

CAPITOLO 2

SVILUPPO DELL'IMMAGINE CORPOREA IN ADOLESCENZA:

TRAIETTORIE TIPICHE E ATIPICHE

L'adolescenza si caratterizza come la fase della vita interessata dai maggiori cambiamenti somatici che derivano principalmente dallo sviluppo puberale. La pubertà prende avvio generalmente tra gli 11-12 anni e si conclude attorno ai 20-22 anni, con parziali oscillazioni a seconda del genere e di alcune caratteristiche fisiologiche individuali. Questi cambiamenti, a volte repentini ed improvvisi, a volte più lenti e costanti, coinvolgono l'intera personalità e richiedono un impiego di energie psichiche e di riorganizzazione dell'intero Sé. Diversi autori concordano nel collocare, nella preadolescenza, il momento di maggiore intensità di tale sviluppo (Confalonieri & Grazzani Gavazzi, 2006), anche se tutto il periodo adolescenziale è caratterizzato dai tentativi di riorganizzazione e di integrazione delle diverse modificazioni corporee. I repentini cambiamenti biologici, a volte attesi ma allo stesso tempo temuti, colgono sempre di sorpresa il ragazzo che è ancora legato a rappresentazioni di Sé di tipo infantile. I bambini, non ancora adolescenti, percepiscono che qualcosa "sta sfuggendo", qualcosa che li coglie sempre e comunque impreparati. Vegetti Finzi (Vegetti Finzi & Battistin, 2000) afferma che gli adolescenti in questo periodo capiscono di dover affrontare un processo di revisione dell'immagine di Sé, ma avvertono anche una profonda inquietudine legata al fatto di non conoscere l'esito di tale processo. Il processo di revisione dell'immagine di Sé passa, senza dubbio, attraverso gli evidenti cambiamenti corporei propri di quell'età. Lo sviluppo puberale modifica il corpo in modo radicale e, questi cambiamenti necessitano di una integrazione e rappresentazione a livello mentale. Questa ri-rappresentazione del proprio corpo si configura dunque come un vero e

proprio compito di sviluppo in cui, attraverso una ri-mentalizzazione del corpo, lo si rende coerente con l'immagine che si ha di sé, con i propri valori interni e con gli investimenti identificatori del presente e del passato. In alcune situazioni, le traiettorie di sviluppo sfociano in disturbi relativi al corpo in cambiamento e alle difficoltà dell'adolescente ad integrare e mentalizzare tali cambiamenti. I disturbi alimentari si configurano infatti come una patologia che pone al centro proprio un mancato riconoscimento del proprio corpo e dei cambiamenti fisici e fisiologici dello stesso, negando al tempo stesso una porzione di identità che resta parziale e poco coesa. Portare a termine questo compito di sviluppo significa dunque giungere ad un'integrazione mente-corpo sufficientemente buona per costruire una rappresentazione mentale di Sé e del proprio aspetto fisico tollerabile e controllabile.

1. Lo sviluppo fisico e sessuale in adolescenza

Il percorso di crescita corporea non avviene in forma lineare e costante, ma si assiste piuttosto ad uno *spurt of growth*, ovvero uno scatto che improvvisamente determina una modificazione di altezza, peso e muscolatura. La durata di tale scatto è breve e conosce una rapida fase di avvio che dura circa due anni, fino al raggiungimento di un picco a cui fa seguito una fase di decelerazione caratterizzata da una crescita più costante ma meno rapida. Questo scatto che solitamente genera una crescita fisica improvvisa, viene percepita dall'adolescente come una rottura del limite corporeo precedentemente stabilito. Questo superamento dei confini corporei può portare l'adolescente ad una temporanea perdita o sospensione d'identità corporea e ad un rifiuto dell'immagine che il corpo in cambiamento gli rimanda (Vegetti Finzi & Battistin, 2000; Confalonieri & Grazzani Gavazzi, 2006).

Diversi autori hanno cercato di teorizzare lo sviluppo psicofisico in adolescenza e tutti concordano che le parti del corpo che si modificano maggiormente sono: i tessuti, le ossa, i muscoli con un conseguente incremento degli indici corporei (altezza e peso). Queste modificazioni

appartengono ad un processo più ampio che prende il nome di sviluppo puberale. Lo sviluppo dei tessuti prende forma da una crescita cellulare, neuronale, del sistema linfatico e degli apparati e organi; lo sviluppo delle ossa e della muscolatura invece avviene in modo non uniforme per tutti i settori: la testa, le mani e i piedi tendono a crescere più velocemente delle altre parti del corpo, mentre la muscolatura cresce più velocemente nei maschi che nelle femmine (Sartorio & Buckler, 2007). Il peso e l'altezza sono "il prodotto" di tutti questi cambiamenti nonché gli indici più visibili sia per l'adolescente che per gli altri. A causa di queste modificazioni, si assiste a disarmonie momentanee come un repentino aumento di peso o un'eccessiva magrezza dovuti alla crescita staturale che sono spesso fonte di preoccupazione, ma che devono essere sempre considerati nella loro temporalità. Il picco di crescita staturale e ossea prende avvio intorno ai 10 anni nelle ragazze e a 12 anni nei maschi. In seguito, la crescita staturale accelera rapidamente per raggiungere 2 anni più tardi il picco di velocità di crescita. Durante questo periodo può accadere che le ragazze tra gli 11 e 13 anni siano mediamente un po' più pesanti e più alte dei coetanei maschi. Tuttavia, dato che la velocità di crescita è maggiore nei ragazzi rispetto alle ragazze, la statura finale maschile si attesta di circa 13 cm in più della statura femminile. Questo picco di crescita avviene spesso in forma asincrona, tra le diverse parti del corpo. I cambiamenti possono così indurre delle alterazioni nei movimenti corporei che danno l'impressione di scarso coordinamento o di debolezza (Rogol, Roemmich, & Clark, 2002). Il peso si modifica attraverso un aumento della massa muscolare nei maschi e della massa grassa nelle femmine. I maschi così, durante la crescita puberale, migliorano notevolmente le loro prestazioni fisiche e le performances negli sport, mentre le femmine subiscono un arresto a causa di un inspessimento delle parti molli (Archibald, Graber, & Brooks-Gunn, 2003). I cambiamenti puberali seguono quindi modalità diverse a seconda del genere. Tanner (1972) afferma che lo sviluppo puberale si esaurisce in un tempo compreso tra i 4 e i 6 anni. Generalmente l'intero processo ha inizio tra gli 8 e i 13 anni nelle ragazze e tra i 9/10 e 13/14 anni nei maschi, anche se non mancano

differenze individuali notevoli, con avvii molto anticipati o molto ritardati rispetto alla media. In questi casi, se gli indici ormonali sono nella norma, non si prescrive alcun trattamento medico. Nell'ultimo secolo si è assistito alla tendenza di un progressivo abbassamento del tempo di sviluppo puberale (*accelerazione secolare*) che sembra interessare soprattutto le femmine. Le adolescenti europee sembrano quelle maggiormente coinvolte in tale processo, anche se in generale, tutte le ragazze che appartengono al mondo occidentale mostrano livelli di sviluppo puberale precoce se confrontati con le loro coetanee di cento anni fa (Tanner & Buckler, 1997). Nei paesi europei il menarca, nel secolo scorso, è sceso dai 16 anni circa ai 13 circa con un'accelerazione di circa nove mesi per generazione. Oggi l'età media del menarca riportata in recenti studi è intorno ai 13 anni (Alsaker & Flammer, 2006). I dati che emergono dagli Stati Uniti attestano un'ulteriore diminuzione dell'età media che si colloca sui 12 anni circa. Se il menarca è l'ultimo stadio dello sviluppo puberale femminile, significa che tutti gli altri indicatori (seno, peluria, fianchi, ossa, muscoli) si sviluppano ancor prima. Questa precocità potrebbe essere dovuta ad un miglioramento della qualità dell'alimentazione, allo stile di vita e ad una condizione generale di stabilità e benessere sociale ed economica (Archibald, Graber, & Brooks-Gunn, 2003), ed essa ha e avrà delle ripercussioni sullo stile di vita delle adolescenti. Il passaggio dalla scuola primaria a quella secondaria avverrà, per molte ragazze, in una fase di ulteriore passaggio fisiologico, con conseguenze importanti per il benessere e l'adattamento psicologico. Petersen e colleghi (Petersen, Sarigiani, & Kennedy, 1991) osservavano che negli anni '90 circa il 12% dei maschi americani erano in età puberale nel passaggio tra la scuola primaria e secondaria, mentre per le femmine la percentuale saliva al 43%. L'accelerazione secolare relativa alla maturazione puberale sembra sia accompagnata anche da un'accelerazione mentale e sociale. Nei test d'intelligenza, le adolescenti di uguale età anagrafica ma già in età puberale mostrano risultati migliori delle femmine prepuberi (Flynn, 1999). L'età puberale sembra dunque un aspetto pregnante da considerare al

fine di determinare il livello di sviluppo globale raggiunto dall'adolescente. Molti ricercatori e studiosi dell'età evolutiva preferiscono utilizzare piuttosto che l'età anagrafica, il *timing* di sviluppo puberale per determinare il grado di sviluppo fisico raggiunto dall'adolescente in un dato momento. Diversi sono gli strumenti atti a misurare lo "status" puberale. Coleman e Coleman (2002) identificano, ad oggi, nove diverse modalità di misura che vanno da strumenti self report come questionari ed interviste, ad indici medici calcolati attraverso indici fisiologici ben precisi. È da sottolineare il fatto che l'esatto livello di sviluppo è davvero molto difficile da misurare. (Dorn *et al.*, 2003) ha provato a calcolare l'accordo tra diversi strumenti di misura non trovando mai un accordo completo. Oltre a ciò, non bisogna dimenticare che la misura di questo indice va sempre contestualizzata nel tipo di studio che si vuole attuare, perché, a volte, un esatto livello di sviluppo non è poi così necessario. Spesso infatti sembra essere molto più utile indagare quale sia il livello di sviluppo puberale percepito dall'adolescente piuttosto che quello reale. Due ragazzi che si trovano allo stesso livello di sviluppo puberale possono percepirsi molto diversi tra loro, a causa di un diverso contesto sociale di appartenenza o di un gruppo di amici che si trova ad un altro livello puberale, tale da generare confronti in negativo. Alcuni autori (Graber, Lewinsohn, Seeley, & Brooks-Gunn, 1997; Siegel, Yancey, Aneshensel, & Schuler, 1999) hanno notato che il tempo di sviluppo percepito rispetto a quello reale è moderatamente correlato, ma con accordi che non superano il 60%.

Nel percorso di maturazione fisico-sessuale, l'identità di genere si modifica continuamente e assume connotati sempre più precisi. L'essere maschio o femmina viene definito in primo luogo dai cambiamenti puberali e secondariamente dalle risposte che gli adolescenti ricevono dall'esterno. Le attese sociali, il gruppo dei pari, i rimandi dei genitori, le risposte degli insegnanti si fanno sempre più pressanti e richiedono al giovane di impegnarsi nell'adozione di comportamenti, atteggiamenti e stili che riflettano un'individualità maschile o femminile (Confalonieri & Grazzani Gavazzi, 2006). I diversi contesti di socializzazione veicolano delle norme e

delle aspettative comuni riguardo al genere e che coinvolgono comportamenti sociali, interessi, occupazioni, espressioni ed emozioni (Speltini, 1997). Il raggiungimento di un'identità di genere non confusiva è dunque un compito evolutivo primario nel periodo adolescenziale che prende avvio dalla maturazione puberale e dai successivi cambiamenti corporei a cui si associano una modificazione della percezione dell'immagine corporea e di Sé. In questo processo caratterizzato da forti ambivalenze sono coinvolti i pari, la famiglia d'origine, le agenzie educative, la società e la cultura in cui l'adolescente vive. Oggi, ancora più che in passato, la definizione di un'identità certa è sempre più difficile da rintracciare perché i confini sono sempre più labili. Anche i ruoli maschili e femminili sono oggi meno evidenti e questo comporta un costante confronto con i modelli sociali e culturali che il contesto in cui si vive rimanda (Confalonieri & Grazzani Gavazzi, 2006).

