The Lab's Quarterly
Il Trimestrale del Laboratorio

2016 / III (n.s.) / n. 1 / gennaio-marzo

Dipartimento di Scienze Politiche
UNIVERSITÀ DI PISA

DIRETTORE
Andrea Borghini

COMITATO SCIENTIFICO
Andrea Borghini (Pisa)
Matteo Bortolini (Padova)
Massimo Cerulo (Perugia)
Marco Chiuppesi (Pisa)
Luca Corchia (Pisa)
Franco Crespi (Perugia)
Mariano Croce (Roma)
Paolo De Nardis (Roma)
Elena Gremigni (Pisa)
Roberta Iannone (Roma)
Mariano Longo (Lecce)
Domenico Maddaloni (Salerno),
Stefan Müller-Doohm (Oldenburg)
Gerardo Pastore (Pisa)
Gabriella Paolucci (Firenze)
Vincenza Pellegrino (Parma)
Massimo Pendenza (Salerno)
Mauro Piras (Torino)
Eleonora Piromalli (Roma)
Walter Privitera (Milano)

COMITATO EDITORIALE
Luca Corchia (segretario)
Marco Chiuppesi
Elena Gremigni
Gerardo Pastore

CONTATTI
lq.redazione@gmail.com

Gli articoli della rivista sono sottoposti a un doppio processo di *peer-review*.
Le informazioni per i collaboratori sono disponibili sul sito della rivista.

ISSN 1724-451X

© Dipartimento di Scienze Politiche
Università di Pisa

Dipartimento di Scienze Politiche
UNIVERSITÀ DI PISA

"The Lab's Quarterly" è una rivista che risponde alla necessità degli studiosi del Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università di Pisa di contribuire all'indagine teorica ed empirica e di divulgarne i risultati presso la comunità scientifica e il più vasto pubblico degli interessati.

I campi di studio riguardano le riflessioni epistemologiche sullo statuto conoscitivo delle scienze sociali, le procedure logiche comuni a ogni forma di sapere e quelle specifiche del sapere scientifico, le tecniche di rilevazione e di analisi dei dati, l'indagine sulle condizioni di genesi e di utilizzo della conoscenza e le teorie sociologiche sulle formazioni sociali contemporanee, approfondendo la riproduzione materiale e simbolica del mondo della vita: lo studio degli individui, dei gruppi sociali, delle tradizioni culturali, dei processi economici e politici.

Un contributo significativo è offerto dagli studenti, le cui tesi di laurea e di dottorato costituiscono un materiale prezioso che restituiamo alla conoscenza delle comunità scientifiche, affinché non vadano perdute.

Il fondatore
Massimo Ampola

The Lab's Quarterly
Il Trimestrale del Laboratorio

2016 / III (n.s.) / n. 1 / gennaio-marzo

SOCIOLOGIA DELLA COMUNICAZIONE

Luca Corchia — *La comunicazione istituzionale. Dalle riforme degli anni Novanta alla legge 150/2000* — 7

PSICO-SOCIOLOGIA DEI GRUPPI

Marco Trainito — *I memi e gli agenti di Minsky: per una teoria naturalistica integrata della trasmissione culturale* — 49

Laura Corrente, Massimo Santoro — *L'immagine corporea in adolescenza e il disturbo del comportamento alimentare* — 71

SOCIOLOGIA DELLA EDUCAZIONE

Elena Gremigni — *Lights and Shadows of CLIL Methodology. The case of Italy* — 101

STORIA DEL PENSIERO SOCIOLOGICO

Marco Chiuppesi — *L'attivismo civico di George Herbert Mead* — 123

Dipartimento di Scienze Politiche
UNIVERSITÀ DI PISA

L'IMMAGINE CORPOREA IN ADOLESCENZA E IL DISTURBO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

di *Laura Corrente e Massimo Santoro*

Indice

Introduzione 72
1. Una ricerca sul disturbo del comportamento alimentare in adolescenza 75
2. Analisi dei risultati 76
Conclusioni 93
Riferimenti bibliografici 97

INTRODUZIONE

L'immagine corporea costituisce il versante fisico di un processo globale di considerazione di sé che, se elaborato positivamente durante lo sviluppo, fonda nell'individuo un senso di identità stabile e può rappresentare un importante indicatore di benessere ed adattamento psico-sociale.

La concezione che ognuno ha del proprio corpo ha rappresentato per gli studiosi, in principio, un concetto di confine tra la neurologia e la psichiatria ed è stato Schilder per primo ad integrare queste due scienze giungendo a definire l'immagine corporea come una rappresentazione mentale del nostro corpo, ossia il modo in cui il corpo appare a noi stessi (Angeli 1973).

Molti studi si sono incentrati sull'indagine di nuovi aspetti della corporeità e nel tempo si è assistito ad una proliferazione dei metodi di indagine circa i disturbi dell'immagine corporea, in particolare nei Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA). Occorre specificare la differenza esistente tra costrutto di schema corporeo e quello di immagine corporea. Il primo è da intendersi come un vissuto di conoscenze, una rappresentazione topografica che il soggetto si costruisce del proprio corpo (Bear, Connors, Paradiso 2002), mentre il secondo è da intendersi come l'insieme di attitudini e sentimenti rivolti al proprio corpo.

L'immagine corporea si riferisce al vissuto del corpo, dove la sua rappresentazione mentale, derivante da percezioni sensoriali e cinestetiche, si arricchisce di significati simbolici derivanti proprio da atteggiamenti e sentimenti che l'individuo ha verso il proprio corpo (componente soggettiva dell'immagine corporea). Essa può essere considerata, in un'ottica evolutiva, come il risultato dell'integrazione di diversi livelli di sviluppo percettivo-emotivo-psicologico e sociale-individuale (Probst 1997).

Secondo contributi più recenti della psicoanalista francese Françoise Dolto, lo schema corporeo identifica l'individuo come rappresentante di una specie per cui è sostanzialmente lo stesso per tutti i soggetti della stessa età e dello stesso sesso ed ha a che fare con l'uso materiale che l'individuo fa di sé nel mondo. Lo schema corporeo è la mediazione organizzata fra corpo, spazio, tempo e mondo, mentre l'immagine del corpo è l'immagine pensata di sé, legata alla storia personale, alle relazioni e fondamentalmente alle relazione che si instaurano con le figure genitoriali sin dai primissimi giorni di vita. L'immagine corporea non può essere considerata come il prolungamento psichico dello schema corporeo, ma piuttosto, come l'elaborazione degli scambi affettivi avuti con i genitori o con il *caregiver*, si struttura con l'esperienza in un rapporto di linguaggio con gli altri, per cui rappresenta il ponte della comunicazione interumana.

L'immagine corporea è dunque la sintesi vivente delle nostre esperienze emotive, traccia strutturale della storia emozionale di ogni essere umano. Mentre lo schema corporeo, secondo l'autrice, è in parte conscio, in parte preconscio ed in parte inconscio, l'immagine corporea è l'incarnazione simbolica inconscia del soggetto desiderante (è il desiderio che muta nel tempo e non più il bisogno Freudiano, l'asse dello sviluppo del bambino), fenomeno che compare prima che l'individuo acquisisca la capacità di articolare le parole.

Fin dal concepimento il bambino è inconsciamente desiderante nei confronti del corpo per cui l'immagine corporea, pur essendo inconscia, è frutto di una elaborazione e di uno sviluppo nel tempo, è dinamica, costituita ed in via di costituzione. Tale elaborazione avviene attraverso un numero preciso di prove dette "castrazioni generatrici di simbolico" (incontro–scontro tra desiderio e Legge), che il bambino supera durante la crescita ed il cui successo o insuccesso comportano presenza o assenza di patologia (es. castrazione primaria che corrisponde alla scoperta della differenza sessuale tra femmine e maschi, castrazione genitale edipica che corrisponde alla proibizione dell'incesto).

L'immagine corporea, dunque è costituita da tre aspetti dinamici: immagine di base, immagine funzionale ed immagine erogena che, nel loro insieme, garantiscono ad ogni stadio evolutivo una immagine viva del corpo ed il narcisismo del soggetto e sono collegate tra loro dalle pulsioni di vita. L'immagine di base permette al bambino di percepirsi in una "stessità d'essere", ovvero in una continuità spazio temporale; l'immagine funzionale è stenica di un soggetto che tende al compimento del proprio desiderio, che nasce dalla mediazione di un bisogno localizzato nello schema corporeo, in un luogo erogeno in cui si fa sentire la mancanza; l'immagine erogena come luogo in cui, nella relazione con l'altro, si focalizzano piacere o dispiacere erotico (Dolto 2001).

Nella strutturazione dell'immagine corporea rientra in primo luogo la percezione che l'individuo ha di specifiche aree del proprio corpo e dello stesso nella sua globalità. In particolare, l'insoddisfazione del proprio corpo, l'attenzione per il peso, la paura di ingrassare sono variabili comunemente riscontrate nella popolazione adolescente femminile non patologica, e a un grado estremo, costituiscono uno dei criteri fondamentali per la diagnosi di DCA (Probst 1997). Infatti, è proprio in adolescenza che si assiste ad una radicale ricostruzione della propria immagine corporea legata alla percezione delle trasformazioni corporee in corso a livello di dimensioni, proporzioni e modificazione dei caratteri sessuali primari e secondari, oltre che i particolari significati simbolici che esse assumono per l'adolescente.

