi a conclusioni simili nello stesso periodo, innescando anche un’accesa rivalità nella rivendicazione della paternità dei concetti teorici. Nel 1868, durante una riunione della British Medical Association, Gull descrive per la prima volta una condizione morbosa dell’anoressia che chiama “apepsia isterica”. Nel suo seguente lavoro (*Anorexia Nervosa* 1874), Gull presenta ipotesi diagnostiche basate su una disamina clinica in cui il rifiuto del cibo viene fatto risalire ad un’alterazione delle funzioni psichiche che affligge le giovani donne. Anche secondo la concezione di Lasègue le problematiche non nascono dalle zone gastriche ma sono frutto di un malessere non collocabile. Ne “*De l’anorexie hystérique*” (1873) l’autore propone un collegamento tra la sfera anoressica e il fenomeno isterico, diviso in tre fasi. Nella prima fase l’attenzione dell’anoressica è rivolta totalmente verso il cibo, portando gradualmente al consolidamento del rifiuto di nutrirsi; quando l’astensione dal cibo viene routinizzata subentra la seconda fase della malattia in cui l’ammalata inizia a provare sensazioni ripugnanti verso l’idea dell’atto alimentare stesso; l’ultima fase è caratterizzata dagli scompensi fisiologici del corpo come interruzione del ciclo mestruale, tachicardia o patologie di uno o più organi. Nella definizione di ciò che era l’anoressia verso la fine del diciannovesimo secolo è fondamentale sottolineare come gli aggettivi che seguivano la definizione – nervosa, isterica o mentale – non presentavano confini definiti e l’uno poteva sovrapporsi facilmente all’altro. È solo con Gilles de la Tourette che una divisione tra tipologie diverse di anoressia si impone. De la Tourette distingueva infatti tra anoressia primitiva (anoressia isterica) e anoressia secondaria (anoressia gastrica). Successivamente, Freud e Breuer analizzarono la dimensione isterica dell’anoressia attraverso un ampio numero di casi clinici arrivando alla conclusione che l’anoressia ricorre spesso come manifestazione idiopatica¹². La dimensione isterica che ricorre maggiormente è quella del disgusto associato al fatto traumatico, che

¹² L’idiopatia indica una malattia primitiva, ovvero a sé stante e non conseguente ad altro processo morboso; <https://www.treccani.it/vocabolario/idiopatia/>

essendo individuato nell'atto alimentare ne determina l'astinenza. Solo più tardi Freud arriverà a collegare la dimensione anoressica alla modalità melanconica del rifiuto della vita, un cambiamento di prospettiva fortemente condizionato dagli studi di Abraham sull'primissimo stadio evolutivo pregenitale della libido. Per la prima volta Abraham mette in relazione e non in opposizione la nevrosi ossessiva e la psicosi melanconica individuando nel rifiuto del cibo un'attitudine protettiva verso impulsi cannibaleschi inaccettabili. Il lavoro di Abraham è estremamente importante perché oltre alla riflessione sull'anoressia presenta una delle prime significative analisi della bulimia, associata ai fenomeni di tossicodipendenza. Questo stesso collegamento sarà poi ripreso da Fenichel verso la metà degli anni Quaranta. Il fulcro del pensiero di Fenichel è la dinamica psichica in cui si esprime la necessità per determinati oggetti, indice di una bramosia patologica generata come risposta difensiva ad uno stadio di vuoto e sofferenza molto profondo. Da una prospettiva psicosomatica l'anoressia è messa in diretta relazione con l'isteria poiché entrambe si collegano ad un orizzonte melanconico simile, essendo simbolicamente legate in quanto rappresentano angosce e dilemmi dell'identità femminile nella società (Margherita 2022).

Dal sessuale al Sé: gli studi rivoluzionari di Hilde Bruch e Mara Selvini Palazzoli

Dagli inizi degli anni Quaranta del Novecento Hilde Bruch avvia un lavoro rivoluzionario che cambierà le basi concettuali dell'anoressia. Attraverso la trattazione di numerosi casi di ragazze che soffrivano del disturbo, Bruch individua il Sé come fulcro concettuale della malattia (Zurolo 2022). Secondo la Bruch, attraverso la malattia, l'anoressica riequilibra lo "squilibrio di potere" che ha segnato la sua esistenza in quanto incapace di rispondere alle pressioni e alle speranze dell'ambiente circostante, come ad esempio le aspettative dei familiari circa il suo futuro. Bruch ricollega l'origine dell'anoressia a un disconoscimento dei bisogni del corpo come fame e sete in concomitanza ad un disturbo secondario riferito alla percezione dell'immagine corporea. Nella commistione di queste due problematiche, il soggetto non riesce più a produrre una distinzione tra mondo-interno e mondo-esterno che porta ad "un'epidemia del corpo come oggetto superiore" (Margherita 2022). In questa dinamica il corpo reale non viene azzerato ma viene respinto e imbrigliato attraverso il rapporto con il cibo, stabilendo quello che Margherita chiama un "rapporto feticistico" con il corpo. Senza esserne consapevole, quasi in contemporanea, anche Selvini Palazzoli elabora una concezione dell'anoressia che ha molti punti in comune con i lavori della Bruch. Per Selvini Palazzoli il cibo non corrisponde all'estinzione del desiderio ma è un potente meccanismo di contrasto della funzione desiderante (o

pensiero desiderante)¹³, ovvero il meccanismo che permette di immaginare in anticipo, prefigurare le sensazioni percettivo-motorie che accompagnano un atto in qualche modo piacevole. Come nella visione della Bruch, è il Sé il punto focale dell'anoressia, il rigetto della sessualità è un disturbo secondario subordinato al conflitto ingaggiato dall'anoressica con il “corpo-cosa” che porta al rigetto del corpo stesso. Il rifiuto del corpo non si traduce nella ricerca della morte, ma l’obiettivo ultimo è dare concretezza ad un ideale di corpo che è il più distante possibile da quello biologico. Selvini Palazzoli individua il periodo puberale come generatore della sintomatologia anoressica, quando i sintomi prendono il sopravvento sul soggetto, i vissuti traumatici di impotenza e mancanza di autonomia decisionale vengono ritualizzati. Nel proseguo dei suoi studi, Mara Selvini Palazzoli concentrerà la sua attenzione sulle pratiche terapeutiche, allargando la prospettiva della malattia ad una dimensione plurale che riserva alla famiglia un ruolo centrale – tanto nell’insorgenza che nel trattamento della patologia.

La prospettiva psicodinamica e il DSM-V

Per Lacan il fenomeno anoressico è una risposta al trauma dello svezzamento: attraverso pratiche di interruzione alimentare l'anoressica cerca di far scomparire il proprio corpo, abbandonandosi a quella che Lacan chiama “una forma di suicidio non violento”: “Mangiare niente” non è una negazione dell’atto ma è un atto alimentare che consuma qualcosa di simbolico (il proprio corpo) per perseguire l’obiettivo di ripristinare l’unità fusionale con l’Imago materna (Zurolo 2022). In tempi più recenti, le teorizzazioni lacaniane sono state riprese sia da Recalcati (2000) che da Cosenza (2008), portando allo sviluppo di nuove prospettive teoriche. Per Recalcati, nell’anoressia il rapporto tra il corpo e l’altro si sviluppa in due differenti declinazioni: una psicotica (narcisistica), dove il corpo è desiderato e l’anoressica si impegna in tutti i modi a sottrarlo all’altro; una nevrotica, dove il rifiuto del cibo è interpretato come una richiesta all’altro di attenzione e amore. Sempre su questa base concettuale Recalcati vede una continuità tra il fenomeno anoressico e quello bulimico: l’anoressia risponderebbe alla domanda nevrotica mentre la bulimia sarebbe un divoramento-svuotamento dell’oggetto-cibo. Per Cosenza invece, l’atto del rifiuto – in qualunque sua declinazione – è una pratica di affermazione del soggetto che porta inscritta in essa molteplici significati: una domanda d’amore rivolta all’altro, un tentativo di svincolo da un legame, la realizzazione di un godimento o la difesa del godimento stesso. Nel 1965 a Göttingen, in Germania, si è tenuto un Simposio cruciale per la comprensione psicodinamica dell’anoressia, riconosciuta come l’incapacità di assumere un ruolo

¹³ Sito web “State of mind”; <https://www.stateofmind.it/2012/07/pensiero-desiderante-2/>.

sessuale genitale nelle trasformazioni indotte dalla pubertà: il conflitto è nel corpo e non nell'apparato digerente (Margherita 2022). I principi psicodinamici oggi accettati individuano la necessità di approcciare i DCA attraverso una diagnosi strutturale della personalità che metta in secondo piano la nosologia per dare più spazio ad una visione indirizzata maggiormente verso il territorio psicologico. Il fulcro analitico di questa prospettiva sono i processi inconsci che vanno ad intaccare il livello evolutivo del funzionamento psichico nell'organizzazione delle funzioni nel corso dello sviluppo. L'associazione tra anoressia e adolescenza porta spesso a delineare la patologia come un rifiuto del corpo sessuato adulto la cui origine risiede in un conflitto irrisolto con la figura della madre, rispetto alla quale la differenziazione è impossibile. Una delle maggiori differenze con la diagnostica psichiatrica è rappresentata dalla dimensione strutturale della patologia. La psichiatria delimita ogni patologia entro dei confini propri mentre la psicodinamica si avvicina ad ogni disturbo a partire dalla sua fenomenologia. Sulla base degli studi lacaniani dell'anoressia come "assenza di domanda", Recalcati ha sviluppato una concezione della patologia come manifestazione del rifiuto, sia esso il cibo, il corpo, la sessualità, il legame sociale. I disturbi alimentari non risiedono in una struttura di personalità nevrotica ma nel soggetto e nel suo rapporto con l'altro (Margherita 2022; Zurolo 2022). L'analisi psichiatrica deve essere sempre in ridefinizione tenendo in considerazione che corpo, mente, cultura non sono elementi statici ma in continuo mutamento (Margherita 2022). Secondo la visione psichiatrica il disturbo alimentare si caratterizza per: rifiuto a mantenere il peso corporeo a un livello minimo ottimale; grande paura di aumentare il proprio peso; alterazione della percezione del soggetto circa peso, forma del corpo e fisiologia. Nel 1952 l'American Psychiatric Association concepisce il Dignostic and Statistical Manual of Mental Diseasaes. La terza edizione, pubblicata negli anni Ottanta definisce i criteri di un disturbo alimentare in: l'intensa paura a diventare grassi, che non diminuisce nemmeno nel caso il paziente sia emaciato; i disturbi dell'immagine corporea; la significativa perdita ponderale di almeno il 25% del peso originale; il rifiuto di mantenere il peso corporeo al minimo normale rispetto all'età e alla statura; l'amenorrea¹⁴. La quinta edizione, in uso oggi, è una nosografia descrittiva basata sulle informazioni che i professionisti medici sono in grado di osservare visivamente e concretamente. Nelle categorie diagnostiche attualmente presenti nel DSM-V non vi sono sezioni dedicate alla compresenza di anoressia e bulimia. Per sopperire a questa limitazione, gli studi redatti dalla Research Agenda for DSM-V suggeriscono, per le future edizioni del manuale, un ampliamento delle prospettive diagnostiche che tenga in considerazione concetti clinici come comorbidità o spettro patologico (Margherita 2022). L'obbiettivo è fornire linee guida più efficaci sia ai professionisti del settore sia ai soggetti che soffrono di un disturbo alimentare.

¹⁴Sito web "Nel futuro"; <https://www.nelfuturo.com/criteri-diagnostici-anoressia-mentale>

Teoria di genere e prospettiva culturale/femminista

Nonostante patologizzare le persone “malate” sia una tendenza del nostro modello medico individualista, la diffusione dei DCA va compresa in una riflessione sul contesto socioculturale dove il valore delle donne è misurato dalla loro apparenza e dove gli standard di apparenza sono spesso insostenibili (McBride e Kwee 2019). Le strutture di potere e i privilegi che danno forma ai costrutti di genere occidentali hanno portato all’oggettivizzazione e sessualizzazione dei corpi femminili, comunicando alle donne che il loro valore è determinato da un’apparenza così oppressiva e diffusa che alcune donne usano i DCA come strumento di protezione – per sé stesse – da potenziali minacce sociali ricollegate alla non-attrattività (McBride e Kwee 2019). Nel 1978 Susie Orbach pubblica il testo “Fat is a feminist issue” nel quale concettualizza una visione femminista/culturale che suggerisce come i DCA rappresentino un rigetto del modello femminile passivo, un tentativo “naturale” delle donne di auto-regolarsi attraverso il cibo. L’estrema magrezza e l’assenza di curve vengono interpretati come il rifiuto della femminilità stessa; al contempo la magrezza diventa parodia della femminilità rifiutata poiché incarna la fragilità della donna nella sua essenza più pura (Zurolo 2022). Per McBride, l’essere donna in una società patriarcale e maschilista costituisce di per sé un evento traumatico. In questi termini la sofferenza causata dal disturbo alimentare sarebbe una modalità attraverso cui rievocare quel trauma, come se l’individuo continuasse a punirsi o farsi del male per esternare ciò che gli abusi subiti in quanto donna gli hanno fatto provare. Paradossalmente, questo processo andrebbe a rinforzare il trauma stesso che una donna/ragazza porta dentro di sé, portando ad una narrativa di auto-annullamento: “la vita è troppo dura, sarebbe più facile scomparire in modo che non ci sia più dolore” (McBride e Kwee 2019). Il modello socioculturale conosciuto come il modello Tripartito (Hardit e Hannum 2012) è utilizzato per spiegare il processo attraverso cui gli individui internalizzano gli ideali sociali di bellezza: il desiderio di magrezza interiorizzato da un individuo risulta dal rafforzamento sociale delle pressioni culturali generate dalla famiglia, dai coetanei e dalla società. L’influenza di cultura, media e coetanei mette pressione sull’immagine corporea degli adolescenti e sulle abitudini alimentari che hanno impatto sulla salute e sullo sviluppo (Maezono e altri 2016). Per le donne, abitare i loro corpi in un contesto socioculturale che le spinge a dissociarsi da essi è un atto politico di resistenza, come a dire: “mi stai chiedendo di restringermi, di essere silenziosa, invisibile, ma io mi rifiuto” (McBride e Kwee 2019). La Teoria dello sviluppo dell’incorporazione (Developmental Theory of Embodiment o DTE) è una teoria femminista che ha come base concettuale il presupposto che il genere costituisce un fattore di rischio nello sviluppo dei disturbi alimentari. Sono tre le direttrici attraverso cui esso si sviluppa: la violazione del senso di proprietà del proprio corpo; l’internalizzazione di etichette sociali costringenti; rimozione di potere

sociale attraverso l'esposizione a trattamenti pregiudiziali. Da questa prospettiva l'anoressia assume la forma di un corsetto sociale i cui lacci sono stretti dall'ideale di donna prodotto dal sistema patriarcale occidentale (Hall e Jacobson 2019). Secondo l'interpretazione femminista/culturale non ci si ammala di DCA, essi sono la manifestazione dell'incorporazione dei valori della società ad un livello di "purezza" così estremo che il soggetto è portato a voler occupare il minor spazio, fisico e sociale, possibile. Il corpo di chi è affetto da un DCA è la materializzazione delle pratiche di consumo della società moderna postindustriale, ovvero il desiderio di una quantità sempre maggiore di beni, servizi e qualità. Secondo quest'interpretazione il desiderio di "avere di più" è positivo solo se perseguito dalle categorie sociali predominanti. Quando questo desiderio (nel caso dei DCA di attenzione o controllo) viene espresso dalle categorie non-predominanti come non-caucasici, di classe inferiore o donne, esso viene interpretato come eccessivo, inadeguato o patologico (Lester 2019).

I disturbi alimentari come disturbo etnico

Alcune ricerche epidemiologiche hanno dimostrato come dagli anni Settanta i DCA si siano sviluppati quasi esclusivamente in contesti del Nord globale come Stati Uniti, Europa centrale e Australia; luoghi economicamente ricchi e con abbondanza di cibo (Bisagni e Facci 2020). Questa caratteristica può far rientrare i DCA nella definizione di "disturbo etnico", *"una forma di patologia che giunge ad esprimere le contraddizioni sociali e le angosce di una società"* (Ferrari). Nonostante i soggetti più colpiti rimangono le donne "occidentali", nelle quali l'insoddisfazione corporea e il desiderio di magrezza sono particolarmente diffusi, recenti studi hanno dimostrato che quando soggetti provenienti da un differente contesto socioculturale si trovano a vivere all'interno di quello occidentale presentano più possibilità di sviluppare un DCA (Salvo 2018). L'immagine corporea e il rapporto che il soggetto ha con essa costituisce la base dei Disturbi del Comportamento Alimentare. Ad esempio, le donne afroamericane sono state considerate per molto tempo "immuni" ai DCA in virtù della protezione garantita da un sistema culturale differente e un supposto apprezzamento generale per l'abbondanza del corpo piuttosto che la sua riduzione (Bordo 2003).

I disturbi alimentari secondo la visione fenomenologica

Le concezioni teoriche dell'embodiment

“L’incorporazione è la condizione esistenziale dell’uomo: stare al mondo abitandolo con il proprio corpo e abituandosi ad esso” scrive Giovanni Pizza (2019). In un individuo il rapporto tra Soma e Sema, *Körper* e *Lieb*, corpo vissuto e corpo relazionale – si forma mediante l’esperienza del mondo e l’elaborazione personale della stessa. Il concetto di Embodiment ha la sua origine nella filosofia esistenziale di Heidegger ed è stato successivamente indagato ed ampliato da altri filosofi come Merleau-Ponty e Sartre. Heidegger postula una visione dell’esistenza attiva nel mondo fondamentalmente incorporante e incorporata. Tra il corpo che costituisce il “Sé come qualcosa nel mondo” e il “Sé che costruisce il corpo come un agente” c’è una relazione diretta. Merleau-Ponty riprende questa nozione e concepisce l’essere umano come un essere la cui esperienza e conoscenza del mondo sono intrinsecamente incorporati, è il corpo la modalità più essenziale dell’esistenza nel mondo. In questo dibattito filosofico Sartre ha successivamente introdotto la distinzione tra corpo vissuto o corporeità vissuta (*Lieb*) e il corpo fisico (*Körper*). Il corpo vissuto si riferisce all’esperienza del corpo vissuta in prima persona mentre il corpo fisico si rifà al corpo osservato tematicamente o scrutato dall’esterno da una prospettiva in terza persona. Foucault ha espanso la discussione sull’esistenza incorporata affermando che il corpo e la corporeità sono il fulcro delle assi dell’identità umana, riconoscendo criticamente il ruolo degli aspetti sociopolitici nel definire la corporeità come la controparte sociale potenzialmente opprimente dell’esperienza interiore del corpo. (Launeau e Kwee 2019; Stanghellini, Mancini, Castellini e Ricca 2019).

Processi incorporativi nei disturbi alimentari

La sofferenza fisica o emotiva è in grado di compromettere l’autoregolazione dei processi incorporativi di creazione dell’identità (Seligman 2010): chi soffre di anoressia tenta di negarsi in tutti i modi possibili, identificando il corpo come un ostacolo alla vera essenza del Sé. La sola idea di “essere un corpo” è inconcepibile e viene rigettata (Fuchs 2021). Le persone con DCA hanno difficoltà ad esperire il concetto “Io sono un corpo” e compensano questa mancanza distanziando i loro corpi fisici attraverso un eccessivo focus sulla concezione “Io ho un corpo”, dove il corpo diventa l’oggetto di esercitazioni senza pietà, digiuno auto imposto e altri progetti indirizzati a rendere il corpo invisibile (Launeau e Kwee 2019). Più è grave il disturbo alimentare più profondi sono l’intorpidimento emotivo e l’incapacità di esperire e identificare le emozioni. Disconnettersi dal corpo

porta significative perdite rispetto l’emotività e questo fardello non solo disconnette la persona dal suo corpo ma nel farlo recide la capacità relazionale che è costitutiva per il corpo stesso. (Launeau e Kwee 2019; Stanghellini, Mancini, Castellini e Ricca 2019). Secondo Eli e Lavis (2018), il disturbo alimentare priva il soggetto di *relazionalità*, ovvero la capacità di comprendere la reciprocità dei rapporti tra le persone regolati da atti di genere quotidiani come mangiare, convivere e instaurare uno scambio emotivo. In *Famished* (2019), Rebecca J. Lester propone il concetto di “*technology of presence*”, un insieme di pratiche corporee, affettive, psicologiche, cognitive e interpersonali che agendo in sinergia producono due forme distinte di esistenza: una immediata e connessa con il mondo che restituisce un senso soggettivo di “esistere”; una che è resa percettibile e intellegibile all’altro solo mediante un senso relazionale di “esistenza”. Secondo Lester, i DCA sono “*technology of presence*” nei termini in cui:

“Diventano un modo per gli individui di modulare il grado, l’intensità e i contorni della loro presenza nel mondo, sia nei termini di sentirsi lì in quel momento sia nei termini di come appaiono (fisicamente o in altri modi) agli altri.” (Lester 2019: 65)

L’età d’esordio dei DCA è solitamente compresa tra i 15 e i 19 anni, periodo fondamentale in cui si manifestano i primi conflitti tra il Sé e il Corpo (Fuchs 2021). A questa età la costruzione dell’identità passa in gran parte attraverso il giudizio altrui (Salvo 2018). Alcune ricerche hanno dimostrato come tutte le fasi di cambiamento fisico e sociale possono rappresentare un terreno fertile per l’insorgenza di un DCA, specialmente in corrispondenza a fasi liminali come: il post-parto, la menopausa, per via della realizzazione che il corpo si allontana dall’idea di giovinezza, magrezza e sensualità. In questi momenti possono essere intraprese pratiche di controllo dell’apparenza con lo scopo di mantenere l’idea di corpo abituale (McBride e Kwee 2019).

Lo sguardo dell’Altro come dispositivo di costruzione identitaria

Essere osservati da uno sguardo altrui stimola una tensione identitaria che porta a mettere in discussione il mondo osservato dal soggetto, il quale finisce per dare più importanza all’aspetto esterno arrivando al punto di sovrapporre “l’identità osservata” con “l’identità reale” (McBride e Kwee 2019). Ad un livello d’analisi più profondo essere osservati induce una “negazione delle possibilità”, un disequilibrio tra Io-sono e Io-posso essere. Nello specifico delle dinamiche dei disturbi alimentari, il giudizio altrui è considerato molto più importante del proprio, questo modo di percepire il corpo rafforza la concezione del corpo-oggetto che l’individuo sviluppa nella patologia. Come scrivono Stanghellini, Mancini, Castellini e Ricca (2019), per Sartre quando si diventa

consapevoli di essere un corpo osservato dall'Altro si sperimenta "il proprio corpo vissuto dagli altri". Esperando la rivelazione di questa terza dimensione del corpo, lo sguardo altrui diviene fondamentale nella costruzione dell'identità. Se questa modalità di apprendere il corpo prende il sopravvento e si cristallizza diventando l'unica modalità possibile per il soggetto, la modalità di apprendere interna e più personale viene totalmente negata. Esperire il proprio corpo solo attraverso lo sguardo altrui genera due risposte connesse ma opposte: da un lato la vergogna o il disgusto per il proprio corpo, dall'altro la necessità di riacquisire un controllo, anche se paradossale, su di esso. Questo paradosso descrive la condizione di coloro che soffrono di un DCA. Una problematica comune in tutte le forme della malattia è la difficoltà a percepire il corpo in una prospettiva in prima persona e a concepirsi come agenti incorporati. Coloro che ne sono affetti si percepiscono estranei nel proprio corpo e ingaggiano pratiche autoregolatrici per tentare di riprenderne il controllo. Questa dinamica suggerisce che in essi vi sia assente dell'apprensione cinestetica, ovvero la primordiale e più basilica forma di consapevolezza del Sé che è diretta e non mediata, precedente anche alla consapevolezza riflessiva¹⁵. Launeau e Kwee (2019), suggeriscono un modello interpretativo dei DCA basato sull'Analisi Esistenziale concepita da Langle, ovvero un framework olistico per comprendere l'incorporazione. Questo framework sorge su una serie di domande esistenziali: Io sono qui. Posso essere? Ho lo spazio, la protezione e il supporto necessari? Sono vivo. Mi piace vivere così? Sento le mie emozioni ed esperisco il valore della vita? Io sono me. Posso essere me stesso? Sono libero di essere me? L'armonia tra queste domande e le risposte genera un corpo che rappresenta la primaria struttura fisica della nostra esistenza, del sensuale, della connessione terrena alla vita – nostra e altrui, della ricettività della nostra persona e del veicolo per il nostro agire nel mondo e il divenire. Il periodo adolescenziale e puberale induce cambiamenti nella morfologia corporea che sono spesso oggetto di scherno (Bisagni e Facci 2020). Data l'importanza assoluta conferita allo sguardo dell'Altro nella costruzione identitaria e all'incapacità di scindere il corpo-soggetto dal corpo-oggetto, per una persona vulnerabile questi episodi rappresentano eventi fulcrali: molti dei casi di DCA riscontrati oggi hanno proprio questi episodi come fattore scatenante (McBride e Kwee 2019). Negli ultimi dieci anni c'è stato anche un repentino abbassamento dell'età d'esordio, e casistiche in età infantile e preadolescenziale sono sempre più frequenti¹⁶.

¹⁵ Saper "osservare la propria mente", sapere cosa si è e cosa succede dentro di sé;
<https://lamenteemeravigliosa.it/consapevolezza-e-coscienza/>.

¹⁶ Sito web del Ministero della Salute;

<https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4470&area=indennizzo&menu=patologie&tab=1>.

L'incidenza della pandemia di COVID-19

Con la pandemia di COVID-19 l'incidenza mondiale dei disturbi del comportamento alimentare ha subito un drastico aumento, un'indagine pubblicata dall'*International Journal of Eating Disorder* ha evidenziato come nel periodo pandemico e dei lockdown i casi di sintomatologia legata ai DCA siano aumentati del 36%, e al contempo i ricoveri abbiano subito un incremento del 48% (Devoe e altri 2022). Tutti gli studi presi in esame (Termoshurizen e altri 2022; Devoe e altri 2022; Thompson e altri 2022; Meneguzzo e altri 2022; Schneider e altri 2023; Kurisu e altri 2022), hanno evidenziato come gli alti livelli di ansia e angoscia indotti dalla pandemia siano stati alla base dei casi di DCA sorti in quel periodo. In uno studio comparativo condotto tra Stati Uniti, Svezia e Paesi Bassi, Termoshurizen e altri (2022), hanno riscontrato come la prima fase della pandemia abbia portato ad un incremento dei sintomi, sia nel numero sia nell'intensità attraverso eventi come: la "distruzione" delle routine giornaliere, la mancanza di supporto sociale, l'impossibilità di accedere a strutture sanitarie e l'aumentato dell'utilizzo dei media con il conseguente incremento della possibilità di incorrere in contenuti che innescano una reazione negativa nel soggetto. Un'ulteriore indagine di Thompson e altri (2022), ha riscontrato come il picco delle casistiche di DCA sia avvenuto nel mese di aprile del 2020, mentre nel mese di novembre dello stesso anno, in corrispondenza all'allentamento delle misure restrittive, si è verificata una diminuzione dei nuovi casi. I social media, che dalla loro comparsa hanno esercitato un impatto sempre più vasto e diretto nei disturbi del comportamento alimentare (Bisagni e Facci 2020; Salvo 2018; Dalla Ragione e Mencarelli 2014), durante la pandemia hanno rappresentato l'unica modalità possibile per relazionarsi con il mondo (Góralaska 2020), incrementando l'intensità di ansia e angoscia (Mahmid e altri 2021). Allo stesso tempo, come vedremo oltre, essi hanno offerto anche nuove possibilità di confronto per i malati.