2. Le modificazioni del Sé corporeo in adolescenza

I cambiamenti fisici e la maturazione puberale che caratterizzano l'età adolescenziale non possono non ripercuotersi sulla dimensione del Sé corporeo. In questa fase della vita si assiste necessariamente ad una riorganizzazione e ristrutturazione del Sé corporeo che dipende sia dai cambiamenti interni sia dalle richieste ambientali. Nelle richieste ambientali si possono ravvisare gli atteggiamenti che gli altri hanno rispetto agli adolescenti e al loro nuovo corpo (Palmonari, 1993), mentre i cambiamenti interni si riferiscono alla nascita di un nuovo corpo che cambia rapidamente e profondamente. Questo processo richiederà dei tempi fisiologici e spesso soggettivi per il ripristino di un equilibrio. Colombo (1999) individua tre contesti in cui l'immagine del corpo cambia: il riferimento spaziale, il rappresentante simbolico e la comunicazione sociale. Modificandosi le proporzioni del corpo, si devono riorganizzare anche le dimensioni dell'ambiente e quindi i riferimenti spaziali e l'orientamento. Il rappresentante simbolico si riferisce al significato che il corpo assume per l'adolescente ed è il veicolo del rapporto con gli altri. Il corpo rappresenta inoltre un mezzo di

comunicazione dei propri conflitti e disagi ed è espressione dell'affettività e degli investimenti libidici. Merleau-Ponty (1945) affermava che il corpo è il veicolo dell'essere nel mondo. In questo senso l'adolescente subisce le influenze ambientali e il suo corpo diventa un supporto di comunicazione sociale il cui scopo è sia differenziarsi dagli altri (genitori) sia di assomigliare a loro (i coetanei). Il corpo assume quindi in adolescenza diverse connotazioni e viene investito di significati che mettono a dura prova l'intero impianto identitario dell'adolescente. Gli autori che abbracciano il modello multidimensionale del Sé riconoscono come all'interno del concetto globale di Sé, il maggior numero di discrepanze che si riscontrano in adolescenza sono tra il Sé reale ed ideale (Harter, 1996; Higgins, 1999). In questa fase della vita aumentano notevolmente il numero di autovalutazioni negative rispetto ad un'eccessiva idealizzazione dei Sé sperati. Si può supporre quindi che l'adolescente sviluppi un'immagine ideale del proprio corpo e di conseguenza desidererebbe avere uno sviluppo puberale che si conformi a questa immagine idealizzata. Nella realtà però lo sviluppo puberale seguirà linee evolutive proprie e non controllabili dal giovane che in questo modo potrà sentirsi frustrato ed impotente. Questo scarto tra ideale e reale può portare ad un abbassamento dell'autostima o ad un ulteriore aumento dell'idealizzazione di un Sé che non corrisponde e non corrisponderà mai alle caratteristiche reali che il soggetto possiede (Harter, 1999).

Le modificazioni del Sé corporeo, l'autostima e il livello di soddisfazione per il proprio aspetto fisico sono dunque influenzate principalmente dalle modificazioni puberali. Le reazioni che gli adolescenti hanno di fronte a questi repentini cambiamenti fisici e fisiologici possono essere assai diverse perché la maturazione puberale non è semplicemente un adattamento alle nuove caratteristiche, ma una complessa integrazione di reazioni discrepanti, aspettative, norme, percezioni e idealizzazioni (Alsaker, 1996).

Diversi autori hanno cercato di individuare alcuni modelli che spiegassero quali sono i fattori che entrano in gioco nelle reazioni che gli adolescenti manifestano quando sono coinvolti nel processo di sviluppo puberale

(Jackson & Goossens, 2006). I modelli possono essere racchiusi in tre grandi tipologie: benessere, stadiali, devianti. Il modello del "goodness of fit" - o di benessere - è basato sull'assunzione che gli individui e il contesto sono due entità che interagiscono continuamente. Il benessere si raggiunge quando le caratteristiche dell'adolescente riescono a rispondere e ad essere coerenti con le richieste e pressioni ambientali. Questo bilanciamento tra richieste ambientali e caratteristiche individuali consente un buon adattamento che è precursore del benessere psicologico. I modelli stadiali suggeriscono invece la presenza di diversi "stadi" di sviluppo che si presentano durante l'età evolutiva. Ad ogni stadio c'è un compito evolutivo che deve essere risolto per poter passare allo stadio successivo. Nel caso dello sviluppo puberale, potrebbe accadere che uno sviluppo precoce interrompa il compito di sviluppo del Sé o renda l'adolescente poco "attrezzato" nel far fronte ai cambiamenti emotivi, sociali e relazioni che accompagnano questa maturazione precoce (Ge, Conger, & Elder, 2001). Sulla linea del modello stadiale si colloca la *off-time hypothesis* o il modello della devianza dalla normalità, in cui si pone l'accento sul "tempo" di maturazione puberale. Se l'adolescente non è in linea con lo sviluppo puberale dei suoi coetanei, egli viene definito "off time", sia nella direzione di un ritardo o di una precocità del suo sviluppo (Petersen & Taylor, 1980). In accordo a questo modello, ci si aspetta possa esserci un'interazione tra tempo di sviluppo e genere. Lo sviluppo precoce nei maschi porterebbe ad un migliore adattamento emotivo; infatti i maschi con crescita precoce affermano di essere più felici e sicuri di Sé. Al contrario, lo sviluppo puberale anticipato nelle femmine assume un carattere ambivalente. Da una parte le ragazze si sentono soddisfatte di poter già mostrare il loro "essere donna", ma dall'altro devono fare i conti con delle modificazioni ormonali e corporee a volte troppo difficili da integrare ad un'età precoce. In questo caso possono sorgere eccessive preoccupazioni per il proprio peso o insoddisfazioni riguardo il corpo che tendono a sfociare in strategie volte alla riduzione del peso o al tentativo di recuperare una forma corporea

infantile (Petersen, Crockett, Richards, & Boxer, 1988; Arim, Shapka, & Dahinten, 2006).

Il concetto di *timing* è effettivamente ancora poco indagato in letteratura così come sono poco conosciuti gli effetti che l'essere "fuori tempo" hanno in età adolescenziale. Palmonari (1993) parla, a questo proposito, di pubertà anticipata o ritardata. A seconda che la maturazione sia in linea con quella dei coetanei e quindi nella media oppure "*off time*" ossia in ritardo o in anticipo rispetto alla media, si avrebbero effetti diversi sulla percezione di Sé, sull'autostima, sulla percezione del proprio corpo e sul livello di soddisfazione per il proprio aspetto fisico.

Petersen e collaboratori (Petersen & Crockett, 1985; Petersen, Crockett, Richards, & Boxer, 1988), per primi hanno ipotizzato questo modello, creando uno strumento di indagine sul livello di maturazione puberale: il Pubertal Developmental Scale (PDS). Gli autori precisano che lo strumento non va ad indagare la reale età di sviluppo puberale, bensì la percezione che l'individuo ha del suo "*timing*" di sviluppo. Questo aspetto è molto importante, perché lo strumento contiene solo delle domande self report. Sono stati però individuati dei buoni indici di accordo tra i risultati emersi nel PDS e la scala di Tanner (Petersen *et al.*, 1988), tali da ritenere questo strumento adeguato per la misura del livello di sviluppo puberale. Dall'impiego dello strumento, sono state trovate delle interessanti differenze di genere che si combinano con il livello di maturazione puberale. Secondo gli autori, lo status puberale sarebbe in grado di determinare un cambiamento nella percezione della propria immagine corporea e dell'umore. In particolare, i maschi tenderebbero ad accogliere più positivamente i cambiamenti puberali delle ragazze e si sentirebbero più soddisfatti della loro immagine corporea, con un conseguente aumento dell'autostima. Questo potrebbe essere imputato all'adesione dell'adolescente ai canoni sociali che vedono la bellezza maschile connotata con la forza fisica, l'aumento di massa muscolare e l'incremento di abilità sportive. Nelle femmine invece i cambiamenti puberali vengono vissuti con maggiore incertezza. L'eccessivo aumento ponderale o la

crescita eccessiva, l'aumento della peluria o la comparsa dell'acne contrastano con gli standard di bellezza femminile e il corpo può così diventare oggetto di preoccupazione. Le società occidentali infatti aderiscono a delle norme sociali molto ristrette e caratterizzate dall'attrazione fisica e dalla presenza di un corpo perfetto ma ideale. Lo sviluppo puberale porta le femmine ad uscire da questi canoni sociali e può generare delle preoccupazioni legate alla difficoltà di integrarsi in un'identità di genere ben precisa e quindi alla difficoltà di "tenere uniti" parti di Sé che non sono ravvisabili né nel confronto con le coetanee né tantomeno con i modelli culturali. Il Sé viene dunque messo a dura prova, anche se le differenze più marcate si manifestano nei domini specifici del concetto di Sé, pur avendo ripercussioni sul Sé globale. Il Sé fisico o corporeo è quello maggiormente interessato da tali cambiamenti perché l'aspetto fisico, l'attraenza fisica nei confronti degli altri sono i fattori che influenzano maggiormente la percezione del proprio corpo e il livello di soddisfazione o di competenza esperita nel dominio del Sé fisico (Harter, 1999).

In recenti studi, è emerso che la modifica della struttura del Sé fisico, in adolescenza, segue lo stesso andamento sia per i maschi che per le femmine. I maschi presentano punteggi significativamente più alti nel dominio del Sé fisico rispetto alle femmine, mentre la struttura globale del Sé non sembra differenziarsi (Marsh & Redmayne, 1994; Harter, 1999; Maleddu & Scalas, 2003). Ciò significa che i domini relativi al Sé non si differenziano a seconda del genere, così come il Sé fisico è misurabile secondo gli stessi indici per i maschi e per le femmine, sono solo diverse le caratteristiche che ne emergono.

Alla luce dei contributi evidenziati sembra possibile concludere che diversi fattori concorrono alla organizzazione e ri-organizzazione del Sé corporeo in adolescenza: alcuni di questi sono interni all'individuo come la maturazione biologica, il tempo di sviluppo e le capacità di mentalizzare questi cambiamenti; mentre altri provengono dal mondo sociale e si configurano soprattutto nelle risposte ricevute dai pari, dalla famiglia d'origine, dai

canoni proposti dai mass media e dalla cultura di provenienza. Questi fattori verranno esplicitati e approfonditi nel prossimo paragrafo. Se dunque l'adolescente riuscirà ad integrare questi elementi giungerà ad una sintesi originale che darà forma ad un'identità unica e stabile che garantirà al giovane un senso di continuità della propria esistenza.

3. La percezione del corpo in adolescenza

Il corpo è il veicolo con cui ogni individuo si presenta al mondo, una sorta di "biglietto da visita" attraverso cui, ancor prima della parola, si connota una persona. Per questo i contributi che si possono trovare in letteratura sul corpo, la percezione dell'aspetto fisico e il corpo come veicolo comunicativo sono assai numerosi ed articolati.

In questa sede si approfondirà il tema della percezione e soddisfazione/insoddisfazione del corpo in adolescenza tentando di esplicitare i diversi fattori che entrano in gioco in questa complessa valutazione. Verrà indagato il ruolo delle componenti biologiche quali altezza, peso, indice di massa corporea e *timing* di sviluppo puberale per poi trattare le influenze sociali e culturali, mantenendo la trasversalità del genere (maschi/femmine) e dell'età (preadolescenza/adolescenza). Nello specifico, il BMI (Body Mass Index), l'indice che combina i valori del peso e dell'altezza, il genere e lo sviluppo puberale rappresentano le principali caratteristiche biologiche che discriminano la percezione corporea e il livello di soddisfazione per il proprio aspetto e peso, ma non bisogna dimenticare che un ruolo di primaria importanza viene svolto anche dal gruppo dei pari, dai genitori, dai mass media e dal tessuto socio-culturale in cui l'individuo è immerso.