All'interno di tali fattori di ordine puramente percettivo vanno considerati gli aspetti funzionali ed espressivi che il corpo riveste per l'adolescente, infatti esso diventa il principale mediatore e strumento di confronto nelle relazioni sociali: «Il corpo diventa, in adolescenza, un mezzo di comunicazione attraverso cui raccontare i propri valori, bisogni, oltre che mezzo per conformarsi al gruppo dei pari, quando la parola tace è il corpo ad incarnarsi direttamente del messaggio» (Galimberti 1987). Nell'adolescente l'immagine corporea riflette da un lato il tipo di considerazione di cui l'individuo gode nel suo ambiente sociale, dall'altro la relazione dell'adolescente stesso con la sua immagine che gli rimanda il gruppo dei pari (Laufer e Laufer 1989).

L'attenzione per l'immagine fisica di sé (ipercritica) equivale nell'adolescente alla ricerca di una propria identità personale e, quindi, può essere studiata in relazione all'autostima, alla fiducia nelle proprie possibilità di adattamento personale ed eterosessuale ed, infine, alla autonomia-dipendenza dall'ambiente esterno. Secondo alcuni autori esisterebbe una correlazione positiva tra soddisfazione verso l'aspetto fisico, autostima, sicurezza, facilità nei rapporti interpersonali ed approccio positivo alla sessualità e una correlazione negativa tra immagine corporea positiva, ansia, depressione ed ostilità in adolescenza.

L'immagine corporea può essere considerata uno strumento di lettura dei processi evolutivi, difatti un rapporto positivo con il proprio corpo in trasformazione è indicatore di benessere fisico, mentre, un rapporto negativo con esso può essere campanello di allarme e segnale di un disagio che potrebbe tramutarsi in un fattore predisponente per l'esordio di DCA.

In generale, dunque, si può affermare che lo sviluppo e le conseguenti metamorfosi in adolescenza fanno sì che il corpo occupi un ruolo centrale. Bisogna riportare che non per tutti gli adolescenti l'accettazione del nuovo corpo assume aspetti problematici, anche se tutti devono "aggiornare" l'immagine corporea. Date le difficoltà collegate alla necessaria mentalizzazione dei cambiamenti in atto possono comparire diverse forme di alterazione della propria immagine corporea (Down et al, 1990):

- dismorfofobia, ossia l'alterazione dell'immagine corporea con preoccupazione immotivata circa la presenza di difetti fisici;
- ipocondria, ossia paura di contrarre malattie fisiche e/o psicologiche;
- comparsa di patologie alimentari oltre che di pratiche di modificazione momentanea o definitiva del proprio corpo (piercing, tatuaggi con funzione espressiva che rimandano al bisogno sociale di rispecchiamento nei pari contribuendo alla costruzione di una nuova identità);
- modificazione del livello di autostima, del grado di accettazione sessuale e di adattamento psicologico.

1. UNA RICERCA SUL DISTURBO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE IN ADOLESCENZA

Obiettivo della presente ricerca è stato descrivere gli atteggiamenti e i comportamenti connessi alla percezione del proprio corpo in adolescenti di età compresa tra i 14 ed i 15 anni, testati in ambito scolastico con somministrazione di gruppo; inoltre si è cercato di rilevare eventuali segnali di "allarme" DCA, come distorsione dell'immagine corporea.

Il campione utilizzato per la ricerca è costituito da adolescenti di entrambi i sessi, di età compresa tra i 14 ed i 15 anni e frequentanti primo, secondo e terzo anno delle scuole medie superiori dell'istituto magistrale "Alfano I" di Salerno e dell'istituto tecnico di moda e turismo I.P.S.I.A. "E. Ferrari" di Battipaglia (SA).

Il campione è complessivamente costituito da 150 soggetti, di cui 100 femmine e 50 maschi. Nello specifico, 50 sono le femmine frequentanti l'istituto I.P.S.I.A. "E. Ferrari" di Battipaglia, indirizzo "Arte e Moda", mentre 50 sono i maschi e 50 le femmine distribuite all'interno dei tre indirizzi di studio dell'istituto magistrale "Alfano I" (indirizzo scientifico, indirizzo pedagogico-sociale ed indirizzo linguistico). L'indirizzo "Arte e Moda" dell'istituto I.P.S.I.A. "E. Ferrari" di Battipaglia è prettamente femminile, mentre i tre indirizzi dell'istituto magistrale "Alfano I" prevedono classi miste.

È stata riscontrata eterogeneità del campione per ceto sociale: medio basso per le studentesse dell'istituto I.P.S.I.A. "E. Ferrari" di Battipaglia e medio-alto per gli studenti dell'istituto magistrale "Alfano I". Tale dato è stato rilevato sia attraverso una scheda socio-demografica elaborata ad hoc ed allegata ai test utilizzati, tesa alla raccolta di informazioni su ciascun soggetto relativamente a iniziali del nome e del cognome (o pseudonimo), età, sesso, composizione del nucleo familiare, livello d'istruzione ed attuale impiego dei genitori, preoccupazione circa problemi attuali ed eventuali richieste d'aiuto rivolte ad amici o specialisti, lutti familiari passati o recenti e reazione personale all'evento, sia in sede di somministrazione. Difatti, in sede di somministrazione dei test le studentesse dell'istituto I.P.S.I.A. "E. Ferrari" di Battipaglia hanno avuto difficoltà a comprendere alcuni items dell'EDI2 e il significato di alcuni termini contenuti nei test (ad es. intorpidito nel BAT, stato civile nella scheda socio-demografica) con frequenti richieste di chiarimento al corpo docente presente all'atto della somministrazione ed al ricercatore. Inoltre, è da tenere in considerazione l'alta percentuale di soggetti ripetenti tra le classi dell'istituto I.P.S.I.A. "E. Ferrari" di Battipaglia.

Gli strumenti utilizzati per la ricerca sono L'*Eating Disorder Inventory* (EDI2) ed il *Body Attitude Test* (BAT), entrambi questionari autosomministrabili, preceduti da una scheda socio-demografica elaborata *ad hoc* per la rilevazione di informazioni personali e familiari.

L'*Eating Disorder Inventory* (EDI) è uno strumento di autovalutazione dei sintomi comunemente associati ai DCA, che si basa sulla fondamentale evidenza dell'eterogeneità e multidimensionalità di tali disturbi.

Le scale dell'EDI2 riguardano: Impulso alla magrezza**,** (*Drive for thinness*) Solo per tale scala si è ottenuto un punteggio di cutt off pari a 14 ed in grado di differenziare tra normalità e patologia. Bulimia; Insoddisfazione per il corpo (*Body dissatisfation*); Inadeguatezza (I*neffectiveness*); Perfezionismo (*Perfectionism*); Consapevolezza enterocettiva *(Interoceptive Awareness);* Paura della maturità (*Maturity fear*)*;* Ascetismo (*Asceticism*); Impulsività (*Impulse regulation*)*;* Insicurezza sociale (*Social insecurity*).

Il *Body Attitude Test* (BAT) è un questionario ad autosomministrazione, composto da 20 item, il BAT viene utilizzato per misurare l'esperienza soggettiva del proprio corpo oltre che le attitudini verso di esso, basandosi su un assunto fondamentale: esperienza corporea come fenomeno multidimensionale.

La verifica d'ipotesi rappresenta un approccio all'analisi dei dati di tipo *confermativo*. Le procedure di verifica, utilizzate per l'analisi dei dati ricavati mediante la somministrazione e codifica dei test BAT ed EDI2, nonché dal calcolo del BMI, *box plot* e *test t sulla differenza tra due medie*, permettono di confrontare valori di sintesi calcolati su due o più campioni di dati numerici, al fine di fare inferenza sulle differenze fra i parametri caratteristici di due o più popolazioni.

2. ANALISI DEI RISULTATI

Dall'analisi qualitativa, si è potuta rilevare una differenza significativa circa il livello socio-culturale tra adolescenti frequentati l'istituto magistrale "Alfano I" di Salerno e quelli frequentanti l'istituto I.P.S.I.A. "E. Ferrari" di Battipaglia.

Nello specifico, considerando le risposte circa professione e titolo di studio dei genitori, si è rilevata la presenza di un livello socio-culturale medio-alto per i primi e medio-basso per i secondi. Dall'analisi dei dati, ricavati dalla codifica del BAT, si è potuto rilevare come all'interno del sottogruppo "Femmine istituto IPSIA" 14 soggetti normopeso, 7 soggetti

sovrappeso, 1 obeso, ma nessuno dei 4 soggetti sottopeso, hanno presentato punteggio totale al BAT superiore al *cut off* di 36.

All'interno del sottogruppo "Femmine istituto Alfano I" 14 soggetti normopeso, 3 soggetti sovrappeso, 1 obeso, ma ancora una volta nessun soggetto sottopeso, hanno riportato punteggio totale al BAT superiore al *cut off* di 36. Infine, nel sottogruppo "Maschi istituto Alfano I" un solo soggetto normopeso, ma nessun soggetto in condizioni di sottopeso, sovrappeso o obesità, ha ottenuto punteggio elevato al BAT.

Da ciò si evince come sia maggiore la diffusione di disturbi relativi alla percezione della propria immagine corporea tra soggetti adolescenti di sesso femminile, piuttosto che tra soggetti adolescenti di sesso opposto, oltre che tra soggetti che presentano un BMI elevato (condizione di normopeso o sovrappeso) rispetto a soggetti con BMI più basso. Dunque, da ciò si può desumere la veridicità dell'ipotesi di partenza secondo cui un elevato indice di massa corporea e disturbi dell'immagine corporea costituiscano fattori di rischio per esordio di DCA, e conseguentemente che il controllo del peso giochi un ruolo difensivo nei confronti di alterazioni dell'immagine corporea, a conferma dell'assetto secondario dei disturbi del comportamento alimentare rispetto ad un primitivo disturbo psicopatologico di natura dismorfica.

Di particolare interesse, ai fini della ricerca sperimentale, è stato notare la mancanza di perfetta coincidenza tra percentuale di soggetti "a rischio" secondo il BAT e percentuale di soggetti "a rischio" secondo l'EDI2.