Uno studio comparativo: i Disturbi alimentari in Giappone

Salute mentale e psichiatria in Giappone

Secondo Ohnuki-Tierney (1984), in Giappone dottori e pazienti prestano grande attenzione alle anomalie psico-comportamentali: i pazienti spesso lamentano come sintomi stati emotivi di depressione e irritazione, oppure tratti personali tendenti all'introversione, eccessiva sudorazione o fiato corto. Tuttavia, essi vengono interpretati e significati principalmente attraverso il Kampō, una versione semplificata e pragmatica della medicina cinese, la cui introduzione in Giappone è collocata approssimativamente nel Sesto secolo a.C. (Nakai, Nin e Goel 2021). Per comprendere la sua importanza nel contesto giapponese si rende necessario un breve inciso su questa disciplina medica. Dall'apertura del paese nel 1854 fino all'apice del secondo dopoguerra, come sottolinea Ohnuki-Tierney, attraverso il processo di occidentalizzazione ci sono stati diversi tentativi istituzionali di eradicare il Kampō dalla cultura popolare ma nessuno di essi ha mai avuto un concreto successo. Negli anni Sessanta c'è stata contrariamente un'inversione di prospettiva e il Kampō è stato riconosciuto non solo dal governo ma anche dall'establishment biomedico. Nel Giappone contemporaneo, biomedicina e Kampō sono gli unici due sistemi medici ritenuti formali, cioè istituzionalizzati, e coloro che li praticano sono considerati professionisti. I trattamenti più utilizzati nella disciplina consistono in medicine vegetali e animali, agopuntura e moxibustione. Mentre la biomedicina tratta sintomi e cause della malattia, il Kampō si occupa principalmente di trattare i sintomi. In una comparazione semplificata si potrebbe dire che nella biomedicina il trattamento ha lo scopo di rimuovere la patologia mentre nel Kampō l'obiettivo fondamentale è il ripristino dell'equilibrio corporeo. L'attitudine a focalizzarsi sui sintomi e il ripristino dell'equilibrio interno come obiettivo terapeutico hanno portato alla totale assenza di spiegazioni causali nella dinamica psicoemotiva del paziente. La presenza del Kampō in Giappone potrebbe aver condizionato la fredda accoglienza rivolta alla psicoanalisi freudiana che a differenza di molte altre discipline intellettuali occidentali accolte con favore e con volontà di apprendimento è stata a lungo rifiutata (Ohnuki-Tierney 1984). Nel corso del Ventesimo secolo, in Giappone, sono state relativamente poche le terapie focalizzate sulla dimensione psicologica in un'accezione "occidentale". Una di queste è la terapia Morita sviluppata per trattare lo Shinkenshitsu, ovvero uno stato d'animo caratterizzato da una grande sensibilità verso l'ambiente sociale e naturale, nelle cui forme più acute, era ritenuta una vera e propria infermità (Nakai, Nin e Goel 2021). L'obiettivo della terapia Morita era quello di far raggiungere al paziente lo stato di Aru ga mama, "l'accettazione della realtà così com'è", una dimensione in cui è inclusa l'accettazione di sé stessi con tutte le proprie debolezze. Attraverso "l'immersione" del

paziente in attività costruttive come lavori manuali si tentava di rompere il ciclo di introspezione ipersensibile del soggetto. Dagli anni Dieci del Duemila l'attenzione verso la salute mentale è aumentata nel paese. Nel 2011 il Dr. Hiroto Ito è stato incaricato assieme ad altre personalità mediche di formalizzare la salute mentale come una delle grandi problematiche del paese assieme all'infarto del miocardio, cancro, diabete e ictus (Taplin 2016).

Una storia dei DCA in Giappone

La definizione dei disturbi alimentati come disturbo etnico affrontata precedentemente si basa sulla nozione di “sindrome legata alla cultura” (Cultural-Bound Syndrom), una nozione affermata in psichiatria transculturale negli anni Cinquanta, oggi poco utilizzata. Nello specifico dei disturbi alimentari il prerequisito ritenuto necessario la presenza di un processo di “occidentalizzazione”. L'articolo *“The changing profile of eating disorders and related sociocultural factors in Japan between 1700 and 2020: a systematic scoping review”* redatto da Nakai, Nin e Goel (2021) fornisce un quadro storico molto approfondito dei disturbi alimentari in Giappone, che si propone di evidenziare le criticità di questa impostazione. Nelle fonti prese in esame emergono testimonianze di episodi riconducibili ai disturbi alimentari antecedenti all'Ottocento, ovvero prima del contatto massiccio del Giappone con l'Occidente. Nei libri redatti dai medici del Kampō, infatti, sono riportati casi di Fokushoku-byo e Shinsan-ro, due fenomeni riconducibili alla concezione moderna di anoressia. Nakai e Nin hanno applicato i criteri diagnostici del DSM-V a questi casi, riscontrando un altro grado di corrispondenza con la sintomatologia. Il lavoro è criticabile dal momento che, non considerando il significato storico e locale dei sintomi, cade, non differentemente dai casi esaminati più sopra, in errori di anacronismo storico. Al di là di ciò, è interessante notare che i dati contenuti in questi documenti indicano che la maggioranza dei pazienti erano donne di un'età compresa tra i 15 e 40 anni, le quali manifestavano comportamenti di restrizione o il rifiuto totale alimentare, con compromissione delle funzioni fisiologiche. Successivamente a queste testimonianze, per tutta l'epoca Meiji (1868 – 1944), non sono stati pervenuti ulteriori documenti che indicano fenomeni simili, ed è solo a ridosso dell'inizio della Seconda guerra mondiale che due medici, Yamauchi e Ogiwara, hanno pubblicato un articolo in cui esaminavano i casi di due ragazze che presentavano restrizione alimentare, significativa perdita di peso e amenorrea. In un primo momento la diagnosi a cui essi arrivarono fu la malattia di Simmonds¹⁷, ovvero una cachessia ipofisaria caratterizzata da un

¹⁷ È la cosiddetta cachessia ipofisaria. Questa forma morbosa - fra le più recenti descritte nell'endocrinopatologia - accennata nelle osservazioni di E. Formánek ed E. Falta, fu caratterizzata da M. Simmonds il quale all'autopsia di un

dimagrimento progressivo. Successivamente, gli autori cambiarono la diagnosi in anoressia. Dopo la Seconda guerra mondiale i casi documentati di DCA in Giappone hanno iniziato ad aumentare. Negli anni Cinquanta il fenomeno colpiva le giovani donne di classe borghese medio-alta dell'area metropolitana di Tokyo. Nel 1961 Kōzō Shimosaka ha stimato un DCA psicopatologico in 18 pazienti in cura presso gli ospedali di Tokyo. Nei successivi decenni l'aumento dei casi ha spinto il Ministero della Salute e del Welfare ad istituire un gruppo di ricerca ad hoc per valutare la presenza e l'eziologia dei DCA nel paese. Gli studi condotti da questo gruppo hanno permesso di registrare un incremento continuo dei casi che ha avuto luogo dal 1998 fino a quando l'incidenza non si è stabilizzata nel 2015. Tuttavia, studi esterni al gruppo di ricerca hanno evidenziato come i numeri della mappatura nazionale siano stati sottostimati rispetto la prevalenza effettiva, individuando la causa nella poca attenzione rivolta ai contesti rurali o città con minore densità di popolazione. Uno studio di Nakamura del 1997 indica come l'incidenza annua dell'anoressia fosse di 10 casi per 100.000 abitanti mentre il dato per la bulimia fosse di 5.1 casi per 100.000 abitanti. La situazione di relativo equilibrio che si era assestata nel 2015 è stata infranta dall'avvento della pandemia di COVID-19 (Kurusu e altri 2022). Come già documentato in altri paesi, anche in Giappone sono stati riscontrati casi di diete patologiche dopo aver esperito un incremento del peso dovuto all'impossibilità di praticare attività fisica. La ricerca condotta da Kurisu e altri ha evidenziato come, in Giappone, un terzo di tutti i casi di DCA riscontrati nel periodo pandemico siano direttamente riconducibili ad esso.

Un'analisi interpretativa: il ruolo della famiglia

In una comparazione tra Giappone e Occidente si possono riscontrare somiglianze tra i casi documentati in epoca Vittoriana e i casi giapponesi dello stesso periodo storico. In entrambi i contesti i pazienti appartenevano a una classe borghese medio-alta e vivevano in ambienti urbani. Entrambi i paesi sperimentavano una vertiginosa crescita economica seguita da una diffusa urbanizzazione. La famiglia inglese si basava su un modello nucleare, mentre in Giappone era diffuso un sistema familiare esteso. I medici Kampō concettualizzarono gli episodi di Fokushoku-byo e Shinsan-ro come una manifestazione specifica di angoscia psicologica causata dai conflitti interpersonali all'interno della rete relazionale estesa (Nakai, Nin e Goel 2021). Nel 1868 il Giappone si apre al mondo e intraprende un percorso di industrializzazione e modernizzazione. L'apice di questo processo si colloca nel secondo dopoguerra, quando l'occupazione americana contribuisce a produrre

caso venuto a morte per cachessia estrema, successiva a dimagrimento progressivo, non riscontrò se non l'atrofia del lobo anteriore dell'ipofisi; https://www.treccani.it/enciclopedia/morris-simmonds_%28Enciclopedia-Italiana%29/.

cambiamenti importanti nella struttura sociale del paese. Nel 1947 le donne giapponesi ottengono per la prima volta il diritto al voto. Tuttavia, questi cambiamenti non si ripercuotono nell'ambito familiare. Le donne mantennero in maggioranza il ruolo di moglie e madre "tradizionale" come nucleo della vita quotidiana nella casa con il marito adibito al lavoro e al guadagno. Negli anni Sessanta la maggioranza delle famiglie ha cambiato il sistema familiare, passando dal modello esteso all'unità nucleare tipica dell'Occidente. In questo processo la figura della donna "tradizionale" assunse una gravitas ancora più densa. Nei 18 casi presi in esame nel 1961, Shimosaka evidenzia come in tutte le casistiche la figura della madre esercitava verso il figlio/la figlia un controllo molto invasivo all'opposto del padre che si presentava tendenzialmente passivo. In questi termini, Shimosaka ha ipotizzato che un determinato stile genitoriale possa indurre conflitti identitari nei bambini, una limitazione nella capacità di maturazione psicosociale che porta successivamente a restrizioni alimentari nell'ottica di strategie di sopravvivenza (Nakai, Nin e Goel 2021). Il ruolo della famiglia è stato ripreso dalla psicoanalisi contemporanea attraverso la relazione tra due concetti fondamentali nella psiche giapponese: *Tatema*: come le cose dovrebbero essere; *Honne*: come stanno realmente le cose. La relazione tra questi due concetti si è indirizzata verso un tentativo di netta separazione, possibile se l'ambito sociale è esterno (Es. l'ambito lavorativo), impraticabile nel contesto familiare dove l'affetto e le emozioni tra soggetti sono più stretti e intesi. Spesso i bambini crescono dovendo aderire a vite tipo ritualizzate per loro dai genitori, e nel caso disattendano le aspettative sono trattati con astio sia nella sfera emotiva sia in quella mentale (Taplin 2016). In virtù della centralità della famiglia, molti psichiatri giapponesi ritengono sia proprio la famiglia il nucleo fondamentale per la trattazione delle malattie mentali.

I fattori socioculturali nei DCA in Giappone

I dati epidemiologici indicano che i DCA in Giappone sono in aumento; tuttavia, i criteri diagnostici sono diversi da quelli occidentali, soprattutto da quelli espressi dal DSM-V. Il manuale diagnostico per determinare un caso di anoressia prevede che le pratiche di restrizione alimentare siano accompagnate dalla fobia per il grasso e un distorto rapporto con la body image (Margherita 2022). In Giappone, già dai primi casi riportati nei libri dei medici del *Kampō*, spesso si riscontra la mancanza di uno o di entrambi questi fattori. Nel 1960 pazienti affetti da anoressia nervosa esprimevano fobia per il grasso ma l'obiettivo dei comportamenti alimentari restrittivi che ingaggiavano non era ottenere una corporeità magra. Nel 1976 Aoki e altri descrissero casi di pazienti con anoressia che apparivano emaciati ma non riportavano paura di ingrassare. Sulla base di questi

casi, Aoki ha introdotto l'idea di un'anoressia "atipica", dove pazienti presentano pratiche alimentari restrittive ma non fobia per il grasso, e in cui le restrizioni alimentari non sono intenzionali ma legate direttamente all'atto alimentare. Alla fine degli anni Novanta l'aumento delle disparità di genere, e la recessione economica provocarono un'intensificazione del fenomeno. Molte donne manifestarono conflitti nel conciliare i valori diversi. Diversi studi cross-culturali come quello di Holmquist e Frisen (2010), oppure di Swami, Fredrik e Aavik (2010), hanno dimostrato come in molti paesi non occidentali l'adozione di uno stile di vita influenzato dall'occidentalizzazione e il cambiamento sociale da valori collettivistici a valori individualistici porterebbero ad un incremento di problemi legati all'immagine corporea (Maezono e altri 2019). In diretta opposizione all'anoressia atipica teorizzata da Aoki, dal 1967 con la visita in Giappone dell'iconica modella britannica Twiggy Lawson, conosciuta per il suo corpo magro, la prospettiva socioculturale della figura femminile giapponese è cambiata drasticamente. Dopo questo avvenimento le riviste giapponesi iniziarono a pubblicare contenuti basati sui modelli occidentali, ponendo una particolare enfasi sulla snellità e la sinuosità del corpo. Dagli anni Settanta la magrezza si è affermata come standard di bellezza dominante e le diete sono divenute il modello standard attraverso cui perdere peso. Negli stessi anni, compaiono in Giappone le catene di fast food americane come McDonald's e Kentucky Fried Chicken (Ohnuki-Tierney 1984), con conseguente aumento del tasso di obesità. In modo non irrilevante, parallelamente cresce anche il tasso di giovani donne sottopeso. Questa dinamica paradossale, in cui l'idea di magrezza è enfatizzata al tempo stesso in cui la possibilità di alimentarsi in abbondanza diventata disponibile, è stata riscontrata anche nella maggioranza dei contesti occidentali (Nakai, Nin e Goel 2021). Le donne giapponesi ingaggiate in comportamenti auto-distruttivi tendono ad esprimere collettivamente la ricezione di messaggi misti e contraddittori a proposito delle norme di femminilità e di come una donna dovrebbe essere. Dagli anni Ottanta, anoressia, bulimia e autolesionismo iniziarono a comparire in vari tipi di prodotti culturali come libri, film, manga, anime e molti altri (Hansen 2016). Questo processo influenza la fenomenologia dei sintomi. Se negli anni Settanta il conflitto con la body image era un sintomo inusuale, uno studio comparativo tra Giappone e Finlandia del 2016 condotto da Maezono e altri dimostra come l'angoscia rispetto al corpo è molto più comune nelle ragazze adolescenti giapponesi rispetto alle coetanee finlandesi. I risultati dello studio condotto da Maezono e altri sono in accordo con un altro studio sulla body image e il controllo del peso condotto da Wardle, Haase e Steptoe (2006) nei college di 22 paesi, in cui le ragazze giapponesi hanno prodotto i valori d'incidenza più alti per la sovra-stimolazione e per i tentativi di controllo del proprio peso. I risultati della ricerca di Maezono e altri confermano che l'immagine corporea e il disagio alimentare sono collegati a problematiche emozionali e comportamentali. Inoltre, i risultati prodotti dal Giappone evidenziano un maggiore disagio alimentare in ragazze socialmente molto attive

all'opposto della Finlandia dove il disagio è più intenso nelle ragazze che sono socialmente poco attive. Per Maezono e altri ciò indica che i rapporti tra coetanei e le attitudini sociali attive rispetto all'immagine corporea e disagio alimentare sono parzialmente mediati da fattori sociali. Chisuwa e O'Dea hanno postulato che fattori personali come la bassa autostima e l'ansia sociale siano fattori influenzanti socialmente mediati che portano a deteriorare l'immagine corporea negli adolescenti giapponesi. In società collettivistiche come quella giapponese, norme sociali come la ricerca della magrezza sembrano avere un'influenza maggiore. Mentre anoressia, bulimia e autolesionismo sono considerati fenomeni patologici e di conseguenza diagnosticati come disturbi clinici, per le donne che si affamano, o violano il loro corpo, questi atti sono in qualche modo legati e spiegati da ciò che significa essere "una donna normale" (Hansen 2016). Pike e Borovoy (2004) suggeriscono che lo scopo della perdita di peso nelle donne giapponesi non sia associato all'ottenimento di un ideale di bellezza irrealistico ma alla volontà di conformarsi alle norme sociali contemporanee di apparenza tra coetanei, rincorrendo una "similarità" che riflette la pressione di una cultura collettivistica.

Famished. Eating Disorders and Failed Care in America: una review

Famished: Eating Disorders and Failed Care in America è una monografia del 2019 redatta dall'antropologa americana Rebecca J. Lester. Lester è una professoressa associata di antropologia presso l'università Washington di St. Louis. Il focus dei suoi studi sono i disturbi del comportamento alimentare, caratterizzati da un particolare interesse per la dimensione dei trattamenti e la "cultura del ricovero". L'interesse per questi argomenti, come è esplicitato a più riprese nel testo, deriva dal fatto che Lester stessa ha sofferto di anoressia nervosa, arrivando in due differenti occasioni ad essere ricoverata. I due ricoveri (il primo all'età di undici e il secondo all'età di diciotto anni) sono narrati come episodi fondamentali del suo percorso, ma contemporaneamente sono inseriti in un quadro più ampio che li ridefinisce come due momenti salienti in un processo che ha avuto inizio anni prima del suo primo ricovero. Lester ha condotto una ricerca etnografica, dal 2002 al 2015, presso una delle più rinomate cliniche americane per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione, il *Cedar Grove*. Il testo parla di pazienti e del personale sanitario del centro, e di come essi percepiscano le pratiche di cura quando i concetti di cura e violenza sono così vicini tra loro. Inoltre, Lester si interroga su come si possa dare senso ai trattamenti constatando l'enorme quantità di apparenti fallimenti che portano ad una lunga decorrenza della malattia o alla morte. Non appena ha avviato il suo lavoro di ricerca, Lester afferma di aver compreso immediatamente che il lavoro terapeutico è inscindibile dalle economie e dalle filosofie di come l'America tratta la salute mentale e di come i propositi economici contraddicano i propositi terapeutici. Questa dinamica prende corpo soprattutto nella dimensione delle agenzie assicurative, le quali nell'eventualità si verificano episodi di ricaduta in pazienti con un DCA considerano i malati come "falliti" e negano loro ulteriori possibilità di cura. I DCA mettono in luce i paradossi e le fratture di un sistema medico che vende la salute come un servizio. Dopo otto mesi di lavoro presso il centro, Lester ha realizzato che essere solamente un'antropologa era una condizione che limitava di molto la profondità delle interazioni da lei osservabili. Di conseguenza, ha sentito il bisogno di raggiungere un livello più profondo di un'etnografia standard. Oltre a scrivere articoli o libri ha sentito il bisogno di poter fare qualcosa di più diretto e concreto. Per questi motivi, dal 2004 al 2007, mentre conduceva la ricerca sul campo ha intrapreso gli studi e ottenuto una specializzazione in psicoterapia che le ha permesso di accedere a dinamiche nuove, arrivando al punto di interagire con le ospiti del centro in una relazione medico-paziente. Come antropologa poteva ascoltare e vedere ma da quella nuova prospettiva poteva anche "provare". La monografia si sviluppa

su quattro sezioni: Provocazioni; Frameworks; Dinamiche; Ricorsione¹⁸. A loro volta ogni sezione si suddivide in tre capitoli. La prima sezione – Provocazioni, si focalizza sul definire le linee guida teoriche capaci di delineare cosa sia un disturbo alimentare e cosa non lo sia. Il nucleo tematico della seconda sezione – Frameworks, è il Cedar Grove. In essa vengono descritti dettagliatamente i trattamenti offerti dalla struttura, i quali sono caratterizzati dall’ambivalenza tra cura e violenza. Con l’apporto di numerosi casi studio, Lester racconta le modalità attraverso cui queste pratiche sono esperite dai pazienti, dai medici e nel rapporto tra di essi. Dato per assodato l’assunto che il trattamento non è un punto d’arrivo ma l’inizio di un percorso di cambiamento, la terza sezione – Dinamiche, si concentra sull’esperienza post-trattamento. Come una persona convive con la propria malattia e la necessità di ricalibrare il Sé in funzione delle innumerevoli influenze provenienti dall’esterno sui modelli percettivi del corpo e delle emozioni. La quarta e ultima sezione – Ricorsione, presenta un sunto teorico delle tre sezioni precedenti, culminando con le conclusioni interpretative proposte da Lester. Come intermezzo tra ogni capitolo, Lester ha riportato una serie di episodi autobiografici che raccontano la sua personale esperienza con i disturbi alimentari. Tra i più significativi vi è il primo, il quale costituisce anche il prologo della monografia. In esso racconta di quando, all’età di undici anni, è stata ricoverata per la prima volta e ha dovuto sottoporsi all’inserimento del sondino alimentare. È un racconto straziante che colpisce nel profondo. Il terrore di una bambina che viene “violata” anche se per il suo bene e le lacrime sul volto dell’infermiera che la tiene ferma mentre le viene applicato il sondino sono istantanee imbrigliate parole, così intense che è impossibile non percepirne la vividezza. L’aneddoto più lontano nel tempo si colloca all’età di otto anni. Mentre la nonna parla con madre, Lester le sente commentare le sue gambe come graziose ma “massicce”. Il senso di sconforto e vulnerabilità percepiti in quel momento vengono rinfrancati successivamente dai commenti del padre. Origliando una conversazione tra i genitori, sente dire al padre che poiché la vede ingrassata sarebbe ottimale se limitasse la quantità di snack. Alla prima occasione in cui le capitò in mano uno dei suoi biscotti preferiti, con l’eco delle parole del padre che le rimbombava nella testa, iniziò ad immaginarlo come uno scarafaggio fino a farlo diventare “reale” per evitare in tutti modi la tentazione di ingerirlo.

¹⁸ Termine proprio dell’informatica che indica una tecnica di programmazione molto potente, la quale consente di suddividere un problema in sotto-problemi analoghi all’originale ma più semplici da risolvere;
https://www.treccani.it/enciclopedia/ricorsione_%28Enciclopedia-della-Scienza-e-della-Tecnica%29/.

Gli (non-)obbiettivi del testo

La prefazione si apre con un racconto di morte. È il 2009, Lester si trova al funerale di una ex paziente del Cedar Grove, Allison (nome fittizio utilizzato non solo in quest'occasione ma per tutte le pazienti e il personale del Cedar Grove). Quando qualche mese prima aveva lasciato la clinica, Allison era in salute, sulla via della guarigione ma soprattutto contenta di vivere e pronta a prendere nuovamente in mano le redini della sua vita. A ventisette anni le era venuto un infarto, e quest'esperienza di vicinanza alla morte l'aveva spinta a farsi ricoverare. Nel suo percorso di guarigione si era data molto da fare. Ad esempio, nelle terapie di gruppo si era aperta a proposito di argomenti molto personali come il disprezzo che provava per sé stessa e le dinamiche famigliari. Al Cedar Grove, per quattro settimane, aveva ricevuto trattamenti specializzati su come rapportare emozioni e cibo, e al termine del ricovero sembrava instradata sul ritorno alla vita. Tuttavia, dopo essere stata dimessa ha iniziato ad essere discontinua nelle sedute di terapia, fino al momento di cui di lei non si hanno più notizie: un'attesa rotta solamente dalla comunicazione della sua morte. Partendo da questo episodio, piuttosto che dichiarare l'argomento del libro, Lester si preme di chiarire di che cosa non parla il testo: non è la tragedia personale di un disturbo alimentare; non sono i fattori sociali e culturali che portano donne e ragazze ad abusare del loro corpo fino alla morte attraverso il cibo; non sono memorie personali; non è un'analisi di dinamiche di genere; non è una critica al neoliberalismo; non è una critica spietata al sistema di cura basato sul profitto. Gli obbiettivi del testo sono molto più ampi: il primo di essi è far capire cosa sono i disturbi alimentari, mettendo in discussione molti luoghi comuni e fatti dati per scontati. Il secondo obbiettivo è analizzare le modalità attraverso cui il personale medico cura i DCA e quale significato attribuisce alla cura, soprattutto in situazioni che sembrano impossibili da risolvere. Nel caso dei DCA, spesso la persona che ne soffre “non vuole stare meglio” e le famiglie tendono a resistere ai cambiamenti. Inoltre, il sistema sanitario appare svalutare l'expertise clinica che ritiene necessario un approccio sul lungo termine, finanziando trattamenti di breve durata basati esclusivamente sul ripristino dei valori fisiologici. La logica dominante di cura forza i trattamenti per i DCA a procedere secondo le stesse dinamiche di scarsità e stenti della mentalità anoressica, ricalcando la patologia che si intende curare. Come si producono delle traiettorie ideologiche contraddittorie di “guarigione” e interpretazioni paradossali del “soggetto in salute”? Quali processi si dispiegano con l'atmosfera affettiva, con un'esperienza sentita in costante precarietà? Come pazienti e personale sanitario si relazionano tra imperativi di certezza e richiesta di quantificazione della malattia?

Cosa sono e non sono i DCA

Oggi, grazie anche ai social media e a molte riviste che ne parlano, vi è una comune presunzione di sapere cosa siano i DCA. Tuttavia, queste nozioni popolari si rifanno ai DCA come: la volontà di essere belle; la ricerca di attenzione; la ricerca di accettazione; la manifestazione di eccellenza nel controllo. Queste nozioni sono solo il margine di ciò che i DCA sono realmente. Per capire cosa sono, come prima cosa è importante delineare cosa non sono i DCA: non sono diete che sono andate troppo in là; non sono dipendenze come cocaina o eroina; non sono capricci giovanili; non sono fasi temporanee della vita di una persona. Per dare una definizione corretta è importante prestare attenzione anche a chi e perché lo si chiede. Ad esempio, il DSM delinea quattro principali categorie diagnostiche: anoressia nervosa; bulimia nervosa; *binge eating*; altri disordini non specificati. Nonostante ciò, i DCA possono essere considerati come l'espressione di un unico spettro. Spesso, nella loro vita, le persone passano da un DCA ad un altro, dimostrando come tutte le declinazioni della malattia condividono uno stesso nucleo di sofferenza della vita esperita, e le medesime problematiche nel ricovero e del trattamento. Il DSM descrive comportamenti e aspetti cognitivi che si riflettono nell'esperienza vissuta dalle persone, ma non è in grado di raccontare che i DCA sono condizioni fisiche ed emotivamente devastanti dove cibo e l'atto alimentare sono vettori che esprimono dubbi esistenziali. I DCA non sono condizioni individuali, non esistono *nelle* persone ma solo *tra* le persone e nello spazio tra le persone e le strutture di cura. Essi si presentano come preoccupazioni esistenziali, fenomenologiche e relazionali profondamente incorporate, le quali si manifestano attraverso problematiche legate all'intimità e alla fiducia. La loro percezione e il loro trattamento variano da contesto a contesto e non da persona a persona. Cosa si intende dire quando si dice che una persona ha un DCA? Nonostante corpo e mente siano profondamente connessi, ciò che costituisce la "thingness"¹⁹ di un DCA è una domanda relazionale e non fisiologica o psicologica. La biomedicina occidentale contemporanea ha l'esigenza di spiegare tutto, ma quando deve dare un senso a fenomeni come i DCA fatica nel suo intento. Per definire questa prospettiva Joe Dumit utilizza l'espressione "*contested illness*", ovvero una condizione di malattia che, insieme alla sofferenza, deve essere provata da risultati di laboratorio. In questi termini, nella diagnostica di un DCA è più importante ciò che non è riportato nel DSM, ovvero comportamenti improntati sulla scelta (come non mangiare o indursi il vomito) e sulle emozioni (vergogna, paura e pensiero ossessivo).

¹⁹ Con thingness si intende ciò che rende una cosa concretamente tale;
<https://www.collinsdictionary.com/it/dizionario/inglese/thingness> .

Cura e violenza nel sistema sanitario delle agenzie assicurative

Il dottor Caesy – il direttore del Cedar Grove, afferma che quando un paziente torna al centro dopo essere stato in un ospedale ordinario, solitamente presenta una condizione aggravata della malattia. Il personale di medicina generale non è preparato per trattare condizioni così delicate. Chi non è specializzato su questi temi non possiede le conoscenze mediche e le attitudini personali per trattare malattie complesse come i DCA. La mancanza di competenze mediche nel campo dei disturbi alimentari risiederebbe nelle fondamenta del sistema sanitario statunitense che dalla seconda metà del Ventesimo secolo viene gestito dalle compagnie assicurative, le quali hanno commercializzato la salute. Il modello delle assicurazioni è ambivalente: da una parte garantisce cure di alto livello, come ad esempio un trattamento di qualche settimana presso il Cedar Grove, il quale può costare il guadagno annuo di una persona; dall'altro lato esclude molte persone dalla possibilità di accedere ad una qualsiasi forma di cura. Data la commercializzazione della salute, per le agenzie assicurative l'obiettivo primario è spendere il meno possibile. Tale logica tende ad attribuire al paziente la responsabilità per la sua condizione. Chi soffre di una malattia mentale è per definizione un "cattivo paziente" poiché esso è spesso imprevedibile e irrazionale, si autoinfligge del male o accusa chi lo cura di fargli del male. I DCA tra tutte le malattie mentali sono considerati le più difficili e intrattabili: spesso le persone sabotano il loro stesso trattamento e nell'ottica delle agenzie assicurative sono i pazienti che costano di più, i peggiori possibili. In questi termini, per chi soffre di un disturbo alimentare essere un "buon paziente" è un'impossibilità logica. Uno specialista di DCA su cinque ritiene che le agenzie assicurative siano indirettamente responsabili della morte di almeno uno dei loro pazienti. La distanza concettuale tra buon paziente e cattivo paziente impone alla figura del medico un ruolo di intermediario tra le esigenze del paziente e le richieste delle agenzie assicurative a cui Maria Angell conferisce il nome di "agente doppiogiochista". Per comprendere meglio tali dinamiche Lester porta l'esempio di Hope, una ragazza di tredici anni, tra le più giovani ospiti che hanno soggiornato presso il Cedar Grove. Hope è arrivata al centro da un ospedale pediatrico della zona limitrofa dove era stata ricoverata a causa del suo estremo sottopeso, era al 72% del suo peso ideale. Nel portare avanti la sua condizione rifiutava non solo il cibo ma anche i liquidi. Inoltre, mentre era ricoverata aveva trovato il modo di fare esercizio di nascosto nella sua stanza e di manomettere la flebo che la idratava direttamente per endovena. Non essendo rimaste alternative per farle assumere le sostanze nutritive, le è stato inserito il sondino alimentare attraverso la cavità nasale. Per Hope, così come per tante altre pazienti, il sondino alimentare inserito nel proprio copro è stato recepito ambivalentemente. Da un lato risultava molto invadente, dall'altro era in grado di bypassare l'atto del mangiare producendo una sensazione di sollievo. Mentre era ricoverata al Cedar Grove,

Hope ha iniziato a dismettere tali abitudini riprendendo ad alimentarsi via bocca sempre più frequentemente. Allo stesso tempo i progressi in tutte le sfere personali sono risultati fin da subito rimarchevoli, portando Hope a produrre dei dati fisiologici vicini ai canoni di una oggettiva “normalità”. Nonostante ciò, per l’equipe del Cedar Grove non era una situazione positiva. Nel momento in cui l’agenzia assicurativa fosse venuta a conoscenza dei risultati degli esami avrebbe ordinato le sue dimissioni, ignorando la persistenza della condizione di anoressia. Gli scenari possibili tra cui l’equipe doveva scegliere erano due: lasciare che Hope fosse dimessa in balia della sua malattia; mettere Hope a dieta affinché rientrasse nei parametri di ammissione di un trial universitario che avrebbe potuto fornirle assistenza. Dovendo prendere una decisione finale, non senza conflitti etici e morali, hanno optato per la seconda possibilità. L’esempio di Hope racconta che per curarla si è reso necessario ricorrere alla violenza di sottoporla ad una dieta nonostante gli estremi comportamenti restrittivi che si era autoimposta fino a poco tempo prima. Per quanto “moralmente” ingiusta, farla soffrire era l’unico modo per darle una possibilità di salvarsi.