Per ogni individuo, l'immagine corporea gioca un ruolo fondamentale nella sua personale e sociale e questo ruolo si fa ancor più importante durante l'adolescenza. La soddisfazione per la propria immagine corporea è infatti un tema saliente nel periodo adolescenziale: da una parte perché i maggiori cambiamenti fisici e cognitivi avvengono proprio in questo periodo e dall'altra perché sembra che la *body image* assuma un ruolo

centrale nella previsione dell'autostima, dell'adattamento psicosociale, del benessere o del malessere e dei rischi che possono insorgere da un'immagine del proprio corpo negativa (Jones & Crawford, 2005). La soddisfazione o insoddisfazione per il proprio corpo sembra fortemente correlata agli indici di altezza nei maschi e al peso nelle femmine. Lo sviluppo puberale femminile segue infatti traiettorie di sviluppo differenti dai maschi e, l'aumento repentino del peso e della massa grassa possono determinare una maggiore insoddisfazione per il proprio corpo. Questa insoddisfazione aumenta ancora di più in quelle ragazze che si sviluppano prima delle loro coetanee. Queste ragazze "precoci" mostrano livelli significativamente più alti di insoddisfazione e di scarso *sex appeal* percepito verso i pari rispetto alle ragazze che si sviluppano "on time" (Cairns & Cairns, 1994). Ritorna ancora una volta la "off time hypothesis" anche nella soddisfazione dell'immagine corporea.

Come si accennava nel paragrafo precedente, il tempo (*timing*) in cui avviene lo sviluppo puberale può incidere sulle percezioni degli adolescenti, sul loro livello di soddisfazione e sull'adattamento in età adulta (Andersson & Magnusson, 1990; Graber, Seeley, Brooks-Gunn, & Lewinsohn, 2004). Ad oggi, poche ricerche si sono concentrate su questo tema e i primi risultati sono ancora discordanti. Sembra però che gli effetti maggiori del *timing* si abbiano proprio sulle femmine, dove uno sviluppo precoce comporta una difficoltà ad integrare questi cambiamenti (Petersen, *et al.*, 1988). Si osserva inoltre un aumento di comportamenti aggressivi tra le ragazze che si sviluppano precocemente rispetto alle coetanee e ai maschi (Arim, Shapka, & Dahinten, 2006). Anche nei maschi questo effetto non va però sottovalutato: una precoce maturazione maschile può indurre un senso di onnipotenza, bellezza e maggiore attrattività, ma ritardi nello sviluppo maschile possono generare una percezione distorta del proprio corpo, un senso di esclusione dal gruppo, timori infondati di un corpo "effeminato" e una bassa autostima (Alsaker, 1992; Kunzli-Hammerli, 1995; Speltini, 1996).

Ulteriori studi dovrebbero indagare l'effetto mediatore del *timing* puberale sia come fattore interveniente nel processo di crescita e di adattamento, sia come eventuale predittore di comportamenti disadattivi.

Indipendentemente dal tempo di sviluppo puberale, la maggior parte delle ricerche sull'immagine corporea si sono concentrate soprattutto sulla popolazione femminile in quanto le ragazze mostrano maggiori preoccupazioni per il loro aspetto fisico, mettono in atto comportamenti disfunzionali rispetto all'alimentazione, ricorrono più facilmente a strategie volte alla riduzione di peso e hanno livelli di soddisfazione per il proprio corpo più bassi dei coetanei maschi (Thompson, Heinberg, Altabe, & Tantleff-Dunn, 1999; Smolak, Levine, & Thompson, 2001; Stice & Whintenton, 2002; Shaw, Stice, & Springer, 2004;). In effetti, i cambiamenti fisici sperimentati dalle femmine durante la pubertà spesso vanno nella direzione di un aumento di peso e di forma che appaiono in contrasto con gli standard di bellezza e di magrezza proposti dalla società (Davison & McCabe, 2006) e questo sembrerebbe portare ad una maggiore inclinazione delle femmine ad innescare risposte disfunzionali per la propria salute. Ciò non avverrebbe nei maschi dove invece l'aumento di peso e di massa muscolare vengono giudicati positivamente dal giovane e dalla società che lo circonda (Koff, Rierdan, & Stubbs, 1990).

In questi ultimi anni però molti ricercatori hanno rivisto la posizione in cui si credeva che i maschi fossero immuni da preoccupazioni e difficoltà ad accettare i propri cambiamenti corporei. McCabe e Ricciarelli (Ricciardelli, McCabe, & Banfield, 2000; McCabe & Ricciardelli, 2003, 2004, 2005; Ricciardelli & McCabe, 2003) infatti hanno aperto un filone di studi sul tema dell'insoddisfazione corporea tra i preadolescenti ed adolescenti maschi, scoprendo che anche i maschi mostrano livelli di insoddisfazione paragonabili a quelli delle ragazze a cui sono però associati comportamenti differenti. Nei maschi è più facile individuare l'uso e abuso di steroidi, di integratori alimentari o farmaci che aumentano la massa muscolare e la dipendenza dall'attività fisica (McCabe & Ricciardelli, 2004); mentre nelle

femmine si assiste maggiormente al coinvolgimento in diete volte alla riduzione del peso.

L'Indice di massa corporea (BMI) è un altro indicatore che correla positivamente con la percezione dell'immagine corporea e si differenzia in relazione al genere (Lewinsohn, Sheeley, Moerk, & Striegel-Moore, 2002; Ricciardelli & McCabe, 2003; Jones & Crawford, 2005). Per i maschi l'insoddisfazione per il proprio aspetto corporeo correla con valori elevati di BMI, mentre l'insoddisfazione nelle ragazze è trasversale ad ogni valore del BMI (Field *et al.*, 2001). Sembra quindi che i maschi possiedano una capacità percettiva più accurata delle femmine in quanto solo coloro che effettivamente hanno un elevato BMI si considerano più grassi e manifestano negative percezioni verso il loro corpo, mentre le femmine si ritengono più insoddisfatte indipendentemente dalla massa corporea.

Tutti questi indici fisici – BMI, maturazione puberale, genere – vanno indubbiamente ad influenzare i livelli di soddisfazione o insoddisfazione per la propria immagine corporea a cui si associano l'autostima e il valore globale di Sé e in ultima analisi, l'Identità. Probabilmente è proprio l'aspetto fisico che esprime la propria individualità agli altri e, al contempo, il modo di apparire attiva negli altri un processo di valutazione con conseguenze importanti sull'autostima (Forzi & Not, 2003).

Bisogna però evidenziare che, come accade per il timing di sviluppo puberale, non è tanto l'attrazione fisica ad essere in relazione con l'autostima, quanto quella percepita dall'individuo nelle relazioni con gli altri. A questo proposito, Mendelson, Mendelson e White (2001) indagano, attraverso il loro strumento "Body Esteem Scale", tre fattori: Apparenza, Attribuzione e Soddisfazione per il proprio peso. La differenza tra Apparenza e Attribuzione sembra essere fondamentale perché nella prima si indaga la percezione che il soggetto ha del proprio corpo, mentre nell'Attribuzione il soggetto valuta ciò che ritiene che gli altri pensino del suo corpo. È interessante notare come i risultati mostrino che coloro che valutano positivamente la loro Apparenza tendono ad avere un'alta autostima e un basso livello di insoddisfazione per il proprio peso (Mendelson, Mendelson &

White, 2001). Anche i risultati della Harter (1996, 1999) vanno nella stessa direzione, mostrando come gli adolescenti che ottengono punteggi elevati nelle scale di "Attrazione fisica" e la "Competenza atletica", sono coloro che mostrano un'elevata autostima. Numerose ricerche empiriche hanno dimostrato che la percezione positiva della propria immagine corporea, si correla con un'immagine globale positiva di Sé e in particolare con l'autostima, con una maggiore sicurezza, una minore ansia e una maggiore facilità di approccio alle relazioni intime (Alparone, Prezza, & Camarda, 2000). Il legame tra autostima e soddisfazione per la propria immagine corporea segue dunque lo stesso andamento per i maschi e per le femmine, così come si mantiene costante con il progredire dell'età.

L'età è, senza dubbio, un altro fattore che caratterizza il legame autostima-immagine corporea e accomuna maschi e femmine. Già all'età di 6 anni le femmine tendono a fornire giudizi negativi sul proprio aspetto fisico e desidererebbero poter modificare il loro peso (Schur, Sanders, & Steiner, 2000). Con il passaggio dalla preadolescenza all'adolescenza si assiste ad un decremento nel livello di soddisfazione percepito e ad un'immagine corporea più svalutante. I ragazzi più grandi hanno delle opinioni più negative sulla loro apparenza fisica e sul loro peso rispetto ai più piccoli. Anche le Attribuzioni si svalutano, ma non in modo così rilevante come l'Apparenza e il Peso (Mendelson, Mendelson, & Andrews, 2000; Mendelson, Mendelson, & White, 2001). Nonostante le percezioni siano più svalutanti in entrambi i generi, con lo sviluppo si presenta un divario tra maschi e femmine: le femmine manifestano sempre maggiore insoddisfazione per il proprio corpo rispetto ai maschi e la loro autostima tende ad abbassarsi in relazione all'insoddisfazione corporea percepita (Mendelson, White, & Mendelson, 1996; McCabe & Ricciardelli, 2001; Ricciardelli & McCabe, 2001). Anche con l'età anagrafica, l'autostima continua ad essere associata alle Attribuzioni e al Peso confermando quindi lo stretto legame tra percezione corporea e Sé. Non bisogna però dimenticare che, nonostante le robuste correlazioni tra le attribuzioni fisiche e il valore globale di Sé individuate da più parti, la direzione di questo

legame non è ancora chiara, in quanto può essere plausibile sia l'influenza dell'autostima sulla percezione del proprio corpo sia l'incidenza di quest'ultimo sull'autostima (Harter, 1993, 1999; Mendelson, White & Mendelson, 1996; Forzi & Not, 2003). Anche gli studi longitudinali non hanno aiutato a chiarire la direzione di questo legame. Essi confermano solo la presenza di un abbassamento della soddisfazione corporea e dell'autostima sia nei maschi che nelle femmine; anche se nei maschi questo decremento è meno evidente che nelle femmine (Bearman, Presnell, Martinez, & Stice, 2006). I fattori che intervengono nel determinare l'insoddisfazione per il proprio corpo sono principalmente quelli indicati dalla letteratura: l'aumento di peso e il BMI alterato, il tempo di sviluppo puberale, la mancanza di supporto sociale della famiglia e il *negative affect* o sentimenti depressivi.

Il "corpo ideale" ossia l'idealizzazione che l'adolescente compie rispetto al proprio aspetto fisico sembra invece essere un fattore che coinvolge solo le femmine e non i maschi. Nel contributo di Bearman *et al.* (2006) è interessante sottolineare come fino ai 13 anni non si assista a significative differenze di genere nella percezione del corpo mentre a 14 anni le femmine si discostano dai coetanei maschi aumentando il loro livello di insoddisfazione. Questa discrepanza si mantiene anche a 15 e 16 anni. Questo risultato è in linea con quanto affermato dal modello di sviluppo dell'insoddisfazione corporea in cui le femmine diventano più insoddisfatte del loro corpo durante l'adolescenza perché si muovono verso un concetto di corpo idealizzato di magrezza, invece i maschi non mostrano tale insoddisfazione perché la loro crescita muove verso un adeguamento ai canoni di bellezza (Smolak, Levine, & Thompson, 2001). Barman *et al.* (2006) nel loro studio affermano però che le ragazze che riportano alti livelli di soddisfazione per il loro fisico e peso sono anche coloro che effettivamente sono più magre rispetto ai maschi che esprimono le stesse percezioni. Questo suggerisce che i maschi confrontano il loro peso acquisito con il loro corpo reale, mentre le ragazze confrontano il peso con un "corpo ideale".

L'idealizzazione del corpo però non risulta essere fattore predittivo di soddisfazione o insoddisfazione corporea.

Sebbene la letteratura si sia prevalentemente occupata del ruolo svolto dai fattori biologici nel determinare la percezione per il proprio corpo, negli ultimi anni ampio spazio è stato riservato al ruolo che svolge il contesto sociale e relazionale.