Nel complesso, i risultati ottenuti attraverso il BAT mettono in evidenza la complessità del rapporto tra corpo come "apparenza" e corpo come "funzione". La complessità di questo rapporto risulta particolarmente accentuata nelle fasi puberale ed adolescenziale, nelle quali i disturbi dell'immagine corporea si riferiscono a percezione negativa del corpo nella sua globalità o percezione negativa di parti specifiche di esso (dismorfofobie).

L'utilizzo nel lavoro sperimentale del *Body Attitude Test*, sia nella sua versione originale validata su campione italiano femminile, sia nella sua versione adattata a campione maschile, ha permesso di individuare, all'interno dell'intero campione (N = 150), adolescenti a rischio DCA. In particolare, il BAT, basandosi sull'assunto che l'esperienza corporea è un fenomeno multidimensionale, ha permesso di misurare l'esperienza soggettiva del proprio corpo, nonché le attitudini verso di esso in ognuno dei soggetti costituenti il campione. I soggetti che hanno ottenuto punteggi elevati al BAT, e quindi maggiori o uguali al *cut off* di 36, sono stati considerati come "affetti" da disturbi dell'immagine corporea e dunque "a

rischio" DCA. Infatti, il BAT misura la valutazione negativa della propria taglia (fattore 1), scarsa familiarità con il proprio corpo (fattore 2), e insoddisfazione corporea generale (fattore 3).

Dall'analisi dei dati, ricavati dalla codifica del BAT, si è potuto rilevare come all'interno del sottogruppo "Femmine istituto IPSIA" 14 soggetti normopeso, 7 soggetti sovrappeso, 1 obeso, ma nessuno dei 4 soggetti sottopeso, hanno presentato punteggio totale al BAT superiore al *cut off* di 36. All'interno del sottogruppo "Femmine istituto Alfano I" 14 soggetti normopeso, 3 soggetti sovrappeso, 1 obeso, ma ancora una volta nessun soggetto sottopeso, hanno riportato punteggio totale al BAT superiore al *cut off* di 36. Infine, nel sottogruppo "Maschi istituto Alfano I" un solo soggetto normopeso, ma nessun soggetto in condizioni di sottopeso, sovrappeso o obesità, ha ottenuto punteggio elevato al BAT.

Da ciò si evince come sia maggiore la diffusione di disturbi relativi alla percezione della propria immagine corporea tra soggetti adolescenti di sesso femminile, piuttosto che tra soggetti adolescenti di sesso opposto, oltre che tra soggetti che presentano un BMI elevato (condizione di normopeso o sovrappeso) rispetto a soggetti con BMI più basso. Dunque, da ciò si può desumere la veridicità dell'ipotesi di partenza secondo cui un elevato indice di massa corporea e disturbi dell'immagine corporea costituiscano fattori di rischio per esordio di DCA, e conseguentemente che il controllo del peso giochi un ruolo difensivo nei confronti di alterazioni dell'immagine corporea, a conferma dell'assetto secondario dei disturbi del comportamento alimentare rispetto ad un primitivo disturbo psicopatologico di natura dismorfica.

Di particolare interesse, ai fini della ricerca sperimentale, è stato notare la mancanza di perfetta coincidenza tra percentuale di soggetti "a rischio" secondo il BAT e percentuale di soggetti "a rischio" secondo l'EDI2. Tale dato induce a pensare alla necessità di ulteriori studi di *follow-up*, attraverso i quali valutare se i soggetti che presentano disturbi dell'immagine corporea (al BAT) siano tutti potenziali pazienti con diagnosi di DCA. Nello specifico sarebbe opportuno indagare sull'esistenza di associazioni tra fattori connessi alle trasformazioni corporee puberali ed adolescenziali come BMI, distorsione dell'immagine corporea, aumento di peso e su quanto esse contribuiscano all'esordio di DCA.

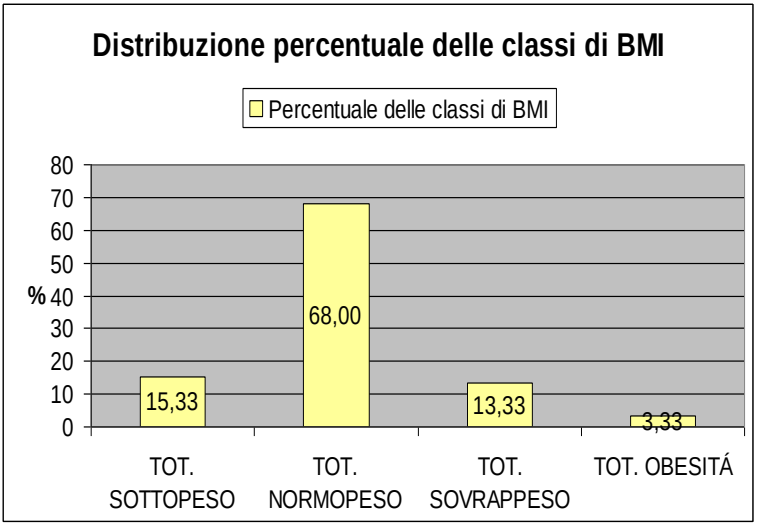
Nel complesso, i risultati ottenuti attraverso il BAT mettono in evidenza la complessità del rapporto tra corpo come "apparenza" e corpo come "funzione". La complessità di questo rapporto risulta particolarmente accentuata nelle fasi puberale ed adolescenziale, nelle quali i disturbi dell'immagine corporea si riferiscono a percezione negativa del corpo nella sua globalità o percezione negativa di parti specifiche di esso

(dismorfofobie).

Lo scopo perseguito nella ricerca è stato quello di verificare se è possibile riscontrare segnali d'allarme, in soggetti adolescenti di età compresa tra i 14 ed i 15 anni, tali da poter ipotizzare l'eventuale sviluppo di disturbi del comportamento alimentare.

Il primo passo è stato quello di verificare la distribuzione, in percentuale, delle classi dell'indice di massa corporea (BMI) all'interno dell'intero campione utilizzato (150 soggetti), ricavandone che il 68% dei partecipanti alla ricerca presenta una condizione di normopeso, il 15,33% di sottopeso, il 13,33% di sovrappeso e solo il 3,33% di obesità, così come riportato nel grafico 1.

Graf. 1. Distribuzione percentuale delle classi di BMI (sottopeso, normopeso, sovrappeso, obesità) nell'intero campione (N = 150).

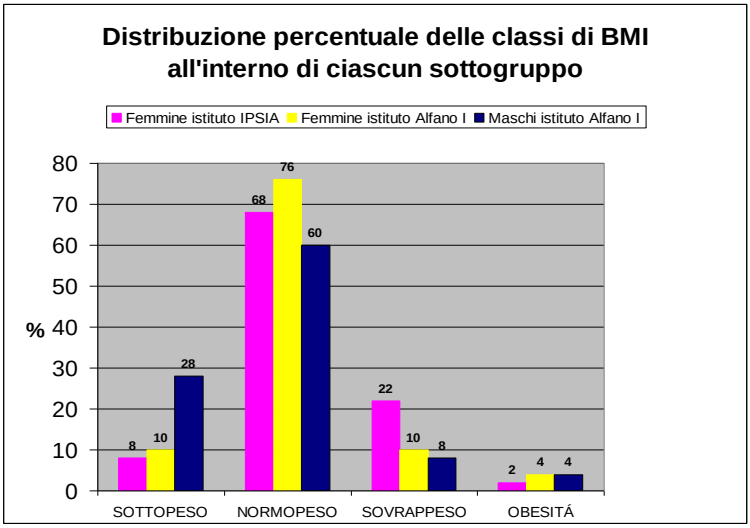


Successivamente, è stata stimata la distribuzione, in percentuale, delle classi di BMI all'interno di ciascun istituto, ricavandone che nell'istituto I.P.S.I.A. "E. Ferrari" di Battipaglia, indirizzo "Arte e Moda", l'8% dei partecipanti alla ricerca presenta una condizione di sottopeso, il 68% di normopeso, il 22% di sovrappeso ed il 2% di obesità. Nell'istituto magistrale "Alfano I" di Salerno, ed in particolare tra i partecipanti alla ricerca di sesso femminile, il 10% presenta condizione di sottopeso, il 76% di

normopeso, il 10% di sovrappeso ed il 4% di obesità, mentre tra i partecipanti di sesso maschile il 28% presenta una condizione di sottopeso, il 60% di normopeso, l'8% di sovrappeso ed il 4% di obesità, così come riportato nel grafico 2.

Contrariamente a quanto ipotizzato all'inizio del lavoro la percentuale di soggetti sottopeso è risultata maggiore tra quelli di sesso maschile piuttosto che tra quelli di sesso femminile, per cui si è ritenuto, clinicamente interessante, studiare la relazione esistente tra classi di BMI e percentuale di soggetti a rischio DCA, quest'ultima individuata attraverso la codifica ed analisi dei dati ricavati dalla somministrazione dei test BAT ed EDI2 utilizzati per il lavoro di screening.