Ridefinire i DCA

Oggi, in America, i DCA sono interpretati attraverso una concezione del corpo costituita da tre differenti opposizioni concettuali: deregolamentato/iper-regolamentato; consumato/in consumazione; fragilità e resistenza. Nella dimensione deregolamentata/iper-regolamentata, i DCA sono generalmente teorizzati come patologie del controllo. Ad esempio, quando un soggetto si sente soverchiato dagli avvenimenti della vita sposta il suo focus su qualcosa che può controllare, ovvero il cibo. Tuttavia, questa dinamica rappresenta solo una parte della verità. Il corpo di un soggetto affetto da DCA presenta una condizione ambivalente: è contemporaneamente sotto un rigido controllo ma anche incontrollabile. Il “controllo” va inteso attraverso una nozione euristica di artefatto sociale. Nella dimensione esperienziale le persone con un DCA si “sentono” fortemente fuori controllo, meccanismi di regolazione e di controllo auto-imposti spesso rappresentano l’unica separazione da una dimensione di completo caos (fisico, psicologico, emozionale e interpersonale). Il controllo non è il problema, la vera questione è non sentirsi autorizzati ad esistere appieno. Il desiderio di controllo è considerato patologico solo quando visto come illegittimo. Focalizzarsi sul controllo porta a patologizzare l’individuo per quello che in realtà è un problema sociale, culturale e strutturale. Il carattere manipolatorio espresso dalla maggioranza delle persone che soffrono di anoressia si genera dal bisogno intrinseco di essere destinatari di attenzione continua. Chiedere qualcosa o esprimere un bisogno è considerato un anatema. Per quanto riguarda la bulimia, alle volte i comportamenti patologici di consumazione del cibo attraverso il binge si riflettono nelle relazioni

interpersonali. Alcuni terapeuti hanno notato che i pazienti tendono a “bingiare” il terapeuta stesso e il rapporto instaurato tra i due, manifestando nelle sedute di terapia un costante bisogno di feedback e attenzioni. Un esempio riportato da Lester è quello di Mallory. Brenda, la sua terapeuta, dice: “*Con Mallory non c’è una conversazione, parla a me, getta fuori tutto quello che le passa per la mente senza filtri. Non è un’attività reciproca ma unidirezionale*”. Consumato/in consumazione fanno riferimento al corpo di chi soffre di un DCA da un punto di vista medico, inteso in una costante condizione di “fame”. Privato delle sostanze nutritive, il corpo inizia a consumare sé stesso sottraendo nutrimento alle parti periferiche del corpo per permettere agli organi di continuare a funzionare. Tutti i pazienti con un DCA percepiscono il proprio corpo come affamato, ma ognuno di essi declina il significato della fame attraverso i propri sintomi e l’esperienza di vita personale. Nonostante la maggioranza di chi è affetto da un DCA professi di non avere mai fame, quest’affermazione è veritiera solo nelle condizioni di malattia più acute, dove la percezione della fame può essere concretamente manipolata. Nell’interpretazione interpersonale della fame, le persone con un DCA sono spesso viste come “affamate di attenzione”. Solitamente essi vogliono e hanno bisogno di empatia e affetto ma pensano di non meritarselo, o che quanto meno non dovrebbero meritarselo. Sicuramente non devono richiederlo esplicitamente. Ciò che porta a considerare questi comportamenti come manipolatori e in disperata ricerca di attenzione è la complessità della domanda “perché qualcuno dovrebbe spingersi a tanto per ottenere un diritto umano basilare come quello di essere riconosciuti?”. Fragile/resistente si riferisce alla fragilità materiale del corpo di chi ha un DCA: le ossa deboli; la pelle sottile come la carta; i capelli fragili; o i muscoli atrofizzati. Nella loro prima fase, gli interventi medici sono finalizzati ad invertire quel processo di decadimento. Sono passaggi molto delicati, specialmente dopo gravi casi di malnutrizione. L’alimentazione deve essere reintrodotta con cautela e in modo progressivo per evitare la sindrome da rialimentazione²⁰ o causare fenomeni di iper-metabolismo²¹. Il rapporto tra il paziente e la fragilità del suo corpo non viene percepito uniformemente: per alcuni la fragilità del corpo esalta l’idea della femminilità per altri la riduce. Nel rapporto con l’altro, spesso la fragilità del corpo è individuata come l’unica motivazione dell’attenzione ricevuta. Nonostante ciò, nei processi di autorappresentazione, molti soggetti con un DCA hanno espresso una visione del loro corpo estremamente forte e resistente, capace di sopportare l’acuta sofferenza auto-imposta. L’esistenza simultanea del corpo in queste due dimensioni opposte sottintende che, nel reame psicologico, c’è sempre una tensione tra fragilità e resistenza. Ad esempio, la fragilità del corpo del

²⁰ Per sindrome da rialimentazione si intende un insieme di disturbi metabolici che colpiscono le persone che mostrano difficoltà nell’uscire da uno stato di malnutrizione; https://www.eoc.ch/dms/site-eoc/documenti/pallclick/Novita/Stanga_Sindrome-Rialimentazione_Lugano_22-10-2014/Stanga_Sindrome%20Rialimentazione_Lugano_22.10.2014.pdf.

²¹ Per Iper-metabolismo si intende l’aumento eccessivo del consumo energetico dovuto ad alterazioni patologiche; <https://www.centrodca.it/ipermetabolismo-la-sfida-della-rialimentazione-delle-pazienti-che-soffrono-di-anoressia/>.

soggetto può portare i membri della sua cerchia affettiva a rifiutare il tocco o un abbraccio, causando ulteriore dolore e sofferenza. I DCA sono il fulcro del sentirsi non degni di esistere, di non avere il diritto di prendersi dello spazio per sé, sia esso fisico, interpersonale, politico o sociale. Ad un livello semplificato e fondamentale, un DCA è sentirsi sbagliati su tutti i livelli e di conseguenza l'unica cosa che si può fare a tal proposito è sparire – non esistere. Questa dimensione porta ad un impedimento della volontà di ricevere attenzione o un trattamento, non perché sia una conseguenza “naturale” per chi ha un DCA, ma perché essi non riescono a percepire tale volontà come moralmente accettabile. Da un punto di vista di fenomenologico, i DCA contengono ciò che Levinas individua come “una richiesta etica all'altro di una risposta”. Legrand e Briend delineano due tipi differenti di risposte a questa domanda: *answer*; *response*. *Answer* implica la presenza di informazioni specifiche alla domanda. *Response* si riferisce ad un evento interpersonale unico, contenente il diritto di essere riconosciuti, il diritto di fare una richiesta all'altro il quale è obbligato a rispondere. In questi termini, chi soffre di un DCA usa il corpo, il digiuno, la malnutrizione e la sofferenza visibile per sollecitare una risposta (*response*) dall'ambiente circostante, cercando un riconoscimento della loro esistenza come soggetti legittimi e degni di tale condizione. Attraverso lo studio di numerosi casi, Lester individua come un'attenzione morbosa e un pronunciato investimento sulle aspettative fin dall'infanzia siano fattori comuni a tutte le esperienze di DCA. Ai soggetti l'agency viene concessa ma al contempo viene delegittimata. Chi soffre di un DCA è portato ad occupare uno spazio di tensione tra il volere/bisogno di essere visti e conosciuti ma al tempo stesso presenta una forte volontà di sparire dalla vista altrui. Riprendendo il concetto di “*abject connection*” introdotto da Megan Warin, per Lester i DCA sono mezzi per ricercare connessioni attraverso cui porre domande etiche all'altro affinché si possa essere riconosciuti. Per chi ha un DCA il riconoscimento si sviluppa su tre assi binomiali: Visibile/Invisibile; Parlato/Silenzio; Agente/Oggetto. Visibile e invisibile sono intesi sia in senso astratto sia in senso concreto, ma sono due prospettive sovrapponibili e in tensione tra loro. Il paziente si considera sempre non visto per chi è veramente, mentre per l'altro esso diventa visibile solamente attraverso segni di riconoscimento come i numeri dei parametri vitali che produce. In questa dinamica di contrasti il soggetto viene cancellato. Parlato/silenzio si riferisce alla “voce” del paziente, sia in senso metaforico e sia come emissione di un suono udibile. Attraverso la voce, i comportamenti che autoinfliggono sofferenza prendono la forma di proclamazioni di dolore, ira o vergogna. Per Lester, durante il trattamento, la voce del soggetto viene spesso delegittimata attraverso “l'accusa” di parlare attraverso la “voce della malattia”. Solamente con le dimissioni il soggetto riacquista attendibilità, ma nel mentre si perde la voce dell'esperienza di malattia. Agente/oggetto si riferisce all'agency del soggetto affetto da un DCA. Organizzando tutta la sua vita attorno alla malattia esso si rende vulnerabile all'oppressione altrui, sia essa esercitata dal sistema sanitario o

dalla malattia stessa. Per permettere al soggetto di riacquisire una propria autonomia i trattamenti sono impostati per riarticolare gli stessi legami e contraddizioni che portano all'insorgenza della malattia.

Technologies of Presence

In antropologia la visione dei DCA è stata per molto tempo legata alla visione di una sindrome culturalmente legata al contesto occidentale. La diffusione in altri contesti socioculturali sarebbe il risultato dei processi di occidentalizzazione, i quali attraverso l'introduzione di beni di consumo e idee hanno portato all'adozione di nuovi stili di vita. Tale assunto è fortemente dibattuto ancora oggi. Nonostante ciò, recenti studi antropologici individuano i DCA come una visione della cultura costituita e costituente che regola pratiche interpersonali, il cui significato è determinato da molteplici epistemologie ed universi. Nello specifico, secondo l'antropologia medica, la malattia è intesa come una categoria di conoscenza, pratica ed esperienza vissuta generata nel contesto di interazioni sociali. Lester propone le *Technologies of Presence* come un approccio interpretativo sui DCA che rappresenti un punto comune tra la visione ontologica, la visione strutturale, la visione fenomenologica e gli studi cross-culturali. Le *Technologies of Presence* sono un insieme di pratiche corporee, affettive, cognitive, psicologiche e interpersonali culturalmente informate che lavorano insieme per evocare una forma d'essere che possiede due caratteristiche distinte: l'esperienza immediata e connessa con il mondo; l'esperienza percettibile dall'altro; e in cui la cura viene approcciata come un processo intersoggettivo e costituente. Le *Technologies of Presence* sono delle pratiche attraverso cui una persona può esperire la sua esistenza all'interno di mondi relazionali locali, attraverso cui diventa percettibile agli altri. L'uso del termine "*Technologies*" riprende (non senza qualche riserva) il concetto di tecnologie del sé introdotto da Foucault. Nell'ottica dei DCA, esse sono pratiche corporee culturalmente possibili, le quali nel tempo danno forma alle modalità attraverso cui una persona percepisce sé stessa e il mondo attorno ad essa in modi sistematici e prevedibili. Il termine "*Presence*" è prodotto dall'intersezione di nozioni provenienti da filosofia esistenziale, psicanalitica, religione e realtà virtuale. Ad esso, Lester attribuisce il significato dell'esperienza vissuta – del "*being there*", ovvero essere vivo nel mondo ed essere percettibile e riconoscibile dagli altri così come da sé stessi. *Presence* è inteso come un processo intersoggettivo continuo. L'esperienza della presenza è determinata qualitativamente da come gli altri ci percepiscono e ci riconoscono il diritto di esistere, i quali dipendono dalla capacità del soggetto di rendersi tale: rappresentino essi chi si è veramente o meno. Ad esempio, ci si può sentire pienamente sé stessi ma essere invisibili all'altro. Il "*presencing*" è un processo perpetuo di "sintonizzazione"

attraverso cui il *divenire* si trasforma in *essere*. Recenti studi hanno dimostrato come le dinamiche della realtà virtuale e dei DCA siano molto affini tra loro. I DCA, come le tecnologie (pc o stringhe di codici), sono mediatori del *presencing*, sia nel senso di come una persona si sente nel mondo (virtuale), sia di come essi possono generare un'auto-rappresentazione che gli altri percepiscono "essere lì". Quella che Giuseppe Riva chiama "mediazione affettiva", ovvero il grado attraverso cui le tecnologie mediano e facilitano l'esperienza ritirandosi sullo sfondo fino a divenire mediatori impercettibili. Intendere i DCA in questi termini aiuta a comprendere perché le persone che ne soffrono si attaccano così prepotentemente ad essi. La perdita del DCA significa la perdita del *presencing*, ovvero una morte esistenziale. Il *presencing* viene regolato dalle persone attraverso "l'affetto". Esso si riferisce ad un'animata forza corporea, cognitiva e immaginativa di eccitamento attraverso cui sentimenti, sensazioni e comportamenti vengono accumulati. In contrasto alla definizione di affetto vi sono le "emozioni", le quali sono un delineato pacchetto di pensieri, sentimenti, sensazioni e comportamenti a cui sono assegnati significati semantici all'interno di un contesto sociale, culturale o interpersonale. Ad esempio, sentire il cuore che batte o i palmi delle mani sudare sono esempi di affetto, quando questi avvenimenti si uniscono a formare un'esperienza alla quale viene attribuito un significato prendono il nome di emozione. L'affetto è la forza che muove l'essere, la saturazione della vita con la vita. Nelle concezioni teoriche fenomenologiche dei DCA, l'affetto è ciò che muove le dinamiche della malattia. L'affetto può aiutare a capire cosa significa essere malati, essere in cura o guarire. Inoltre, può aiutare a comprendere cosa significa essere una persona ed essere in relazione con gli altri. Nell'ambito clinico, l'affetto è utilizzato per descrivere lo stato di un paziente e che tipo di energia manifesta nelle interazioni personali. I DCA permettono di coltivare, sopprimere e/o modulare una serie di stati affettive che coordinano eccitazione psicologica, scambi interpersonali e scambi sociali. I DCA non solo decodificano gli stati affettivi interni, ma li esprimono all'esterno attraverso comportamenti patologici. Paradossalmente, quegli stessi comportamenti creano e coordinano gli stati affettivi. I DCA non sono solo prodotti, ma sono costantemente riprodotti nelle e attraverso le relazioni interpersonali e nei contesti istituzionali. Le basi teoriche dell'affetto si sviluppano su tre concetti principali: Atmosfere affettive; Economie affettive; Pratiche affettive. Le Atmosfere affettive sono le modalità attraverso cui luoghi come la città o la clinica generano e al contempo sono generate da particolari energie e caratteristiche affettive. Questi luoghi possiedono una "sensazione" che riversano sulle persone che stanno al loro interno. Le Economie affettive delineano come l'affetto circoli tra, e maturi attorno, a particolari soggetti e oggetti, materializzandoli attraverso la vera essenza del potenziale affettivo. Le Pratiche affettive rendono possibile guardare più accuratamente come avviene la materializzazione affettiva attraverso le pratiche quotidiane. Al contempo, permettono di affrontare questioni di soggettività e agency, come

le persone partecipano al mantenimento delle proprie esperienze d'affetto all'interno delle diverse atmosfere ed economie affettive. Nei termini delle Pratiche affettive: i DCA sono un modo per pensare l'affetto, le emozioni, l'eccitamento psicologico e le sensazioni. La "vanità" attribuita alle persone con un DCA viene dalla volontà di impedire che il fulcro della repulsività sia visibile. Nonostante ciò, un DCA porta spesso alla materializzazione di tale repulsività. In molti casi trattati da Lester, la fame e la pienezza sono stati individuati come "affetti" scatenanti di comportamenti sintomatologici. Nei DCA, la fame e la deprivazione sono considerati quasi uniformemente superiori alla sazietà, anche se quest'ultima può generare conforto fisico o emotivo. La fame può essere moralizzata come riprova del successo delle pratiche restrittive adottate. La sazietà, all'opposto, testimonia che è stato preso qualcosa che non si era autorizzati a prendere per sé. In questi termini, fame e sazietà sono due esempi di quello che Bernard Williams definisce "ground project", ovvero un insieme di impegni etici che portano a delineare una propria concezione soggettiva di "bene", metro regolatore di ciò che l'individuo prova a proposito della propria vita. Per chi ne soffre, il DCA è ciò che tiene insieme la persona, senza di esso il soggetto si sgretola emotivamente, psicologicamente ed esistenzialmente. Vedere i DCA come *Technologies of Presence* mette sotto ai riflettori domande riguardo il significato socioculturale di tali malattie. I DCA spezzano i legami sociali e interpersonali, da molte prospettive sono condizioni ingannevoli nella dimensione in cui "rivelano ciò che nascondono e nascondono ciò che mostrano". Nel contesto americano, i DCA sono relegati ad una dimensione di sporcizia nei termini di Mary Douglas di "materia fuori posto". Questa interpretazione rende le persone con un DCA "contaminati" e di conseguenza i trattamenti si trasformano in tentativi per far rientrare i pazienti in categorie già esistenti di normalità.

L'esperienza di Olivia

Per fornire un esempio concreto di DCA come *Technologies of Presence* e di come esso rappresenti un "*grounded project*" per la persona che ne soffre, Lester propone l'esempio di Olivia, una donna di trentuno anni con una storia di bulimia nervosa di lungo corso. Oliva fa risalire l'insorgenza della malattia a quando aveva quattordici anni e fu costretta a cambiare scuola. Le memorie di quel periodo sono costellate da una dolorosa solitudine. L'imbarazzo di mangiare da sola l'ha spinto a consumare i propri pasti chiusa nel bagno della scuola. Durante l'adolescenza, poiché si considerava una "nerd" era nata in lei la volontà di apportare dei cambiamenti al proprio corpo: voleva diventare magra e atletica. A scuola, durante una lezione sulla salute, è venuta a conoscenza dell'auto-induzione del vomito, dopo una breve pratica ha iniziato ad eseguirla con costanza. Durante il suo ultimo anno del

liceo, è stata scoperta a scuola mentre gettava delle buste contenenti ciò che aveva rigurgitato. Come diretta conseguenza i genitori l'hanno indotta a partecipare ad un trattamento non-ospedaliero che ha portato un momentaneo miglioramento della sua condizione. Olivia definisce i primi due anni del college come la sua "luna di miele". Tuttavia, un giorno notando che i vestiti le stavano sempre più stretti ha deciso di pesarsi, vedendo il numero sulla bilancia ha "dato di matto" e ha riiniziato a "bingiare" il cibo. Le condizioni economiche precarie l'hanno portata prima a sottrarre alimenti all'interno del campus universitario, e in un secondo momento a taccheggiare nei negozi. Dopo essere stata arrestata non ha più rubato ma come pratica compensatoria ha iniziato ad abusare di bevande alcoliche. Bere e ubriacarsi erano l'unico modo per dimenticarsi del cibo e bypassare la voglia di consumarne grandi quantità. La quantità di alcolici che assumeva l'hanno portata ad essere ricoverata in ospedale. In quell'occasione è stata in grado di riconoscere che il suo problema principale era un DCA. Conoscendo la fama del Cedar Grove ha fortemente voluto farsi ammettere alla struttura. Durante le sedute di terapia utilizzava un filtro economico per parlare del suo DCA: il cibo e le relazioni erano espressi in termini di debito e risparmio. Il "ground project" di Olivia era formato da attitudini come l'odio dello spreco (tempo, energia, soldi, risorse), o la volontà di un pulito sempre più pulito. Sentiva il bisogno di ripagare l'attenzione altrui compiendo azioni particolari come andare bene a scuola o eccellere nel lavoro. Considerava sé stessa una "foodie", ovvero una persona che presta attenzione ad ogni minimo particolare: gli ingredienti devono essere quelli giusti; la temperatura deve essere adeguata; l'impiattamento deve essere un costrutto artificiale curato in ogni dettaglio. Per Olivia quelle appena elencate rappresentavano le uniche condizioni attraverso cui autorizzava il cibo a stare dentro di lei. Era terrorizzata dalla possibilità di far trapelare involontariamente le sue emozioni. Il suo desiderio più grande era essere magra, pulita e pura. Sin da piccola ha iniziato ad aspirare al superamento dell'esistenza umana mondana per poter raggiungere una "comprensione mistica" di come funziona il mondo. Le capitava spesso di modellare il suo Io su personaggi dei libri rappresentati come indipendenti, i quali non hanno bisogno di niente e di nessuno. Nelle sedute si descriveva come "resistente all'essere adulta", non perché volesse tornare all'infanzia, ma perché non voleva pensare il suo Io nei termini di "chi sarebbe stata". Tenere tutto sospeso nel processo del "diventare" garantiva la possibilità di non pensare a chi "essere". Per aiutarla ad accettare le sue emozioni umane, le terapie del Cedar Grove si sono focalizzate sulla sua relazione con le altre pazienti del centro. In poco tempo ha iniziato a passare sempre più tempo con le sue compagne, arrivando ad unirsi attivamente a delle proteste collettive. Abbandonando la sua sfera isolata è passata ad un'identità più genuina in grado di accettare la sua umanità. Il "grounded project" di Olivia consisteva nella continua ricerca di sfuggire all'eccesso, ma quando esso si presentava a lei doveva eliminarlo a tutti i costi. Nonostante la bulimia le permetteva di attuare questo "grounded project", al

contempo lo distruggeva. La continua moralizzazione dei comportamenti patologici attribuisce al desiderio e al bisogno di chi soffre di un DCA una connotazione negativa, privando l'individuo del desiderio e dei bisogni come fosse moralmente giusto o lodevole. Il problema non è il cibo ma sono le relazioni con gli altri e con noi stessi.

3. I Social media

Modalità di ricerca

Nuovi approcci etnografici: I social media come campo

Negli ultimi vent'anni la possibilità di collegarsi a Internet attraverso dispositivi tecnologici come computer e smartphone è diventata accessibile a un bacino di utenti sempre più ampio, trasformando spazi frequentati da pochi gruppi ristretti in spazi utilizzati da milioni di persone che possono essere veicolati da grandi aziende e nuovi media (Kozinets, Dolbec, Earley 2014). Nel corso del tempo questi spazi si sono presentati sempre sotto nuove forme: nel primo decennio degli anni Duemila essi comprendevano siti web, forum e blog; dal 2010 in poi, con l'esponenziale incremento degli utenti di Facebook²², i social network hanno iniziato ad aumentare di numero (Instagram, Snapchat, Tik-Tok, ecc.) e hanno assunto un ruolo sempre più preponderante nella quotidianità delle persone; community legate allo streaming e al gaming (benché fossero già presenti dalla prima metà degli anni Dieci del Duemila) grazie al periodo pandemico hanno subito una forte impennata nei numeri dei partecipanti²³; una nuova forma di spazio più recente ma sempre più presente nella quotidianità è il Metaverso²⁴. Parallelamente alla crescita degli utenti e degli spazi, anche la quantità di tempo a essi dedicata giornalmente si è estesa, rendendo i social media una componente fondamentale nella quotidianità delle persone. Un rapporto di Datareportal del 2022 ha evidenziato come, in Italia, si spendono online in media 6 ore e 58 minuti al giorno²⁵. Le interazioni dei soggetti con e in questi spazi sono state considerate per molto tempo unidirezionali e passive, ma con indagini come "How the world changed social media" (Miller e altri 2016), "Netnographic Analysis" (Kozinets, Dolbec ed Earley 2014), Digital ethnography (Varis 2014), è stato possibile ribaltare questa prospettiva. I soggetti – singoli o gruppi – non solo frequentano questi spazi, ma in essi agiscono e performano (Mazali 2010), plasmando la propria identità e al contempo influenzando la forma dei social media stessi. Le azioni possibili in questi spazi – relazioni interpersonali, raccolta di dati, informazione, intrattenimento – sono caratterizzate, come scrivono Biscaldi e Matera (2022), da una "*comunicazione bidirezionale basata sull'interattività*". Nell'ambito antropologico, l'insieme di tutti questi fattori ha permesso agli

²²Sito web di Wikipedia; <https://it.wikipedia.org/wiki/Facebook#Crescita>

²³ Articolo pubblicato su HD blog in data 09 aprile 2021; <https://www.hdblog.it/games/articoli/n536489/twitch-crescita-dati-2021-visualizzazioni-youtube/>

²⁴ Articolo pubblicato su "Il Corriere della sera" pubblicato in data 22 settembre 2022;

<https://www.corrierecomunicazioni.it/digital-economy/metaverso-ecco-cose-come-funziona-e-come-entrarci/>

²⁵ Articolo pubblicato su Libero news in data 16 maggio 2022; <https://tecnologia.libero.it/quanto-tempo-passiamo-internet-social-56728>

spazi dei social media di assumere un ruolo sempre più rilevante come campo d'indagine etnografico (Kozinets, Dolbec, Earley 2014). *“L’etnografia è raccontare storie sociali”*, scrive Murthy (2008), *“è quel qualcosa che l’etnografo ha da dire una volta ritornato dal campo”*. In tal senso, la prima fondamentale conseguenza di considerare i social media come campo d'indagine è il problema ontologico del fatto che essi non rappresentano uno spazio fisico ma piuttosto la nozione di “travelling cultures” (Kudaibargeova 2019). Internet e dispositivi tecnologici come smartphone e personal computer garantiscono quella che Williams (1974) chiama “mobile privatization”, ovvero la possibilità di esperire “l’altrove” senza dover necessariamente cambiare fisicamente il proprio contesto.