All'interno del contesto sociale, va affrontato, primo tra tutti, il ruolo svolto dai genitori e il supporto fornito da questi durante lo sviluppo dei figli adolescenti. La natura delle relazioni parentali è stata osservata da più parti come un elemento in grado di predire un buon adattamento sociale l'età evolutiva (Steinberg & Morris, 2001; Ricciardelli & McCabe, 2003; Davison & McCabe, 2006). La totale assenza o la carenza di supporto sociale sono dei fattori di rischio per l'insorgenza di preoccupazioni e insoddisfazioni per il proprio corpo che spesso si correlano con un abbassamento dell'autostima e una denigrazione di Sé. Gli adolescenti che si sentono poco accettati o hanno avuto esperienze di rifiuto dai genitori mostrano una scarsa percezione della propria immagine corporea e sentimenti di inadeguatezza (Barman, Presnell, Martinez, & Stice, 2006). Questo effetto sembra essere particolarmente sottolineato nelle femmine, mentre per i maschi lo scarso supporto parentale non avrebbe dirette conseguenze sulla percezione corporea. Relazioni conflittuali tra i genitori e l'adolescente sono inoltre collegate a preoccupazioni per il proprio aspetto fisico, percezioni negative del proprio corpo, messa in atto di comportamenti volti alla riduzione del peso e disturbi alimentari, soprattutto tra le adolescenti femmine (Leon, Fulkerson, Perry, & Dube, 1994; Archinbald, Graber, & Brooks-Gunn, 1999). Alcuni studi hanno rilevato che le femmine con un maggior numero di comportamenti alimentari disfunzionali sono anche coloro che si percepiscono meno accettate e più criticate dalla famiglia d'origine rispetto alle coetanee (Swarr & Richards, 1996). Accanto allo scarso supporto sociale percepito, si affiancano anche le richieste esplicite dei genitori a modificare l'aspetto fisico, o l'aperto incoraggiamento da parte della madre a iniziare diete per perdere peso. Queste sollecitazioni

conducono, soprattutto le adolescenti femmine a vivere sospese tra le richieste interne e le pressioni sociali con una conseguente insoddisfazione verso se stesse e il proprio corpo (Benedickt, Wertheim, & Love, 1998; McCabe & Ricciardelli, 2005). I risultati presentati suggeriscono che le relazioni positive con le figure genitoriali sarebbero dei fattori protettivi contro l'insorgenza di gravi dispercezioni del proprio corpo che spesso sfociano in condotte alimentari disfunzionali. Questi meccanismi si attiverebbero solo per le adolescenti femmine, mentre non sembrerebbero rilevanti per i maschi e in generale per i preadolescenti. I bambini tra gli 8 e 10 anni e i preadolescenti infatti non sarebbero influenzati dai genitori nella loro percezione del corpo e nelle abitudini alimentari (Davison, Markey, & Birch, 2003). L'intervento della famiglia d'origine sembra dunque essere rilevante nello sviluppo dell'immagine corporea e delle conseguenti percezioni e comportamenti solo a partire dall'adolescenza. I genitori possono infatti influenzare la percezione dell'immagine corporea con i loro atteggiamenti, opinioni o espressioni verbali dirette, sebbene siano più salienti le influenze delle madri che dei padri e in particolare sulle figlie femmine.

L'interesse maggiore per le figlie femmine potrebbe essere ancora una volta legato alle componenti sociali e culturali. L'interesse sociale per il corpo, per i suoi canoni di bellezza e magrezza si rivolgono quasi sempre ad un pubblico femminile e la famiglia, accogliendo questi messaggi dai mass media, li riflette sulle figlie (Ladogana, 2006).

Nonostante il ruolo del supporto genitoriale sia preponderante sulla predittività della soddisfazione corporea, anche i pari giocano un ruolo interessante nella percezione del corpo in adolescenza.

In adolescenza, le relazioni con i pari acquistano una grande importanza per il giovane che progressivamente si allontana dalla famiglia d'origine per sperimentare nuovi incontri, scambi ed esperienze con il gruppo dei coetanei. In questo periodo non si presentano più solo le relazioni tra ragazzi dello stesso sesso, ma iniziano ad essere rilevanti anche amicizie tra sessi opposti che hanno una funzione indispensabile nel processo di crescita e di

sviluppo puberale (Smolak, Levine, & Thompson 2001; Ricciardelli & McCabe, 2003). Diversi contributi hanno analizzato il ruolo che rivestono gli amici intimi e il gruppo nella definizione dell'immagine corporea in adolescenza. Alcuni autori hanno rilevato che relazioni poco soddisfacenti con l'amica del cuore o la totale assenza di un'amica del cuore è associata ad un'alta sintomatologia di sintomi bulimici nelle ragazze adolescenti, mentre tale relazione non è stata individuata nei maschi (Vincent & McCabe, 2000). Le adolescenti femmine inoltre riconoscono i pari come la loro prima e più importante fonte di informazione sul loro aspetto fisico e sul peso. Le ragazze che ricevono commenti denigratori nei confronti del loro aspetto fisico diventano più vulnerabili e sono più esposte al rischio di attivare comportamenti volti al dimagrimento o alla modificazione del loro aspetto fisico (Rieves & Cash, 1996; Thompson, 1996b). Gli adolescenti maschi godono invece di una maggiore accettazione e popolarità nel gruppo dei pari sia dello stesso sesso sia di sesso opposto, soprattutto quando lo sviluppo puberale incrementa la massa muscolare e quando i ragazzi ottengono successi in campo sportivo (Petersen & Crockett, 1985; Silberstein & Kracke, 1997; McCabe, Ricciardelli, & Finemore, 2002). Sembra dunque evidente che le femmine, già più attente e preoccupate per il loro aspetto fisico, sono coloro che vengono maggiormente influenzate dal contesto sociale e dalle relazioni che instaurano dentro e fuori la famiglia d'origine. Le adolescenti infatti manifestano una grande attenzione per le valutazioni che gli altri effettuano sul loro corpo, mettendosi sempre in una posizione di confronto (Jones, 2001). Questo confronto continuo ha delle ripercussioni sull'autostima e sull'idea di Sé e in particolare del Sé corporeo. Uno scarso senso di Sé nelle femmine è risultato fortemente associato alle valutazioni negative relative all'apparenza fisica. Il senso di Sé durante l'adolescenza riflette sia le percezioni che gli adolescenti hanno di Sé ma anche le valutazioni che il gruppo dei pari rimanda all'adolescente. L'Apparenza, ovvero il "come mi vedo?", è visto come il focus principale delle percezioni e valutazioni. Anche Meeus (1989) riconosce che le ragazze durante l'adolescenza sono

più orientate all'esterno rispetto ai ragazzi e quindi negativi rimandi da parte del gruppo sul proprio aspetto fisico possono generare un grande impatto sull'autostima delle ragazze, sul Sé corporeo e infine sul senso globale di Sé. Un negativo senso di Sé tra i maschi invece sarebbe associato principalmente all'attraenza fisica e alla capacità di "mostrarsi" nel gruppo. Se per le femmine dunque un confronto perdente nei confronti dei pari genera senso di frustrazione e un abbassamento di autostima che spesso sfocia in una chiusura relazionale, nei maschi invece è la percezione di attraenza che predice la capacità di instaurare relazioni soddisfacenti. La percezione dell'immagine corporea è dunque strettamente legata alle relazioni con i pari sia per le femmine sia per i maschi ma se una negativa immagine del corpo nelle femmine è fortemente associata a relazioni povere con altre ragazze, nei maschi la percezione corporea si associa a scarse relazioni con il sesso opposto (Davison & McCabe, 2006). Questa interessante scoperta suggerisce che una negativa percezione del proprio corpo assume connotati sociali diversi nei maschi piuttosto che nelle femmine. Sarebbe necessario indagare più approfonditamente le cause che spingono le relazioni sociali dello stesso sesso o del sesso opposto ad essere influenzate dalla percezione corporea.

In questa sede non verrà approfondito il ruolo che svolge il partner nella definizione dell'immagine corporea in quanto si è osservato che questo fa riferimento a popolazioni più adulte che esulano dal lavoro qui proposto. La presenza o assenza di un partner e dunque di una relazione intima stabile sembrano giocare un ruolo rilevante nella percezione corporea e nel livello di soddisfazione esperito (Neff & Harter, 2003), ma questo coinvolge i soggetti più adulti, mentre dato il carattere volubile e temporaneo delle relazioni intime in età adolescenziale, tale aspetto non risulta essere congruente con il lavoro esposto e dunque non sarà trattato.

Gli ultimi due fattori che occupano una posizione rilevante nella definizione della percezione immagine corporea in adolescenza sono i mass media e la cultura. I media riflettono spesso le credenze e i valori propri di una cultura e indirizzano le preferenze e le percezioni dei giovani. La nostra

cultura occidentale ha posto al centro il corpo e lo ha investito di una tale importanza da renderlo quasi sacro. La bellezza statuaria delle modelle, le proposte continue di interventi chirurgici che modificano l'aspetto fisico per renderlo sempre più bello e giovanile, i modelli televisivi di donne e uomini che pur avendo raggiunto la vecchiaia mostrano corpi e comportamenti di giovani adulti e le continue promozioni e nascita di nuovi prodotti di bellezza e centri per la cura del corpo hanno caratterizzato gli ultimi vent'anni della società occidentale. Gli adolescenti che vivono in questa società sono dunque portati ad investire notevoli cure e preoccupazioni nel loro corpo e la necessità di aderire ai canoni imposti oggi li porta spesso ad attivare comportamenti e strategie volte a modificare il corpo in evoluzione. Tra gli esperti c'è oggi un consenso generale sulla considerazione che i media siano un mezzo molto potente che promuove gli ideali di magrezza e che contribuisce ad accrescere l'insoddisfazione negli adolescenti, soprattutto nelle femmine (Pope, Olivardia, Gruber, & Borowiechi, 1999). Mentre uno studio (Ricciardelli, McCabe, & Banfield, 2000) aveva evidenziato che gli adolescenti maschi percepivano i media come un alleato nella costruzione della loro immagine corporea, altre ricerche suggeriscono che le proposte mediatiche possono generare preoccupazioni e portare a mettere in atto comportamenti disfunzionali e pericolosi per la propria salute anche nei maschi (Pope, Olivardia, Gruber, & Borowiechi, 1999; Spitzer, Henderson, & Zivian, 1999).

I media tendono a rappresentare gli ideali proposti dalla cultura e infatti numerosi studi hanno evidenziato il ruolo che la cultura di appartenenza svolge nel connotare una certa percezione del corpo, di attrattività e di salute (Hagger, Biddle, Chow, Stambulova, & Kavussanau, 2003; Nishina, Ammon, Bellmore, & Graham, 2006; Nollen *et al.*, 2006). Mentre l'occidente esalta il corpo magro e longilineo, altre culture considerano il corpo grasso un indice di salute, di ricchezza, di capacità sessuali e di prosperità (Rubin, Fitts, & Becker, 2003). Anche all'interno degli Stati Uniti, diversi gruppi etnici come gli africani o sud americani riportano la preferenza per donne che l'Occidente considererebbe in sovrappeso. Le adolescenti sudamericane

pensano che il loro ideale di bellezza sia il raggiungimento di un corpo rotondo con un peso consistente perché in questo modo credono di essere più "adatte" a concepire figli e a diventare delle buone madri (Thompson, Corwin, & Sargent, 1997; Nadeem & Graham, 2005). Questi brevi accenni suggeriscono che il contesto socioculturale gioca un ruolo importante nello sviluppo della percezione corporea e nella definizione della bellezza, della forma fisica e del peso corporeo.

Ad oggi, la ricerca avrebbe bisogno di nuovi strumenti che valutino le percezioni che gli adolescenti sentono sulle pressioni sociali che ricevono. Sarebbero inoltre utili degli studi longitudinali che consentano di individuare, nel tempo, l'evoluzione della percezione corporea e le modificazioni della relazione soddisfazione corporea - pressione sociale e culturale. In questo modo si potrebbe giungere ad una teorizzazione più comprensiva di tutti quei fattori che intervengono nella definizione della percezione dell'immagine corporea e del valore globale di Sé attribuito dagli adolescenti maschi e femmine.