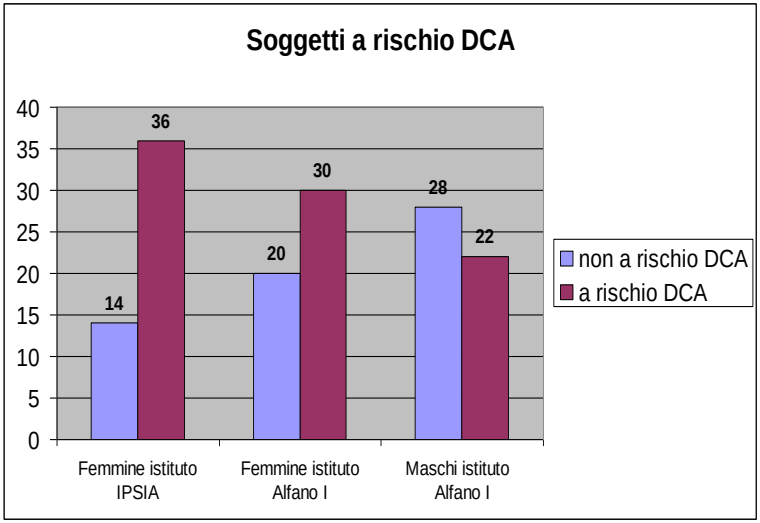
Graf. 2. Distribuzione percentuale delle classi di BMI (sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesità) in ciascun sottogruppo (N = 150).



Dapprima è stato stimato il numero di soggetti a rischio all'interno di ogni sottogruppo costituente il campione riscontrando, così come evidenziato nel grafico 3, una maggiore diffusione del rischio di sviluppare disturbi del comportamento alimentare all'interno del sottogruppo femmine dell'istituto I.P.S.I.A. "E. Ferrari" di Battipaglia, indirizzo "Arte e Moda" (36 su 50 soggetti), seguito dal sottogruppo femmine frequentati l'istituto magistrale "Alfano I" di Salerno (30 su 50 soggetti) ed infine dal sottogruppo maschi dello stesso istituto (22 su 50 soggetti).

Infatti, calcolando la media dei punteggi grezzi, ottenuti a ciascuna delle 11 subscale dell'EDI2 dai sottogruppi costituenti il campione, si è ottenuto un grafico-profilo per ciascuno di essi.

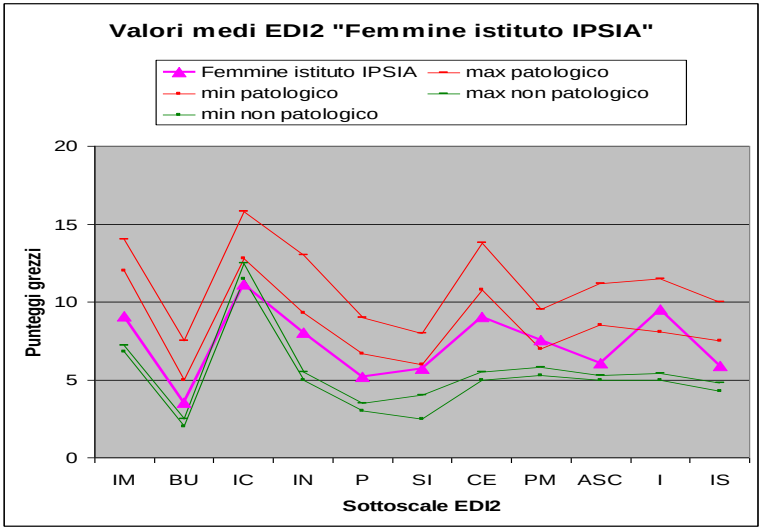
Graf. 3. Numero di soggetti a rischio DCA in ciascun sottogruppo dell'intero campione (N = 150). Ogni sottogruppo è costituito da 50 soggetti.



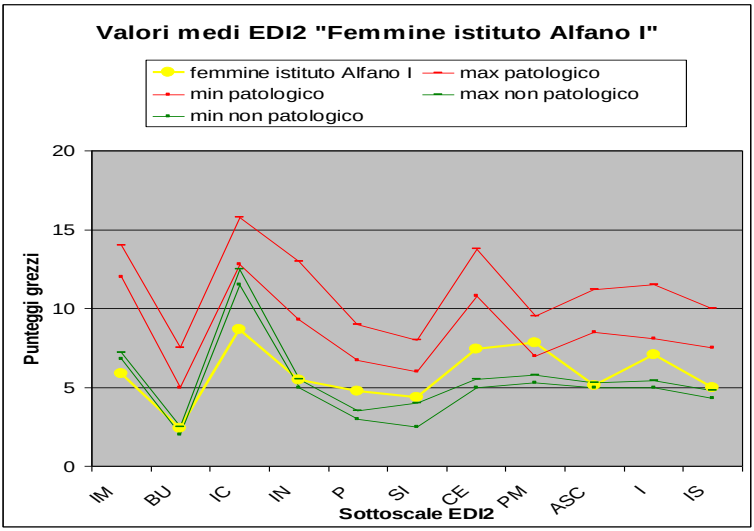
Interessante è stato analizzare le caratteristiche dei tre grafici singolarmente e successivamente confrontarli tra di loro. Il primo profilo tracciato, relativo al sottogruppo "Femmine istituto IPSIA", mostra chiaramente come tali soggetti presentino valori medi al test che rientrano, per la maggior parte delle subscale, nell'area di rischio, ossia quella compresa tra range di valori "non patologici" (nel grafico i limiti di minimo e di massimo del range di valori "non patologici" sono indicati in verde) e range di valori "patologici" (nel grafico i limiti di minimo e di massimo del range di valori "patologici" sono indicati in rosso). Fanno eccezione le subscale impulsività e paura della maturità i cui punteggi rientrano nel range "patologico", così come evidenziato nel grafico 4.1 riportato nella pagina seguente. Il secondo profilo, grafico 4.2 riportato di seguito, relativo al sottogruppo "Femmine istituto Alfano I", mostra punteggi a rischio per la scala bulimia, ma non per le altre due subscale direttamente correlate ai disturbi del comportamento alimentare (impulso alla ma-

grezza ed insoddisfazione corporea). A questo punto è stato possibile procedere ad un primo confronto tra profili. La media dei punteggi delle "Femmine istituto IPSIA" è risultata significativamente più elevata, e dunque più tendente alla condizione di rischio, rispetto a quella delle "Femmine istituto Alfano I". Ciò che, invece, accomuna i due profili di punteggi medi è la presenza di valori elevati associati alle subscale impulsività (IM), consapevolezza enterocettiva (CE), paura della maturità (PM) e sfiducia interpersonale (SI), giustificata dal range di età scelto per la selezione del campione (adolescenti di età compresa tra 14-15 anni). Infatti, coincidendo con la fase adolescenziale, tale range di età comporta condivisione delle stesse problematiche, quali costruzione della propria identità, passaggio dall'infanzia all'età adulta e accettazione-integrazione della nuova immagine corporea, da parte di entrambi i sottogruppi.

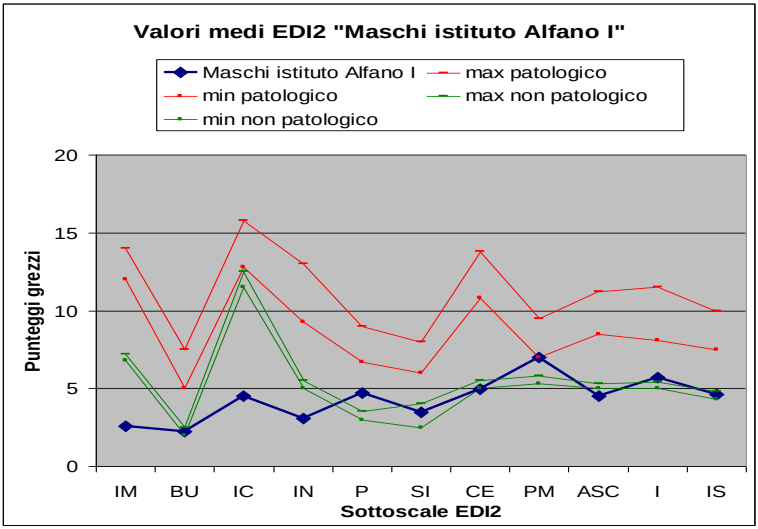
Grafico 4.1. Profilo del sottogruppo "Femmine istituto IPSIA" ($p < 0,05$) ricavato dai punteggi medi ottenuti a ciascuna delle 11 scale costituenti l'EDI2 (IM = impulso alla magrezza, BU = bulimia, IC = insoddisfazione corporea, IN = inadeguatezza, P = perfezionismo, SI = sfiducia interpersonale, CE = consapevolezza enterocettiva, PM = paura della maturità, ASC = ascetismo, I = impulsività, IS = insicurezza sociale).



Graf. 4.2. Profilo del sottogruppo "Femmine istituto Alfano I" ($p < 0,05$) ricavato dai punteggi medi ottenuti a ciascuna delle 11 scale costituenti l'EDI2.



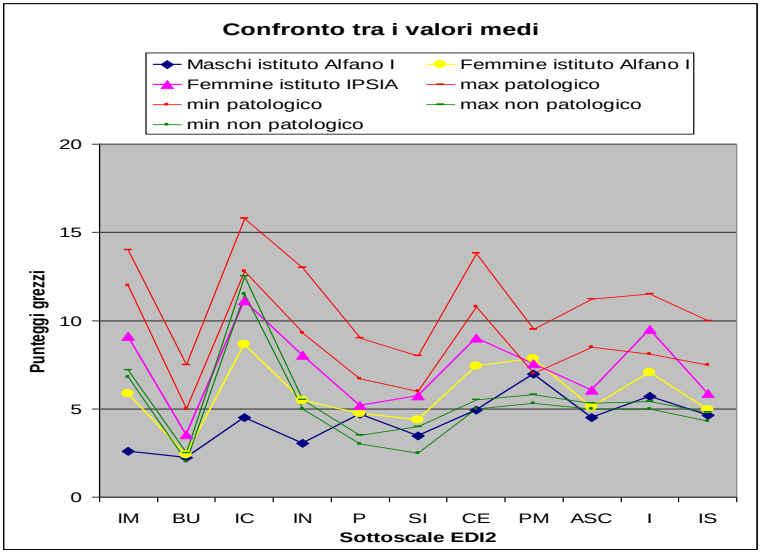
Graf. 4.3. Profilo del sottogruppo "Maschi istituto Alfano I" ($p < 0,05$) ricavato dai punteggi medi ottenuti a ciascuna delle 11 scale costituenti l'EDI2.