“Ho la possibilità di condurre il mio lavoro sul campo in qualsiasi momento del giorno e della notte – è così, se seguo un link posso viaggiare attraverso il tempo fino a una diversa area geografica, i cui abitanti non sono andati ancora a dormire o si sono già svegliati!” (Góralaska 2020: 47)

In questi termini il campo è estremamente eterogeneo poiché permette a tante discipline di approcciarsi mediante varie modalità verso spazi, soggetti e relazioni molto differenti tra loro. Come sottolinea Varis (2014), gli unici punti che sembrano accomunare tutti gli studi che hanno adottato i social media come campo sono la raccolta di documentazione e di dati effettuata online, e la differenza degli approcci etnografici utilizzati. Per interpretare i fenomeni online, questi approcci sono stati caratterizzati in un primo momento da tentativi sperimentali che non avevano una direzione ben chiara, essi prevedevano un’interazione “diretta” tra il ricercatore e il soggetto della ricerca mediante questionari online o interviste via mail che si rifacevano all’idea di ricerca etnografica vis-a-vis (Murthy 2008). A marcare la differenza con quest’ultima, era la possibilità d’interagire con un numero di soggetti molto più elevato e diversificato: come precisa Murthy (2008), nella sua ricerca etnografica queste modalità gli hanno permesso di stabilire un contatto e di entrare in “intimità” con persone che precedentemente, in presenza, gli avevano negato tale interazione. Successivamente, con la trasformazione degli spazi virtuali degli anni Duemila e l’avvento di forum e social media la quantità dei dati accessibili è diventata enorme e la loro raccolta si è fatta molto più sfaccettata e complessa. Per far fronte a questa complessità, nuove forme di ricerca sul campo sono divenute fondamentali per l’attività etnografica. In questa seconda serie di studi due dei più importanti metodi di ricerca sono l’etnografia digitale (Varis 2014) e la netnography (Kozinets, Dolbec ed Earley 2014). Questi nuovi approcci devono essere sempre in divenire – capaci di adattarsi, e allo stesso tempo tenere in grande considerazione il contesto e la contestualizzazione dei dati. Le interazioni online presentano un elevato numero di variabili che le rendono molto complesse, possono manifestarsi in varie forme: private o pubbliche; in tempo reale o frammentate; dilazionate in un arco temporale

molto lungo o breve; reperite in diversi formati e da un elevato numero d'interlocutori. Online un soggetto può avere una rete relazionale molto ampia e diversificata che comprende contesti differenti tra loro, alcuni dei quali capaci di produrre informazioni superflue al tema indagato (Varis 2014). Tra queste variabili, l'anonimato e l'utilizzo di avatar o di username sono caratteristiche degli spazi online che l'etnografo deve tenere in particolare considerazione, soprattutto in virtù della sua possibilità di "lurking" (Varis 2014) (Kozinets, Dolbec ed Earley 2014), ovvero di poter osservare le attività delle persone seguite per la ricerca senza che esse ne siano consapevoli. Ne è un esempio l'indagine di Kudaibergenova sulla percezione del corpo femminile nei social media in Russia e in Kazakistan (2019), Kudaibergenova ha effettuato la sua indagine principalmente osservando le attività e le interazioni dei profili Instagram di tre influencer da lei "seguite". Se da un lato l'attività di "lurking" garantisce l'accesso alle attività lasciandole inalterate dalla presenza stessa dell'etnografo, dall'altro pone al ricercatore delle questioni etiche e morali con cui quest'ultimo deve necessariamente raffrontarsi. Osservare l'interazione tra soggetti senza che questi ne siano a conoscenza o pubblicare tali interazioni come parte del proprio elaborato può esporre i soggetti e le loro attività a un pubblico molto più ampio di quello che essi si proponevano di raggiungere. Gli spazi online sono regolati da termini d'uso (differenti tra loro) che ne regolano la privacy, e generalmente con la loro accettazione ogni gruppo a cui tutti possono accedere è considerato pubblico (Kozinets, Dolbec ed Earley 2004). Nonostante ciò, la trattazione dei dati deve essere sempre molto accorta e accurata, specialmente in contesti particolari. Se il rispetto della privacy altrui è sempre fondamentale nel caso di attivisti che operano in contesti socioculturali particolari l'attività dell'etnografo dev'essere molto più attenta poiché può portare tali attivisti a perdere la copertura dell'anonimato. Ad esempio, Kudaibergenova (2019), per proteggere l'identità della sua informatrice transgender (russa) ha adottato nella sua pubblicazione un nome fittizio in modo che la sua vera identità non fosse rintracciabile, l'esigenza di nascondere il vero nome della sua informatrice nasceva da una pratica diffusa in Russia di esporre pubblicamente nei social le informazioni personali dei soggetti considerati "devianti" o con comportamenti non attinenti alle norme eterosessuali. Online e offline non si relazionano solamente come concetti, ma rappresentano entrambi un'estensione diretta e tangibile della sfera spaziale e relazionale dell'altro. Gli spazi online spesso sovrappongono le dimensioni di pubblico e privato (Miller e altri 2016), e i soggetti che agiscono al loro interno li considerano uno o l'altro a seconda delle proprie "media ideologies", l'insieme di nozioni sulle tecnologie comunicative attraverso cui gli utilizzatori e i programmatori percepiscono le strutture e i significati dei media (Varis 2008). Spesso al contesto digitale viene erroneamente attribuita la caratteristica di essere un'entità statica – "un'astrazione solitaria", mentre le interazioni delle persone al loro interno ne contrassegnano la dinamicità. Ne è un esempio il sistema relazionale di Facebook, dove spesso la rete di amici nel social

network si sovrappone ai contatti della quotidianità del soggetto come parenti, amici, compagni di scuola o di lavoro. Inoltre, da uno studio effettuato in Brasile sui rapporti interpersonali coltivati nei social media (Miller e altri 2016), è emerso come la connessione online con persone amici di amici può determinare un'amicizia virtuale che si sviluppa successivamente nella sfera offline. Con l'avvento della pandemia di COVID-19 nel 2020, la complessità della relazione online-offline si è fatta più densa, sia per le persone sia per l'etnografo. L'immobilità fisica imposta dai lockdown ha improvvisamente lasciato la via digitale come l'unica forma di approccio percorribile per gli antropologi. L'alto numero di ricerche etnografiche effettuate con queste modalità ha permesso di esplorare nuove prospettive di ricerca che incideranno sulle future indagini post-pandemia, ovunque il campo sia (Góralaska 2020).

Il mio campo: Instagram

Con l'avvento della pandemia di COVID-19 le modalità della mia ricerca sono inevitabilmente mutate. Nonostante ciò, poiché i social network erano uno dei temi che mi apprestavo ad affrontare, spostare principalmente il campo etnografico in quegli spazi è risultato un processo fluido. Per poter scegliere attraverso quale social network effettuare la ricerca, ho ritenuto fondamentale individuare quale fosse in possesso di due caratteristiche essenziali: la possibilità d'interagire con la più ampia varietà di soggetti; la centralità dell'immagine corporea. Tra tre dei principali social network mondiali – Facebook, Tik-Tok e Instagram – i dati raccolti sull'utilizzo hanno evidenziato come Facebook e Tik-Tok polarizzano la maggioranza dei loro utenti in due direttrici d'età opposte: il primo presenta un maggiore utilizzo nella fascia d'età 35-54 anni con il 37,2%²⁶ del totale di utenti; mentre il secondo presenta il picco di utilizzatori nella fascia d'età 16-24 anni²⁷. Per quanto concerne Instagram, è possibile osservare sommando le fasce d'età 13-17 con il 7,3%, 18-24 con il 29,8%, 25-34 con il 33% (poco meno del 70% degli utilizzatori totali²⁸) come gli utenti siano distribuiti in modo più proporzionato. Instagram, inoltre, è un social network basato principalmente sull'utilizzo di foto e video, attraverso cui l'immagine corporea (elemento centrale nei DCA) è soggetta a numerosi discorsi e pratiche di controllo esterne (Kudaibergenova 2019). Uno studio di Turner e Lefevre (2017), ha dimostrato come un maggior utilizzo di Instagram corrisponde a un'elevata tendenza verso l'ortoressia nervosa²⁹. In questi termini Instagram si profilava come il social network più adatto come

²⁶ Articolo pubblicato su Shopify in data 01 settembre 2021; [https://www.shopify.com/it/blog/statistiche-facebook#:~:text=A%20differenza%20di%20social%20come,anni%20\(Statista%2C%202021\)](https://www.shopify.com/it/blog/statistiche-facebook#:~:text=A%20differenza%20di%20social%20come,anni%20(Statista%2C%202021)).

²⁷ Articolo pubblicato su Shopify in data 02 ottobre 2022; <https://www.shopify.com/it/blog/statistiche-tiktok#utenti>.

²⁸ Articolo pubblicato su Shopify in data 12 giugno 2022; <https://www.shopify.com/it/blog/statistiche-instagram#2>.

²⁹ L'ortoressia nervosa descrive una condizione caratterizzata da un comportamento alimentare che segue l'ossessione patologica per un'alimentazione biologicamente pura e salutare; <https://www.ipsico.it/news/ortoressia/>.

campo etnografico per questa ricerca. Le pratiche di “self-image” prodotte all’interno di questa piattaforma rendono chi le produce soggetto e oggetto allo stesso tempo (Caldeira, De Ridder e Van Bavel 2018): questa doppia dimensione viene esperita attraverso un sistema relazionale tra gli utenti caratterizzato da due azioni principali: “*seguire*” ed “*essere seguiti*”. Queste due azioni non sono una condizione binaria indispensabile come “l’amicizia” di Facebook, ad esempio si può seguire ma non essere seguiti o viceversa. “*Seguire*” consiste nella possibilità di visualizzare l’attività di un altro soggetto all’interno della piattaforma, all’opposto “*essere seguiti*” prevede che la propria attività sia visibile ad un altro; attraverso un algoritmo la piattaforma suggerisce pagine e account affini da poter aggiungere ai propri contatti. Le attività possibili nella piattaforma sono molteplici, tra di esse le principali consistono in: post; reel; storie; e messaggi privati chiamati DM (Direct Message). I post sono un mezzo per pubblicare immagini o video (singolarmente o in una raccolta) nel proprio profilo e sono accompagnati solitamente da una didascalia e da una serie di hashtag inerenti al loro contenuto. I reel sono video caratterizzati da una breve durata (al massimo 90 secondi) e dalla possibilità di essere editati con effetti visivi o accompagnati da musica messa a disposizione dalla piattaforma. Post e reel sono entrambi permanenti nel profilo, una caratteristica che li differenzia dalle storie, un’ulteriore modalità di condividere immagini o video (molto brevi) accessibili solo entro una finestra temporale massima di 24 ore. Gli utenti che hanno accesso al profilo possono interagire con post e reel pubblicamente mettendo “like” oppure lasciando un commento nello spazio apposito. L’interazione con le storie rimanda invece a una conversazione in forma privata mediante i DM (direct message). Un elemento fondamentale della piattaforma – il dispositivo più importante – è l’hashtag #. Questo simbolo viene inserito a cornice di post e reel ed è anteposto a ogni parola che si intende associare al contenuto, all’interno delle dinamiche di Instagram quest’azione serve a rendere più visibile la propria attività. Al contempo essi sono anche dispositivi aggreganti, poiché raggruppano sotto la stessa parola un grande numero di soggetti diversi (Veszelski, 2016). Attraverso il motore di ricerca interno della piattaforma, anteposte proprio da un #, è possibile cercare parole che rimandano a post o gruppi specifici, sfruttando questa dimensione di dispositivo aggregante, tramite una ricerca mediante l’utilizzo di alcuni hashtag come #dca o #dcarecovery sono riuscito a individuare ed entrare in contatto con diversi soggetti e pagine legati al modo dei Disturbi del Comportamento Alimentare. Il primo profilo in cui mi sono imbattuto è stato quello di Caterina, una ragazza che attraverso testimonianze – anche fotografiche – racconta la sua esperienza con i disturbi del comportamento alimentare e le tappe del suo ricovero. Nonostante non abbia ricevuto risposta da Caterina in merito alla possibilità di intervistarla, la modalità di comunicazione diretta attraverso le immagini presente suo profilo (pubblico) circa il suo percorso di recupero ha generato immediatamente un contrasto con l’immagine dei DCA di una sfera chiusa delineata da un post di un

centro di cura per i DCA di Pescara che invitava a parlare e sensibilizzare sull'argomento senza mostrare immagini di pazienti – di ragazze come esplicitato in questo caso – il cui corpo mostrasse i segni che le varie forme di DCA infliggono. Questo contrasto ha generato molte domande sulla relazione tra DCA e Social media, come si relazionano con queste dinamiche chi le vive e chi si premura di curarle? Mostrare o nascondere? Memoria od oblio? Durante la mia ricerca ho potuto riscontrare come i social network offrono possibilità di raccontare la propria storia, di sensibilizzare attraverso parole o immagini; mostrando o non mostrando; ma offrono anche possibilità a pagine Pro-Ana e Pro-Mia di propagare ideali autodistruttivi in soggetti già vulnerabili, offrono possibilità di emulazione, esercitano pressioni tramite immagini e messaggi di magrezza ma contemporaneamente anche di abbondanza, di cibo “pornografico”³⁰ che si può desiderare di avere ma è al tempo stesso proibito e peccaminoso.

³⁰ Il Food Porn è una presentazione visiva accattivante del cibo proposta come pubblicità nei media visivi; https://en.wikipedia.org/wiki/Food_porn.

Social media tra immagini e disturbi alimentari

L'Immagine corporea della donna nei media

Nonostante negli ultimi anni numerosi studi vedono la genetica come un importante fattore predisponente (Eli e Lavis 2018), i fattori socioculturali sono individuati come detentori di un ruolo chiave nell'insorgenza dei DCA (Salvo 2018), i modelli principali che ne spiegano l'influenza sono tre:

- il contesto socioculturale agisce come fattore causale, fornendo una “base” per un disturbo dell'alimentazione;
- specifici fattori socioculturali “scatenano” l'esordio del DCA;
- il contesto socioculturale agisce come terreno di coltura per l'espressione di un DCA.

Un'inclinazione degli ultimi rispetto all'incidenza dei DCA è l'aumento di casistiche nei paesi dell'est Europa, dell'America latina e dell'Africa (Bisagni e Facci 2020), aree geografiche che erano totalmente estranee a queste patologie e prive dei fattori socioculturali occidentali ritenuti favorirne l'insorgenza. Questo fenomeno rimanda alla diffusione dei modelli occidentali in altri contesti socioculturali mediante fenomeni migratori e nuove forme di media (Salvo 2018). Secondo una teoria della psicologa clinica Deborah Perez, i modelli d'immagine corporea e di stili di vita raffigurati nelle serie tv americane, grazie alla loro presenza massiva e la diffusione capillare e continua, possono indurre in contesti socioculturali molto diversi pratiche di tipo imitativo oppure generare desiderio o insoddisfazione rispetto a quegli stessi modelli (Perez e Martins 2019). Lo studio di Edmonds (2010), ha dimostrato come l'aumento esponenziale delle pratiche di chirurgia estetica in Brasile tra gli anni Ottanta e Novanta sia collegato alla presenza sempre più pervasiva dei canoni di bellezza occidentali negli spazi fisici e sociali del paese. Riviste, social network, televisione, cinema e pubblicità sono saturi d'immagini che veicolano una corporeità sempre più irrealistica e modificata (Salvo 2018), il confronto continuo con tali modelli ha portato nel tempo i canoni estetici femminili verso una magrezza sempre più spinta (Dalla Ragione e Mencarelli 2013). I risultati di una ricerca condotta da Lenis e altri (2021), hanno determinato come in entrambe le categorie di soggetti prese in esame – donne “in salute” e donne con un DCA – è stata l'esperienza coscienziosa di immagini raffiguranti un'ideale di magrezza ad aumentare l'insoddisfazione corporea. Ma cosa si intende con insoddisfazione corporea? L'insoddisfazione corporea è la discrepanza tra l'identificazione della propria immagine e l'immagine scelta come desiderabile, ovvero quando un soggetto ha una visione

negativa verso il proprio corpo generata da un raffronto con l'ideale corporeo determinato da una società in un circoscritto momento storico (Mahmid e altri 2021; Cataldo e altri 2021). Dal secondo dopoguerra ha inizio un processo di liberalizzazione della donna (occidentale) e della sua immagine, nel 1946 viene indossato il primo bikini contemporaneo, un evento destinato a segnare profondamente l'esposizione del corpo femminile (Rust 1977). Tra gli anni Cinquanta e gli anni Settanta, le nuove



Immagine 1 – 5 luglio 1946, Micheline Bernardini indossa il primo modello di bikini moderno disegnato da Louis Réard

modalità attraverso cui l'immagine della donna viene rappresentata si incrociano con la diffusione capillare di nuove forme di media come la televisione e le riviste (Bisagni e Facci 2020; Biscaldi e Matera 2019). Icone di bellezza come Sophia Loren o Gina Lollobrigida tramite il grande e il piccolo schermo danno concretezza ad una nuova femminilità che prima appariva intrappolata nelle mura domestiche:

“Il corpo-immagine della donna attiva venne chiamato a duplicare l'iconografia delle riviste patinate e del cinema, e quest'iconografia, nella fragilità che trasmetteva, era rassicurante rispetto ai codici di genere tradizionali.” (Ghigi 2008: 105)

Negli anni Settanta, grazie al lavoro di Hilde Bruch e al lavoro di Mara Selvini-Palazzoli, viene stabilito per la prima volta un legame tra il Sé e la condizione di anoressia (Skårderud 2013). L'ideale di corpo femminile (occidentale) che caratterizza quel periodo storico è quello della donna d'affari che si tiene in forma e che ha come suo mortale nemico l'eccesso di peso: il corpo deve essere circoscritto, contenuto e tenuto sotto controllo affinché non vi compaia nemmeno un'idea di smagliatura, un corpo magro e tonico ma con un seno prosperoso (Bordo 2003). Allo stesso tempo la chirurgia plastica acquista sempre più popolarità, e grazie ai suoi risultati, le promesse di poter

cambiare la posizione sociale e trovare sé stessi attraverso il cambiamento materiale del corpo assumono un significato sempre più profondo nella coscienza collettiva (Ghigi 2008). Negli anni Ottanta una ricerca statistica ha dimostrato come la rivista Playboy abbia svolto un ruolo fondamentale nel promuovere quegli stessi ideali di bellezza e magrezza negli Stati Uniti (Bordo 2003). Gli anni Novanta sono caratterizzati da una magrezza ancora più estrema, i canoni estetici dell'*heroin chic*³¹ di modelle come Kate Moss e Jaime King popolano le passerelle mondiali ed espongono corpi votati a una magrezza così estrema che mette in risalto le ossa del corpo.

“Guardare la televisione o leggere riviste, i cui servizi sono incentrati sull'apparenza fisica, porta gli individui a valutare l'aspetto del proprio corpo attraverso il confronto con modelli salienti di attrattiva proposti in maniera pervasiva ed iterativa dai mezzi di comunicazione.” (Dalla Ragione e Mencarelli 2013: 1741)

In occidente, “essere magri” è divenuto un sinonimo di bellezza, questa convinzione è così culturalmente accettata che appare quasi “naturale” accettare l'idea che un corpo magro sia preferibile a uno corpulento (Reischer e Koo 2004). Con l'avvento degli anni Duemila, l'ideale corporeo di magrezza della donna occidentale è divenuto un metro di raffronto continuo, le dinamiche di esistenza addentro agli spazi dei Social network spingono la necessità di possedere quella corporeità ideale per poter essere popolari ed essere riconosciuti (Vezleski 2016). Secondo Mahmid e altri (2021), l'uso di internet è strettamente collegato ad un deterioramento della relazione tra il benessere e l'aspetto integrale psico-fisico dell'individuo, dove per benessere si intende la dimensione in cui un individuo è felice, soddisfatto e si gode la vita. Per quanto concerne i disturbi alimentari, molti studi hanno dimostrato come il rischio di insorgenza di una patologia è più alto in soggetti che incorrono in un uso problematico di internet (Mahmid e altri 2021; Talbot e altri 2017; Cataldo e altri 2021). L'uso problematico è determinato dalla frequentazione di spazi che promuovono la perdita di peso attraverso l'idealizzazione di tre hashtag molto popolari sui social media come: #Thinspiration, #Fitspiration e #Bonespiration. Questi hashtag non solo accompagnano milioni di immagini di donne con corpi magri e tonici ma promuovono la ricerca di quegli stessi ideali, i quali inducono comportamenti patologici tipici dei DCA come la restrizione alimentare o l'assiduo esercizio fisico.

³¹Articolo pubblicato da The Guardian in data 20 novembre 2022;
<https://www.theguardian.com/fashion/2022/nov/20/heroin-chic-fashion-skinny-worship>.

#Thinspiration, #Fitspiration e #Bonespiration

Una ricerca del 2017 condotta da Talbot, Gavin, van Steen e Morey ha preso in esame tre differenti hashtag divenuti molto popolari su Instagram con lo scopo di indagare se i contenuti ad essi associati fossero riconducibili alla realtà dei disturbi alimentari. I tre hashtag in questione sono: #Thinspiration, #Fitspiration e #Bonespiration. L'indagine ha dimostrato che l'hashtag #Thinspiration era collegato a post che promuovevano ideali di magrezza attraverso immagini che narravano un'esperienza di perdita di peso oppure a post che diffondevano delle tecniche per dimagrire riconducibili alle comunità pro-DCA. L'hashtag #Fitspiration (Immagini 2 e 3), nel 90% dei post di Instagram presi in esame, veniva associato a corporeità che presentavano una bassa percentuale di grasso corporeo. L'utilizzo di questo hashtag ha preso piede su Instagram, diffondendosi successivamente agli altri social network più popolari. La sua dimensione è molto complessa poiché in origine era stato introdotto con l'obiettivo di promuovere la ricerca di un corpo "in salute". Con l'incremento della sua popolarità, i criteri dei contenuti ad esso associati si sono fatti sempre più selettivi, ammettendo unicamente una corporeità magra e tonica. Nello specifico, una ricerca di Cataldo e altri (2021), ha evidenziato come l'hashtag #Fitspiration si riferisse per il 63,7% alle figure di persone in posa statica (specialmente ragazze); per il 25% a persone fotografate mentre ingaggiavano un'attività fisica; per il 19% a immagini di cibo salutare come frutta o frullati proteici. Nella narrativa Fitspiration, è molto

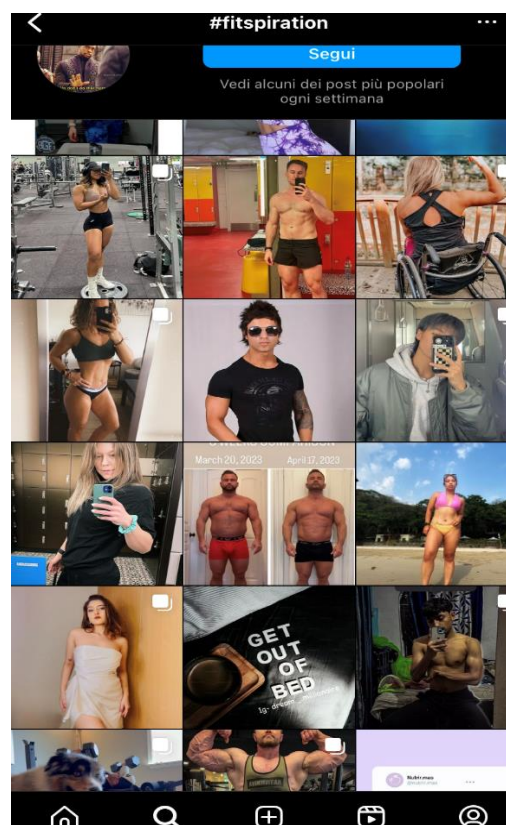
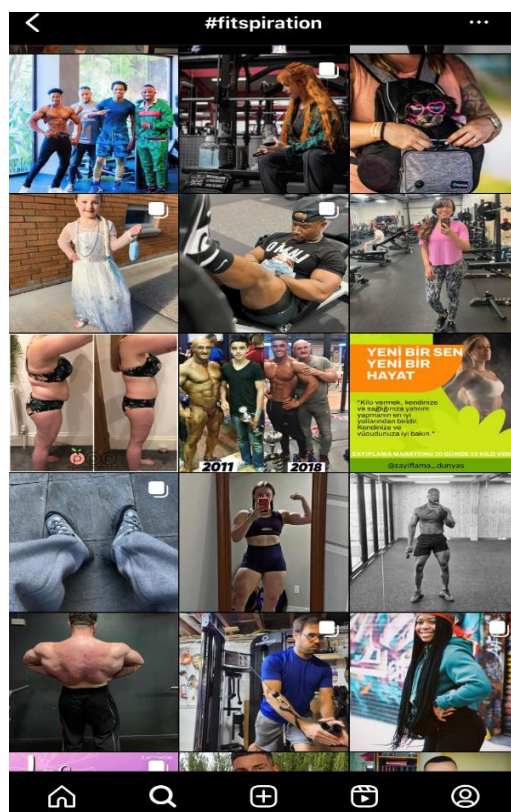


Immagine 2 e 3 – Alcuni risultati derivanti dalla ricerca dell'hashtag #fitspiration nel motore di ricerca di Instagram.

raro che il fitness venga considerato come uno strumento per ingaggiare uno stile di vita più attivo e volto ad un obiettivo di salute. All'opposto, nella maggioranza dei casi gli viene attribuito il ruolo di "mezzo" attraverso cui mettersi in forma, essere apprezzati e raggiungere gli ideali di bellezza socialmente riconosciuti (Cataldo e altri 2021). #Bonespiration (Immagine 4) è un hashtag più intimamente connesso alle realtà dei DCA poiché solitamente viene associato all'esaltazione di corpi scheletrici. Al momento della ricerca i post ricollegati all'hashtag #Bonespiration erano 130.000. Più le ossa sporgono e sono visibili, più l'immagine viene apprezzata. Attraverso l'aspetto scheletrico (che non è causa di preoccupazione ma di orgoglio), l'anoressica si compiace del rigetto altrui perché esso marca la specialità del proprio corpo (Margherita 2022). I contenuti associati a questi tre hashtag sono accumulati da un'esposizione del corpo specifica e parziale (solo le braccia, solo le gambe ecc.). Come è stato riscontrato da numerose ricerche, la visibilità del corpo sotto il 50% della sua interezza ne favorisce l'oggettivazione (Talbot, Gavin, van Steen e Morey 2017; Cataldo e altri 2021). La possibilità di connettersi ininterrottamente con le realtà dei social media gioca un ruolo fondamentale nel determinare l'intensità dell'influenza di questi hashtag. Frequentare continuamente gli spazi online favorisce la ricerca e la condivisione di questo tipo di contenuto, aumentando al contempo il rischio di esposizione involontario e passivo per il soggetto. Recepire positivamente questi contenuti può portare a comportamenti estremi ma molto comuni come l'attitudine a perseguire l'esercizio fisico anche in condizioni debilitanti come stanchezza, malattia o infortunio. Nella narrativa Fitspiration mancare una seduta di allenamento o interrompere la propria routine genera un senso di colpa rispetto al carattere positivo del superamento dei limiti (propri e dell'essere umano) che trasforma il dolore fisico in piacere (Cataldo e altri 2021). Secondo i risultati prodotti da una ricerca di Holland e Tiggerman (2017), l'esposizione a questi hashtag accentua il rischio di sviluppare sintomi psicopatologici associati ai disturbi alimentari o a disturbi dell'ansia. Inoltre, una grande percentuale delle donne che promuovono l'hashtag #Fitspiration soffre di un disturbo alimentare. I numeri delle interazioni con le piattaforme online dei ragazzi tra i 12 e 13 anni sono i più alti in assoluto rispetto a tutte le fasce d'età e nella maggioranza dei casi riguardano la ricerca di informazioni su argomenti come salute e fitness. Quando la ricerca di un determinato peso corporeo si trasforma in un comportamento abituale avviene un incremento della negatività rispetto all'idea di sovrappeso e obesità – la cui concezione è spesso soggettiva e non rientra nei parametri medici di tali condizioni (Lenis e altri 2021). Nel 2017, Branley e Covey hanno condotto una ricerca sulla comunicazione pro e contro l'anoressia nelle piattaforme social Twitter e Tumblr. In molti dei post presi in esame, gli utenti hanno dichiarato di sentirsi vittime di una forte pressione sociale circa la conformazione del proprio corpo rispetto ad una magrezza ideale. La Superdrug Online Doctors, un

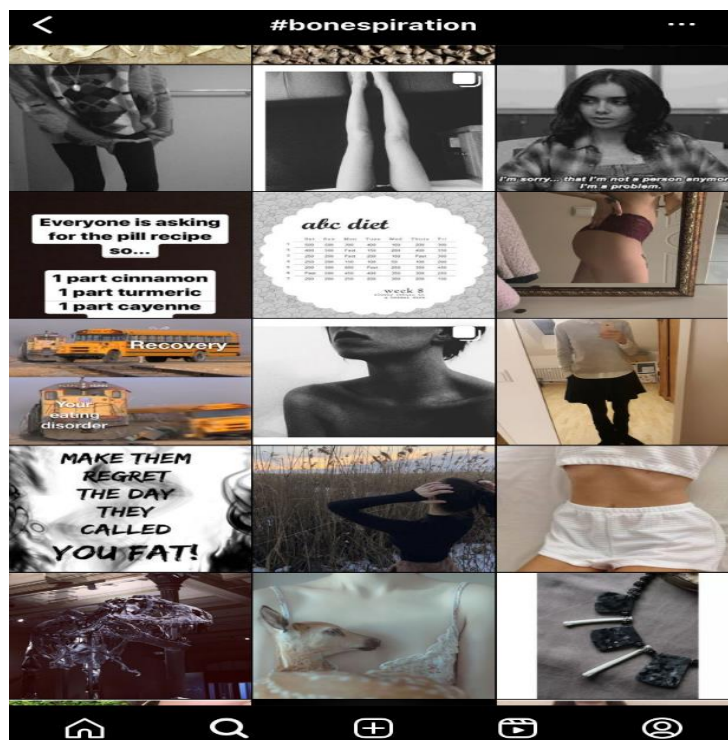


Immagine 4 – Alcuni risultati prodotti dalla ricerca dell’hashtag #bonespiration

portale online del Regno Unito che fornisce visite mediche e vendita di farmaci online, nel 2015 ha commissionato a designer di diciotto differenti paesi la modifica digitale di un’immagine femminile che rispettasse i canoni di “corpo perfetto” rispettivi di ogni paese. I risultati del progetto Perceptions of Perfections³² (Immagine 5) hanno evidenziato come le corporeità ideali di contesti socioculturali diversi tendano a collimare verso un ideale di magrezza unico. Il BMI (Body Mass Index) medio dei corpi illustrati risulta essere 21,7, con Italia (18) e Cina (17) che presentano i valori più bassi; secondo la comunità medica internazionale il parametro BMI di 17 evidenzia la presenza di un caso di anoressia³³. Nelle piattaforme social si possono ottenere anche consigli su pratiche attraverso cui ottenere “un bel corpo” come diete ed esercizio fisico. Social media basati sulla self-image conferiscono ai loro utilizzatori un senso di vicinanza ai profili seguiti – anche di “persone famose”, il quale favorisce pratiche di tipo imitativo, in particolar modo nell’ingaggio di abitudini alimentari dietetiche (Turner e Lefevre 2017). I risultati di una ricerca condotta da Mahmid e altri (2021), hanno determinato come nella popolazione femminile delle università palestinesi l’utilizzo di internet è strettamente legato alle preoccupazioni adolescenziali verso l’alimentazione e la forma del corpo. Inoltre, hanno rilevato come questa diretta connessione detenga un ruolo chiave nell’insorgenza di una forma di DCA. Le dinamiche dei social network hanno reso possibile un continuo e costante

³² Sito web del Progetto Perceptions of Perfection; <https://onlinedoctor.superdrug.com/perceptions-of-perfection/#tab> .