4. La dispercezione corporea: quando la mente fa ammalare il corpo

L'adolescenza è il periodo di sviluppo in cui emerge con più evidenza una percezione del corpo non sempre corrispondente alla realtà che si tramuta in una insoddisfazione che può sfociare in comportamenti maladattivi per la propria salute fisica e psicologica. Numerosi studi indicano che tra il 50 e il 70% circa delle ragazze adolescenti americane ha iniziato almeno una dieta nell'ultimo anno scolastico a causa di un'insoddisfazione percepita rispetto al proprio peso corporeo (Lieberman, Gauvin, Bukowskic, & White, 2001). Queste notizie sono allarmanti alla luce del fatto che l'esordio dei disturbi alimentari avviene proprio in adolescenza e generalmente prende avvio con una manifesta dis-percezione del proprio corpo e la conseguente messa in atto di comportamenti volti a modificare l'aspetto fisico. In generale, i disturbi alimentari sono considerati un fenomeno complesso e multidimensionale. Un voluminoso corpus di ricerche è stato dedicato ad esplorare il ruolo di fattori biologici, psicologici, sociali ed evolutivi nei

pattern comportamentali dei disturbi alimentari. Caratteristiche individuali come il nevroticismo, l'impulsività, gli sbalzi d'umore e il narcisismo sarebbero predisposizioni all'insorgenza di disordini alimentari (Davis, Dionne, & Lazarus, 1996; Steiger & Stotland, 1996), così come il cambiamento della posizione della donna nella società, la cultura e i mass media sarebbero responsabili di un cambiamento di percezione del corpo e dei canoni di bellezza e accettazione sociale (McLaren, Gauvin, & Steiger, 2001). Ancora una volta i fattori che entrano in gioco nel definire una percezione del corpo più o meno corrispondente alla realtà sono di origine biologica o sociale così come è stato discusso nel paragrafo precedente. Qui si vuole in particolare porre l'attenzione sugli elementi che entrano in gioco nella messa in atto di comportamenti disfunzionali e sull'esordio di disturbo alimentare negli adolescenti.

Numerose ricerche degli ultimi due decenni hanno evidenziato che le femmine sono più a rischio dei maschi per l'insorgenza di disturbi legati alla percezione del proprio corpo. La maggior parte di studi empirici ha mostrato che le femmine, confrontate con i coetanei dell'altro sesso, forniscono valutazioni di Sé molto più negative di quanto non lo siano nella realtà. Questa discrepanza tra il corpo reale e il corpo percepito funge da sfondo nell'insorgenza di comportamenti alimentari disordinati o nella restrizione delle proprie abitudini alimentari (Keashubeck-West, Mintz, & Weigold, 2005). Il genere e lo sviluppo puberale sono ancora gli elementi biologici che intervengono con maggior forza sia nelle dispercezioni sia nell'esordio di un disturbo alimentare, anche se le risposte che arrivano dal contesto sociale, dai pari e dalla famiglia d'origine influenzano costantemente gli adolescenti (Meeus, 1989; Rieves & Cash, 1996; Thompson, Coover, & Stormer, 1999b; Vincent & McCabe, 2000; Jones, 2001). Le differenze di genere sono evidenti quando si parla di disturbi alimentari: sebbene la popolazione normale tenda a sovrastimare il proprio peso e desideri essere più magra (Toro, Castro, Garcia, & *et al.*, 1989), c'è accordo sul fatto che le femmine presentano una maggiore distorsione dell'immagine corporea rispetto ai maschi (Gila, Castro, Toro, & Salmero,

1998; Gila, Castro, Cesena, & Toro, 2005). Questa dispercezione sembra essere un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi alimentari, soprattutto per l'anoressia. Diversi autori concordano che, nel caso dell'anoressia, il disturbo dell'immagine corporea è una distorsione che riflette gli ideali del paziente, le immagini interiorizzate, le cognizioni ed emozioni legate al proprio corpo (Gila, Castro, Toro, & Salmero, 1998). La distorsione sembrerebbe riflettere quelle parti del corpo che hanno una valenza emotiva e cognitiva per le adolescenti e non il corpo nella sua totalità.

In uno studio condotto da Kashubeck-West, Mintz, Weigold (2005) è stata indagata la soddisfazione per la propria immagine suddividendo il corpo in "parti". È emerso che ci sono delle differenze di genere marcate rispetto alle diverse parti del corpo su cui i soggetti ponevano la loro attenzione. Queste parti erano anche quelle che i soggetti avrebbero voluto modificare. I maschi sottolineavano l'importanza degli organi sessuali e del volto; mentre le femmine erano più attente a gambe, torace, addome, anche, piedi, muscolatura generale, naso, occhi, capelli e voce. Coloro che si ritenevano più soddisfatti per queste parti del corpo mostravano anche un'autostima migliore rispetto a coloro che indicavano come problematici questi aspetti. Successivamente, gli stessi autori hanno separato gli effetti del genere dal desiderio di perdere peso e dall'insoddisfazione corporea dimostrando che, se si controlla il genere, sono l'insoddisfazione corporea e il desiderio di perdere peso ad acquisire un valore predominante. In un campione in cui tutti i partecipanti desiderano perdere peso si è osservato che maschi e femmine riportano simili punteggi nel livello di soddisfazione corporea, sono ugualmente preoccupati per il loro peso e l'importanza attribuita all'apparenza è uguale in entrambi i sessi. Si differenziano invece i comportamenti volti a ridurre il peso: si osserva che i maschi si concentrano sull'attività fisica, mentre le femmine iniziano le diete. Gli autori attribuiscono questi risultati al fatto che la variabile critica è la perdita di peso e non il genere. È il desiderio di dimagrire che sottende le differenze di genere ed è il vero predittore dei disturbi alimentari. Le ricerche che evidenziavano delle nette differenze di

genere nella dispercezione corporea probabilmente erano dovute semplicemente al fatto che il numero di donne che vuole perdere peso è effettivamente di gran lunga maggiore degli uomini. Se invece si considera un campione bilanciato per sesso, le differenze di genere svaniscono (Kashubeck-West, Mintz & Weigold, 2005). Ulteriori studi dovrebbero approfondire questa scoperta, anche perchè è risaputo che il numero di femmine che vuole modificare il proprio aspetto fisico è maggiore del numero di maschi. In questo senso, può venire in aiuto uno studio condotto solo su adolescenti maschi (Gila, Castro, Cesena, & Toro, 2005). Gli autori hanno confrontato un gruppo di adolescenti sani con un gruppo di pazienti anoressici. I risultati mostrano che il peso e il BMI dei pazienti anoressici sono minori di quelli del gruppo di controllo, ma le loro percezioni sono distorte. Nonostante i pazienti siano molto più magri dei coetanei, le loro percezioni indicano una sovrastima di alcune parti del corpo quali torace, fianchi, vita, gambe e braccia. La loro distorsione percettiva sembra essere associata ad un deficit cognitivo: la dispercezione interessa solo alcune parti del corpo e non l'intero aspetto fisico. L'attenzione solo per alcune parti non consente all'individuo di costruire un'immagine globale della sua immagine corporea e questo potrebbe essere un deficit che andrebbe valutato in sede terapeutica.

Nello stesso studio è stata indagata anche la variabile età: con la crescita anagrafica si osserva sia nel campione clinico che in quello non clinico, una diminuzione della preoccupazione per il corpo. Questo dato è in antitesi con il campione femminile (Lieberman, Gauvin, Bukowskic, & White, 2001; Mendelson, McLaren, Gauvin, & Steiger, 2002; Halvorsen & Heyerdhal, 2006). Le ragazze infatti, con la crescita, diventano sempre più attente al loro aspetto fisico e controllano sempre di più il loro peso. Probabilmente si assiste ad uno sviluppo puberale che prende due strade differenti: nelle femmine lo sviluppo viene vissuto come una minaccia, mentre nei maschi c'è soddisfazione per la crescita fisica perché questo consente loro di uscire da un corpo infantile e diventare muscolosi, forti e prestanti. Quest'ultimo dato contrasta con la scoperta di Kashubeck-West Mintz, Weigold (2005).

Probabilmente esistono delle convergenze tra i campioni femminili e maschili, ma il tempo di sviluppo puberale è talmente differente, così come l'impatto sociale che questo cambiamento comporta, che genera comunque una differenza tra maschi e femmine.

L'effetto *timing*, o tempo di sviluppo puberale è stata identificata da più parti come una variabile interessante che andrebbe indagata più approfonditamente. Fino ad oggi sono stati condotti studi principalmente sulle femmine in quanto, in questo caso, c'è un tempo ben preciso che segna lo sviluppo puberale: il menarca. L'età del menarca è strettamente connessa con la percezione corporea e con l'insorgenza di disordini alimentari. Le femmine che si sviluppano precocemente o troppo in ritardo sono maggiormente insoddisfatte del loro corpo, così come le ragazze che hanno una crescita ponderale troppo repentina mostrano più facilmente sintomi bulimici delle coetanee. Sebbene il BMI di queste ragazze sia un predittore dell'autostima e della *body esteem*, esso non è predittore di comportamenti bulimici o anoressici (Kaltiala-Heino, Rissanen, Rimpela, & Rantanen, 1999). Non si hanno chiari risultati riguardo la predittività del *timing*. Lo sviluppo puberale, unito all'età anagrafica, sembrano dunque due fattori determinanti per l'esordio di patologie alimentari: le ragazze più grandi riportano livelli più alti di sintomi bulimici, mentre comportamenti volti alla restrizione del cibo sono già frequenti in giovane età. Questo dato è in linea con la letteratura che indica la bulimia come un disturbo che incrementa con l'età, mentre l'anoressia si manifesta anche ad età precoci (Fairburn & Beglin, 1990).

Al termine di questo breve excursus teorico si può quindi indicare il genere come elemento predittivo di insoddisfazione corporea e di disturbi alimentari?

Alcuni studi rispondono in modo affermativo a questa domanda (Mendelson, McLaren, Gauvin, & Steiger, 2002; Shea & Pritchard, 2007). Il genere influenza senz'altro la percezione del corpo: le femmine sono più propense a mostrare insoddisfazione, desiderio di magrezza e sintomi bulimici. Inoltre le femmine riportano più alti livelli di stress connessi al lavoro

che devono svolgere per mantenersi sempre belle e in forma. Tutto questo "lavoro mentale" incide sull'autostima. Shea e Pritchard (2007) individuano il genere come fattore predittivo per il desiderio di magrezza e per i sintomi bulimici. L'essere femmina è predittore del desiderio di perfezionismo e di magrezza e dell'insorgere di abitudini alimentari volte al controllo attraverso forme disfunzionali come vomito e uso di lassativi. L'autostima che è a sua volta connessa con la percezione corporea, il perfezionismo e il genere non sembra invece essere il primo predittore di disturbi alimentari. Sappiamo che le femmine con disturbi alimentari hanno un'autostima più bassa delle coetanee e questa si modifica in relazione alle attribuzioni che gli altri fanno rispetto al loro corpo. L'autostima delle ragazze sane invece è in relazione con l'Apparenza fisica percepita. Per il campione clinico sono i giudizi degli altri ad essere connessi con il senso di Sé, mentre per il campione non clinico è la valutazione personale del proprio corpo ad essere collegata all'autostima (Mendelson, McLaren, Gauvin, & Steiger, 2002). In ogni caso, l'autostima è un fattore che contribuisce alla percezione del proprio corpo e allo stato di salute o di patologia, ma non può essere definita un predittore di disturbi alimentari (Shea & Pritchard, 2007), perché non è chiara la direzione della relazione. L'autostima potrebbe sia essere il motore che innesca una positiva percezione dell'immagine corporea, ma può anche essere la bellezza fisica a migliorare l'autostima e i sentimenti positivi verso il proprio corpo (Maleddu & Scalas, 2003).