Procedendo, grafico 4.3, si è ottenuto il profilo del sottogruppo "Maschi istituto Alfano I". I punteggi medi stimati per tale sottogruppo sono significativamente inferiori a quelli ottenuti dai sottogruppi femminili, "Femmine istituto IPSIA" e "Femmine istituto Alfano I", e soprattutto quelli relativi alle subscale impulso alla magrezza (IM), bulimia (BU) ed insoddisfazione corporea (IC), i quali rientrano nel range di valori normali o addirittura si presentano come inferiori ad essi. Anche in tal caso fanno eccezione le subscale relative a perfezionismo (P), paura della maturità (PM) ed impulsività (I) i cui punteggi sono localizzati nella zona "a rischio".

A tal punto è risultato utile riportare sullo stesso grafico i profili relativi ai tre sottogruppi, ossia "Femmine istituto IPSIA", "Femmine istituto Alfano I" e "Maschi istituto Alfano I", tracciati rispettivamente con i colori rosa, giallo e blu, nonché i limiti di minimo e di massimo del range di valori "non patologici" indicati in verde ed i limiti di minimo e di massimo del range di valori "patologici" indicati in rosso, come riportato nel grafico 4.4.

Graf. 4.4. Confronto tra i profili, ricavati dai punteggi medi delle singole sottoscale dell'EDI2, relativi ai tre sottogruppi: "Femmine istituto IPSIA", "Femmine istituto Alfano I" e "Maschi istituto Alfano I" (N = 150, p < 0,05).



Da tale grafico si deduce chiaramente la significativa differenza (p < 0,05) di punteggi medi all'interno del campione e, dunque, si ottiene la

conferma all'ipotesi dell'influenza esercitata dalle variabili sesso e scuola di appartenenza sulla percentuale di rischio DCA.

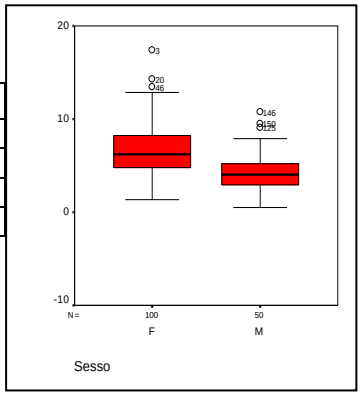
Alle stesse conclusioni si è arrivati attraverso analisi statistica di tipo descrittiva ed inferenziale. Si è ricavato ancora una volta che la media dei punteggi femminili all'EDI2, nonché la loro varianza, presentano un indice maggiore rispetto a quelle del sesso maschile.

Difatti, la distribuzione dei punteggi relativi al sottogruppo "Maschi istituto Alfano I" tende maggiormente ad assumere la forma di una distribuzione normale con maggiore addensamento dei valori ottenuti intorno al valore medio, così come evidenziato nel box plot del grafico 5.

Graf. 5. Box plot ottenuto considerando la relazione tra le variabili sesso (asse x) e media dei punteggi ottenuti al test EDI2 (asse y) ($p < 0,05$).

MEDIA EDI2-SESSO

	F	M
Media	6,572727	4,30363636
Varianza	9,159613	4,48595379
Minimo	1,363636	0,54545455
Massimo	17,36364	10,7272727



Pur sussistendo un effetto di scala, in quanto i soggetti di sesso femminile sono più numerosi di quelli di sesso maschile (100 femmine vs 50 maschi), si è potuto rifiutare l'ipotesi nulla H_0, secondo la quale la media dei punteggi ottenuti dai soggetti di sesso femminile è uguale alla media dei punteggi ottenuti dai soggetti di sesso maschile ed accettare, pertanto, come vera l'ipotesi alternativa circa la maggiore diffusione di rischio DCA tra soggetti di sesso femminile.

Ciò è stato avvalorato anche dall'esecuzione del t test, ossia il confronto tra medie di campioni indipendenti, che ha indicato un livello di significatività inferiore al valore di 0,05 ($p < 0,05$).

Tab. 1. Group Statistics

Sesso	N	Media
F	100	6,5727
M	50	4,3036

Tab. 2. Independent Samples Test

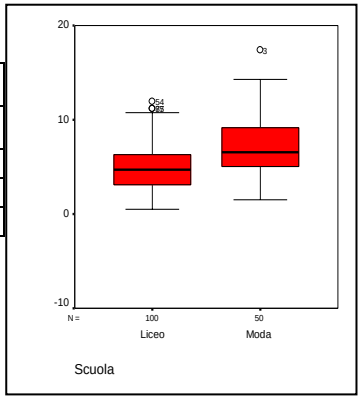
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
MEAN	Equal variances assumed	4,524	0,035	4,748	148	0,000
	Equal variances not assumed			5,329	132,017	0,000

Si è considerato il rapporto tra la media dei punteggi all'EDI2 e la variabile scuola di appartenenza. Pur sussistendo, ancora una volta, un effetto di scala, si può visualizzare, mediante il box plot riportato nel grafico 6, la presenza di un indice di media e varianza significativamente maggiore per il sottogruppo "Femmine istituto IPSIA", per cui la distribuzione di tali valori risulta essere più asimmetrica. In particolare, il test contrassegnato dal codice 3 è quello che presenta maggiore varianza rispetto al valore medio ed è posizionato in prossimità di una delle code della distribuzione.

Graf. 6. Box plot ottenuto considerando la relazione tra le variabili scuola (asse x) e media dei punteggi ottenuti al test EDI2 (asse y) ($p < 0,05$).

MEDIA EDI2-SCUOLA

	Liceo	Moda
Media	5,055455	7,33818182
Varianza	6,097987	10,629462
Minimo	0,545455	1,5454545
Massimo	11,90909	17,363636



Tab. 3. Group Statistics

Scuola	N	Media
Liceo	100	5,0555
Moda	50	7,3382

Tab. 4. Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
MEAN	Equal variances assumed	3,717	0,046	-4,781	148	0,000
	Equal variances not assumed			-4,364	77,967	0,000

A confermare l'ipotesi alternativa (differenza tra media dei punteggi all'EDI2 in relazione alla variabile scuola di appartenenza) è stato il livello di significatività ottenuto mediante t test ($p < 0,05$).

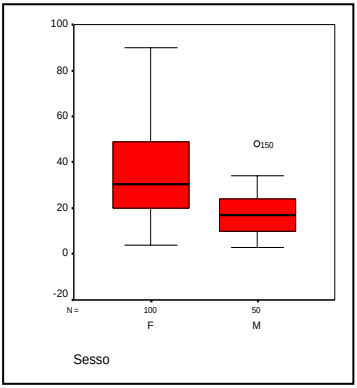
Utilizzando la stessa procedura, è risultato interessante verificare anche il variare della media dei punteggi ottenuti al BAT mantenendo costanti le variabili indipendenti sesso e scuola. Si è riscontrata una situazione simile alla precedente, infatti attraverso l'analisi descrittiva, effettuata considerando la relazione tra il punteggio medio al BAT e la variabile indipendente sesso, si è rilevata, ancora una volta, differenza significativa circa segnali di allarme DCA per i due sessi. Come facilmente deducibile dal box plot riportato nel grafico 7, la distribuzione dei punteggi femminili presenta indici di media e varianza più elevati (è utile ricordare a tal proposito che il BAT presenta un punteggio di *cut-off* pari a 36 e che i punteggi uguali o superiori ad esso segnalano presenza di rischio DCA).

In particolare, la media dei punteggi ottenuti dai soggetti di sesso maschile stimata è pari a 18,2, mentre quella dei soggetti di sesso femminile è pari a 30,5 e quindi più vicina al valore di *cut-off*. Dunque, confermata dal t test con livello di significatività inferiore al valore di 0,05 ($p < 0,05$), si può accettare come vera l'ipotesi dell'influenza della variabile sesso sul punteggio totale del BAT.

Graf. 7. Box plot ottenuto considerando la relazione tra le variabili sesso (asse x) e media dei punteggi ottenuti al test BAT (asse y) ($p < 0,05$).

MEDIA BAT TOT SESSO

	F	M
Media	34,39	18,2
Varianza	372,1797	86,44897
Minimo	4	3
Massimo	90	48



Tab. 5. Group Statistics

Sesso	N	Media
F	100	34,3900
M	50	18,2000

Tab. 6. Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
MEAN	Equal variances assumed	27,943	0,000	5,610	148	0,000
	Equal variances not assumed			6,935	147,871	0,000

Infine, è stata verificata anche l'ipotesi alternativa circa l'influenza della variabile scuola di appartenenza sul punteggio totale del BAT. Attraverso il box plot riportato nel grafico 8, si può rilevare una differenza significativa ($p < 0,05$) tra media e varianza stimate per "Femmine istituto IPSIA" e soggetti di ambo i sessi frequentanti l'istituto "Alfano I" di Salerno.

Difatti, la media dei punteggi totali al BAT, ottenuta per i soggetti del sottogruppo "Femmine istituto IPSIA" è pari a 34,84 e, dunque, superiore

al valore di 26,07 dei soggetti frequentanti l'istituto "Alfano I" di Salerno e prossima al valore di *cut-off*.