³³ Articolo pubblicato sul sito Eatingdisorderhope in data 17 settembre 2021; <https://www.eatingdisorderhope.com/information/eating-disorder/bmi> .

controllo del corpo – sia personale sia da parte degli altri – che porta spesso a provare ansia e vergogna rispetto alla propria corporeità. Una relazione causa-effetto sviluppata su tre stadi: confronto con ideali irraggiungibili – insoddisfazione corporea – controllo del peso ossessivo o episodi di binge-eating (Talbot, Gavin, van Steen, Morey 2017). L’aumento dei casi di ortorexia nervosa negli ultimi dieci anni è fortemente collegato alla rappresentazione del cibo nei social network (Koenler e Meloni 2019), mangiare poco e “bene” diventa essenziale al raggiungimento alla condizione di magrezza che non è solamente uno stato fisico, ma è anche una condizione sociale elitaria (Bordo 2003). Queste realtà portate all’estremo sono rappresentate dai siti e dalle pagine Pro-Ana e Pro-Mia, dove ideali corporei e pratiche alimentari sono promossi secondo una visione distorta e la malattia è trasformata in un culto (Branley e Covey 2017).

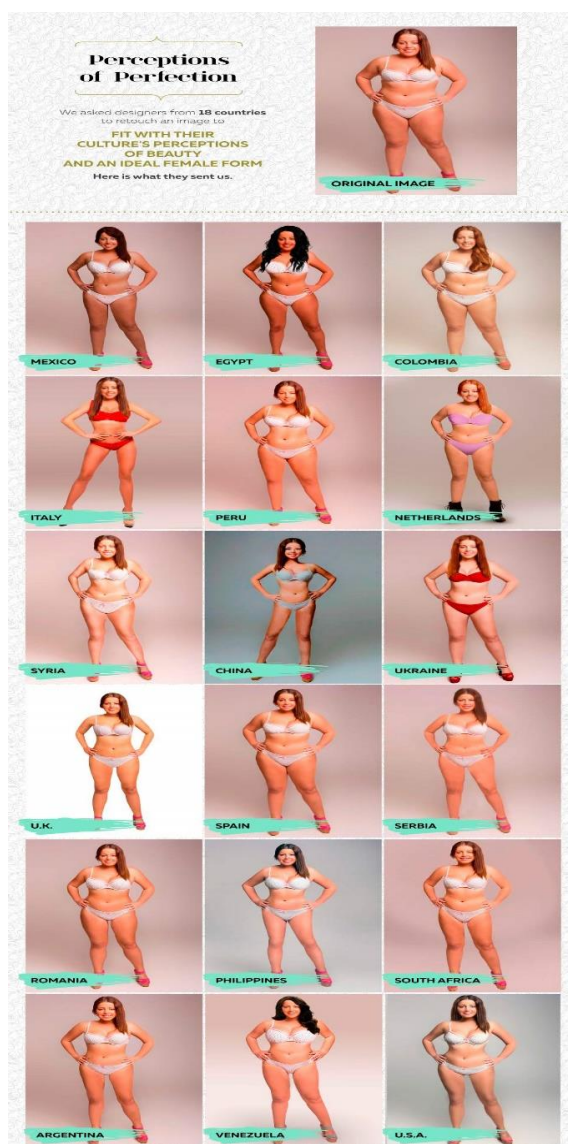


Immagine 5 – Le corporeità ideali secondo diciotto nazioni delineate dal progetto Perceptions of Perfection

L’hashtag e i suoi significati nella narrazione delle immagini

Per delineare l’importanza di hashtag come i tre sopra esaminati, nel seguente paragrafo verrà approfondito il ruolo dell’hashtag nelle dinamiche che regolano la narrativa delle immagini nei social media. L’hashtag a livello nozionistico è un tipo di etichetta o di tag metadata usato a cornice dei contenuti nei social network e nei servizi di microblog. Inizialmente, questo simbolo è divenuto popolare su Twitter, venendo successivamente ripreso da altri social network molto popolari come Facebook, Instagram e Tik-Tok. Oggi la sua popolarità e il suo utilizzo hanno travalicato i confini di Internet e sono presenti in modo significativo in altri media come la televisione e il linguaggio parlato. La sua efficacia risiede nelle possibilità comunicative che esso garantisce nella comunicazione sia verbale che non verbale. Nello specifico della relazione tra metadata e immagini, l’hashtag ha la capacità di attribuire segni linguistici all’immagine per facilitarne la classificazione, l’archiviazione o il tracciamento della provenienza (Vazleski 2016). Effettuare una ricerca mediante gli hashtag permette di connettere differenti contenuti o blocchi tematici. Al contempo permette agli utilizzatori di connettersi tra loro, entrando in contatto con persone che hanno interessi simili provenienti da qualsiasi parte del mondo. “L’efficacia” di un hashtag è determinata da alcune caratteristiche fondamentali. Un hashtag ideale dev’essere: unico; distinto; facile da ricordare; non troppo generico; colmo di significato. Ogni qual volta un hashtag viene associato ad un’immagine entra a far parte di un “hashtag chain”, una concatenazione di hashtag affini il cui numero medio oscilla tra le undici e le dodici unità. Maggiore è il numero di hashtag più la comunicazione risulta efficace, un esempio di “hashtag chain” è il seguente: #fitspiration #workout #fitness #diet #thin #gym ecc. Vazleski (2016), suddivide gli hashtag in tre macrocategorie: Cacciatori di like; Tematizzanti; Contestualizzanti. Nella prima categoria rientrano gli hashtag che hanno lo scopo di incrementare il numero di visualizzazioni, sono molto comuni e possono essere associati ad un’ampia varietà di post; la categoria “Tematizzanti” si riferisce al tema dell’immagine o alla modalità attraverso cui viene prodotta; a differenza degli hashtag delle due categorie precedenti che sono ripetitivi e standard, i “Contestualizzanti” sono molto soggettivi e solitamente indicano emozioni, mood o le circostanze dello scatto della foto. Nella narrativa del Web 3.0³⁴ gli hashtag si presentano come una nuova forma di testo minimale inscindibile dall’immagine. Un’immagine in quanto tale costituisce una rappresentazione parziale, la quale può essere completata solamente degli hashtag ad essa associati. Nella relazione tra hashtag e selfie – gli

³⁴ I servizi web di terza generazione si focalizzano su un punto essenziale, l’intelligenza artificiale applicata alle risorse del web. Il cosiddetto web semantico, grazie al quale sistemi automatici potranno interagire con l’uomo in maniera evoluta, avrebbe il beneficio di sfruttare un enorme bacino sia di dati sia di utenti, e quindi costruire archivi giganteschi in cui conservare informazioni semplici e strutturate, ed estrarle per comunicare con l’uomo; https://www.treccani.it/enciclopedia/web-3-0_%28Lessico-del-XXI-Secolo%29/.

autoritratti fotografici, questa dinamica assume un ruolo fondamentale nella percezione del sé e nella costruzione identitaria.

I Selfie tra deriva narcisistica e auto-rappresentazione

Nel 2015, una ricerca condotta da Manovich e altri ha evidenziato come i selfie fossero il 4% delle immagini presenti su Internet. Nonostante le percentuali sembrano indicare un numero esiguo, il 4% del totale delle immagini corrispondeva a tre quarti di bilione. In “The Selfie Moment” (2016), Trisha Goodnow riporta un dato del 2014 che quantifica il numero di selfie scattati e postati nei social media in 93 milioni. Per interpretare questo dato Goodnow propone due differenti prospettive: il selfie come espressione di una società narcisistica; il selfie come metodo comunicativo. Un’indagine di Katz e Crocker del 2016 si è focalizzata su questo secondo assunto, determinando come di per sé i selfie siano una produzione intenzionale che si muove in bilico tra artificiosità e spontaneità. La loro popolarità è un indicatore di come per le persone sia importante trovare il giusto angolo di auto-esposizione. Secondo Weber (2019), i selfie sono così popolari perché [in essi] si possono controllare molti aspetti dell’apparenza: make-up; angolo giusto; posa; ritocchi con Photoshop. Nonostante ciò, essi non sono in grado di mostrare come appariamo quando agiamo nel mondo, quando interagiamo con l’Altro o come l’Altro recepisce e interpreta la nostra apparenza. Una considerevole parte del gruppo studiato da Katz e Crocker ha dichiarato di preparare/studiare in anticipo la fattura dei propri selfie. Al contempo, gli stessi hanno espresso un’idea concettuale del selfie votata alla spontaneità. Inoltre, un terzo del gruppo ha dichiarato di scattarsi i selfie unicamente per impressionare gli altri. Per Margherita (2022), quella odierna è una società che ha annullato il desiderio e l’inconscio, dove l’esperienza e il legame con l’altro sono sacrificati a scapito di un godimento immediato perpetrato attraverso la consumazione indiscriminata di oggetti, siano essi cibo, alcol, droghe, prodotti audiovisivi o la propria immagine riflessa. Caricare immagini sui social media ferma ogni istante dell’esistenza e, come l’anoressia, cancella l’idea di passato e di futuro dal corpo. Il telefono cellulare prima e gli smartphone poi hanno permesso alla nozione di auto-ritratto di rinvigorirsi attraverso la possibilità di scattare foto in modo semplice e “gratuito” (Goodnow 2016). Ogni fotografia rappresenta un momento intrappolato nel tempo – senza un inizio e senza una fine – che è in grado di produrre solamente della narrativa chiusa su sé stessa. La mancanza di interesse per il prima e il dopo rimanda al concetto di Present Shock introdotto da Douglas Ruskoff, ovvero l’interesse proiettato solamente verso il presente – il qui e ora senza un passato e senza un futuro, l’apparenza di un non-ora nell’adesso (Carreño 2016). Secondo Goodnow la pericolosità di concepire le immagini da questa prospettiva deriva dal bisogno spasmodico di sostituire qualcosa con qualcos’altro. Un

perpetuo bisogno di eccitamento nell'immediato, senza la pazienza per un appagamento sul lungo termine, e un'attitudine che presenta molti punti in comune con l'analogia tra anoressia e tossicomania esplorata da Brusset (Zurolo 2022). Per Brusset l'anoressica esperisce un "godimento della rinuncia", ovvero una sensazione di piacere provata nell'atto del rifiuto che viene continuamente ricercato una volta soddisfatto. Per Margherita i selfie funzionano secondo la stessa dinamica. Goodnow classifica i selfie in tre specifiche categorie: Avventura; Popolarità; Attrattività. La categoria Avventura consiste nell'immortalare situazioni pericolose, faticose e cariche di adrenalina come: sporgersi sul bordo di uno strapiombo o posizionarsi su dei binari con un treno in arrivo. Nella categoria Popolarità rientrano il più delle volte scatti collettivi che hanno l'obiettivo di dimostrare di essere popolari. Al centro dell'immagine vi è sempre e solo chi scatta la foto e il momento immortalato deve essere di gioia e giubilo. In una società contemporanea votata al narcisismo essere popolari rafforza il valore del Sé e de-significa il contesto e la narrazione dell'immagine: l'unico importante nella foto è il soggetto che la scatta (Goodnow 2016; Margherita 2022). La categoria dell'Attrattività si suddivide a sua volta in due sub-categorie: del volto; di esercizio. Nello specifico dei selfie "di esercizio", i soggetti più attivi in questa categoria sono le donne. Spesso si immortalano in tenuta d'allenamento e il focus dell'immagine è il corpo, il volto viene completamente eliminato. Lo scatto di queste immagini si appoggia molto spesso all'utilizzo di uno specchio. Immortalarsi attraverso il riflesso dell'immagine pone il soggetto al centro dell'attenzione. Questa pratica permette all'individuo di esaminarsi e giudicarsi "dall'esterno". Per Sartre la seconda dimensione dell'embodiment (lo stadio ontologico del corpo per l'Altro) ricorda il tentativo di catturare l'esistenza del corpo dalla prospettiva di un osservatore esterno: il corpo diventa una cosa distanziata e oggettivata nel mezzo delle cose. Attraverso lo sguardo altrui non si riesce più a trascendere il proprio corpo, ma si viene respinti indietro all'idea dell'oggetto che siamo per l'altro (Weber 2019). I selfie "di esercizio" sono gli unici che possono presentare la narrazione di un prima e un dopo attraverso un'immagine che raffigura l'aspetto del corpo pre-cambiamento. Nonostante ciò, l'unica funzione di queste immagini è rafforzare la narrativa della nuova corporeità ottenuta. Nella fenomenologia husserliana le immagini sono viste come un'"assenza" del tempo. Più nello specifico, poiché l'immaginario del tempo è differente dalla percezione dello stesso, quello che comunica un'immagine non è un (non-)tempo ma un "giusto timing" (Carreño 2016). Nell'autorappresentazione si è consci che il soggetto (immagine soggetto) è definito dalla cornice che lo circonda (immagine oggetto). Per Husserl la percezione dell'immagine è subordinata a quella che chiama "immagine-coscienza", ovvero la non-inclinazione a considerare l'immagine soggetto come qualcosa che esiste prima del sé. Da un punto di vista "normale", l'immagine non è altro che un'illusione sempre in diretto contrasto con la fantasia. Mediata dall'immagine-coscienza, questa

relazione binaria implica che tutte le immagini con cui si entra in contatto richiedono all'osservatore di essere sempre consapevole, volenteroso e coinvolto immaginativamente. Secondo Husserl nell'osservazione delle immagini si tende a "*fictionalizzare*" il contenuto per farlo corrispondere alla propria interpretazione e di conseguenza se ne costruisce una narrazione fittizia (Carreño 2016).

L'auto-rappresentazione tra online e offline: un caso studio

Nel 2015 Burkell e Saginur hanno pubblicato i risultati di una ricerca condotta in Canada volta ad esaminare come la relazione tra ragazze adolescenti e social media fosse percepita in contesti urbani e rurali. Burkell e Saginur hanno intervistato sei ragazze di un'età compresa tra i 15-17 anni e sei ragazze di un'età compresa tra 18-22 anni, curando che ogni gruppo rappresentasse equamente città e ambiente rurale. Inoltre, hanno consultato quattro gruppi di discussione per un totale di ventidue testimonianze raccolte. In virtù dei risultati prodotti dallo studio, Burkell e Saginur hanno definito l'ambiente sociale online come un ibrido tra le caratteristiche della vita sociale dei contesti urbani e rurali. Nonostante online lo spazio sembri comprimersi sino a scomparire completamente, è impossibile annullare del tutto la distanza geografica. In ambito relazionale i social media permettono di mantenere relazioni continue con familiari e amici che vivono anche molto distanti. Inoltre, i social media permettono di ampliare enormemente le possibilità di stabilire nuove relazioni con persone mai incontrate e che forse non si incontreranno mai. Per le persone che vivono in un contesto urbano hanno numerose possibilità di socializzare e costruire una rete relazionale "offline" molto ampia e diversificata. Le aree rurali, dove la densità della popolazione è minore, offrono un limitato numero di possibilità di socializzazione e le persone con cui si può interagire sono sempre le stesse. Da questa prospettiva le relazioni online sembrano "progettate" appositamente per minimizzare – se non eliminare – le differenze tra le due, conferendo la possibilità a chi vive nelle aree rurali di sviluppare e mantenere una rete sociale più ampia e meno densa. In età adolescenziale, questi spazi possono diventare indispensabili per lo sviluppo identitario. In questo senso l'online offre numerose possibilità di controllo sociale: si può guardare e giudicare gli altri; si può guardare gli altri guardarsi; si può guardare il proprio profilo; si può essere guardati e giudicati dagli altri. Queste forme di sorveglianza implicano la possibilità che i social network possano diventare luoghi dove l'espressione sociale viene sempre più limitata. Quest'evenienza risulta più probabile tanto più è ristretta la sfera relazionale, ovvero se i contatti online sono pochi e corrispondono solamente ai contatti offline. Tutte le ragazze intervistate durante la ricerca hanno dimostrato consapevolezza circa la categoria a cui rispettivamente appartenevano. La testimonianza di una ragazza è particolarmente significativa, ella

suggerisce che le ragazze che abitano in un contesto urbano sono più propense a modificare digitalmente le proprie fotografie. All'opposto per chi vive nei "piccoli paesini" è più difficile farlo poiché tutti conoscono tutti e di conseguenza non si può sperare di "ingannare" qualcuno. Secondo i termini di Erving Goffman³⁵, online la densità dei contatti sociali delle ragazze di area rurale rende più difficile mantenere una separazione tra ciò che si mostra in pubblico e ciò che si vuole tenere nel privato. Un tema risultato comune alla maggioranza delle intervistate (indipendentemente dal contesto di provenienza) è stata la definizione dei profili online, ritenuti "non veri profili" ma attentamente costruiti per promuovere una determinata immagine di sé. La loro "realtà" è tale solo in modo limitato, il contenuto postato è un modo per nascondere sé stessi e far apparire solo una parte di chi si è veramente. Una delle ragazze intervistate, commentando le attitudini delle ragazze in contesto urbano, ha affermato: *"sono così addentro [a queste rappresentazioni] che devono postare per tutto il tempo foto del loro altro o di chi vorrebbero essere, dimenticandosi di chi sono veramente"*. La maggioranza delle intervistate ha espresso un rifiuto verso comportamenti al di fuori delle regole o di sessualizzazione del corpo. Tuttavia, per quella stessa maggioranza una certa dose di immagini sexy sono necessarie per ottenere popolarità e desiderabilità nei ragazzi. Come conseguenza diretta, parenti e/o colleghi sono esclusi dai profili per impedire che possano visionare contenuti a loro "inadatti". Per mantenere le due sfere separate è necessario possedere un secondo profilo considerato "pulito", con il quale mantenere i rapporti con i conoscenti stretti.

³⁵ Erving Goffman, *The Presentation of Self in Everyday Life*, 1959, Anchor Books, New York.

I DCA online: gli spazi Pro-Ana e Pro-Mia

Gli spazi Pro-Ana e Pro-Mia sono spazi virtuali – blog, forum, pagine di social network, chat di WhatsApp o di Telegram – nei quali soggetti (singoli o gruppi) inneggiano a ideali di corporeità pericolosi per l'integrità psicofisica come la magrezza estrema e promuovono pratiche alimentari distorte (Bisagni e Facci 2020). L'obiettivo che si prefiggono è la legittimazione dell'anoressia come stile di vita scelto liberamente e non come una condizione psicopatologica di malattia (Margherita e Nuzzo 2022; Borzekowski, Schenk, Wilson e Peebles 2011). Gli acronimi Pro-Ana e Pro-Mia sono le contrazioni della parola Anoressia e della parola Bulimia. Secondo la ANAD (*National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders*) le realtà Pro-Ana e Pro-Mia rappresentano veicoli che promuovono comportamenti rischiosi finalizzati alla perdita di peso che favoriscono l'insorgenza di un DCA. La NEDA (*National Eating Disorders Association*) evidenzia come siano i “soggetti deboli” o più vulnerabili ad esserne maggiormente influenzati. La nascita del fenomeno viene collocata negli Stati Uniti alla fine degli anni Novanta, mentre in Italia arriva solo nella prima metà degli anni Duemila (Giovannini 2004). Un monitoraggio effettuato da Optinet³⁶ in un periodo che va dal 2006 al 2013 ha riscontrato in quel lasso temporale un aumento del 470% della presenza di queste realtà nel Web. Un'ulteriore ricerca condotta da Eurispes³⁷ mediante il censimento di 270 blog Pro-Ana italiani ha evidenziato come l'età media di chi gestiva questi blog fosse di 17 anni, ma molto numerose erano le eccezioni rappresentate da ragazze di 12-13 anni. Le prime forme attraverso cui queste realtà sono comparse nella rete sono stati i blog, che, usati come diari personali, raccoglievano pensieri e consigli su come vivere la malattia. Nel panorama del Web i blog si presentano come una forma di scrittura del sé attraverso cui ognuno può costruire ed esprimere la propria identità. Nella declinazione delle realtà Pro-Ana essi rappresentano un vero e proprio prodotto creativo nel quale le autrici riversano tutta la complessità delle loro esperienze di vita. L'omogeneità dei blog si rapporta in modo diretto all'omogeneità dei gruppi monosintomatici³⁸ (anoressici o bulimici). In tal senso, gli spazi Pro-Ana e Pro-Mia si presentano come un gruppo specifico dove si dispiegano relazioni connotate da condivisione e da un sostegno reciproco. (Margherita e Nuzzo 2022). Con i forum questi spazi si sono trasformati luoghi aggregativi dove individui che vivono in condizioni simili possono ritrovare altre persone – altri sé stessi – con la cui compagnia affrontare le sfide che la malattia pone davanti, scambiandosi consigli sulle pratiche alimentari e sostegno morale. Grazie ai social network queste realtà si sono diffuse in modo capillare, pagine a tema e gruppi pubblici e privati hanno

³⁶ Margherita e Nuzzo; 2022; pp.223

³⁷ Margherita e Nuzzo; 2022; pp.223

³⁸ Gruppi terapeutici formati da individui che presentano il medesimo disturbo; Margherita; 2022; pp. 17.

permesso a un numero sempre più elevato di soggetti, in qualunque parte del mondo vivessero, di entrare in contatto tra loro (Bisagni e Facci 2020). In questi spazi si scontrano il principio di piacere

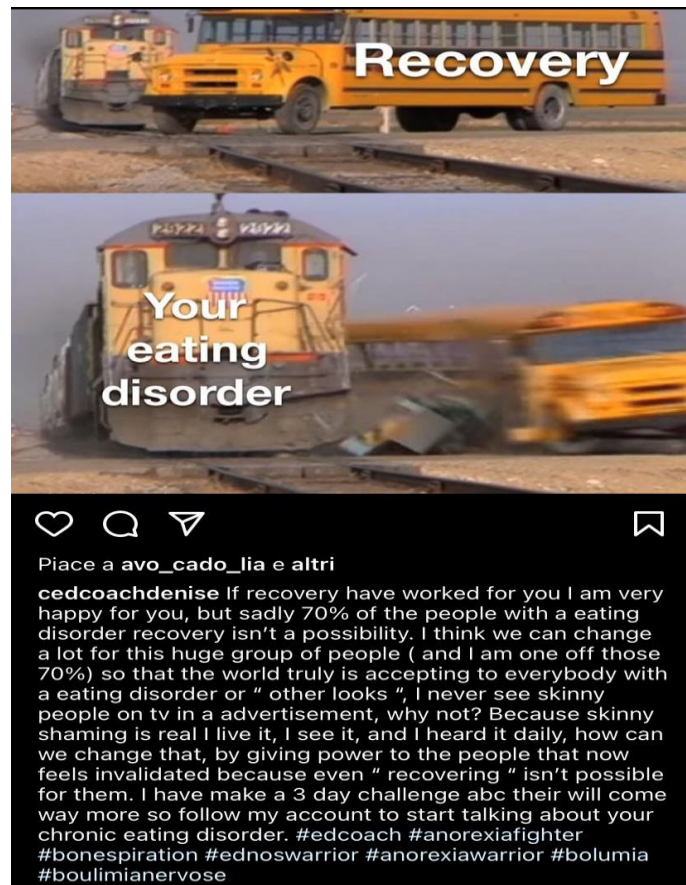


Immagine 6 – Post pubblicato da una ragazza che soffre di DCA, che dimostra come la narrativa dei messaggi Pro-Ana venga declinata nel linguaggio dei social network attraverso meme e hashtag specifici

e il principio di realtà. Questo conflitto porta ad un sovraccarico percettivo circa le immagini del mondo virtuale, il quale induce le persone a stabilire una relazione con una “realtà sfalsata” (Margherita e Nuzzo 2022). Rapportando la propria immagine corporea alle immagini della “realtà sfalsata” si genera un’alterata percezione delle forme del proprio corpo che dà origine all’autoinganno del non riconoscersi (Margherita 2022). Molte ricerche hanno dimostrato come le ragazze adolescenti esposte a queste dinamiche esprimono più insoddisfazione corporea rispetto a coloro che non frequentano le realtà Pro-Ana e Pro-Mia. Inoltre, in caso queste ragazze soffrano già di un DCA, è stato rilevato un decorso più lungo della condizione di malattia (Borzekowski, Schenk, Wilson e Peebles 2011). La creazione di identità virtuali mediante l’utilizzo di avatar e nicknames permette di essere chiunque si voglia, facilitando l’alienazione della relazione con il corpo indotta dal disturbo alimentare (Dalla Ragione e Mencarelli 2013). Il “farsi altro” reso possibile dal virtuale è di fatto l’unica modalità attraverso cui chi soffre di anoressia riesce a stringere un legame sociale (Margherita 2022). Le possibilità del mezzo multidimensionale assomigliano molto a quelle dell’onnipotenza anoressica, dove l’espansione del Sé passa dall’annullamento della fisicità (Margherita e Nuzzo 2022).

Bisagni e Facci (2020), definiscono gli spazi Pro-Ana e Pro-Mia come “virtual communities” nelle quali ragazze si scambiano consigli e si motivano a vicenda nel mantenimento del disturbo alimentare. Nel gergo di Internet una *community* è uno spazio dove un gruppo di persone si incontrano, discutono e si scambiano informazioni attraverso la rete³⁹. Margherita (2022) le definisce come: “*spazi di condivisione e comunicazione “grupuale” dove si combatte una battaglia identitaria a cui il progetto anoressico dà forma.*” Il virtuale mediante la possibilità di una multi-narrazione configura diverse dimensioni del Sé. In queste “virtual communities” la percezione del Sé si rifà a quattro principali costrutti metaforici identificati da Carolina Bates attraverso la Metaphore Identification Procedure (MIP)⁴⁰: il Sé come spazio; il Sé come peso corporeo; il Sé in miglioramento; e il Sé sociale (Mento e altri 2021). Queste quattro principali metafore rappresentano strategie discorsive volte sia a creare un’identità Pro-Ana collettiva sia a rappresentare come Pro-Ana ogni identità individuale (Bates 2015). Nonostante ciò, l’individuo percepisce un senso di continuità personale: tutte le rappresentazioni sono in armonia le une con le altre e configurano un’entità allo stesso tempo coerente e diversificata (Margherita e Nuzzo 2022). Queste diverse concezioni del Sé parlano tra loro attraverso un linguaggio in codice comprensibile solo a chi vi è addentro e poiché l’utilizzo di un vocabolario comune negli spazi online è un forte dispositivo aggregante (Bryden, Funk e Jansen 2013), i soggetti che frequentano le realtà Pro-Ana e Pro-Mia formano spesso legami molto stretti tra loro (Eli e Lavis 2018). Per poter evitare che l’algoritmo dei motori di ricerca renda questi spazi facilmente individuabili, parole come anoressia e bulimia sono spesso vietate nei domini web⁴¹, sia nel nome del sito sia nelle conversazioni che hanno luogo in esso. Nonostante ciò, questo tentativo di limitazione è stato facilmente aggirato attraverso contrazioni o modifiche delle parole chiave che hanno contribuito a formare un linguaggio ermetico e inaccessibile a chi vi è esterno. Inoltre, un meccanismo di chiusura e riapertura ciclico insito nella loro struttura ha reso il tracciamento della nascita e dell’evoluzione di questi siti sempre molto difficoltoso da perseguire (Margherita e Nuzzo 2022). In qualunque forma mediale si presentino le realtà Pro-Ana, le modalità relazionali al loro interno sono simili a quelle di una setta: “*dei movimenti underground dove si lancia un appello a dimagrire ad oltranza*” (Dalla Ragione e Mencarelli 2013). Nei siti Pro-Ana, l’anoressia viene idealizzata e personificata, Ana è considerata una dea che va adorata e servita attraverso il dolore e il sacrificio del proprio copro. Tale dinamica rimanda ad un rapporto intrattenuto con un’icona religiosa,

³⁹ Vocabolario online Treccani; <https://www.treccani.it/vocabolario/community> .

⁴⁰ Un metodo per identificare l’uso metaforico delle parole in un discorso; https://www.lancaster.ac.uk/staff/eiaes/Pragglejaz_Group_2007.pdf .

⁴¹ Un nome di un dominio (spesso chiamato semplicemente dominio) è un nome facile da ricordare associato a un indirizzo IP fisico su Internet.

regolato da dieci comandamenti, i quali sono stati riscontrati essere comuni alla maggioranza degli spazi Pro-Ana (Margherita e Nuzzo 2022):

1. Se non sei magra, non sei attraente;
2. Essere magri è più importante che essere sani;
3. Compra dei vestiti, tagliati i capelli, prendi dei lassativi, muori di fame, fai di tutto per sembrare più magra
4. Non puoi mangiare senza sentirti colpevole;
5. Non puoi mangiare cibo ingrassante senza punirti dopo;
6. Devi contare le calorie e ridurne l'assunzione di conseguenza;
7. Quello che dice la bilancia è la cosa più importante;
8. Perdere peso è bene, guadagnare peso è male;
9. Non sarai mai troppo magra;
10. Essere magri e non mangiare sono simbolo di vera forza di volontà e autocontrollo.