Certamente, l'autostima, così come la percezione del proprio corpo sono influenzati dal contesto sociale in cui si vive. Le relazioni che l'individuo intreccia con il mondo esterno danno infatti dei rimandi positivi o negativi sul Sé e sull'aspetto fisico. In adolescenza sono i gruppi dei pari ad avere maggiore importanza per il giovane e dunque le valutazioni di amici e compagni assumono un carattere indispensabile per la percezione di Sé e del proprio aspetto. Le ragazze che sono "ben viste" dal gruppo dei compagni sono anche coloro che si credono più belle e attraenti sia verso i pari dello stesso sesso sia del sesso opposto. Le stesse ragazze che sono nominate dai pari come più popolari ingaggiano però un maggior numero

di diete e hanno una maggiore predisposizione ai disturbi alimentari (Lieberman, 2000). Questo accade perché le ragazze più popolari è come se dovessero impegnarsi per mantenere questa posizione: ciò è possibile solo ponendo una particolare attenzione al proprio corpo e alla sua cura. In generale, le ragazze sono più orientate all'esterno rispetto ai ragazzi, per questo le opinioni dei pari hanno un valore molto importante nel definire se stesse. Nel gruppo, la magrezza femminile è un elemento condiviso come se fosse una norma: l'essere magre o fare di tutto per esserlo sono le regole per stare nel gruppo. Per questo le ragazze che si sentono grasse o insoddisfatte faranno di tutto per modificare il loro aspetto fisico al fine di diventare più popolari nel gruppo dei pari. Le conseguenze di questi meccanismi sono sempre le stesse: sia che la ragazza sia bella e popolare, sia che sia insoddisfatta e impopolare tenderà ad attivare comportamenti volti al controllo del proprio aspetto fisico (Lieberman Gauvin, Bukowskic, & White, 2001).

Le "relazioni chiuse" sono altri elementi importanti nel definire la percezione di Sé e del proprio corpo. Le ragazze con scarse relazioni col sesso opposto si percepiscono meno attraenti delle ragazze con relazioni intime soddisfacenti, ma questo non è direttamente collegato con lo sviluppo di disturbi alimentari (Fitcher, Quadflieg, & Rehm, 2003). Questo meccanismo non si verifica nelle relazioni tra pari dello stesso sesso (Lieberman, 2000).

Le relazioni amicali tra i pari dello stesso sesso sono state molto indagate nella letteratura adolescenziale perché "l'amico del cuore" sembra avere un ruolo rilevante nella percezione di Sé e della propria autostima, così come l'assenza di un amico o di relazioni amicali significative possono essere dei fattori di rischio per l'isolamento o lo scherno.

Lieberman *et al.* (2001) ha indagato proprio il ruolo che svolgono gli amici nei confronti dell'adolescente, soffermandosi, in particolare sulle pressioni sociali che questi possono esercitare sul ragazzo/a. Si è osservato che il *peer modeling* ossia la somiglianza e l'adesione a ciò che sono e fanno i compagni è spesso una potente pressione che opera sul comportamento

dell'adolescente. L'adesione ai comportamenti dei pari sembra addirittura più forte e influente della percezione sociale e del rinforzo. Se una compagna è a dieta anche io proverò a fare una dieta indipendentemente dal fatto di essere più o meno popolare nel gruppo dei pari (Wertheim, Paxton, Schutz, & Muir, 1997; Lieberman, Gauvin, Bukowskic, & White, 2001). La pressione indiretta potrebbe dunque essere un elemento essenziale nel contribuire all'attivazione di comportamenti bulimici e all'esordio di patologie più gravi. Le ragazze che riportano alti livelli di imitazione dei pari hanno un'autostima più bassa, una percezione del corpo negativa, bassa apparenza e tendono ad ingaggiare comportamenti alimentari problematici (Phares, Steinberg, & Thompson, 2004; McCabe & Ricciardelli, 2005b). Non bisogna dimenticare però che il legame tra rinforzo dei pari, autostima, *body esteem* e disturbi alimentari è piuttosto complesso: le femmine che vedono le loro amiche infelici per il loro aspetto fisico, grasse e brutte e con problemi alimentari si sentono anche loro poco attraenti e con un basso livello di soddisfazione per il proprio corpo. Le ragazze che invece incoraggiano le amiche a mettersi a dieta sentono che le loro amiche si aspettano da loro di essere magre e il più positive possibili verso il proprio corpo. Così la percezione della patologia delle amiche e l'insoddisfazione corporea sembrano avere un impatto negativo sulle percezioni del corpo delle ragazze e sui comportamenti alimentari (Lieberman *et al.*, 2001).

Infine, l'atteggiamento ridicolizzante che alcuni compagni mettono in atto nei confronti dei pari in sovrappeso è risultato un elemento che predice una scarsa autostima e una percezione negativa di Sé e del proprio corpo. Ancora una volta gli effetti salienti si hanno sul gruppo delle femmine. Le ragazze che sono oggetto di scherno da parte dei compagni per il loro aspetto fisico e il peso si percepiscono più brutte e più insoddisfatte del loro corpo rispetto alle altre. Se queste vengono poi isolate dal gruppo dei pari, rifiutate e scherzate pesantemente sono più predisposte all'innescare di una sintomatologia bulimica. In particolare è proprio lo scherzo relativo al peso corporeo e alle caratteristiche dell'aspetto fisico piuttosto che lo scherzo

generico ad essere dei predittori dei disturbi alimentari (Cash, 1995; Lieberman, Gauvin, Bukowskic, & White, 2001). Nonostante non ci sia un preciso accordo sui fattori che sembrano predire l'insorgenza di un disturbo alimentare o l'insorgenza di comportamenti alimentari scorretti, sono stati individuati gli ambiti in cui i fattori di rischio sembrano essere connessi a queste patologie. Ancora una volta è il connubio tra le caratteristiche biologiche e fisiologiche, le relazioni sociali e il contesto a generare un mix sempre unico e diverso per ogni adolescente che, a causa dell'emergere di uno o dell'altro fattore di rischio o di un gruppo di fattori potrà progredire verso uno sviluppo sano e adattivo o verso una crescita costellata da arresti psicofisiologici e problematicità comportamentali.

4.1 Anoressia mentale

L'anoressia occupa un posto particolare nel campo della patologia dell'età evolutiva: è un disturbo che si sviluppa prevalentemente nelle femmine e l'età tipica di insorgenza è la tarda fanciullezza e l'ingresso in adolescenza (Marcelli & Braconier, 2000). Questa patologia è assai conosciuta già dai tempi antichi, ma recentemente l'attenzione dei clinici si è focalizzata su due serie di fattori: da una parte la considerazione globale dell'insieme dei disturbi alimentari dell'adolescenza da un punto di vista epidemiologico, dall'altra la costruzione di una nuova prospettiva dinamica del disturbo. Il manuale di psicopatologia dell'età evolutiva di Marcelli e Braconier (2000), definisce l'anoressia nervosa una patologia di prevalenza femminile con un'età di insorgenza che presenta due picchi: verso i 15-16 anni e 18-19 anni. Ad oggi sembra però che ci sia una diminuzione dell'età nella prima diagnosi. Questo potrebbe essere collegato alla tendenza secolare che vede il tempo di sviluppo puberale abbassarsi notevolmente negli ultimi dieci anni.

Il quadro clinico di queste pazienti è assai caratteristico. Si stabilizza attorno ai 3-6 mesi dopo un periodo caratterizzato dal desiderio di "fare una dieta" per perdere qualche chilo di troppo. Generalmente, questo desiderio di perdere peso è sostenuto dalla famiglia; a volte sono proprio i

famigliari e soprattutto la madre, ad incitare la ragazza ad iniziare una dieta (Davison, Markey, & Birch, 2003). Successivamente la restrizione alimentare si aggrava e il sintomo anoressico diventa sempre più evidente. La condotta anoressica è definita dalla ferma volontà di perdere peso nonostante la fame sia insistente, almeno nel primo periodo. Le manifestazioni essenziali della patologia sono: il rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra del peso minimo normale, l'intenso timore di acquistare peso e la presenza di un'alterazione dell'immagine corporea per ciò che riguarda forma e dimensioni (DSM IV, 2004).

Il pensiero dell'anoressica è essenzialmente concentrato sul controllo del cibo attraverso un accurato repertorio comportamentale costituito dal conteggio delle calorie, dalla valutazione dei cibi da mangiare e scartare, dalla pianificazione delle strategie per eliminare calorie in eccesso. Il comportamento alimentare diventa quindi disfunzionale: la giovane seleziona sempre di più gli alimenti, seziona parti di cibo sempre più piccole, mastica inesorabilmente e riduce notevolmente la quantità di cibo ingerita. Se la restrizione alimentare è progressiva e regolare può essere intervallata da crisi bulimiche come momenti di cedimento al tentativo di controllo. Tali crisi sono sempre vissute col sentimento di sbagliare, di disgusto e vergogna che comportano manovre "riparatorie" come l'uso di lassativi, vomito o esercizi fisici supplementari. In questo quadro, il dimagrimento inizia ad essere rilevante raggiungendo il 20-30% del peso iniziale e, poco per volta, la sensazione della fame viene completamente persa. L'atteggiamento delle pazienti nei confronti di questa repentina perdita di peso è trionfante: la ragazza si sente soddisfatta di sé e fiera di quello che è riuscita a fare e nega costantemente la sua magrezza. È in questa fase che si assiste ad una grave distorsione della propria immagine corporea. In particolare, alcune parti del corpo vengono sovrastimate e si crea una vera e propria dismorfofobia (Marcelli & Bracconier, 2000). Accanto alla perdita di peso sorgono altri disturbi che coinvolgono sia la sfera biologica che sociale e relazionale. Si presenta l'amenorrea che talvolta viene considerata uno dei sintomi per formulare la diagnosi. La ragazza non mostra alcun interesse per

questo sintomo-segnale, anzi si sente ancora una volta trionfante sul corpo per aver cancellato un altro elemento di crescita puberale.

A livello sociale invece si assiste ad una progressiva riduzione delle relazioni amicali che si limitano ai contatti scolastici così come le relazioni intime sono scarse o del tutto assenti. Le trasformazioni corporee sono infatti negate e il rifiuto di crescere spinge le anoressiche a non instaurare relazioni intime né rapporti profondi che avrebbero solo carattere di superficialità e “di facciata”.

L'iperattività mentale e fisica è un'altra caratteristica della patologia anoressica: si assiste ad un iperinvestimento nello studio dove la prestazione scolastica è ricercata per se stessa senza ricavare un vero piacere dal buon funzionamento intellettuale. L'adolescente trascorre molte ore a studiare garantendosi così degli spazi di solitudine ed isolamento. Accanto all'iperattività mentale c'è quella fisica. Questa non è per nulla collegata al dimagrimento fisico; infatti più la ragazza dimagrisce e più si sente attiva, energica, fa lunghe ore di palestra, jogging, danza, nuoto ecc... Gli sport preferiti sono però quelli individuali e in cui c'è una maggiore perdita di calorie.

Il rapporto con la famiglia d'origine è spesso segnato da conflitti e litigi. La giovane nega la sua condizione fisica, non partecipa più ai pasti famigliari, si attiva in modo sregolato nelle faccende domestiche o abbandona completamente ogni relazione con gli altri membri famigliari.

La famiglia dell'anoressica sembra giocare un ruolo fondamentale nell'eziologia di questa patologia. Già nei primi lavori di Sours (1969) emergeva l'importanza della coppia genitoriale e soprattutto della madre nello sviluppo dei disturbi alimentari. Le madri delle anoressiche infatti vengono descritte come ansiose ed ipocondriache. Sarebbero ambiziose e utilizzerebbero spesso la propria figlia come valorizzazione narcisistica di Sé (Sours, 1969). Inoltre svilupperebbero verso le figlie femmine una sorta di iperprotezione in quanto non riuscendo a sintonizzarsi sui bisogni delle figlie fanno confusione tra se stesse e le figlie. In altri casi, le madri sono invece fredde e distanti (Selvini Palazzoli, Selvini, Sorrentino, & Cirillo, 1998). I padri

invece sono piuttosto cordiali, spesso permissivi e isolati, intervenendo poco nelle decisioni familiari (Kestemberg, Kestemberg, & Decobert, 1992).