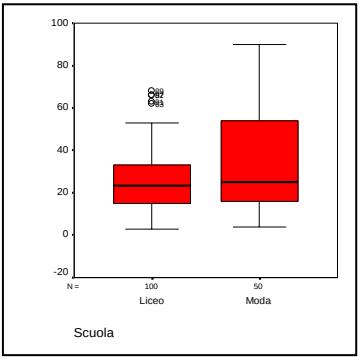
Si ottiene così una distribuzione di punteggi maggiormente asimmetrica per il sottogruppo "Femmine istituto IPSIA" rispetto al resto del campione.

Eseguendo, infine, il t test, si rileva ancora un livello di significatività inferiore al valore di 0,05 ($p < 0,05$) con la possibilità di rifiutare l'ipotesi nulla ed accettare quella alternativa, ossia la maggiore incidenza di rischio DCA tra i soggetti frequentanti l'istituto I.P.S.I.A. "E. Ferrari" di Battipaglia.

Graf. 8. Box plot ottenuto considerando la relazione tra le variabili scuola (asse x) e media dei punteggi ottenuti al test BAT (asse y) ($p < 0,05$).

MEDIA BAT TOT SCUOLA

	F	M
Media	26,07	34,84
Varianza	218,3284	523,28
Minimo	3	4
Massimo	68	90



Tab. 7. Group Statistics

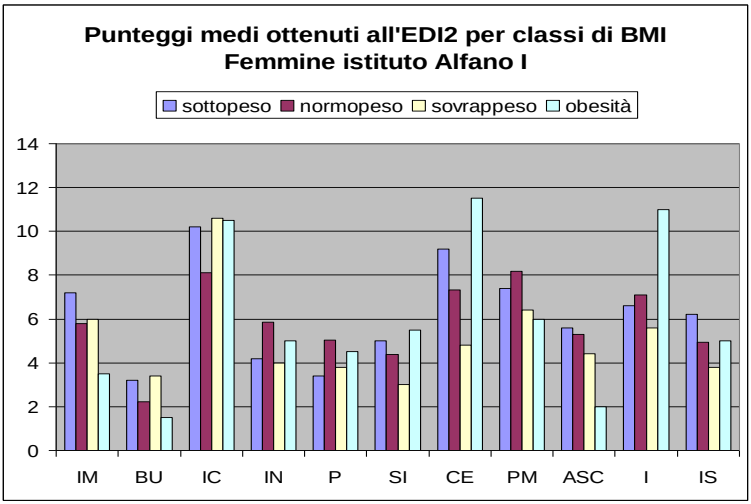
Scuola	N	Media
Liceo	100	26,0700
Moda	50	34,8400

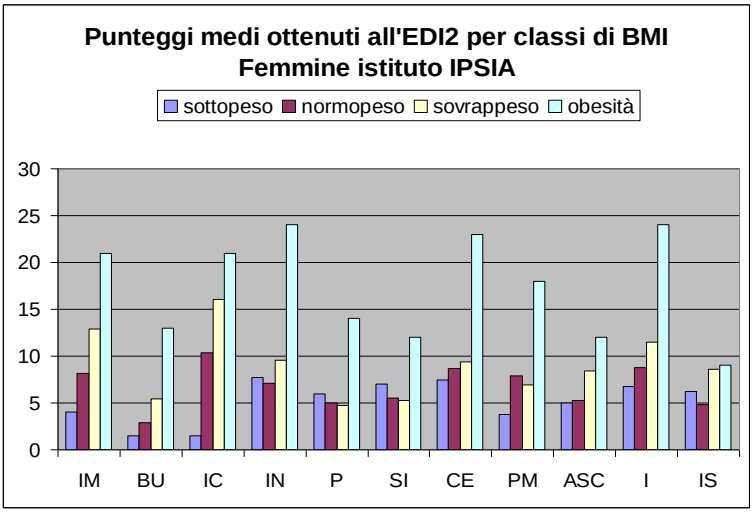
Tab. 8. Independent Samples Test

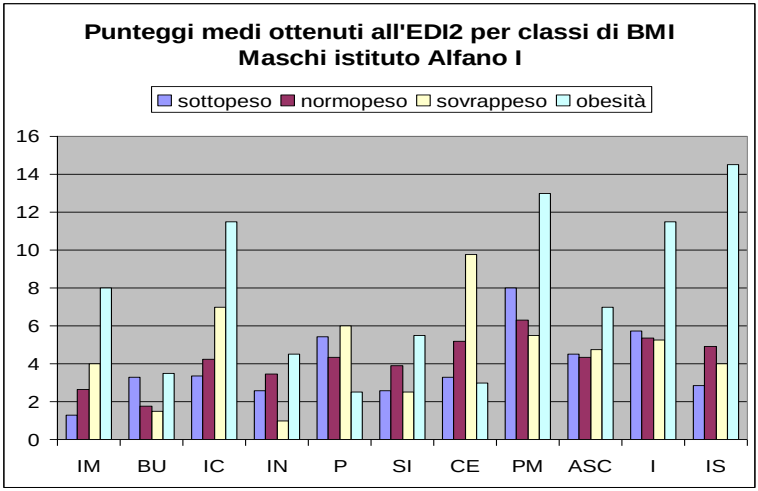
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
MEAN	Equal variances assumed	23,815	0,000	-2,834	148	0,005
	Equal variances not assumed			-2,466	70,068	0,016

Si è passati, poi, a stimare la relazione tra valore di BMI e rischio DCA rilevando un indice di BMI più elevato tra i soggetti di sesso femminile (condizione di normopeso o sovrappeso) per soggetti a rischio DCA (Graf. 9).

Graf. 9. Punteggi medi ottenuti alle 11 singole sottoscale dell'EDI2 per classi di BMI all'interno dei tre sottogruppi del campione (N = 150).







Il dato ricavato sembra contrastare con quello riportato in letteratura circa soggetti con diagnosi di DCA, i quali, pur presentando valori di BMI molto bassi (inferiori a 18,5), sono eccessivamente preoccupati per il proprio aspetto e la propria forma fisica (Bruch, 1989). In realtà, esso ha confermato una delle ipotesi del lavoro di tesi sperimentale, ossia la possibilità di cogliere segnali d'allarme DCA. In particolare, i soggetti a rischio dello studio sono coloro che, avendo un BMI più alto della media, pur rientrando nella classe normopeso, possono intraprendere diete restrittive, perché particolarmente scontenti della propria forma ed immagine fisica, catalizzando esordio di DCA.

Il dato è essere particolarmente rilevante quando oggetto di screening sono soggetti in età puberale ed adolescenziale, in cui, determinato da cambiamenti biologici e fisiologici, si assiste ad un aumento di peso corporeo, alla tendenza ad ingrassare con conseguente strutturazione di un'immagine negativa di sé e del proprio corpo, sulla base della quale l'adolescente si auto-valuta e costituisce la propria autostima. Da ciò ne consegue l'importanza, nonché la necessità e l'urgenza, di pensare a progetti di prevenzione primaria e secondaria in ambito scolastico, rivolgendo particolare attenzione a soggetti in fase puberale ed adolescenziale e superando la stereotipata associazione tra "sottopeso e rischio DCA". Al contrario, dai dati elaborati si evince che la maggior parte dei soggetti a rischio del sottogruppo "Maschi istituto Alfano I" rientra nella classe BMI di sottopeso (28%).

Rilevanti per lo screening effettuato sono stati i punteggi elevati ottenuti dai soggetti a rischio nelle prime tre subscale dell'EDI2, direttamente

connesse a DCA: impulso alla magrezza, bulimia ed insoddisfazione corporea, la quale è considerata come catalizzatore principale dell'insorgenza di DCA e della cronicizzazione dei comportamenti relativi al controllo del peso corporeo (Garner 2001). In particolare, la scala impulso alla magrezza, l'unica a presentare un punteggio di *cut-off* (pari a 14), ha permesso di individuare la percentuale di soggetti eccessivamente preoccupati per il proprio corpo. Attenzione è stata rivolta anche alla scala IC, in quanto l'insoddisfazione corporea nasce proprio quando il corpo comincia a formarsi, ossia nella fase puberale ed adolescenziale (Garner, Thompson 1990), in cui elevato è il «rischio di sviluppo di bassa autostima ed insoddisfazione per le forme corporee» (Odea, Abraham 1999).

Il profilo all'EDI2 per soggetti a rischio DCA ha permesso di evidenziare la presenza di punteggi elevati anche per altre scale del test che misurano costrutti non direttamente associati a DCA, come quella relativa all'inadeguatezza, la quale valuta sentimenti di generale insicurezza, inutilità e percezione di mancata capacità di controllo sulla propria vita. Tale dato risulta significativo se considerato alla luce del range di età scelto per la selezione del campione. I partecipanti, infatti, tutti adolescenti vivono una fase di transizione e trasformazione in cui non si è più bambini ma neppure adulti, per cui è altamente probabile che si verifichi in essi difficoltà nella gestione delle proprie emozioni, dei propri sentimenti, nonché nella definizione del proprio ruolo sociale con conseguenti punteggi elevati alla scala paura della maturità.

Ancora si è potuto rilevare come soggetti a rischio presentino punteggi elevati anche alla scala consapevolezza enterocettiva, la quale misura il livello di confusione e di incertezza nel riconoscere e rispondere in modo appropriato agli stati emotivi ed alle sensazioni viscerali, ossia agli stimoli provenienti dal proprio corpo (es. sensazione di fame e sete). Prendendo in considerazione tutte le scale dell'EDI2 relativamente alle quali soggetti a rischio presentano punteggi elevati, è possibile ricostruire il profilo delineato per soggetti con diagnosi di DCA:

a) distorsione dell'immagine corporea;
b) senso paralizzante di inadeguatezza;
c) mancata percezione degli stimoli provenienti dal proprio corpo (Bruch 1977).