Al contempo Ana è anche un'amica che è sempre sincera e che all'opposto di famigliari e amici promette di non andarsene mai e di essere sempre pronta ad aiutare (Branley e Covey 2017). La teoria sociale cognitiva proposta da Albert Bandura vede i modelli di comportamento più facilmente imitabili quando i ricettori del messaggio si possono relazionare con il modello e percepiscono un riscontro rispetto alla narrazione del loro comportamento (Borzekowski, Schenk, Wilson e Peebles 2011). Dalla prospettiva dell'anoressica la sua condizione di malattia è legittimata attraverso una sfida lanciata alla società, una sorta di "diritto di essere anoressica" (Margherita e Nuzzo 2022). Nei termini della virtualità, il Web è individuato come un rappresentante dell'intera società verso cui rivolgere questo quanto di sfida. Negli ultimi dieci anni l'attività di contrasto a queste realtà si è fatta molto più complessa, l'attività preventiva e di controllo della polizia postale ha indotto chi gestisce questi spazi a spostarli in forme private come gruppi WhatsApp o Telegram, mentre gli spazi "pubblici" del Web sono utilizzati solamente come punti di contatto attraverso cui attirare nuovi membri (Bisagni e Facci 2020). Nei gruppi WhatsApp e Telegram non si offrono solo consigli e supporto: il controllo del peso e della corporeità è incentivato dall'esigenza (pena l'esclusione) di mandare in chat immagini che dimostrino l'effettiva condizione di magrezza. Secondo la "cultivation theory" elaborata da George Gebner, gli individui che subiscono un'ampia esposizione a messaggi pervasivi e ripetuti sono i più propensi a trasformare tali messaggi in normative (Borzekowski, Schenk, Wilson e Peebles 2011). L'accesso costante alla rete dei "nativi digitali" (Biscaldi e Matera 2021), espone a queste realtà soggetti di età sempre più bassa: il 70% delle adolescenti prova insoddisfazione per il proprio corpo mentre questo dato sale all'80% nelle donne al college e

all'università. Inoltre, la maggioranza delle adolescenti americane ha dichiarato che preferirebbero essere investite da un tir piuttosto che essere grasse (Lester 2019). Dall'età di tre anni le bambine esprimono interesse negli ideali di magrezza e con il compimento del sesto anno questo desiderio viene associato all'idea di intraprendere un percorso dietetico (Rauscher, Kauer e Wilson 2013; McBried e Kwee 2019). Bambine accedono a spazi online dove gli adulti non possono entrare, luoghi sicuri di un'eterna infanzia da cui il mondo esterno non sembra nient'altro che un'illusione (Dalla Ragione e Mencarelli 2013), “un'Isola che non c'è” da cui è difficile tornare indietro.

4. Casi etnografici

La storia di Maria: vivere e raccontare l'anoressia tra pandemia e social media

Maria è una ragazza di 17 anni, gestisce un profilo Instagram in cui racconta della sua personale esperienza con i DCA. In esso si presenta sempre molto sorridente e nei suoi post e reel divulgativi non mancano mai battute spiritose e un sorriso accogliente. Quando aveva 14 anni ha dovuto affrontare una battaglia contro l'anoressia da cui lei però si sente uscita vincitrice e guarita nonostante ancora oggi quell'esperienza produca degli effetti nella sua vita. La nostra interazione è avvenuta principalmente in due modalità: una indiretta, mediante la frequentazione dei contenuti della sua pagina Instagram; ed una attiva, mediante una costante conversazione intrattenuta attraverso la sezione dei messaggi della piattaforma. Le conversazioni sono iniziate nel mese di settembre del 2022 e continuano tutt'ora nel momento di stesura di questo lavoro. La sua storia è una storia fortemente contemporanea, caratterizzata dall'avvento della pandemia di COVID-19 e dall'impatto avuto dai lockdown imposti come contromisura alla stessa. Tra l'autunno del 2019 e i primi mesi del 2020 una serie di problematiche familiari, personali e scolastiche si sono affacciate congiuntamente nella sua quotidianità. Maria si concentra in particolare sull'esperienza scolastica, raccontando che nell'anno in cui aveva iniziato il liceo le si poneva davanti un nuovo tipo di realtà, una realtà che a quell'età non era preparata ad affrontare, soprattutto rispetto all'importanza che le viene generalmente attribuita. Il passaggio tra scuole medie e scuole superiori l'ha portata a *“sentirsi persa”*. L'esperienza dell'ultimo anno delle scuole medie era stata per lei orribile, in bilico tra ciò che era e ciò che avrebbe dovuto essere. Usando le sue esatte parole: *“In quel periodo non sai bene che sei”*. L'inizio del liceo linguistico, indirizzo scolastico che ha scelto, l'ha portata a riversare nello studio una quantità di energie maggiore di quella richiesta: *“studiavo TROPPO, ero stressatissima e molto severa con me stessa”*. C'era in lei la volontà di essere una studentessa perfetta. L'ossessione per il massimo dei voti era radicata nella possibilità di sentirsi realizzata. Ma come confessa lei stessa, quella volontà di perfezione si rifletteva in tutti gli aspetti della sua quotidianità. Con molta lucidità e consapevolezza racconta che in quel periodo sentiva il bisogno quasi vitale di: *“essere una ragazza perfetta, una studentessa perfetta, una figlia perfetta, un'amica perfetta, una sorella perfetta”*. Del suo stato emotivo di quel periodo, Maria accenna a delle nuove sensazioni – a dei nuovi pensieri – che sono affiorate piano piano nella sua mente (insicurezza, inadeguatezza, non essere meritevole di attenzioni), le quali per usare le sue stesse parole: *“mi hanno fatto sentire più vulnerabile”*. La Maria quattordicenne non aveva gli strumenti adeguati a rapportarsi con tali pensieri. Parlando di sé, Maria

si sofferma sulla sua sensibilità personale: di come si sia sempre sentita più sensibile e matura rispetto ai suoi coetanei; di come sia sempre stata propensa a ragionare molto; interessata più ai “*discorsi degli adulti*” che ai discorsi appropriati alla sua età. Durante quello stesso periodo di passaggio ha vissuto con ansia anche i cambiamenti del suo copro, come ad esempio la comparsa della prima acne adolescenziale. Maria afferma di essere sempre stata alta e magra fin da bambina. Durante l’infanzia questa particolarità non ha inciso sulla sua costruzione identitaria. All’opposto, le dinamiche sociali della pubertà l’hanno indotta a confrontarsi continuamente con le sue amiche “normali”, portandola a sentirsi sempre più diversa. Questa diversità vissuta attraverso la sua sensibilità ha portato nel tempo allo sviluppo di una condizione di disagio. I cambiamenti fisiologici adolescenziali hanno avuto un impatto ancora più intenso poiché Maria pratica danza fin da quando era piccola. La vicinanza a questo mondo, che l’aveva abituata ad una corporeità asciutta e contenuta, con i cambiamenti della pubertà nella costituzione fisica e la comparsa di nuove forme ha generato uno shock nella percezione del proprio corpo. La dissonanza in questa percezione è stata poi ampliata dagli sguardi che le arrivavano dall’esterno. La sua costituzione fisica le è stata sempre raccontata come eccezionale: l’altezza e la magrezza erano due virtù di cui avrebbe dovuto essere fiera. Tutti attorno a lei le ripetevano sempre: “*Sei magra e alta, cosa vuoi di più?*” mentre il suo desiderio più grande non era altro che essere “*normale*”. Mentre si relazionava con tutti questi cambiamenti e con le proprie emozioni, quando si sentiva irrimediabilmente “*confusa e persa*”, è scoppiata la pandemia di COVID-19. Con l’avvento del lockdown tutte le componenti della sua vita che fino a quel momento si reggevano su un sottile equilibrio sono precipitate verso una totale perdita di controllo. Per tentare di recuperare le redini della propria vita ha cercato quella che lei chiama: “*una via d’uscita*”. In un video dove racconta la sua esperienza di malattia, Maria afferma che questa via d’uscita può essere diversa per chiunque: “*uso o abuso di alcol oppure di droghe, autolesionismo o il cibo possono essere tutte vie d’uscita*”. Alla mia domanda sul perché pensa che per lei quella via d’uscita sia stata proprio il cibo, risponde che non ci aveva mai riflettuto attentamente, ma ritiene che un ruolo fondamentale lo abbia giocato la predisposizione genetica (ha scoperto solo dopo la sua malattia che in famiglia c’erano stati altri casi); e in secondo luogo che aver fatto danza fin da piccola l’ha esposta ad un ambiente dove l’aspetto fisico e l’alimentazione sono aspetti centrali. Nonostante ciò, dice: “*alla fine è andata così, che ci sia stata una particolare ragione o meno non è importante*”. L’espansione sempre più intensa della sfera del cibo è andata gradualmente riducendo tutte le altre componenti della sua vita come ad esempio: il rapporto con gli amici; il dialogo familiare; le passioni coltivate nel tempo libero. Al culmine della progressione, quando la sfera del cibo era arrivata a monopolizzare la sua quotidianità, Maria dice: “*non mi sentivo più di essere Maria*”. Parlando di quel periodo della sua vita, Maria dà l’impressione di dare voce a persone completamente diverse. Come se la Maria

pre-anoressia, quella ammalata e quella guarita fossero tre persone ben definite e distinte l'una dall'altra benché in relazione tra loro. In quel momento la relazione con il cibo è stata il miraggio di una salvezza, arrivando ad essere considerata una “*zona di comfort*”. Nel suo racconto emerge come nonostante fosse consapevole dei cambiamenti che stavano avvenendo in lei, non era in grado di opporsi o chiedere aiuto. Ciò che la bloccava era l'idea che se fosse stata in grado di ammettere la sua malattia, a sé stessa prima di tutto e poi agli altri, sarebbe stata considerata un peso, non meritevole dell'attenzione che avrebbe ricevuto. Il lockdown ha favorito lo sviluppo di questi pensieri. L'isolazione sociale e fisica ha permesso alla malattia di svilupparsi riducendo al minimo le possibilità di essere notata dalle persone a lei vicine. Inizialmente, ha ridotto la varietà di cibo assunto, eliminando carboidrati, cibi saturi di grassi e i dolci. In un secondo momento ha ridotto drasticamente le porzioni di cibo, fino al punto in cui non mangiava quasi più nulla. La didattica via webcam ha evitato che compagni o professori si accorgessero dei cambiamenti che stavano avvenendo in lei e al suo corpo. Negli spazi della propria abitazione, invece, confinata nella sua camera aveva la possibilità di escludere al di fuori tutto il mondo esterno – compresa la sua famiglia. Con circospezione (non-)consumava i pasti di soppiatto, una mela occasionale o una zucchina bollita ogni tanto. Usando le sue stesse parole: “*era più facile nascondere la malattia, ero brava a nascondere alla mia famiglia*”. In un primo momento Maria ha pensato che il suo sentirsi diversa fosse causato meramente dalla destabilizzazione di un evento così straordinario come la pandemia e da tutte le sue conseguenze. Tuttavia, più il tempo passava più si rendeva conto che l'intensità di quei nuovi pensieri non era riconducibile ad un momentaneo straniamento. Per dare un nome a quelle nuove sensazioni ha iniziato a cercare online qualche spiegazione su ciò che le stava accadendo. Più cercava più i risultati che otteneva la rimandavano al ventaglio di sintomi dei DCA, ed è proprio in quel momento che ha preso coscienza della propria situazione. Il lockdown ha esercitato il suo impatto non solo nella sfera spaziale, ma anche in quella temporale: l'esperienza di Maria con la malattia è stata molto repentina, il momento in cui prende consapevolezza di avere un disturbo alimentare e il momento in cui la sua situazione medico-biologica risulta fortemente compromessa sono molto ravvicinati tra loro. Per tre/quattro mesi, dal marzo al giugno del 2020, ha occultato la sua situazione fino al momento in cui fisiologicamente e mentalmente non ce l'ha più fatta. In una giornata d'estate che sembrava iniziata come tutte le altre, esausta, ha trovato finalmente il coraggio di chiedere alla madre di accompagnarla all'ospedale. Una volta arrivata in loco, è stata sottoposta a dei primi esami, e in virtù del loro esito le hanno comunicato che il suo organismo era altamente compromesso. Era il 26 giugno del 2020, di quel giorno Maria dice: “*Non mi sento nata il 6 novembre 2005, ma il 26 giugno 2020*”. Mentre pronuncia quelle parole, un'intensa ed inestinguibile voglia di vita tracima dai suoi occhi verdi. Considera quel giorno una seconda nascita poiché quello che aveva vissuto fino a quel momento era

stata una “non-vita”. In quella data, con la sua seconda nascita, ha inizio anche il ricovero in ospedale nel reparto di neuropsichiatria infantile. Maria racconta di come il primo periodo subito dopo il ricovero sia stato molto difficile e pieno di avversità. Gli ospedali, più di tutti gli altri luoghi, sono stati condizionati dal periodo pandemico, ermeticamente sigillati, gli accessi erano centellinati e sottoposti a numerosi controlli. Inoltre, al loro interno la possibilità di interazione con altre persone era altrettanto limitata. Tutte le attività di gruppo previste dai percorsi di guarigione sono state eliminate complicando l’esperienza del ricovero. Ad esempio, l’ospedale in cui è stata ricoverata Maria prevedeva l’utilizzo della dog-therapy, ma a causa delle restrizioni non le è stato possibile usufruire di tale opzione. Le interazioni non mediate dal personale del reparto sono solitamente molto poche poiché nelle pazienti si possono verificare comportamenti (anche se involontari) istigatori o di raffronto. Nonostante ciò, proprio a causa della pandemia per lei sono risultate fondamentali. La possibilità di interagire autonomamente con gli altri pazienti per lei è stata la cosa che più l’ha aiutata – una salvezza. Il suo ricovero dura cinque mesi, dal giugno all’ottobre del 2020, quando viene dimessa Maria si sente rinata e in lei fioriscono nuovi stimoli e una nuova energia: “Chiusa in casa per un anno e mezzo – tra quarantena e ricovero – a stare male” dice “mi ha fatto nascere dentro un’irrefrenabile voglia di mettermi in gioco”.

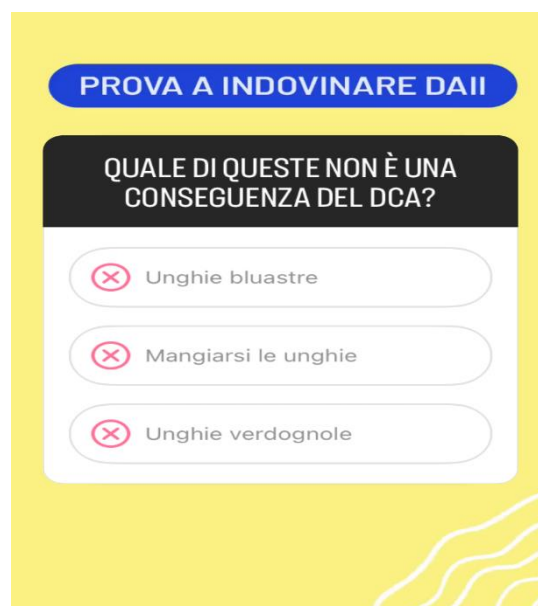
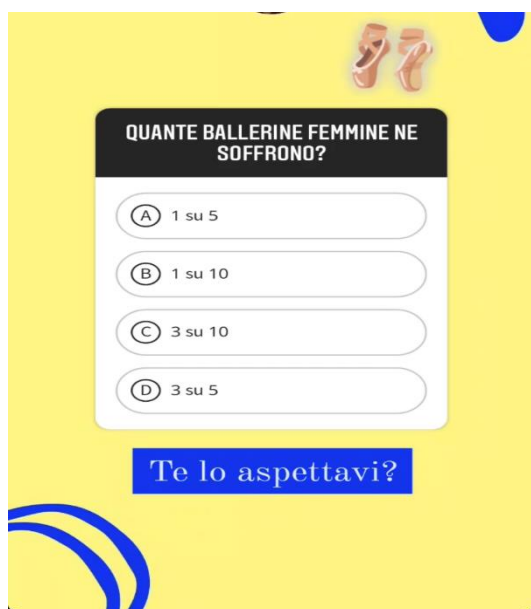


Immagine 7 e 8 – Due esempi dei quiz proposti da Maria attraverso le sue stories

Quando le chiedo quali sono i motivi che l’hanno portata a creare la sua pagina social, risponde con due motivazioni principali: dare sfogo a quella nuova energia che aveva dentro; e soprattutto la

volontà di aiutare chi come lei ha sofferto, soffre o soffrirà di anoressia. Quando all'inizio della sua malattia lei aveva cercato online un punto di riferimento aveva trovato solo un nome per la sua condizione. I risultati delle sue ricerche l'hanno indirizzata verso pagine Web che presentavano solamente una lista di sintomi dell'anoressia, attraverso cui ha potuto riconoscere la sua condizione ma non come affrontarla. Con rammarico afferma che se quel punto di riferimento l'avesse trovato, sicuramente avrebbe chiesto aiuto prima. Inoltre, spiega, si parla male dei DCA – soprattutto nei social media, le informazioni su di essi sono spesso inesatte e cariche di pregiudizi. La pagina Instagram di Maria esiste da più di un anno e mezzo, pubblica quotidianamente (sono davvero poche le pause che si prende) almeno una storia od un post. Alterna la condivisione della propria esperienza con attività divulgative anche interattive, preparando ad esempio piccoli sondaggi a risposta multipla a cui i suoi follower possono rispondere ed interagire successivamente con lei (Immagini 7 e 8). Tra le sue rubriche più recenti ci sono lo sfatare i consigli dei fit-influencer (fai da te) che popolano i social media, e combattere una recente tendenza che sta prendendo piede su Tik-Tok dove giovani ragazze ricoverate per disturbi del comportamento alimentare si mostrano allegre e spensierate attraverso dei balletti, immagine che per Maria rischia di restituire un'idea distorta (soprattutto a chi ne soffre) su cosa comporta davvero un percorso di guarigione dai DCA. Tra i post e le storie non manca nemmeno la condivisione di personali momenti difficili che in alcune occasioni sono affiorati. Ad esempio, nell'ottobre del 2022 ha partecipato ad uno scambio culturale promosso dalla scuola che l'ha portata in Spagna: al primo impatto doversi raffrontare con un tipo tutto nuovo di cibo, dice, non è stato semplice. Ma molti più numerosi sono stati gli avvenimenti positivi, Maria parla spesso e con orgoglio di un'intervista rilasciata ad un giornale locale che ha voluto raccontare la sua storia e nel mese di dicembre del 2022 è stata anche premiata dal comune di Firenze per l'impegno sociale dell'attività che svolge. Di questo percorso che ha compiuto finora Maria si dice molto soddisfatta sia da un punto di vista "professionale" sia da quello personale. L'attività divulgativa le piace e le ha fatto nascere la passione per la comunicazione e la grafica. Afferma perciò che, nonostante le difficoltà di farla combaciare con gli impegni della sua vita adolescenziale: *"continuerò sempre a farla"*. Nel febbraio del 2023 Maria ha ricevuto dal centro presso cui è stata in cura l'attestato che la dichiara ufficialmente guarita dall'anoressia. Un traguardo fondamentale per Maria, espresso con orgoglio, commozione e gratitudine attraverso un post molto sentito ed emozionante. Maria ha fatto in modo che quel post sia la prima cosa che chiunque visiti la sua pagina possa osservare, non solo per l'importanza che ha nella sua vita, ma perché vuole mandare il messaggio *"Sì, si può guarire!"* a tutti coloro che vivendo un'esperienza affine cercano aiuto nei social media. Nell'aprile del 2023 ha aperto un canale YouTube attraverso il quale ha espanso la sua attività divulgativa. Non solo, da qualche tempo in lei è nata la volontà di essere riconosciuta attraverso uno spettro più ampio di

“Maria che parla solo di DCA”. Come ha affermato più volte, desidera che le persone non la vedano solo attraverso l’esperienza della sua malattia. Per questo motivo, recentemente si è impegnata a raccontare più dimensioni della sua vita personale, narrando la propria quotidianità senza riferimento alcuno all’attività divulgativa. Un esempio è il suo quinto video pubblicato su YouTube dove racconta la quotidianità di una settimana tipo della sua vita da liceale, il quale conta il più alto numero di visualizzazioni tra tutti video del suo canale. I commenti sotto i suoi video, così come sotto i post di Instagram, sono pieni di gratitudine e ammirazione. Le ragazze che attraverso l’anonimato dei nicknames condividono la propria esperienza con la community sono molte, nella maggioranza dei casi affermano il sorriso e la gioia di vivere di Maria sono fonte di ispirazione per riuscire ad immaginare un futuro in cui sono guarite.

Intervista alla Dottoressa Cristiana Cella: DCA e social media tra l'adolescenza e l'infanzia

Durante questo percorso di ricerca in due differenti occasioni ho avuto la possibilità di intervistare la Dottoressa Cristiana Cella, psicoterapeuta specializzata nella trattazione dei disturbi del comportamento alimentare in età adolescenziale, preadolescenziale ed infantile. Entrambi i colloqui hanno avuto luogo nel suo studio privato situato a Portogruaro, il primo in data 11 gennaio 2022, mentre il secondo il 28 settembre dello stesso anno. Lo studio si trova in un palazzo situato sulla principale arteria stradale della città. L'11 gennaio 2022, dopo aver raggiunto lo stabile, sono salito al terzo piano dove la dottoressa mi ha accolto sul pianerottolo. Appena varcata la soglia dello studio, ci si trova a percorrere un breve corridoio molto stretto predominato dal colore bianco. L'ufficio personale della dottoressa Cella si trova lungo il corridoio, subito dopo aver superato un angolo di novanta gradi ornato da un tavolino e alcune sedie colorati e molto piccoli che fungono da sala d'attesa per i pazienti ancora bambini. La dottoressa Cella era vestita elegantemente e molto curata, in particolare rimane vivido il ricordo della giacca bianca che indossava. Contrariamente alla formalità che la sua immagine mi aveva fatto pensare, l'approccio con cui si è posta la dottoressa è stato "alla mano", pur tuttavia non mancando mai di precisione e professionalità. Dopo le consuete presentazioni, caratterizzate tuttavia dalle norme igienico-sanitarie pandemiche in quel momento ancora in vigore, le ho esposto dettagliatamente i temi e lo scopo della mia ricerca. Sin da subito la dottoressa si è dimostrata molto coinvolta in questo progetto. Il primo punto su cui ha prontamente posto l'attenzione è stata l'attività di divulgazione negli istituti scolastici della regione Veneto, di cui lei si occupa insieme ad altri professionisti del territorio. L'obiettivo di quest'attività – mi spiega – è la sensibilizzazione verso le immagini corporee che si incontrano nei social media. Essa si suddivide in due parti. Prima di tutto un operatore della rete regionale porta una serie di riflessioni sull'immagine corporea virtuale, di come essa sia estremamente influenzata da programmi di ritocco o di pulizia dell'immagine. Successivamente, gli studenti sono stimolati a fare un lavoro attivo che prevede la creazione di una pubblicità progresso oppure di video atti a sensibilizzare i propri coetanei su tali pratiche di modifica corporea. Per la dottoressa, sensibilizzare su queste pratiche nasce dalla necessità di contrastare il concetto di perfezionismo, poiché attraverso di esso le immagini modificate digitalmente possono essere assimilate come ideali e divenire un qualcosa da dover raggiungere a tutti i costi. La pericolosità di questo concetto risiede nella ricerca ossessiva che esso sottintende. Nel perfezionismo non c'è mai un'abbastanza o una fine, ma c'è sempre un nuovo livello da raggiungere. Questo modo di intendere le immagini corporee, si riflette anche nella rappresentazione del proprio aspetto che ragazzi/adolescenti veicolano attraverso i loro profili social. Postare un'immagine non è

un'azione che contempla solo lo scatto di una foto e il suo caricamento nella piattaforma. L'immagine può (e alle volte deve) essere prima pensata e studiata – ad esempio l'angolazione da cui effettuare lo scatto, cosa mostrare e cosa non, ecc.; c'è poi la possibilità di filtrarla attraverso effetti messi a disposizione dalla piattaforma in cui si intende pubblicarla o dal proprio smartphone; e infine può essere sottoposta alla consultazione di un gruppo ristretto di amici per ricevere un responso sul risultato finale. Questa serie di passaggi serve a ridurre le possibilità che il contenuto postato riceva un responso negativo all'esposizione ad un pubblico più ampio composto dall'insieme di tutti i propri follower. Il giudizio altrui produce quello che la dottoressa definisce “*l'effetto rispetto all'autostima*”: più apprezzamenti si ricevono mediante like e commenti più il senso di autostima si rafforza; contrariamente se il responso dei like è carente e i commenti postati sono negativi il senso di autostima si abbassa. In questa serie di giudizi il fenomeno del cyberbullismo esercita un impatto notevole, poiché espone chi ne è vittima a vessazioni e denigrazioni continue. L'importanza di pratiche di controllo e modifica della propria immagine risiede nella stretta correlazione che viene individuata tra l'apparenza (che ha nella magrezza il suo canone più elevato) e la riuscita sociale. Ma con il loro utilizzo si verifica, con le parole della dottoressa: “*un problema identitario*”. Eliminare tutte le imperfezioni, i difetti e le fragilità dalla propria immagine virtuale crea una distorsione che non permette più al soggetto (che imperfezioni, difetti e fragilità li possiede ancora) di identificarsi in essa. Il rapporto che si sviluppa con la propria immagine (soprattutto nei casi acuti di DCA) ha due differenti declinazioni. Alcuni soggetti non riescono più a rapportarsi con essa e si possono raggiungere comportamenti estremi: “*le foto vengono cancellate, viene chiesto a casa di togliere le foto che sono esposte*”; mentre altri la utilizzano come metro di raffronto: la propria immagine, quella che considerano la migliore, viene adottata come punto di riferimento di corporeità da dover mantenere. L'idea di poter modificare e plasmare il proprio corpo è largamente diffusa nei giovani, anche grazie al senso di attuabilità conferitogli da patiche dietetiche ed assiduo esercizio fisico. Percorsi alimentari dietetici sono intrapresi quasi dalla totalità degli adolescenti, sono quasi sempre fai da te e vengono abbandonati in tempistiche relativamente brevi. Una piccola parte tra di essi, tuttavia, non solo mantengono questi comportamenti restrittivi ma ne incrementano anche l'intensità. Sui social media vi è inoltre la possibilità di trovare indicazioni su come manipolare il proprio corpo e la propria alimentazione. Negli spazi di blog, gruppi o chat private, soggetti o gruppi Pro-Ana e Pro-Mia si presentano nel Web come punti di riferimento e di supporto. Mediante l'esaltazione della corporeità della malattia istruiscono i soggetti con cui entrano in contatto a pratiche alimentari molto pericolose. L'alterazione di queste pratiche – mi spiega la Dottoressa – produce effetti dannosi in tutti i corpi, ma nei corpi in via di sviluppo di bambine e giovani ragazze questo impatto è potenzialmente molto più dannoso e possono arrivare a causare problemi anche a medio/lungo termine, sia nella

crescita strutturale-fisiologica sia nello sviluppo cognitivo. Molti dei casi trattati dalla dottoressa Cella sono accomunati da un fattore scatenante che ha dato inizio al percorso di restrizione alimentare, ovvero commenti negativi e prese in giro ricevuti in virtù di *“qualche chilo di troppo”*, che ha portato nelle pazienti la volontà di cambiare e migliorarsi. Il miglioramento (corporeo) – inteso mediante la perdita di peso – in un primo momento può produrre concretamente un cambio nella *“posizione sociale”* del soggetto. Se la nuova corporeità viene apprezzata, la ragazza acquisisce sicurezza in sé stessa e le viene riconosciuta una nuova posizione sociale (di successo) nel gruppo in cui si relaziona. Tramite questo riscontro, la correlazione tra aspetto e riuscita sociale si fortifica, e a sua volta valorizza in positivo le pratiche alimentari che hanno reso tutto ciò possibile, favorendo allo stesso tempo l’incremento della loro intensità. Alcuni soggetti che possiedono una predisposizione genetica allo sviluppo della malattia oppure sono dotati di una sensibilità più vulnerabile entrando in contatto con queste dinamiche di modifica del corpo e di corporeità irreali possono sviluppare un disturbo del comportamento alimentare. La genesi della malattia è multifattoriale ma una base molto comune è un cattivo rapporto con il proprio corpo che, attraverso il cibo, viene vissuto in maniera distorta ed ossessiva. Nella quotidianità, chi soffre di un DCA pensa costantemente al cibo: a cosa può mangiare e cosa non; guarda costantemente video sul cibo; cucina molte pietanze ma non ne consuma nessuna; ripete continuamente equazioni matematiche che hanno come fattori numerici la quantità e la dimensione delle porzioni ingerite, le calorie assunte e la proiezione del lavoro necessario per poterle bruciare nell’esatta quantità. La dottoressa Cella mi spiega che tramite questi numeri essi si attribuiscono un valore, allo stesso modo in cui essi sono valutati a scuola. Per questa ragione è molto comune che chi soffre di un DCA tende a dare molta importanza ai voti scolastici (non accentuando valutazioni che non siano il massimo) e lo studio è approcciato in modo ossessivo proprio come il rapporto con il cibo. Il carattere ossessivo delle relazioni intrattenute da chi soffre di un DCA è determinato dalla necessità di mantenere tutto sotto controllo. Questo punto mette in relazione i comportamenti alimentari dei DCA con pratiche autolesive leggere come possono essere tagli, pizzichi o grattate. Il funzionamento di entrambi questi comportamenti si basa sul procurarsi dolore fisico per compensare l’impossibilità di gestire le emozioni ed elaborare il dolore ad esse legate, e dunque mantenerne il controllo. In tal senso questi comportamenti sono definiti in gergo *“regolatori di emozioni”*. Anche uso e abuso di bevande alcoliche e/o sostanze stupefacenti servono a sopperire questi scompensi emozionali. La Dottoressa Cella mi informa che negli ultimi anni l’accesso ai social media – e di queste dinamiche con loro – si è diffuso molto nei bambini. Come conseguenza diretta, nello sviluppo dei disturbi del comportamento alimentare, si è verificato un abbassamento dell’età d’esordio della malattia: *“Noi adesso troviamo anche bambine di 8-10 anni con disturbi alimentari, cosa che in passato non c’era.”* Le ragioni di tale abbassamento, secondo la mia interlocutrice, sono

principalmente tre: lo sviluppo della sessualità delle bambine, con la comparsa del ciclo mestruale, avviene sempre più precocemente; i social media, soprattutto Tik-Tok ed Instagram, veicolano messaggi in modo diretto e senza filtri; le bambine (e i bambini) non possiedono a loro volta dei filtri che le permettono di recepire adeguatamente quei messaggi. A popolare le “bacheche” dei social network di queste bambine ci sono pagine di Blogger, Influencer e modelle piene di immagini che incarnano quegli ideali corporei di magrezza sopraccitati, e che occupando una posizione di riuscita sociale (determinata dal numero dei loro follower) favoriscono la diretta associazione tra questi due concetti. L’elevata quantità di tempo spesa mediamente sui social media porta queste bambine/giovani ragazze a confrontare continuamente la propria corporeità con quelle immagini idealizzate, e mediante l’azione dei soggetti Pro-Ana e Pro-Mia sono portate ad essere incorporate secondo una distorta visione di salute e bellezza. Tenendo in considerazione queste dinamiche e l’abbassamento dell’età d’esordio, alla mia domanda su qual è il ruolo delle famiglie nelle dinamiche dei disturbi alimentari, la dottoressa mi risponde che per lungo tempo il modello familiare composto da una madre apprensiva ed un padre spesso assente è stato considerato fondamentale nella genesi del disturbo alimentare. Con l’incremento di casistiche, però, si è potuto osservare l’eterogeneità delle famiglie in cui questi casi si sviluppavano. Comportamenti o abitudini alimentari famigliari come l’ortoressia e l’attenzione alla dieta sana attraverso la rigidità possono indirizzare i figli verso comportamenti di tipo anoressico, oppure all’opposto il consumo quasi esclusivo di “cibo spazzatura” può portare a problemi di sovrappeso e obesità che però inducono successivamente la bambina/il bambino a adottare un comportamento dietetico per eliminare tale eccesso. Un’ulteriore dinamica nel contesto familiare, specialmente nel rapporto tra madre e figlia, lo gioca la paura di invecchiare. La volontà di apparire sempre più giovani nelle madri (tramite fitness, estetica, vestiario) porta a delle situazioni di carattere imitativo in cui: *“la figlia adolescente e la mamma più o meno sono vestite allo stesso modo”*. Nonostante ciò, il ruolo della famiglia è considerato fondamentale nell’esperienza della malattia, dalla prevenzione al percorso di guarigione. Per quanto concerne la pandemia di COVID-19, le conseguenze del lockdown hanno esercitato considerevole impatto nelle casistiche di disturbi del comportamento alimentare sia mediante l’isolamento sociale forzato sia mediante le dinamiche dei social media. La dottoressa spiega: *“si è venuto a creare un meccanismo nel quale da un lato bisognava mangiare tanto e dall’altro bisognava anche perdere peso, molti ragazzini che magari erano abituati ad uno stile di vita più attivo si sono ritrovati sedentari, questo ha comportato a volte un incremento di peso che però poi non è stato vissuto bene”*. Questi meccanismi hanno aperto nuovi orizzonti negli studi sui DCA, ma soprattutto nelle pratiche di cura – considerate costantemente in divenire – che devono essere ripensate. Come gli impulsi sociali e mediali esercitano effetti diversi in base al soggetto che li riceve, anche le pratiche di cura sono recepite in modi differenti rispetto

all'età di chi soffre di DCA. *“Un conto è fare dei ragionamenti con una bambina di 8 anni un conto è con una adolescente di 15, sono proprio modi diversi di lavorare, è tutto in progress”*. La pandemia e il conseguente lockdown hanno introdotto nel panorama dei disturbi alimentari nuovi effetti che ancora non si possono osservare e sarà necessario aspettare del tempo per determinare la vera intensità dell'impatto che hanno avuto.