La coppia genitoriale mostra, almeno in apparenza, un'unione soddisfacente ma perlopiù superficiale. Le interazioni familiari sono di solito molto rigide e "di facciata", ma è difficile valutare se le relazioni coniugali possono essere causa o conseguenza dell'anoressia mentale. I fratelli solitamente intervengono colpevolizzando l'anoressica e accusandola (Selvini Palazzoli, 2006). Brusset (1993), in un'ottica psicoanalitica, sottolinea la domanda paradossale che l'anoressica esercita sulla famiglia e soprattutto sulla madre: il dimagrimento suscita un bisogno colpevolizzato del cibo, cosa che intellettualmente l'anoressica rifiuta con estrema convinzione, che può far sentire i genitori colpevoli di lasciar deperire la figlia ma anche consapevoli delle manovre seduttive o costrittive. Si instaura così un legame di dipendenza tratteggiato dal senso di colpa fra i diversi membri che non fa che rinforzarsi. Questa dipendenza estrema può sfociare o in un clima conflittuale costellato da ricatti continui che l'anoressica pone al resto della famiglia o in un clima idilliaco in cui la ragazza appare docile e sottomessa creando così un contesto acconfittuale che porta al rifiuto di curarsi.

Oltre all'importanza della famiglia dell'adolescente nell'innescare di un disturbo alimentare restrittivo, non bisogna dimenticare che numerosi studi concordano nell'esistenza di percezioni distorte e deliranti, nonché investimenti affettivi che la paziente esercita sul proprio corpo e che conducono alla patologia anoressica. In questo quadro patologico ci sarebbe infatti una distorsione delirante dell'immagine corporea con una negazione del dimagrimento e un continuo timore di essere grassi. Questi disturbi nel riconoscimento del proprio corpo coinvolgono sia la sfera cognitiva che sensoriale: le sensazioni di freddo, di fame, di debolezza e di fatica non vengono percepiti o completamente negati. Il corpo diventa così un oggetto di odio da attaccare. Per Selvini (Selvini Palazzoli, Selvini, Sorrentino, & Cirillo, 1998) il corpo dell'anoressica è posseduto da un persecutore interno (la cattiva madre) che si confonde con il corpo stesso.

Questo cattivo oggetto è legato alla relazione primaria madre-bambina caratterizzata da un legame di dipendenza in cui domina l'ambivalenza (Jammet, 1993).

Si creerebbe dunque una vera e propria scissione tra il soggetto e il corpo con un investimento ipernarcisistico su un corpo idealizzato. L'anoressica arriva perciò ad una posizione paradossale: da una parte c'è un corpo idealizzato, mentre dall'altra un corpo reale oggetto di attacchi e negazioni (Kestemberg *et al.*, 1992).

L'impostazione psicodinamica (Ledoux & Choquet, 1991; Jammet, 1993) sottolinea la grande ricchezza della vita fantasmatica delle anoressiche. Il controllo e la padronanza sono due meccanismi che alimentano l'Ideale dell'Io che si confonde con l'Io presente. Viene così idealizzato un corpo che non è quello reale ma un corpo asessuato, senza desideri né sensazioni che testimonia la grandiosità narcisistica dell'anoressica. Alti livelli di narcisismo sarebbero infatti considerati dei fattori di rischio per l'insorgenza dei disturbi alimentari (McLaren, Gauvin, & Steiger, 2001), così come il perfezionismo e l'ossessività sarebbero tratti di personalità connessi all'anoressia (Halvorsen & Heyerdahl, 2006). La presenza di disturbi di personalità in queste pazienti è assai diffusa con una percentuale che varia tra il 22% e l'87%. Secondo il raggruppamento nosografico del DSM IV, nel cluster C (disordini ossessivi-compulsivi e dipendenza) sono stati riscontrati i maggiori casi di anoressia nervosa: ben il 45% (DSM IV, 2004).

Molti studi hanno evidenziato anche l'associazione tra bassa autostima e anoressia nervosa (Lask, 2000; Cervera, Lahortiga, Martinez-Gonzalez, & *et al.*, 2003; Jacoby, Paul, & Zwaan, 2004). La negativa valutazione di Sé e il desiderio di perfezionismo già presenti nell'infanzia sarebbero dei fattori di rischio per l'insorgenza dell'anoressia nervosa. In studi longitudinali è emerso che preadolescenti ed adolescenti che avevano sofferto di anoressia nervosa, o di disturbi alimentari avevano anche bassi livelli di autostima e di insoddisfazione verso se stesse e le proprie abilità.

Halvorsen e Heyerdahl (2006) hanno provato ad indagare le conseguenze di un disturbo alimentare, attraverso uno studio longitudinale che ha

coinvolto un gruppo di pazienti anoressiche e bulimiche sia durante la malattia sia a diversi follow up, fino a tre anni dalla guarigione. I principali risultati evidenziano che coloro che avevano avuto dei buoni risultati dalle terapie godevano di alta autostima, soddisfazione per la propria vita attuale e non avevano sviluppato patologie psichiatriche. Questo gruppo era simile al gruppo di controllo che non aveva mai sofferto né di anoressia né di disturbi alimentari. Le ragazze che nonostante la terapia non avevano risolto completamente i loro disturbi alimentari mostravano ancora una bassa autostima e una scarsa soddisfazione per la propria vita. Questo gruppo era più a rischio di aggravare nuovamente i disturbi alimentari. Lo stesso gruppo "a rischio" aveva anche livelli maggiori di nevroticismo e psicoticismo del campione non a rischio. Secondo questi autori esisterebbe dunque uno stretto legame tra personalità e disturbo alimentare che si mantiene anche negli anni e che porterebbe all'ipotesi di una predittività che va nella direzione di un originario nucleo di personalità patologico che può mettere a rischio le adolescenti femmine, durante il periodo di sviluppo puberale.

Secondo altri autori, invece la coincidenza dell'insorgenza dell'anoressia con l'adolescenza fa pensare a questa malattia come una risposta allo stress della maturazione puberale (Mogul, 1980; Halvorsen & Heyerdhal, 2006). Una scarsa autostima, disordini di personalità, scarso supporto familiare, perfezionismo ed eccessivo autocontrollo possono avere un forte impatto nell'adolescente e possono generare risposte disfunzionali di restrizioni alimentari, desideri di magrezza, dispercezioni del proprio corpo che nella peggiore delle ipotesi possono condurre all'insorgenza dell'anoressia.

4.2 Bulimia

La bulimia fu descritta per la prima volta da Wulff (1932) come una patologia alimentare caratterizzata da attacchi improvvisi di ingestione incontrollata di qualsiasi alimento (*binge eating*) a cui fa seguito l'espulsione del cibo ingerito. Questa patologia si presenta principalmente tra le

adolescenti femmine con un'età di insorgenza intorno ai 12 anni (Timmerman, 2000) e presenta tre aspetti principali: il bisogno intenso ed irresistibile di ingurgitare grandi quantità di cibo; l'attivazione di manovre per evitare l'aumento di peso legato all'assunzione del cibo; il timore di diventare grassi e il senso di colpa per il cibo ingerito (Wertheim, Koerner, & Paxton, 2001). La bulimia è spesso collegata con altri disordini alimentari, depressione, disturbi d'ansia, abuso di sostanze e problemi fisici (Johnson, Cohen, Kasen, & Brook; Stice & Strow, 2003). Il quadro psicopatologico delle pazienti bulimiche è molto variegato con una tendenza all'uniformità quanto più l'esordio è antico e le crisi frequenti (Brusset, 1993). All'inizio delle crisi si osserva la diversità delle organizzazioni psicopatologiche in cui predomina l'elemento ansiogeno e talvolta ossessivo, con una grande spinta di "passaggi all'atto" e impulsività.

La crisi bulimica viene spesso definita come una compulsione alimentare (Aimez, 1979) in cui il soggetto ingerisce una gran quantità di cibo in un tempo molto breve, senza la capacità di limitarsi. Gli alimenti vengono ingeriti senza alcuna preparazione, a volte non riscaldati e crudi. L'assunzione del cibo è frettolosa, i sapori non vengono gustati, la masticazione è ridotta al minimo. Ogni paziente ha le sue preferenze per alcuni cibi e il tipo di cibo può variare notevolmente anche se è più frequente trovare cibi dolci, ipercalorici, gelati o torte. Nonostante l'ammontare di calorie ingerite durante le abbuffate siano di gran lunga superiori rispetto ad un pasto normale, il rapporto tra le percentuali di proteine, grassi e carboidrati è simile (DSM, 1994).

La crisi bulimica è spesso anticipata da un senso di malessere, senza una vera e propria fame, in un'atmosfera di eccitazione: questo momento può essere accompagnato dalla lotta cosciente contro l'impulso ad ingerire cibo. Il luogo privilegiato di queste abbuffate è la casa o un luogo in cui la paziente sa di essere sola perché i soggetti con bulimia nervosa tipicamente si vergognano delle loro abitudini alimentari patologiche e tentano di nasconderle, attraverso ingestioni di cibo in solitudine.

L'attacco bulimico finisce quando non c'è più niente da mangiare o quando la paziente viene interrotta dall'arrivo di qualcuno o quando le sensazioni di riempimento si fanno dolorose. Segue poi uno stato di malessere fisico e psichico che si protrae fino all'addormentamento o all'espulsione attraverso vomito o lassativi di quanto è stato ingerito. Queste crisi si susseguono con una frequenza variabile e si inseriscono spesso nel quadro dell'anoressia mentale dove fungono da parentesi intermittenti al dimagrimento. Le cause sembrerebbero di origine mentale: la crisi rappresenterebbe la traduzione comportamentale di un sentimento di noia, di vuoto accompagnato spesso dall'ansia.

A livello psicodinamico, Jeammet (1993) parla di "fame oggettuale" della paziente che corrisponde ad una ricerca avida ed incessante ma che si risolve troppo velocemente e senza digestione, cioè senza interiorizzazione. Si assiste così ad una tensione tra l'avidità oggettuale e i cedimenti dell'assetto narcisistico in quanto l'intensità della prima è proporzionale alle carenze del settore narcisistico (Jeammet, 1993; Marcelli & Bracconier, 2000). A livello familiare, numerosi autori riconoscono nuclei familiari caratterizzati dall'impulsività, aperta conflittualità e separazioni violente o, al contrario, nuclei molto uniti ma che nascondono profonde lacerazioni interne (Pietropolli Charmet & Riva, 2003; Selvini Palazzoli, 2006). Sebbene molte ricerche abbiano cercato di individuare i fattori che concorrono allo sviluppo della patologia bulimica, Shaw e Springer (2004) propongono un modello multivariato in cui si identificano i rischi e la predittività di sviluppo della sintomatologia. Riprendendo gli studi di Vohs (Vohs, Bardone, Jouiner, Abramson, & Heatherton, 1999) che proponeva una compresenza di perfezionismo, bassa soddisfazione per il proprio corpo e bassa autostima nell'insorgenza di una sintomatologia bulimica, Shaw e Springer (2004) precisano che l'autostima sembra essere l'elemento di innesco per l'esordio della bulimia. L'insoddisfazione corporea, il perfezionismo e un'alta autostima risultano infatti connessi al controllo del peso corporeo, ma non alla bulimia. Al contrario, il perfezionismo e l'insoddisfazione uniti alla bassa autostima comportano lo sviluppo di sintomi bulimici. Probabilmente i

soggetti con uno scarso valore di Sé dubitano delle loro capacità di perdere peso e questo li porta ad aumentare i comportamenti di *binge eating*. Questo modello rappresenta una rielaborazione delle prime ipotesi relative alle cause che concorrono allo sviluppo della bulimia, focalizzando l'attenzione su tre aspetti che riguardano la personalità, la percezione/soddisfazione dell'aspetto fisico e senso di Sé. La percezione dell'immagine corporea e il senso di Sé sono strettamente legati con la personalità che funge da sfondo e da "terreno" su cui poggiano le credenze, le valutazioni e le idealizzazioni del corpo. Anche nella patologia, sono quindi la costruzione di un'immagine corporea e la soddisfazione per questa immagine a concorrere per lo sviluppo di un senso di Sé più o meno stabile e dotato di valore. D'altra parte anche il senso globale di Sé è in grado di influenzare le percezioni e le valutazioni relative al corpo e può concorrere allo sviluppo di dispercezioni o vere e proprie dismorfofobie che possono sfociare nella patologia.