I dati della ricerca, dunque, confermano quanto riportato in letteratura, ossia che modalità di comportamento anomalo (nel nostro caso anomalie alimentari) sono l'unico mezzo attraverso cui gli adolescenti riescono ad arginare angoscia ed ansia originate dai "catastrofici cambiamenti" della sfera fisico-emotivo-cognitiva che a essi si impongono (Ferrari 1992).

CONCLUSIONI

I disturbi del comportamento alimentare (anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbi alimentari non altrimenti specificati) sono divenuti un problema di rilevanza sociale in quanto minacciano la crescita e la salute di molti adolescenti, come riportato dai dati pubblicati nel 2006 dall'ABA. Essi hanno la caratteristica di manifestarsi con una sintomatologia "*a ponte*" tra psichico e somatico, infatti si tratta di disturbi psichici (che comportano una distorsione dell'immagine corporea) che alterano il comportamento alimentare e determinano complicanze fisiche gravi e, nel peggiore dei casi, mortali. I DCA sono patologie psichiatriche alla cui base vi è bassissima autostima, gravi difficoltà rispetto all'autonomia, dove la magrezza diventa una sorta di "identità di sé" ed i comportamenti ossessivo-compulsivo, ad essi connessi, compromettono gravemente la qualità della vita (Bruch 1989).

I DCA sono patologie prevalentemente presenti tra soggetti di sesso femminile e il cui esordio avviene, frequentemente, in età adolescenziale. L'approccio terapeutico indicato è, dunque, di tipo multidisciplinare, condotto da un team multi-professionale (psichiatra, psicologo, internista, nutrizionista) che, nel reciproco rispetto delle singole competenze, offra al paziente un percorso personalizzato (Gabbard 2002). Lo stesso vale per la fase di valutazione diagnostica, per la quale bisogna tener conto di aspetti psicologici, psico-patologici, familiari, individuali, somatici ed anche genetici attraverso cui la patologia si esprime e da cui ha origine. Spesso il riscontro di DCA in età adulta rappresenta l'esito di situazioni a rischio non riconosciute o non adeguatamente trattate in età evolutiva, e in particolare nella delicata fase adolescenziale. I fattori che predispongono un individuo allo sviluppo di un disturbo alimentare, che inducono l'esordio della malattia, e che mantengono il disturbo una volta stabilitosi, non sono ancora completamente chiari. Ciò che, invece, è chiaro è che, mentre in passato si ricercava la "causa" dei DCA (sistema familiare, livello culturale medio-alto), oggi si utilizzano modelli ed approcci più sofisticati alla comprensione di tali patologie, considerandole come risultato dell'interazione tra fattori biologici, fattori culturali e fattori psicosociali.

In ambito genetico studi sulle famiglie e sui gemelli suggeriscono che vi è una diatesi genetica sia per l'anoressia che per la bulimia. Nell'anoressia vi è il 50% di concordanza tra i gemelli monozigoti e il 7% nei gemelli dizigoti, mentre nella bulimia nervosa vi è il 23% di concordanza tra i gemelli monozigoti e il 9% nei gemelli dizigoti (Bulik 2005). Inoltre, l'ereditabilità stimata per DCA oscilla tra il 33% e l'84% per anoressia nervosa, tra il 28% e l'83% per la bulimia nervosa ed, infine, tra il 31% e il 50% per

disturbi alimentari in assenza di atti compensatori, con rimanente varianza attribuibile a fattori ambientali specifici e individuali (Tozzi, Bulik et al 2005). Sebbene questi studi suggeriscano che certi individui possano essere geneticamente predisposti ai disturbi alimentari, il meccanismo alla base di queste patologie non è ancora adeguatamente compreso. Una predisposizione genetica non significa che una persona è destinata a sviluppare un disturbo alimentare, ma piuttosto che ha un maggior rischio (vulnerabilità) se è presente l'ambiente culturale e psicologico inadeguato.

Per quanto riguarda l'influenza esercitata dai fattori culturali sull'esordio dei DCA, i mezzi di comunicazione di massa bombardano il pubblico con immagini di corpi perfetti, con l'implicazione che è questo, e soltanto questo, che garantisce la felicità, la soddisfazione e il successo. Le immagini delle donne fornite dai mass media suggeriscono che l'apparenza esterna è assai più importante dell'identità interna. Un'importante caratteristica epidemiologica dei disturbi alimentari è che sembrano essere limitati a certe culture, verificandosi in primo luogo nei paesi sviluppati del Nord America e dell'Europa, così come in Australia, Nuova Zelanda e Giappone. Il rischio di malattia può essere correlato al grado di assimilazione di una persona alla cultura dominante in un paese. Sebbene i disturbi alimentari siano comunemente, in letteratura, considerati come malattie della classe medio-alta, studi più recenti hanno documentato la loro crescente presenza anche tra le donne delle minoranze e di classi sociali medio-bassi, così come rilevato nella ricerca sperimentale condotta (maggiore diffusione del rischio di DCA tra adolescenti frequentanti l'istituto I.P.S.I.A. "E. Ferrari" di Battipaglia).

Infine, nel caso dei fattori psico-sociali, nella letteratura, per l'anoressia nervosa, vengono sottolineate caratteristiche familiari tipiche, quali inglobamento, iperintrusione dei familiari, l'iperprotezione dei genitori nei confronti dei figli, la rigida adesione ai ruoli nella famiglia e l'evitamento di conflitti aperti, nonché conflitto inconscio tra dipendenza e separazione o individuazione, con conseguente rifiuto del cibo che dovrebbe nutrire il corpo. La malnutrizione causa anche l'interruzione delle mestruazioni, il che può servire ad alleviare l'ansia in un'adolescente che considera minacciosa la prospettiva della femminilità (Gabbard 2002). Per quanto riguarda la bulimia nervosa, i fattori implicati variano da individuo a individuo. Le abbuffate sono spesso vissute come fuga transitoria dal rigido controllo sia del contesto alimentare che di altre aree della vita. Le condotte di eliminazione assumono il significato di annullare questo errore e di riacquistare il senso del controllo. Gli episodi delle abbuffate e delle condotte di eliminazione sono spesso stimolati da situazioni in cui l'autostima del soggetto, che spesso è strettamente legata

all'immagine corporea, è stata minacciata.

Sulla base di tali considerazioni risulta sempre più necessario proporre adeguati programmi di prevenzione primaria e secondaria, sia di tipo educazionale che clinico, rivolti a soggetti in età adolescenziale che sono a rischio o che già presentano forme sub-cliniche di DCA, in quanto a patologia manifesta, anche nei casi in cui l'approccio terapeutico sia corretto, le percentuali di remissione totale di DCA sono ancora abbastanza sconfortanti (solo il 30% dei pazienti ha remissione totale a medio termine). Per quanto riguarda la prevenzione primaria, dovrebbero essere coinvolte le diverse figure di "adulti significativi" (genitori, insegnanti, allenatori sportivi ecc.) per renderli protagonisti della promozione della salute in tale ambito, attraverso progetti di formazione sui DCA, per far conoscere fattori di rischio, ma anche fattori di protezione, come educazione a valori etici, responsabilità individuale, sviluppo di capacità critica, autonomia personale.

La ricerca sperimentale, condotta nel corso dell'anno scolastico 2006/2007 nelle prime classi dell'istituto magistrale "Alfano I" di Salerno e dell'istituto I.P.S.I.A. "E. Ferrari" di Battipaglia, ha contribuito a definire meglio la criticità dei comportamenti alimentari a rischio nei soggetti adolescenti di età compresa tra i 14 ed i 15 anni di ambo i sessi. I dati della ricerca, nel complesso, confermano quanto riportato in letteratura circa l'utilizzo di comportamenti anomali, da parte dell'adolescente, per arginare ansia ed angoscia originate da un «corpo che si impone alla mente, che muta rapidamente senza possibilità di controllo» (Ferrari 1992).

Attraverso una prima analisi qualitativa delle schede socio-demografiche compilate da ciascun partecipante, precedentemente la somministrazione dei test, si è evidenziata l'esistenza di una differenza di livello socio-culturale tra i soggetti appartenenti al campione, ed in particolare un livello medio-alto per i frequentanti l'istituto magistrale "Alfano I" di Salerno e medio-basso per i frequentanti l'istituto I.P.S.I.A. "E. Ferrari" di Battipaglia. I dati della ricerca confermano in maniera significativa la maggiore diffusione del rischio DCA tra gli adolescenti dell'istituto IPSIA "E. Ferrari" di Battipaglia, concordando con le recenti ricerche, secondo cui i DCA non sono più patologie caratteristiche della classe sociale medio-alta, ma si diffondono sempre più tra soggetti appartenenti ai diversi ceti della società. Constatata la maggiore diffusione di rischio DCA anche tra soggetti appartenenti ad un livello socio-culturale medio-basso, sarebbe opportuno, attraverso nuovi studi, definire il peso esercitato da tale fattore sull'esordio dei DCA. Inoltre, l'analisi qualitativa ha evidenziato anche la necessità di predisporre in ambito scolastico di fi-