5. Conclusioni

Il corpo interreale

Come scrive Marcel Mauss (1991), “*Il corpo è il primo e il più naturale strumento dell’uomo*”: attraverso le “tecniche del corpo” le pratiche socioculturali vengono assorbite e “naturalizzate” fino al punto in cui non vengono più riconosciute come prodotto storico (Pizza 2019). Contesti socioculturali diversi producono “tecniche del corpo” diverse, per sottolineare questa dimensione di variabilità Mauss introduce il termine *habitus*. Nella prospettiva della “fenomenologia culturale” di Csordas (1990), il termine *habitus* si riferisce alle definizioni rielaborate da Merleau-Ponty e Bourdieu, ovvero al continuo rapporto di scambio tra l’individuo e il mondo (Yuasa 1987). Dal secondo decennio degli anni Duemila, navigare online nella coscienza comune di molteplici contesti culturali risulta essere un’attività quasi automatica, per non dire ormai considerata “naturale”, una “quasi-natura” direbbe Bourdieu (Koenler e Meloni 2021). L’online è una mediazione delle relazioni sempre più comune nella quotidianità delle persone, attraverso cui si relazionano sia in modo interpersonale (attraverso i social network o le applicazioni di messaggistica), sia con il mondo (ad esempio la propria alimentazione gestita dagli algoritmi di un’applicazione). L’*interrealtà* è una dimensione che fonde insieme le reti reali e le reti virtuali (Biscaldi e Matera 2022), nell’intersezione di queste due dimensioni si crea il corpo interreale, esso rientra nella definizione di ipercorpo (Dalla Ragione e Mencarelli 2013), ovvero un corpo che ha la facoltà di assorbire e contenere parti di altri umani, di animali, di vegetali, di minerali o di nuove tecnologie. L’ipercorpo viene attribuito alle persone che hanno subito un trapianto, le quali presentano molto spesso profonde difficoltà nell’auto-rappresentarsi, narrando di sogni o immagini provenienti dalle persone che hanno donato l’organo. Dalla comparsa di Internet, lo “stato” di un soggetto è stato percepito in netta opposizione, chi era online non poteva essere offline e viceversa. L’*interrealtà* elimina questa divisione, il soggetto è online e offline nello stesso momento (Miller e altri 2016). La possibilità di modificare la propria immagine attraverso filtri e programmi di fotoritocco, divenuta accessibile a chiunque grazie ai social network e ai dispositivi tecnologici come smartphone e personal computer sempre più performanti, garantisce al corpo interreale la capacità di differenziarsi dal corpo fisico, assumendo concretezza e favorendo la percezione di un corpo diverso dal corpo che si può osservare allo specchio. Come tutti i corpi che agiscono nei media, quelli che frequentano gli spazi Pro-Ana e Pro-Mia sono corpi interreali. Quello che differenzia i corpi interreali negli spazi Pro-DCA è l’azione del disturbo alimentare, il quale genera l’illusione che il corpo fisico sparisca completamente. La materialità del

corpo rende impossibili concretizzare questa illusione, favorendo la formazione di identità patologiche (Bisagni e Facci 2020).

“Alice ha 15 anni e il suo nickname è Ashley, passa intere giornate e notti al computer, chattando in forum pro-Ana. Quando viene ricoverata nella Residenza Palazzo Francisci, Alice pesa 35 kg ed è alta 1,60 m, parla con parole non sue, quasi un linguaggio in codice, comprensibile solo visitando i dialoghi delle chat. Parla di un corpo che non esiste veramente, un corpo patinato, manipolato, irreale. Un corpo virtuale che è anonimo, che può scegliere l'identità maschile e femminile, a seconda di come decide di rappresentarsi, poiché in rete chiunque può dichiarare di essere quello che vuole essere. E neppure quando questo corpo diventa reale nel rischiare la morte e i genitori la ricoverano, il suo modo di parlare di sé e della sua malattia diventa più adeguato alla drammaticità dell'evento.”
(Dalla Ragione e Mencarelli 2013: 456)

In questo passaggio tratto da “L’inganno dello specchio” (2013) viene affrontato il caso di una ragazza di nome Alice che per molti mesi ha frequentato un forum Pro-Ana chattando con altre ragazze su tematiche alimentari e corporee attraverso un username che la identificava come Ashley. Nel testo il suo corpo virtuale viene definito irreale e acquisisce realtà solo quando rischia la morte. Nonostante ciò, Alice non smette di parlare di sé nei termini di quel corpo virtuale, che per lei però non è irreale (*ma è interreale*), Ashley esiste tanto quanto Alice. Come osserva Piia Varis:

“La nozione che questi non sono “nomi veri” sembra essere basata su una comprensione ideologica di Internet come “meno reale” del mondo offline: usernames e avatar sono molto reali per le persone che li usano per presentare sé stessi; essi fanno parte di identità online spesso ben delineate e ben conosciute.” (Varis 2018: 7)

Per spiegare la concretezza di questa dualità è necessario riprendere il concetto di “*Technologies of Presence*” (Lester 2019), Alice e Ashley in questi termini esistono allo stesso modo ma in due dimensioni diverse, dove Alice è il soggetto relazionale percepito dagli altri mentre Ashley si configura come la percezione d’esistenza soggettiva, costituita dalla compresenza di Alice e del suo disturbo alimentare. In quello spazio delimitato del forum, attraverso quel corpo interreale il corpo fisico cessa di essere *il primo e più naturale strumento dell’uomo* e in esso Alice riesce a “vivere” la malattia negando sé stessa, lasciando che sia Ashley ad abitare il suo corpo. Il corpo interreale ha le potenzialità per incarnare il corpo-oggetto fermo nel tempo – senza un passato e senza un futuro – simulacro delle fantasie anoressiche e delle tendenze narcisistiche dell’auto-rappresentazione del corpo – i selfie (Margherita 2022; Veszelski 2016). L’incorporazione del corpo interreale e dei suoi significati porta chi soffre di anoressia a mettere in crisi il corpo fisico/individuale, nella dimensione in cui il corpo materiale non corrisponde mai al corpo percepito (Fuchs 2021): anche di fronte al

riflesso di uno specchio la propria forma è avvertita come distorta. Nella nostra conversazione la Dottoressa Cella mi spiega che la persona che ha un disturbo alimentare si vede sempre molto di più di quello che è in realtà. Una delle attività terapeutiche praticata all'interno del Cedar Grove (Lester 2019), consiste nel far disegnare alle pazienti i contorni della propria immagine su grandi fogli. In un primo momento le ospiti del centro disegnano come si immaginano di essere. Successivamente, mentre sono distese sul foglio, con l'aiuto di un'altra compagna/paziente viene tracciata una delineazione corporea accurata. Messe a confronto le sagome presentano tutte le stesse discrepanze, ogni contorno basato su come le ragazze si immaginano risulta abbondantemente più ampio di come appare quello tracciato accuratamente. Alla base di questa distorsione vi è l'idea (illusoria) di poter raggiungere la perfezione. L'entità di questa perfezione cambia da persona a persona poiché ognuno ambisce a una propria idea della stessa: tuttavia, ciò che accomuna ogni individuale ricerca è la sua irraggiungibilità. Servizi fotografici di persone famose e pubblicità veicolano corpi contraffatti da ritocchi digitali che presentano forme e linee geometricamente impossibili in natura e irraggiungibili mediante attività umane (Salvo 2018). I corpi che popolano i social media sono nella maggioranza dei casi irrealizzabili, ma con la loro pervasività ridefiniscono i canoni attraverso cui la società definisce lo standard estetico (corpo politico) e allo stesso tempo promuovono l'incorporazione dei significati (corpo sociale) che quei corpi irreali portano iscritti (Reischer e Koo 2004; Veszelski 2016).

Il ricovero come rito di passaggio

“Gli esseri liminali”, scrive Turner (2001), *“non sono né da una parte né dall'altra; stanno in uno spazio intermedio tra le posizioni assegnate e distribuite dalla legge, dal costume, dalle convenzioni e dal cerimoniale”*. Nel contesto socioculturale occidentale, salute e malattia vengono erroneamente riconosciuti come due stati chiusi e determinati in opposizione l'uno all'altro (Pizza 2019), essere in salute coincide con l'essere un membro attivo della società, condizione che viene interrotta dallo stato di malattia. Minando in modo diretto le relazioni sociali, i DCA più di altre patologie pongono le persone che ne soffrono in una condizione di liminalità. Tale condizione diventa spesso l'obiettivo di una compulsiva ricerca da parte di chi ne è affetto (Eli 2018). Come dimostra l'esempio di Maria, l'avvento del lockdown pandemico ha fortemente inciso sull'intensità con cui questa liminalità viene recepita. Nella fase più acuta della malattia, Maria usciva di rado dalla sua camera e le interazioni con la sua famiglia erano quasi assenti, come se fosse *“un'estranea”* nella propria abitazione. La condizione di chi soffre di un DCA comprende dunque una forma di asocialità che può essere totale oppure molto limitante: l'unica relazione intrattenuta è quella con il cibo, chi soffre di un disturbo

alimentare pensa a esso per tutto il tempo in cui rimane sveglio. Benché risulti un'attività estenuante, pensare e ripensare continuamente al cibo mantiene all'esterno qualunque altro tipo di pensiero che si teme di non riuscire a controllare. Le pratiche di estremo digiuno non sono da considerarsi come volontà di mantenere un corpo emaciato, ma come desiderio di mantenere la malattia – vissuta come uno “spazio sicuro” (Eli e Lavis 2018), una “*zona di comfort*” così come la definisce Maria in una delle nostre conversazioni. Come visto precedentemente, nei termini di Fuchs (2021), da una prospettiva fenomenologica quello “spazio sicuro” è un'alienazione rispetto alla relazione Sé-Corpo, tale fenomeno avviene principalmente in età adolescenziale, nella quale i cambiamenti corporei dell'età puberale vengono individuati come colpevoli della sensazione di disagio opposta alla “*zona di comfort*”, ed eliminarli diventa un obiettivo primario (Lester 2019). Un prolungato digiuno permette di asciugare le forme del corpo ed è in grado di bloccare quei processi fisiologici che contribuiscono a determinare l'identità di genere, come ad esempio il ciclo mestruale – simbolo fisiologico dell'inizio della femminilità del corpo. Una ragazza che soffre di anoressia nervosa esperisce il mondo solo attraverso la negazione, quella che Fuchs chiama “*l'inibizione del diventare*” (2021): con l'idea di mantenere il corpo in una perpetua infanzia si attuano le pratiche alimentari distorte per fermare lo sviluppo e interrompere la relazione Sé-Corpo (Bisagni e Facci 2020). Come scrive Roumeguère-Eberhardt per i Venda del Transvaal (1957): “*La pubertà segna il più importante rito di passaggio in quanto a partire da questa iniziazione la persona diventa completa.*”. Bloccando questo processo, chi soffre di anoressia è incompleto e come direbbe Turner: “*non si trova né da una parte né dall'altra*”. Il ricovero è a oggi il più importante dispositivo attraverso cui trattare i casi più gravi di anoressia: il tasso di remissione – la percentuale di soggetti che presentano un'attenuazione o la scomparsa dei sintomi anoressici – si attesta sul 20-30% dopo quattro anni e sul 70-80% dopo otto anni (Bisagni e Facci 2020). Il ricovero è indispensabile nelle forme più gravi della malattia, ma se i DCA sono presenti in forme più lievi l'imposizione di una “guarigione coercitiva” può ottenere l'effetto opposto e rinforzare i comportamenti autolesivi (Margherita 2022). I dati sulla presenza dei Disturbi del Comportamento Alimentare in Italia indicano che ci sono tre milioni di persone che ne soffrono⁴², mentre le infrastrutture adibite alla loro trattazione si attestano su 98 centri specializzati⁴³ e pochi ospedali dotati di personale e reparti adatti. Il raffronto tra questi dati delinea il ricovero come un percorso elitario a disposizione di un ridotto numero di persone, a cui l'accesso è riservato a coloro

⁴² Sito web dell'ordine dei farmacisti di Roma;

<https://www.ordinefarmacistiroma.it/tre-milioni-di-italiani-nel-tunnel-dei-disturbi-alimentari-il-96-sono-donne/#:~:text=Si%20parla%20dei%20i%20disturbi,malattia%20cronica%E2%80%9D%20fra%20i%20giovani> .

⁴³ Sito web della Fondazione Veronesi; <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/neuroscienze/i-disturbi-alimentari-e-la-prima-mappa-dei-centri-specializzati-in-italia#:~:text=Al%2031%20dicembre%202021%20la,29%20tra%20Sud%20e%20Isole> .

i quali si trovano nelle condizioni di maggior vicinanza alla morte. Nella quasi totalità dei casi a occuparsi dei pazienti che vengono ricoverati è un'equipe medica multidisciplinare – formata da figure professionali come psicoterapeuti, psicologi, nutrizionisti, dietologi, personale infermieristico e personale addetto alla cucina – il cui obiettivo fondamentale è il ripristino delle funzioni vitali dell'organismo, in modo da evitarne un collasso. Ogni contesto clinico presenta una propria struttura organizzata, e uno specifico corpus teorico e metodologico (Margherita 2022). Grazie alle molteplici discipline mediche attraverso cui viene condotto, tuttavia, quello per i DCA rientra nei termini del ricovero proposti da Young (1982), ovvero di un percorso di guarigione che sia allo stesso tempo medico e simbolico. Questa doppia dimensione è imprescindibile per permettere al percorso di guarigione di essere efficace, poiché per chi ne soffre, un disturbo alimentare non è un'entità astratta e intangibile, ma è un soggetto concreto con il quale è intrattenuta una relazione quasi simbiotica caratterizzata da un oppressore (il disturbo) e un sottomesso (l'individuo) (Mantilla, Clinton e Birgegard 2018). Il disturbo alimentare controlla non solo l'aspetto alimentare, ma anche la capacità e il desiderio di intrattenere rapporti sociali, la percezione corporea, l'energia, la curiosità riguardo al mondo, la prospettiva di un futuro (Lester 2019). Quando arrivano in contesti clinici, molte giovani ragazze tendono ad auto-etichettarsi come “anoressiche” per nascondere il bisogno di un riconoscimento della propria esistenza in modo che la propria identità venga confermata attraverso l'attribuzione della malattia (Margherita 2022). Questa relazione – tra l'individuo e il disturbo – costituisce un nuovo soggetto che abita il corpo. Maria descrive il suo periodo di malattia nei termini di una perdita identitaria, nel suo corpo lei non sentiva ci fosse solo Maria. È questo nuovo soggetto che interferisce concretamente nella relazione fenomenologica tra il corpo vissuto e il corpo fisico, lo scopo del percorso di guarigione simbolico è quello di identificare il disturbo alimentare come una parte di questa relazione e non come un agente esterno. Secondo uno studio condotto da Punswik e altri (2022), le possibilità che in concomitanza ad un disturbo dell'alimentazione si sviluppi anche un disturbo della personalità sono molto alte: se quest'evenienza si verifica il trattamento del disturbo alimentare si fa più complesso poiché aumentano i rischi che le terapie siano inefficaci ed è più facile che il trattamento venga abbandonato del tutto. Nel recente periodo, tra le varie possibilità di trattamento dei DCA, il trattamento psicodinamico sta producendo i risultati migliori sul medio-lungo termine. L'obiettivo di questa prospettiva di cura non è la remissione del comportamento patologico, ma la trasformazione delle esperienze emotive da una dimensione somatica a processi mentali rappresentabili. Non saturare la domanda del paziente ma mantenere uno spazio aperto di interrogazione, in modo che il paziente possa recuperare la soggettivazione attraverso l'azione simbolizzante della parola. La creazione di una relazione tra psicanalista e paziente che sia tollerabile e non fagocitante è resa molto complessa, tra le altre, da un'instabile oscillazione tra idealizzazione e

denigrazione della figura dello psicanalista. Per questo motivo, il processo di riappropriazione della propria storia iscritta nel rapporto del paziente con l'altro non viene perseguito singolarmente in una stanza d'analisi ma viene allargato ad un lavoro con le famiglie o dei setting di gruppo. Fanno parte di questi ultimi i gruppi monosintomatici, ovvero gruppi di terapia non molto numerosi formati da pazienti che presentano la stessa diagnosi e gli stessi sintomi. Ad esempio, pazienti affetti solo da anoressia nervosa restrittiva, o solo da bulimia nervosa. In essi la specificità del sintomo che accomuna le pazienti crea uno stato di identificazione collettiva. Questo permette al soggetto di uscire dall'isolamento e il gruppo diventa uno spazio dove poter legittimare la propria identità. Instaurare legami è un'attività complessa per chi soffre di un DCA e il gruppo monosintomatico è capace di infondere tranquillità poiché al suo interno si è tutti uguali. Questo modello sfrutta gli stessi principi delle realtà Pro-Ana e Pro-Mia, con la sola differenza che in questo contesto essi sono mediati "positivamente". L'identificazione sintomatica rende possibile un'identificazione speculare, consolidando la consapevolezza raggiunta dal paziente e rendendo più complessi i legami intersoggettivi (Margherita 2021). In "Famished" (2019), Lester descrive una sessione terapeutica del Cedar Grove attraverso cui le pazienti attuano una pratica attraverso cui identificano il loro disturbo alimentare come un soggetto concreto chiamato ED (*Eating Disorder*). A ED viene solitamente attribuito il genere maschile ed è individuato come il principale responsabile delle pratiche alimentari distorte e delle emozioni a esse collegate. In sessioni di terapia collettive viene intrapreso un gioco di ruolo, le pazienti "danno corpo" a ED disegnando su dei cartoncini le fattezze che ritengono esso abbia ed esternando le frasi che ED è solito ripeterle. Successivamente, viene inscenato un vero e proprio dialogo tra una ragazza e il suo ED, uno scambio emotivamente molto intenso atto a ridurre il controllo esercitato dal disturbo alimentare e a sovvertire le dinamiche di potere per permettere al Sé di riprendere il comando. Non tutti i percorsi di ricovero attuano questa specifica terapia, ma qualsiasi siano le pratiche terapeutiche l'obiettivo comune rimane il sovvertimento delle dinamiche di potere interne al soggetto che lo pongono fuori dal tempo e dallo spazio, in una liminalità caratterizzata da una perenne infanzia sociale. In questi termini il ricovero può essere inteso come un rito di passaggio in quanto è un percorso simbolico atto a ricostruire la relazione Sé-Corpo che il disturbo alimentare aveva frammentato, si sovrappone al passaggio all'età puberale che era stato interrotto e il soggetto che esce da questo percorso, completo, si riconosce in una "nuova" identità. Maria dice della sua esperienza che si sente nata una seconda volta e festeggia la data del suo ricovero così come festeggia il suo compleanno. Nonostante l'efficacia di questi percorsi, una ricerca del 2009 di Fassino, Pierò, Tomba e Abbate-Daga ha individuato come il tasso di abbandono dei percorsi di cura in chi viene ricoverato oscilla tra 20,2% e il 51%. Questi dati rendono necessaria una riflessione più profonda sull'esperienza del ricovero e su quali siano le cause dell'alto tasso di ricaduta. L'esperienza di Maria

fornisce un'interpretazione su come l'online possa rappresentare uno spazio dove poter *agire* e rielaborare il rapporto tra l'esperienza di malattia e la sua percezione socioculturale, opponendo una diretta resistenza alle dinamiche che portano alla ricaduta.

Il Fenomeno della Ricaduta: i social media come spazi di agency

Secondo Eli e Lavis (2021), i DCA a lungo termine sono co-creati da l'interazione tra: persone con un disturbo alimentare; la parentela; gli amici; il personale medico, pratiche istituzionali; strutture sociali e la materialità del cibo, del corpo e di altri oggetti. Come visto precedentemente chi soffre di un disturbo alimentare nella sua malattia si trova in uno spazio emotivo di benessere e l'abbandono di quello spazio è in molti casi difficile da accettare (Dalla Ragione e Mencarelli 2014; Lester 2019). Per Hilde Bruch, in qualunque fase della patologia, le aspettative di successo che la paziente formula per il proprio percorso di guarigione tendono a condurre al fallimento (Zurolo 2022). Oggi gli episodi di ricaduta sono associati a due fattori principali: le aspettative irrealistiche sulla scomparsa della sintomatologia post-trattamento; e l'incapacità di riconoscere la differenza tra scivolate (episodi di sintomatologia singoli) e veri e propri episodi di ricaduta (Dalle Grave 2018). Le percentuali delineate dallo studio di Fassino, Pierò, Tomba e Abbate-Daga (2009), in rapporto con l'incidenza dei DCA in Italia⁴⁴, delineano come i casi effettivi di ricaduta siano molto elevati, e che non tutti possono essere spiegati dalla coincidenza della totalità dei fattori sopraelencati. Il percorso di guarigione (medico e simbolico) è un processo individuale ma è anche un processo collettivo (Pizza 2019), specialmente nella trattazione dei Disturbi del Comportamento Alimentare e della condizione di estrema liminalità

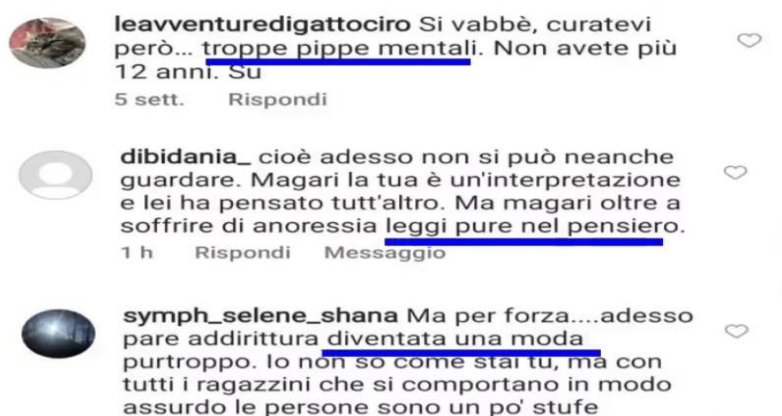


Immagine 9 – Una serie di commenti postati nella pagina Instagram di Maria

⁴⁴Sito web del Ministero della Salute;

<https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4470&area=indennizzo&menu=patologie&tab=1>.

che essi inducono. La narrazione popolare del binomio salute-malattia è di fondamentale importanza poiché è con esso che il soggetto affetto da DCA si deve confrontare una volta dimesso. Nonostante i DCA siano sempre più al centro dell'attenzione medica e sociale, la loro percezione è spesso ancora distorta da cattiva informazione e pregiudizi che rimandano alla dualità mente-corpo cartesiana (Scherper-Hughes e Locke 1987).

“I mass media contribuiscono a diffondere molti luoghi comuni in materia di DA, generalizzando esperienze singole, interpretandole e ingigantendole come se rappresentassero la regola.” (Salvo 2018: 67)

Ad aumentare le possibilità di una incomprensione c'è l'eventualità che chi soffre di DCA può anche non presentare una condizione corporea debilitata – quindi riconoscibile “concretamente” nello stato di malattia. Un episodio che Maria ha raccontato più volte tra lo stupore, lo sconforto e un mezzo sorriso, è una visita all'ospedale effettuata dopo che già era stata dimessa. In quell'occasione un'infermiera, dato che la sua condizione corporea non sembrava suggerirlo, le ha chiesto se lei soffrisse davvero di anoressia. Nonostante il percorso di guarigione simbolico intrapreso venga portato a termine con successo, nella maggioranza dei casi il ricovero rimane un processo individuale. L'esperienza del ricovero è un rito di passaggio che ricrea il legame tra l'Sé e il Corpo (la seconda nascita di cui parla Maria) e viene incorporata dal soggetto. Una volta dimesso il soggetto è costretto a confrontarsi nuovamente con quelle dinamiche che hanno portato alla condizione di malattia. L'alta frequenza degli episodi di ricaduta non è determinata da un'incapacità individuale di resistere alle

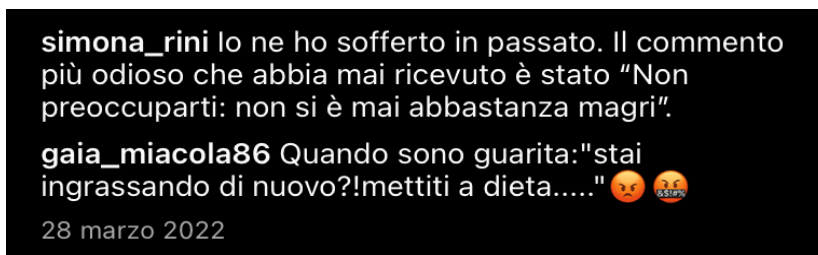
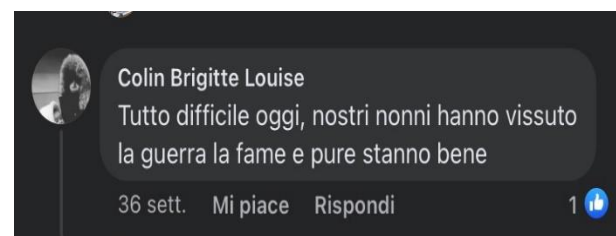
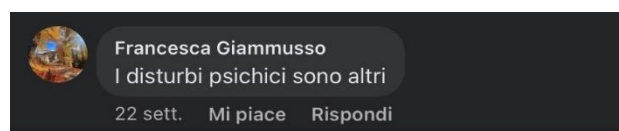
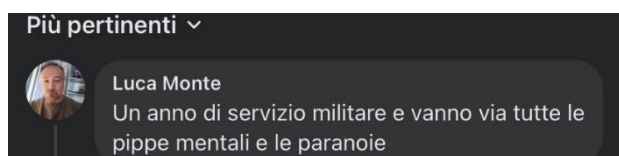
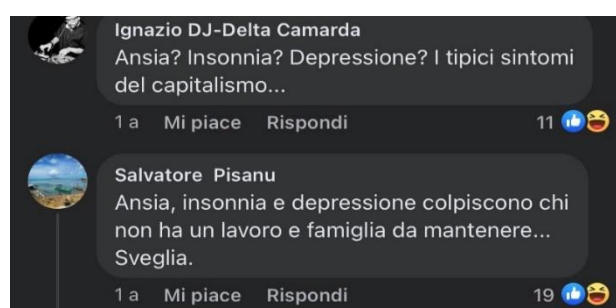


Immagine 10 – Una serie di commenti sotto un post di Maria dove trattava l'anoressia riconosciuta solo attraverso la corporeità

dinamiche socioculturali ma è un fenomeno legato alla ridotta possibilità di socializzare la propria esperienza. Gli spazi online sono saturi di soggetti Pro-Ana e Pro-Mia che esercitano una costante influenza. Al contempo sotto gli spazi di carattere generale dei social network, come ad esempio le pagine delle testate giornalistiche, proliferano commenti di carattere banalizzante e mortificante. Nonostante questi commenti siano solo una parte della totalità, per chi si trova in un percorso di guarigione anche un solo commento negativo può portare all'interruzione o all'inversione dello stesso.