4.3 Obesità

L'obesità è una condizione patologica che sta diventando sempre più frequente nella società Occidentale, già a partire dall'età evolutiva (circa il 5-10% dei bambini e fino al 12-15% degli adolescenti sono obesi). Questa patologia viene diagnosticata quando si ha un eccesso di peso che supera il 20% del peso ideale per l'altezza. A differenza dell'anoressia e bulimia, questa patologia non insorge in adolescenza e non è caratteristica di questa fascia d'età. Nella maggioranza dei casi infatti troviamo adolescenti obesi che erano già bambini in sovrappeso o obesi a cui si aggiungono le modificazioni ormonali e fisiche che comportano un ulteriore aumento di peso. È anche utile ricordare che l'obesità adolescenziale non è così frequente come gli adolescenti o i genitori possono credere. In effetti, circa la metà delle ragazze si considera in sovrappeso o grassa, mentre in realtà non lo è, per cui capita spesso che decidano di farsi "curare" per perdere peso, pur senza averne il motivo. Al contrario pochi maschi si preoccupano del loro peso, anzi vorrebbero aumentarlo (Sartorio & Buckler, 2007).

In età evolutiva, i clinici e ricercatori si sono occupati principalmente dei disturbi del comportamento alimentare trattando solo anoressia e bulimia, senza considerare l'obesità. Questo minor interesse può essere collegato al fatto che c'è una minore drammaticità nelle conseguenze dell'obesità, una minore richiesta d'aiuto e persino il manuale DSM IV (2004) non include l'obesità tra i disturbi alimentari. L'American Child and Adolescent Psychiatry (Rutter, & Taylor, 2002) ha organizzato l'obesità secondo cinque diverse forme: per cause esogene, per cause endogene, per eccessivo apporto calorico, familiare e psicogena.

La maggior parte degli adolescenti soffre di obesità esogena o psicogena (circa il 90% dei casi), in cui l'aumento ponderale eccessivo è dovuto principalmente a cattive abitudini alimentari e scarsa attività fisica o disturbi della sfera psichica. La condizione esogena presenta quadri nosografici piuttosto semplici da trattare perché i disturbi coinvolgono soprattutto i processi metabolici, a cui però si possono associare effetti negativi sullo stato di salute psichica per cui può essere opportuno un supporto psicologico. Questa situazione contrasta però con la gravità manifestata dall'obesità endogena.

La condizione di obesità endogena invece è già presente nei bambini piuttosto piccoli a cui si associano numerose malattie. Le complicanze maggiori includono un aumento del rischio di malattie cardiovascolari, ipertensione, diabete e possibili forme tumorali (Sartorio & Buckler, 2007).

In questa sede si tratteranno gli aspetti legati all'obesità psicogena, ossia quella in cui i fattori psicologici hanno un'influenza sulla patogenesi del disturbo. Se si escludono le forme dovute a disturbi metabolici e organici, la patogenesi dell'obesità in età evolutiva è quasi sempre da attribuire ad un'alimentazione eccessiva e una scarsa attività fisica (Molinari & Riva, 2004). Una delle prime ipotesi sulla patogenesi dell'obesità identificava all'origine del disturbo un'anomalia nel modo in cui è avvertita la fame a causa di un apprendimento percettivo errato: il bambino può fraintendere le sue sensazioni fisiche e imparare ad abusare della funzione nutritiva per sedare tensioni emotive e sopportare difficoltà interpersonali. Il bambino,

avverte la sensazione di fame, ma può imparare ad abusare di questa sensazione. Se infatti la madre invece di rispondere discriminando le richieste del bambino, dà sempre un'unica risposta: il cibo, il bambino rimarrà in uno stato di perplessità confusa. Questi bambini diverranno degli adolescenti che di fronte ad ogni sensazione o tensione indifferenziata risponderanno con l'assunzione di cibo (Bruch, 1969).

Altri autori di impostazione psicoanalitica (Blos, 1967) focalizzano l'attenzione sull'importanza della fase orale e dell'incorporazione dell'oggetto come variabili che incidono sull'esordio dell'obesità psicogena. Blos (1967) parla di vera e propria fame d'oggetto dove la sensazione di fame e la tendenza a rimpinzarsi non sono causate dall'accrescimento fisico del ragazzo, ma da una gratificazione orale con una funzione incorporativa. La fissazione alla fase orale sembra avere diverse funzioni: lotta contro la depressione, resistenza alla sessualità, freno all'elaborazione mentale. La tematica depressiva è infatti più presente nell'adulto, mentre in adolescenza c'è più un vissuto di noia e inutilità. Questi vissuti mascherano le carenze di elaborazione del narcisismo; la tematica depressiva è infatti in stretto rapporto con il versante narcisistico. Se dunque i genitori rispondono alle tensioni del bambino con il cibo, sempre e in ogni circostanza, il bambino impara, ad ogni segnale di malessere, a rispondere con il cibo (Molinari & Riva, 2004). Nonostante lo sviluppo, l'adolescente tenderà a mantenere un particolare comportamento e atteggiamento verso il cibo. Egli manifesta un senso della fame molto particolare: è perlopiù incapace di dire se ha fame, ma allo stesso tempo ha un costante senso di vuoto alla bocca che deve riempire in qualche modo. I comportamenti più frequenti sono dunque il "piluccare" ovunque e l'iperfagia. L'adolescente sente costantemente un senso di vuoto, di noia senza che esse sfocino in una vera depressione, ma questo senso di inutilità porta all'inattività, alla passività e dunque ad un ulteriore aumento ponderale. Allo stesso tempo la mancata percezione dell'adolescente obeso a riconoscere i propri bisogni corporali e a dar loro un risposta adeguata proviene dal caos delle prime esperienze di

soddisfazione e dalla mancanza di soddisfazioni orali ricevute nei primi mesi di vita.

Le prime risposte genitoriali alle sensazioni di disagio manifestate dal bambino sembrano indicare che benché i sintomi di questa patologia siano individuali, siano da collegarsi al contesto familiare e relazionale. Nell'adolescenza il ruolo del soggetto, nelle relazioni familiari, dovrebbe assumere maggior peso poiché a livello cognitivo vi sono le premesse per un'indipendenza dal caregiver. La condizione di dipendenza/autonomia acquisisce nell'adolescenza una dimensione mentale che consentono all'adolescente di aprirsi al mondo sociale. L'insorgenza o la persistenza di una condizione di obesità, in questo periodo, assume connotati particolari per quanto riguarda l'adolescente stesso e la sua immagine corporea, la sua famiglia e le sue relazioni con i pari.

L'immagine corporea, in adolescenza è particolarmente maneggiabile e volubile. Laddove sono presenti disturbi del comportamento alimentare, l'immagine è spesso distorta, caratterizzata da dispercezioni e attribuzioni negative (Thompson, 1996; Smolak, Levine, & Thompson, 2001). La reale immagine corporea si può differenziare anche in misura notevole dall'immagine percepita, perché la mediazione dei fattori sociali, cognitivi, psicologici, emotivi ne condizionano l'interpretazione. Mentre sono numerosi i contributi relativi all'immagine corporea in soggetti affetti da anoressia o bulimia, molto meno esplorata è la condizione di obesità. Ricerche recenti segnalano che i disturbi dell'immagine corporea svolgono un ruolo importante nella genesi e nel mantenimento dell'obesità (Thompson, 1996; Molinari & Riva, 2004). La presenza di abbuffate compulsive (*binge eating*) nei soggetti obesi sembra associata a un maggior disagio del corpo e ad una più alta conflittualità con l'atto alimentare (Cuzzolaro *et al.*, 1998). La stessa immagine del corpo è, come il corpo obeso, spesso ipertrofica e voluminosa. Il corpo grosso dà all'adolescente la sensazione di sicurezza interna, di una sicurezza di sé senza il quale non esisterebbe (Alvin, Zogheib, Rey, & Losay, 1993). Lo sviluppo puberale e i cambiamenti corporei ad esso associati, assumono una valenza ancor più particolare negli adolescenti

obesi. I contributi medici sull'argomento indicano che nei ragazzi/e obesi l'altezza è nella norma o talvolta superiore, mentre lo sviluppo puberale sembra essere precoce rispetto a quello dei coetanei. In realtà si tratta solo di un apparente sviluppo puberale che, senza un attento esame medico può fuorviare. L'eccesso ponderale e la massa grassa possono sembrare un primo esordio puberale sia nelle femmine che nei maschi, mentre esso è solo apparente (Sartorio & Buckler, 2007). Questo "falso sviluppo" può avere però delle importanti ripercussioni sulla percezione che gli adolescenti hanno di se stessi e del loro corpo. Si osserva infatti come è proprio in adolescenza che aumentano il numero di richieste di intervento per modificare la propria condizione. Mentre il bambino che fino ad allora era poco interessato ad intraprendere una dieta, in adolescenza il confronto con i pari e l'interesse per il proprio aspetto fisico diventano il motore di una maggiore preoccupazione per il proprio aspetto fisico, il peso, la sua immagine e il suo livello di sviluppo puberale. Molinari e Riva (2004) in accordo con i principali risultati emersi nelle ricerche sul tema, propongono un modello psicopatogenetico dell'obesità in adolescenza che lega i sentimenti negativi sull'immagine corporea, i sentimenti di bassa autostima, i comportamenti di dieting e di abbuffate. Il controllo del peso, attuato in modo rigido, rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo di patologie alimentari (Smolak, Levine, & Thompson, 2001). In particolare, le femmine, per apparire più attraenti adottano comportamenti di controllo alimentare e spesso questi comportamenti sono associati ad una bassa autostima e una insoddisfazione per la propria immagine corporea. Se l'adolescente però, nonostante gli sforzi compiuti non riesce a dimagrire come vorrebbe, il livello di autostima si abbassa, la frustrazione aumenta e i sentimenti negativi verso l'immagine corporea si moltiplicano, favorendo così uno sviluppo dell'umore negativo associato a senso di colpa che può essere il fattore scatenante una crisi di *binge eating* (Cargill, Clark, Pera, Niaura, & Abrams, 1999). Il ripetersi ciclico di queste abbuffate può dare origine ad una condizione reale di obesità. Partendo quindi da un'insoddisfazione per la propria immagine corporea e dal conseguente tentativo di modificare tale

immagine attraverso la dieta, il fallimento di questa restrizione alimentare conduce, con molta probabilità, all'adozione di un comportamento di iperalimentazione soprattutto in concomitanza di cambiamenti emozionali. Questo aumento di atteggiamenti bulimici, insieme alle somatizzazioni può generare un reale aumento di BMI (Body Mass Index). Il modello si chiude con un ulteriore aumento di insoddisfazione corporea che riapre l'intero ciclo (Molinari & Riva, 2004). I primi risultati delle ricerche condotte con adolescenti obesi sembra confermare la validità del modello, anche se gli stessi autori invitano ad ulteriori approfondimenti.

Conclusione

Dall'analisi della letteratura relativa ai disturbi del comportamento alimentare si può quindi affermare che un elemento centrale che accomuna le tre patologie (anoressia, bulimia e obesità) è l'insoddisfazione per la propria immagine corporea a cui solitamente si lega una dispercezione più o meno accentuata. Questa insoddisfazione corporea, a cui fa seguito un tentativo di modificazione di tale immagine, sembra essere con-causa che interviene nell'esordio di anoressia, bulimia e obesità, anche se, nelle prime due forme di disturbo, la relazione sembra essere più diretta ed immediata, mentre nell'obesità sembra possano esistere altri fattori ugualmente influenti quali l'ansia e lo stress emotivo o cambiamenti emozionali.

Se quindi nell'anoressia e bulimia si osservano con più forza l'influenza della dispercezione e insoddisfazione corporea è però possibile affermare che gli esiti sono i medesimi: sia per le forme restrittive che per l'obesità, l'insoddisfazione per il proprio corpo aumenta generando così un tentativo di modificazione del peso che si chiude con un ulteriore aumento di insoddisfazione. Sono dunque molti i fattori di origine personale, sociale o familiare che intervengono nell'esordio e nel decorso di queste patologie ma le percezioni dell'immagine corporea e uno scarso valore di Sé incidono con maggior forza di altre variabili, in particolar modo in età evolutiva.