gure professionali in grado di aiutare soggetti "a rischio" o che già presentano forme sub-cliniche di DCA e di programmare interventi di prevenzione-informazione. In generale, così come ci si attendeva, i punteggi ai test EDI2 e BAT sono stati più elevati tra i soggetti di sesso femminile ("Femmine istituto IPSIA" e "Femmine istituto Alfano I"). Nonostante ciò non è possibile tralasciare la percentuale di soggetti a rischio DCA di sesso maschile pari al 44% dell'intero campione maschile. Questo dato ci spinge a superare la stereotipata associazione "anoressia-donna" e a pensare a progetti di prevenzione che coinvolgano, ormai, entrambi i sessi. Ancora più interessante è stato considerare l'associazione significativa "BMI-sesso" e "BMI-rischio DCA". Contrariamente a quanto ipotizzato, è stata rilevata una maggiore percentuale di soggetti in condizione di sottopeso per il sesso maschile piuttosto che femminile. La maggior parte del campione femminile ha presentato una condizione di normopeso e di sovrappeso, mentre la maggior parte di sesso maschile ha presentato condizione di normopeso. Andando ancora più nello specifico, la maggior parte dei soggetti di sesso femminile, risultati "a rischio" allo screening, presenta un valore di BMI corrispondente alle condizioni di normopeso e sovrappeso, mentre la maggior parte dei soggetti "a rischio" di sesso maschile ha presentato una condizione di sottopeso. Tale dato ci spinge a superare un'altra associazione stereotipata "magrezza-DCA". I risultati ottenuti dal corrente lavoro di tesi sperimentale mettono in evidenza che la percezione di essere in sovrappeso in pubertà ed adolescenza potrebbe rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di eccessiva preoccupazione ed insoddisfazione per la propria immagine corporea, per l'inizio di diete restrittive e, dunque, per l'esordio di DCA. Tali preoccupazioni sembrano essere maggiormente diffuse tra adolescenti di sesso femminile, come testimoniato dai profili ottenuti all'EDI2, nonché dal punteggio totale del BAT, i quali si avvicinano alla soglia patologica più di quanto lo facciano i punteggi ottenuti dai soggetti di sesso maschile, per i quali i cambiamenti fisiologici sono meno improvvisi, vistosi e meno dolorosi. I punteggi elevati alle prime tre scale dell'EDI2 e al BAT sono, in parte, giustificati dalle problematiche relative all'accettazione-integrazione della nuova immagine corporea nella propria identità in formazione, proprie di tale fase del ciclo vitale.

La ricerca beneficerebbe di ulteriori indagini nel tempo che si proponessero di verificare la regressione dei segnali di allarme o la loro trasformazione in veri e propri DCA in soggetti adolescenti risultati "a rischio" all'operazione di screening. Ulteriori ricerche potrebbero far luce sull'influenza di altri fattori che spingono un adolescente in crescita a deviare non solo il rapporto con il cibo, ma anche altri aspetti della propria vita.

Infatti, gli adolescenti, mancando spesso di una rete di supporto sociale, possono essere spinti ad ingaggiare processi di comparazione sociale che potrebbero avere come conseguenza l'aumento dell'insoddisfazione corporea. Ciò spinge ad affermare che fattori individuali, familiari, sociali e, secondo le attualissime ricerche in ambito scientifico, fattori genetici abbiano un ruolo predominante nel catalizzare l'esordio dei DCA, nonché a favorire la loro cronicizzazione. Pertanto, pensare ad un progetto di conoscenza e prevenzione primaria e secondaria per DCA significa far confluire in un unico scopo le conoscenze provenienti da diversi settori di indagine, che vanno da quello medico a quello psicologico, da quello sociale a quello individuale. Infine, per rendere tale ricerca operativa e costruttiva, sarebbe opportuno sensibilizzare l'ambiente scolastico ed i suoi operatori alla conoscenza e alla comprensione di problematiche relative ai DCA, essendo essi direttamente coinvolti nella formazione e nell'educazione di adolescenti in crescita, oltre che inserirlo in una rete di istituzioni sociali e sanitarie che offra agli adolescenti un aiuto sinergico ed efficace sia di tipo preventivo che assistenziale. Diffondere informazione non sarebbe un rimedio risolutivo al problema, ma aumenterebbe la conoscenza laddove spesso c'è inconsapevolezza del rischio, per cui risulterebbe un canale alternativo per prevenire DCA ed indirizzare soggetti "a rischio" verso figure professionali che li aiutino ad evitare il passaggio da forme sub-cliniche a forme manifeste e croniche di DCA. In conclusione, la prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare passa anche attraverso la promozione di modelli culturali positivi per le nuove generazioni. Spesso dietro queste patologie c'è, da parte delle ragazze e dei ragazzi, la mancanza di autostima e il rifiuto della propria *bellezza particolare*. Bisogna quindi ribadire l'importanza di rendere plurali i modelli di bellezza, per aiutare i giovani a riscoprire i valori dell'unicità, della differenza e della diversità del proprio corpo, da contrapporsi allo stereotipo dell'omologazione e del conformismo a tutti i costi.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1996), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, DSM IV*, Milano, Masson Editore.

AMMANITI M. (1989), a cura di, *Il concetto del Sé: crocevia di discipline psicologiche e biologiche*, in «*Età Evolutiva*», 32.

AMMANITI M. (2002), a cura di, *Manuale di Psicopatologia dell'adolescenza*, Milano, Raffaello Editore.

AQUILAR F., DEL CASTELLO E. (2005), *Psicoterapia dell'anoressia e della*

bulimia, Milano, FrancoAngeli.
BEAR M., CONNORS B.W., PARADISO M.A. (2002), *Neuroscienze*, Milano, Masson Editore.
BERTI A. E., BOMBI A.S. (2001), *Psicologia dello sviluppo*, vol. I. *Storia, teorie e metodi*, Bologna, il Mulino.
BION W.R. (1973), *Apprendere dalla esperienza*, Roma, Armando.
BONINO S. (2005), *Il fascino del rischio negli adolescenti*, Firenze, Giunti.
BRUCH H. (1989), *La gabbia d'oro. L'enigma dell'anoressia mentale*, Milano, Feltrinelli.
CALZOLARI C. (1990), *L'alimentazione nell'infanzia e nell'adolescenza*, Padova, Piccin.
CAMAIONI L., Di BLASIO P. (2002), *Psicologia dello sviluppo*, Bologna, il Mulino.
CAPRARA G., FONZI A. (2000), *L'età sospesa. Itinerari del viaggio adolescenziale*, Firenze, Giunti.
CARRÀ E., MARTA E. (1996), *Relazioni familiari e adolescenza. Sfide e risorse nella transizione all'età adulta*, Milano, FrancoAngeli.
DALLE GRAVE R. (1999), *Prevenzione dei disturbi dell'alimentazione*, Verona, Positive Press.
DE CLERCQ F. (1995), *Donne invisibili*, Milano, Bompiani.
DE GIACOMO P., RENNA C. (2005), *Manuale dei disturbi alimentari*, Milano, FrancoAngeli.
DOLTO F. (2001), *L'immagine inconscia del corpo*, Milano, Bompiani.
ERCOLANI A.P., ARENI A., MANNETTI L. (2002), *La ricerca in psicologia. Modelli di indagine ed analisi dei dati*, Roma, Carocci.
FERRARI A.B. (1992), *L'eclissi del corpo. Una ipotesi psicoanalitica*, Roma, Borla.
FERRARI A.B. *Psychoanalytic Perspective on Eating Disorders*, in CIOCCA A., ERCOLANI P. (1994), *Alla scoperta del corpo assente*, Roma, Borla.
FERRARI A.B. (2005), *Adolescenza la seconda sfida. Considerazioni psicoanalitiche*, Roma, Borla.
FERRARI A.B., STELLA A. (1998), *L'alba del pensiero*, Roma, Borla.
GALIMBERTI U., (1987), *Il corpo*, Milano, Feltrinelli.
GARNER D.M. (1995), *Eating Disorder Inventory*, Firenze, Organizzazioni Speciali.
GABBARD G.O. (2002), *Psichiatria psicodinamica*, Milano, Raffaello Cortina.
GARNER D.M. (2001), *Eating disorder inventory-2*. Firenze, Organizzazioni Speciali.
GIRONE G., SALVEMINI T. (2000), *Lezioni di statistica*, Cacucci, Bari.
GORDON R.A. (1991), *Anoressia e Bulimia*, Milano, Raffaello Cortina.

LEVINE D.M., KREHBIEL T.C., BERENSON M.L. (2002), *Statistica*, Milano, Apogeo Editore.

MARCELLI D., BRACCONIER A. (2000), *Adolescenza e psicopatologia*, Milano, Masson.

MONTECCHI F. (1994), *Anoressia mentale nell'adolescenza. Rilevamento e trattamento medico-psicologico-integrato*, Milano, FrancoAngeli.

PEDRABISSI L., SANTINELLO M. (1997), *I test picologici*, Bologna, il Mulino.

PROBST M., (1997), *Body experience in eating disorder patients*, in «American Journal of Psychotherapy», 3.

RUSSEL G.F.M. (1970), *Anorexia nervosa: its identity as an illness and its treatment*, in PRICE J.H. (a cura di), *Modern trends in psychological medicine*, London, Butterworths.

SANTORO M. (2008), *Fotobiografic. Una tecnica esplorativa per lo sviluppo della personalità*, Roma, Aracne.

SANTORO M. (2008), *L'immagine allo specchio e lo specchio dell'immagine. The image to the mirror and the mirror of the image*, in «Rivista trimestrale di Pedagogia Clinica», gennaio-giugno 2008, n. 18.

SELVINI PALAZZOLI M. (1998), *Ragazze anoressiche e bulimiche*, Milano, Raffaello Cortina.

SCABINI E., IAFRATE R. (2003), *Psicologia dei legami familiari. Società editrice*, Bologna, il Mulino.

TONOLO G. (1999), *Adolescenza e Identità*, Milano, il Mulino

VANDEREYCKEN W.D. (1996), *Dalle sante ascetiche alle ragazze anoressiche*, Milano, Raffaello Cortina.

WINNICOTT D., (2002), *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*, Milano, Armando.

ZAVATTINI G.C. (2002), *La famiglia dell'adolescente: individuazione e senso di appartenenza*, in Ammaniti M. (a cura di), *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*, Milano, Raffaello Cortina.

ZULLI A.M. (2004), *Argomenti di psicopatologia dell'adolescenza*, Pescara, Libreria Universitaria.