Secondo Granberg (2011), i feedback sociali che si ricevono rispetto al proprio status nei social media sono utilizzati come dispositivi di “auto-verifica”: quando questi feedback mancano avviene un’“interruzione identitaria” che porta il soggetto a uno stato di disagio emotivo. Donatella Cozzi (2002), definisce l’*empatia* come un concetto misterioso, il quale non fornisce indicazioni sullo sviluppo di metodi e capacità per cogliere il sapere implicito e inarticolabile dell’altro. L’*empatia* rappresenterebbe la pretesa di superare l’irriducibile distanza che separa le persone: l’esperienza altrui per poter essere compresa viene decontestualizzata e assimilata attraverso le proprie categorie di pensiero. Quando le categorie di pensiero non riconoscono i DCA come patologie si producono pregiudizi e commenti negativi sui social network come quelli esposti nelle immagini 11-15. Opposto



Immagini 11-12-13-14-15 – Una serie di commenti postati sotto articoli pubblicati in pagine Facebook di varie teste giornalistiche

all’approccio empatico, Cozzi propone il termine introdotto da Michail Bachtin *exotopia*, ovvero la capacità di osservare le emozioni “empatiche” non con l’obiettivo di far aderire l’altro alle proprie categorie di pensiero, ma per sviluppare la capacità di indagare nuove modalità di condivisione possibili: favorendo una pratica curativa dialogica e trasformativa. I soggetti che si adoperano per rendere la prospettiva dell’*exotopia* possibile nei DCA ci sono ma non sono sufficienti. Campagne informative e di sensibilizzazione raggiungono un numero ridotto di persone rispetto all’incidenza delle patologie. Costruire una rete relazionale virtuale che sopperisce alla mancanza di relazioni vis-

a-vis è un dispositivo importante per ridurre la condizione liminale di coloro che non sono in grado di intrattenere relazioni interpersonali, come ad esempio chi soffre di un disturbo alimentare (Branley e Covey 2017). Bisagni e Facci (2020), propongono la costituzione di una piattaforma online che si presenti apparentemente come uno spazio Pro-Ana ma venga in realtà gestito da professionisti che possono aiutare chi cerca conforto negli spazi del Web, prima che il contatto con gruppi che promuovono i DCA induca la patologia in uno stato avanzato. Una proposta simile era stata avanzata da Margherita e Nuzzo già nel 2012, segno che in un arco temporale di dieci anni non è stata compiuta nessun'azione istituzionale per affrontare i DCA nella sfera dei social media. Per riempire lo spazio lasciato vuoto dalla mancanza di queste realtà “professionali”, sono sempre più frequenti profili di persone che attraverso la loro esperienza con i DCA avviano un'attività di sensibilizzazione (Branley e Covey 2017). In questi termini l'online non è uno spazio in cui si subisce sempre e solo passivamente, ma in esso sono possibili diverse forme di agency (Biscaldi e Matera 2022). Uno studio sull'utilizzo di video anti-anoressia mediante Tik-Tok ha evidenziato come la possibilità di scatenare involontariamente pratiche di emulazione rappresenti una criticità di queste realtà (Logrieco e altri 2021). L'esempio di Maria restituisce una diversa forma delle possibilità di agire, le modalità con cui svolge la sua attività non si rifanno all'uso delle immagini per ridefinire la corporeità, ma attraverso la divulgazione e la narrazione della sua esperienza attua un processo simbolico volto a risignificare la percezione dell'esperienza della malattia. Molti studi di carattere neurologico hanno dimostrato come i contenuti incontrati e/o appresi nei social media tendono a rimanere nella memoria per più tempo rispetto ai contenuti con cui si interagisce in modalità non veicolate da dispositivi tecnologici come il contenuto di un libro o la fisionomia del volto di una persona. Commentare le immagini e interagire direttamente con esse sembrerebbe aumentare la possibilità che tali immagini vengano impresse nella memoria, quest'azione inoltre permette all'individuo di espandere la propria esperienza oltre al momentaneo intervallo all'interno della piattaforma. Questa dinamica non funziona solamente nell'apprendere nuove informazioni, ma produce i suoi effetti anche nell'esperienza personale. Diversi studi hanno dimostrato che condividere i propri ricordi personali sui social media ne aumenta la memoria, soprattutto rispetto ai ricordi non condivisi (Mejova 2015). Tramite la sua attività Maria aiuta gli altri, ma aiuta anche sé stessa. Se la socializzazione della propria esperienza le è negata dal contesto socioculturale, è lei stessa a socializzarla attraverso il suo profilo. Con la sua attività promuove l'exotopia attraverso un processo inverso: invece che lasciare che “l'altro si metta nelle sue scarpe” (Depalmas e Allodola 2013), è lei a “mettere l'altro nelle proprie”. L'esperienza di Maria può aiutare a comprendere come un percorso di guarigione può essere incorporato non solo per resistere alle pressioni esterne, ma anche per agire attivamente cercando di

sovvertire tali dinamiche, riscrivendo un tessuto socioculturale che sia in grado di riconoscere i nuovi simboli e significati della corporeità che esperienze come la sua portano iscritte.

Bibliografia

- Biscaldi Angela; Matera Vincenzo; 2022; *Antropologia dei social media*; Carrocci Editore S.p.A.; Roma.
- Bisagni Elisa; Facci Michele; 2020; *PRO – ANA Tra supporto online e psicopatologia: nuove sfide terapeutiche*; Reverdito editore; Trento.
- Bordo Susan; 2003; *Unbearable weight: Feminism, Western Culture, and the Body*; University of California Press; Berkley-Los Angeles-Londra.
- Borzekowski Dina L. G., Schenk Summer, Wilson Jenny L., Peebles Rebecka; 2011; e-Ana and e-Mia: A Content Analysis of Pro-Eating Disorder Web Sites; in *American Journal of Public Health*; <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2009.172700> .
- Branley Dawn B.; Covey Judith; 2017; Is exposure to online content depicting risky behavior related to viewers' own risky behavior offline?; in *Computers in human behavior*; Vol. 75; <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0747563217303357?via%3Dihub> .
- Branley Dawn B.; Covey Judith; 2017; Pro-ana versus Pro-recovery: A Content Analytic Comparison of Social Media Users' Communication about Eating Disorders on Twitter and Tumblr; *Frontiers in Psychology*; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5554530/> .
- Brolio Monica Cristina, Vitolo Regina Marcia, Stenzel Lucia Marques, Centenaro Daniela; 2017; Mothers' perceptions of their own diets and the diets of their children at 2-3 years of age; in *Psicologia: Reflexão e Crítica*; Vol. 30; N. 13; <https://prc.springeropen.com/articles/10.1186/s41155-017-0067-7>.
- Bryden John; Funk Sebastian; Jansen Vincent AA; 2013; Word usage mirrors community structure in the online social network Twitter; *EPJ Data Sci.* 2; <https://doi.org/10.1140/epjds15>.
- Caldeira Sofia P.; De Ridder Sander; Van Bauwel Sofie; 2018; Exploring the Politics of Gender Representation on Instagram: Self-representations of Femininity; in *DiGeSt. Journal of Diversity and Gender Studies*; Vol. 5; No. 1; pp. 23-42; <https://www.jstor.org/stable/10.11116/digest.5.1.2> .
- Carreño Javier E.; Husserl on the Right Timing of Depictions; 2016; in "In the beginning was the image: The omnipresence of pictures. Time, Truth, Tradition", a cura di Andras Benedek, Agnes Veszelski, Peter Lang AG.
- Cataldo Ilaria, De Luca Ilaria, Giorgetti Valentina, Cicconcelli Dorotea, Bersani Francesco, Saverio, Imperatori Claudio, Abdi Samira, Negri Attilio, Esposito Gianluca, Corazza Ornella, 2021, Fitspiration on social media: Body-image and other psychopathological risks among young adults. A narrative review; in *Erging Trends in Drugs, Addiction, and Health*; Vol. 1; <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667118221000088?via%3Dihub> .
- Catherine Victoria, Gavin Jeffrey, van Steen Tommy, Morey Yvette; 2017; A content analysis of thinspiration, fitspiration, and bonespiration imagery on social media; in *Journal of Eating Disorder*; Vol. 5; N. 40; <https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-017-0170-2>.

- Chancellor Stevie; Pater Jessica Annette; Clear Trustin; Gilbert Eric; De Choudhury Munmun; 2016; #thyghgapp: Instagram Content Moderation and Lexical Variation in Pro-Eating Disorder Communities; in Proceeding of the 19th AMC Conference on Computer-Supported Cooperative Work & Social Computing; <https://doi.org/10.1145/2818048.2819963> .
- Cozzi Donatella; 2002; “La Gestione Dell’ambiguità: Per Una Lettura Antropologica Della Professione Infermieristica.”; in La Ricerca Folklorica; N. 46; pp. 27–38; <https://doi.org/10.2307/147991>.
- Crowley Karlyn; 2002; Gender on a Plate: The Calibration of Identity in American Macrobiotics; in Gastronomica; Vol. 2; N. 3; pp. 37-48; <https://www.jstor.org/stable/10.1525/gfc.2002.2.3.37>.
- Csordas Thomas J.; 1990; Embodiment as a Paradigm for Anthropology; in Ethos. Journal of the Society for Psychological Anthropology; Vol. 18; N. 1; pp. 5-47.
- Cuzzocrea Francesca, Costa Sebastiano, Larcan Rosalba, Toffle Mary Ellen; 2015; Differences between adolescents exhibiting moderate bingeing and non-bingeing eating behaviors; in Springerplus; Vol. 4; N. 593; <https://springerplus.springeropen.com/articles/10.1186/s40064-015-1372-1>.
- Dalla Ragione Laura; Mencarelli Sabrina; 2013; L’inganno dello specchio. Immagine corporea e disturbi del comportamento alimentare in adolescenza; FrancoAngeli; 1A edizione; versione Kindle.
- Dalle Grave Roberto; 2018; Come vincere i disturbi dell’alimentazione. Un programma basato sulla terapia cognitivo comportamentale; Positive Press.
- Depalmas Cristiano; Allodola Ferro Valerio; 2013; L’“inganno” dell’empatia in ambito sanitario. Dall’empatia all’exotopia: dicotomia del senso attraverso l’uso riflessivo dei film, Firenze University Press E-Journal; Vol. 13; N.3; <https://core.ac.uk/download/pdf/228589865.pdf>.
- Devoe Daniel J.; Han Angela; Anderson Alida; Katzman Debra K.; Patten Scott B.; Soumbasis Andrea; Flanagan Jordyn; Paslakis Georgios; Vyver Ellie; Gisele Marcoux; Dimitropoulos Gina; 2022; The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review; in International Journal of Eating Disorders; Vol. 56; N. 1; <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.23704> .
- Douglas Mary; 2001; Purity and Danger: An Analysis of concepts of pollution and taboo; Routledge & Kegan Paul Ltd; New York e Londra.
- Edmonds Alexander; 2010; Pretty Modern. Beauty, Sex and Plastic surgery in Brazil; Duke University Press; Durham and London.
- Eielsen Punsvik Hanna, Vrabel KariAnne, Hoffart Asle, Rø Øyvind, Rosenvinge H. Jan; 2022; Reciprocal relationship between personality disorders and eating disorders in a prospective 17-years follow-up study; Vol. 55; N.12; pp. 1753-1764; <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.23823>.
- Eli Karin; 2018; Starving for liminality: Eating disorders and social suffering; *Transcultural Psychiatry*; Vol. 55; pp. 475–494; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29757091/> .
- Eli Karin; Lavis Anna; 2022; Material Environments and the Shaping of Anorexic Embodiment: Towards A Materialist Account of Eating Disorders; *Cult Med Psychiatry*; pp. 344–363; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33826076/> .

Farmer Paul; 2006; Sofferenza e violenza strutturale, Diritti sociali ed economici nell'era globale; in *Antropologia*; Vol. 8; <https://www.ledijournals.com/ojs/index.php/antropologia/article/view/145> .

Fassino Secondo; Pierò Andrea; Tomba Elena; Abbate-Daga Giovanni; 2009; Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review; in *BMC Psychiatry*; Vol. 9; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2765944/> .

Ferrari Giovanni; Percorsi di comprensione dei disturbi del comportamento alimentare; Istituto Erich Fromm; Seminario tenuto c/o Istituto Sullivan Firenze: Più di tutto la bocca mi piaceva; <https://www.istitutoerichfromm.it/approfondimenti/percorsi-di-comprensione-dei-disturbi-del-comportamento-alimentare/>.

Fortunati Leopoldina; 2015; New media, play, and social identities; in *Playful Identities. The Ludification of Digital Media Cultures*; Amsterdam University Press; Amsterdam; <https://www.jstor.org/stable/j.ctt14brqd4.21> .

Fuchs Thomas; 2021; The disappearing body: anorexia as a conflict of embodiment; *Eat Weight Disorder*; pp. 109–117; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33666885/> .

Giovannini Agostino; 2004; Ricerca sul Fenomeno PRO ANA; https://www.anoressia-bulimia.it/wp-content/uploads/2008/03/ricerca_sul_fenomeno_pro-ana_ausl_reggio_emilia.pdf.

Ghigi Rossella; 2008; *Per piacere. Storia culturale della chirurgia estetica*; il Mulino; Bologna.

Goodnow Trisha; 2016; The Selfie Moment: The Rhetorical Implications of Digital Self Portraiture for Culture; in “In the beginning was the image: The omnipresence of pictures. Time, Truth, Tradition”; Benedek Andras; Veszelski Agnes; Peter Lang AG.

Góralaska Magdalena; 2020; Anthropology from Home. Advice on Digital Ethnography for the Pandemic Times; *Anthropology in Action*; No. 1; pp. 46-52.

Granberg M. Ellen; 2011; “Now my “old self” in thin”: Stigma Exits after Weight Loss; *Social Psychological Quarterly*; Vol. 74; N. 1; pp. 29-52; <https://www.jstor.org/stable/41303968> .

Gretchen Faust; 2017; Hair, Blood and the Nipple Instagram Censorship and the Female Body; in *Digital Environments. Ethnographic Perspective Across Global Online and Offline Spaces*; Transcript Verlag.; <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1xxrxw.14>.

Hansen Gitte Marianne; *Femininity, Self-harm and Eating Disorders in Japan. Navigating contradiction in narrative and visual culture*; 2016; Routledge; New York.

Harrison Kristen, Cantor Joanne; 1997; The Relationship Between Media Consumption and Eating Disorders; in *Journal of Communication*; Vol. 47; N. 1; pp. 40-67; <https://academic.oup.com/joc/article-abstract/47/1/40/4160279?redirectedFrom=fulltext&login=false> .

Hockin-Boyers Hester; Warin Megan; 2021; Women, Exercise, and Eating Disorder Recovery: The Normal and the Pathological; *Qual Health Res.*; pp. 1029-1042; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33593178/>.

Köster Massimo, Buabang Eike K., Ivančir Tina, Moors Agnes; 2023; A value accumulation account of unhealthy food choices: testing the influence of outcome salience under varying

constrains; in *Cognitive Research: Principles and Implications*; Vol. 8; N. 4;
<https://cognitiveresearchjournal.springeropen.com/articles/10.1186/s41235-022-00459-6>.

Kozinets Robert V.; Dolbec Pierre-Yann; Early Amanda; 2014; *Netnographic Analysis: Understanding Culture through Social Media Data*; in Uwe Flick's *Sage Handbook of Qualitative Data Analysis*, Londra; pp. 262-275.

Kudaibergenova Diana T.; 2019; *The body global and the body traditional: a digital ethnography of Instagram and nationalism in Kazakhstan and Russia*; *Central Asian Survey*;
<https://doi.org/10.1080/02634937.2019.1650718>.

Kurusu Ken, Mikiko Matsuoka, Kaoru Sato, Asako Hattori, Yukari Yamanaka, Nobuhiro Nohara, Makoto Otani, Kazuhiro Yoshiuichi, 2022, *Increased prevalence of eating disorder in Japan since the start of the COVID-19 pandemic*, in *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, N. 27, pp. 2251-2255, <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-021-01339-6>.

Launeanu Mihaela, Kwee Janelle L.; *Embodiment: A Non-Dualistic and Existential Perspective on Understanding and Treating Disordered Eating*; 2019; in *Embodiment and Eating Disorders. Theory, Research, Prevention and Treatment*; a cura di McBride Hillary L. e Kwee Janelle; Routledge; New York.

Lavis Anna Clair; 2011; *The Boundaries of a Good Anorexic: Exploring Pro-Anorexia on the Internet and in the Clinic*; University of London;
https://research.gold.ac.uk/id/eprint/6507/1/ANT_thesis_Lavis_2011.pdf.

Lenis Judith, Waldorf Manuel, Suchan Boris, Diers Martin, Herperz Stephan, Paslakis Georgios, Steins-Loeber Sabine; 2021; *Exposure to the thin beauty ideal: Are there subliminal priming effects?*; *International Journal of Eating Disorders*; Vol. 54, N. 4; pp. 506-515;
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.23461>.

Lester Rebecca J.; 2019; *Famished: Eating Disorders and Failed Care in America*; University of California Press; Oakland; California.

Lie Ø. Selma, Bulik M. Cynthia, Andreassen A. Ole, Rø Øyvind, Bang Lasse; 2021, *The association between bullying and eating disorders: A case-control study*; Vol. 54; N. 8; pp. 1405-1414;
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.23522>.

Logrieco Giuseppe; Marchili Maria Rosaria; Rovesi Marco; Villani Alberto; 2021; *The Paradox of Tik-Tok Anti-Pro-Anorexia Videos: How Social Media Can Promote Non-Suicidal Self-Injury and Anorexia*; *International Journal of Environmental Research and Public Health*;
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7908222/>.

Maezono Junko, Hamada Shoko, Lauri Sillanmäki, Hitoshi Kaneko, Masayoshi Ogura, Lotta Lempinen, Andre Sourander, 2019, *Cross-cultural, population-based study on adolescent body image and eating distress in Japan and Finland*, in *Scandinavian Journal of Psychology*, Vol. 60, N. 1, pp. 67-76, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/sjop.12485>.

Mahmid Fayeze, Bdier Dana, Chou Priscilla; 2021; *The association between problematic Internet use, eating disorder behaviors, and well-being among Palestinian university students*; in *Psicologia: Reflexão e Crítica*; Vol. 34; N. 32; <https://prc.springeropen.com/articles/10.1186/s41155-021-00198-5>.

- Mantilla Emma Forsén; Clinton David; Birgegard Andreas; 2017; *Insidious: The relationship patients have their eating disorders and its impact on symptoms, duration of illness, and self-image*; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6175392/>.
- Margherita Giorgia; *L'anoressia nel teatro del virtuale: il salto dell'irrapresentabile*; 2021; in *Anoressie contemporanee Dal digiuno ascetico ai blog Pro-Ana a cura di Margherita Giorgia*; FrancoAngeli; Milano; pp. 13-30.
- Margherita Giorgia; *Clinica dell'anoressia: diagnosi e trattamento. Questioni problematiche*; 2021; in *Anoressie contemporanee Dal digiuno ascetico ai blog Pro-Ana a cura di Margherita Giorgia*; FrancoAngeli; Milano; pp. 96-128.
- Margherita Giorgia, Nuzzo Ivana; *Anoressia virtuale: una lettura psicodinamica del fenomeno Pro-Ana*; in *Anoressie contemporanee Dal digiuno ascetico ai blog Pro-Ana a cura di Margherita Giorgia*; FrancoAngeli; Milano; pp. 223-236.
- Mauss Marcel; 1991; *Le tecniche del corpo*; in *Teoria generale della magia*; Giulio Einaudi Editore S.p.A.; Torino.
- Mazali Tatiana; 2011; *Social Media as a New Public Sphere*; in *Leonardo*; N. 3; pp. 290-291; The MIT Press, <https://www.jstor.org/stable/20869483>.
- McBride Hillary L.; *Embodiment and Body Image*; 2019; in *Embodiment and Eating Disorders. Theory, Research, Prevention and Treatment*; a cura di McBride Hillary L. e Kwee Janelle; Routledge; New York.
- McBride Hillary L., Kwee Janelle L.; *Understanding Disordered Eating and (Dis)embodiment through a Feminist Lens*; 2019; in *Embodiment and Eating Disorders. Theory, Research, Prevention and Treatment*; a cura di McBride Hillary L. e Kwee Janelle; Routledge; New York.
- McNay Lois; 2008; *The Trouble with Recognition: Subjectivity, Suffering, and Agency*; in *Sociological Theory*; Vol. 26; No. 3; pp. 271-296; <https://www.jstor.org/stable/20453110>.
- Meneguzzo Paolo; De Mico Alberto; Gori Pietro; Ajello Alessio; Ceccato Enrico; Consolati Mauro Domenico; Vita Antonio; Sala Alessandra; Santonastaso Paolo; 2022; *A Multicenter Network Analysis Examining the Psychological Effects of the COVID-19 Pandemic on Patients with Eating Disorders versus Their Healthy Siblings*; *Journal of Clinical Medicine*; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9736149/>.
- Mento Carmela; Silvestri Maria Catena; Muscatello Maria Rosaria Anna; Rizzo Amelia; Celebre Laura; Praticò Martina; Zoccali Rocco Antonio; Bruno Antonio; 2021; *Psychological Impact of Pro-Anorexia and Pro-Eating Disorder Websites on Adolescent Females: A Systematic Review*; *International Journal of Environmental Research and Public Health*; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7926357/>.
- Messer Ellen; 1984; *Anthropological Perspective on Diet*; in *Annual Review of Anthropology*; Vol. 13; pp. 205-249; <https://www.jstor.org/stable/2155668>.
- Miller Daniel; Costa Elisabetta; Haynes Nell; McDonald Tom; Nicolescu Razvan; Sinanan Jolynna; Spyer Juliano; Venkatraman Shriram; Wang Xinyuan; 2016; *How the World Changed Social Media*; UCL Press; <https://www.jstor.org/stable/j.ctt1g69z35.14>.

- Mejova Yelena; Haddadi Hamed; Noulas Anastasios; Weber Ingmar; 2015; #foodporn: Obesity Patterns in Culinary Interactions; in Proceedings of the 5th International Conference on Digital Health; <https://doi.org/10.1145/27505.2750524> .
- Murthy Dhiraj; 2008; Digital Ethnography: An Examination of the Use of New Technologies for Social Research; BSA Publications Ltd; Vol. 42; pp. 837-855.
- Perez Deborah; Martins João Batista; 2019; Internet as a way of thinking everyday: social psychological in perspective; <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/182141>.
- Pizza Giovanni; 2019; Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo; Carrocci Editore; Roma.
- Reischer Erica; Koo Kathryn S.; 2004; The Body Beautiful: Symbolism and Agency in the Social World; in Annual Review of Anthropology; Vol. 33; 297-317; <https://www.jstor.org/stable/25064855>.
- Rauscher Lauren; Kauer Kerrie; Wilson Bianca D.M.; 2013; The Health Body Paradox: Organizational and Interactional Influences on Preadolescent Girls 'Body Image in Los Angeles; in Gender and Society; Vol. 27; N.2; pp. 208-230.
- Reichenberger Julia, Schnepfer Rebekka, Arend Ann-Kathrin, Richard Anna, Voderholzer Ulrich, Naab Silke, Blechert Jens; 2021; Emotional eating disorders across different eating disorders and the role of body mass, restriction, and being eating; Vol. 54; N. 5; pp. 773-784; <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.23477>.
- Rust Terrie Ellen; 1977; A history of swimwear reflecting some sociological and technological changes; San José State University; <https://vtechworks.lib.vt.edu/bitstream/handle/10919/65154/RustTE.pdf;jsessionid=23B5355AFA0C188674E5F563FC522EED?sequence=1> .
- Schneider Jekaterina, Pegram Georgina, Gibson Benjamain, Talamonti Doborah, Tinoco Aline, Craddock Nadia, Matheson Emily, Forshaw Mark; 2023; A mixed-studies systematic review of the experiences of body image, disordered eating, and eating disorders during the COVID-19 pandemic; Vol. 56, N. 1; pp. 26-67; <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.23706>.
- Sheper-Hughes Nancy; Lock Margaret M.; 1987; The Mindful Body: A prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology; in Medical Anthropology Quarterly; New Series Vol. 1; N. 1; pp. 6-41.
- Skårderud Finn; 2013; Hilde Bruch (1904-1984) – the constructive use of ignorance; Advances in Eating Disorders; Vol.1; pp.174-184; <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/21662630.2013.7985>.
- Stanghellini Giovanni, 2019; Embodiment and Other's look in feeding and eating disorders; World Psychiatry, Vol. 18; N. 3; pp. 364-365; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6732690/>.
- Stanghellini Giovanni, Mancini Milena, Castellini Giovanni, Ricca Valdo; Eating Disorders as Disorders of Embodiment and Identity: Theoretical and Empirical Perspectives; 2019; in Embodiment and Eating Disorders. Theory, Research, Prevention and Treatment; a cura di McBride Hillary L. e Kwee Janelle; Routledge; New York.
- Taplin Ruth, Lawman Sandra J.; Mental Health care in Japan; 2016; Routledge; New York.

Termorshuizen D. Jet, Sun Quan, Borg Stina, Mantilla F. Emma, Good W. Rachel, Peat M. Christine, Thornton M. Laura, Watson Hunna, van Furth F. Eric, Birgegård Andreas, Bulik M. Cynthia; 2022; Longer-term impact of COVID-19 among individuals with self-reported eating disorders in the United States, the Netherlands and Sweden, Vol. 56; N. 1; pp 80-90; <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.23824>.

Tirlea Loredana, Truby Helen, Haines Terry P.; 2013; Investigation of the effectiveness of the “Girls on the Go!” program for building self-esteem in young women: trial protocol; in SingerPlus; Vol. 2; N. 683; <https://springerplus.springeropen.com/articles/10.1186/2193-1801-2-683> .

Turner Pixie G.; Lefevre Carmen E.; 2017; Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa; Eating and Weight Disorders; Springer; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5440477/> .

Turner Victor; 2001; Liminalità e Communitas; in Il processo rituale; Struttura e antistruttura; Editrice Morcelliana; Brescia.

Van Huysse L. Jessica; Prohaska Natalie; Miller Catherine, Jary Jessica, Sturza Julie, Etsell Katherine, Bravender Terrill; 2023; Adolescent eating disorder treatment outcomes of an in-patient partial hospital program versus a virtual intensive outpatient program; Vol. 56, N. 1; pp. 192-202; <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.23866>.

Varis Piia; 2014; Digital ethnography; Tilburg Papers in Culture Studies; N. 104.

Vester Katharina; 2010; Regime Change: Gender, Class, and the Invention of Dieting in Post-Bellum America; in Journal of Social History, Vol. 44; N. 1; pp. 39-70; <https://www.jstor.org/stable/40802108> .

Veszelski Agnes; 2016; #time, #truth, #tradition. An image-text relationship on Instagram: photo and hashtag; in “In the beginning was the image: The omnipresence of pictures. Time, Truth, Tradition”, Andras Benedek; Agnes Veszelski, Peter Lang AG.

Yasuo Yuasa; 1987; Body. Toward an Eastern Mindbody Theory; State University of New York Press; New York.

Yoshikatsu Nakai, Kazuko Nin, Neha j. Goel; 2021, The changing profile of eating disorders and related sociocultural factors in Japan between 1700 and 2020: a systematic scoping review, in International Journal of Eating Disorders, N. 54; pp. 40-53; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8204748/> .

Young Allan; 1982; Antropologie della “Illness” e della “Sickness”; Annual Review of Anthropology; Vol. 11; pp. 257–285.

Weber Barbara; From Having a Body to Being Embodied: Phenomenological Theories on Embodiment; 2019; in Embodiment and Eating Disorders. Theory, Research, Prevention and Treatment; a cura di McBride Hillary L. e Kwee Janelle; Routledge; New York.

Zimmerman Jordan, Brown-Schmidt Sarah; 2020; #foodie: Implications of interacting with social media for memory; in Cognitive Research: Principles and Implications; Vol. 5; N. 16; <https://cognitiveresearchjournal.springeropen.com/articles/10.1186/s41235-020-00216-7>.

Zurolo Anna; Un discorso al plurale. Prospettive teorico-cliniche sull'anoressia; 2021; in Anoressie contemporanee Dal digiuno ascetico ai blog Pro-Ana a cura di Margherita Giorgia; FrancoAngeli; Milano; pp. 37-90.