

ALMA MATER STUDIORUM · UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA IN DIETISTICA

**Analisi delle correlazioni tra fattori socio-culturali e
sviluppo di DCA**

TESI DI LAUREA IN CIBO E SOCIETÀ

RELATORE:

Prof. Luca Falasconi

PRESENTATA DA:

Nicole Biondini

CORRELATORE:

Dr. Claudia Giordano

SESSIONE I

ANNO ACCADEMICO 2022/2023

INDICE

Abstract	5
Introduzione	6
Determinanti socio-culturali dei disturbi alimentari. L'importanza del contesto	6
Disturbi del comportamento alimentare: definizione classificazione e prevalenza	7
1 Cosa si intende per determinanti socio-culturali?	10
1.1 Definizioni di determinanti socio-culturali in letteratura	10
1.2 Determinanti sociali della salute	11
1.2.1 Determinanti sociali e salute mentale	15
2 Le scienze sociali e i determinanti socio-culturali dei DCA: sociologia e antropologia	19
2.1 Antropologia, sociologia e alimentazione	19
2.2 Le scienze sociali e gli ambienti obesogenici	20
3 Metodologia	23
4 Risultati	24
4.1 Disturbi alimentari e contesto: il ruolo delle determinanti sociodemografiche e culturali	24
4.2 Agenti sociali e modelli eziologici	28
Discussione	34
Conclusioni, limiti della ricerca e prospettive	36

Bibliografia

38

ABSTRACT

I disturbi alimentari sono spesso affrontati nelle discipline mediche, psicologiche e psichiatriche, che tendono ad indagare i fattori associati ai disturbi con un approccio che osserva l'individuo in primis. Tuttavia, esistono altre discipline che indagano sugli ambienti dove il cibo viene consumato, somministrato, interpretato: le scienze sociali, antropologia del cibo, antropologia medica, sociologia, offrono punti di vista differenti sul cibo. Posto che l'approccio psicologico e psichiatrico resta valido per la cura, e per l'indagine delle cause da un punto di vista individuale, vediamo come le discipline afferenti alle scienze sociali, in particolare sociologia e antropologia, hanno dato risposta a questa domanda indagando i contesti.

INTRODUZIONE

Determinanti socio-culturali dei disturbi alimentari. L'importanza del contesto

I DCA sono patologie complesse nelle quali i fondamenti culturali e sociali sono stati identificati come fattori che hanno un ruolo significativo nello sviluppo della malattia. I tassi di questi disturbi risultano, infatti, alquanto diversi tra le varie popolazioni, gruppi etnici e nelle varie epoche storiche (Miller et al. 2001). La comparsa di DCA in periodi storici specifici, in determinate zone geopolitiche e, l'aumento del rischio osservato tra gli individui esposti a idee appartenenti al mondo "moderno occidentalizzato", hanno portato gli studiosi a teorizzare su come la società giochi un ruolo fondamentale nell'eziologia del disturbo. Sorge quindi spontaneo interrogarsi su quali siano le specifiche determinanti socio-culturali correlate all'insorgenza più frequente di disturbi alimentari. Questa tesi si pone di analizzare diversi studi in cui alcuni fattori socio-culturali sono considerati fattore eziologico per lo sviluppo della malattia. Si individuano quindi due domande di ricerca: la prima, come le diverse discipline interpretino "le determinanti socio-culturali" della salute mentale, degli ambienti alimentari; la seconda, che ambisce a fornire un quadro dei risultati rispondendo alla domanda: i DCA possono essere effettivamente influenzati da un "contesto" culturale, nella loro insorgenza o interpretazione? Per rispondere, illustreremo innanzitutto brevemente cosa sono i DCA. In seguito, osserveremo come sociologia e antropologia hanno osservato il fenomeno dei DCA nei contesti studiati.

Disturbi del comportamento alimentare: definizione classificazione e prevalenza

I disturbi del comportamento alimentare, o DCA, si riferiscono ad un'ampia categoria di patologie mentali contraddistinte da una modificazione delle abitudini alimentari e della nutrizione. Gli individui che sono affetti da un DCA costruiscono con il proprio corpo e con il cibo un rapporto di tipo patologico che causa un peggioramento della qualità di vita danneggiando la salute fisica e mentale. Conseguenza del disturbo sono limitazioni in diversi campi della vita sociale, lavorativa e affettiva e nei casi più gravi la patologia può portare ad atti estremi di autolesionismo e suicidio. I DCA vengono classificati all'interno del DSM-5 nel capitolo "disturbi della nutrizione e dell'alimentazione" dove vengono raggruppati, su base statistica, i singoli quadri sintomatologici. Le principali sei categorie diagnostiche corrispondono rispettivamente a: disturbo dell'alimentazione incontrollata (binge eating disorder o BED), bulimia nervosa, anoressia nervosa, disturbo alimentare evitante/restrittivo (o AFRID, il quale comprende una serie ancora più ampia di condizioni), mericismo (anche chiamato disturbo da ruminazione, i soggetti ingeriscono il cibo per poi sputarlo e masticarlo nuovamente) e pica (chi ne soffre consuma abitualmente sostanze non edibili o considerate non alimentari). Le due categorie residue si articolano invece in: disturbi dell'alimentazione specificati (other specified feeding or eating disorder) e in disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati (EDNOS, eating disorder not otherwise specifies). In questa tesi andremo a soffermarci sia sul concetto generale di disturbi della nutrizione e in modo più specifico su anoressia nervosa e bulimia nervosa cercando di estrapolare dalla ricerca attuale i possibili determinanti socio-culturali annessi alla patologia. I criteri diagnostici per queste ultime sono riportati nel DSM 5 che nell'aggiornamento fatto nel maggio del 2013 li ha resi meno restrittivi rispetto alla precedente pubblicazione.

Criteri DSM-5 per la diagnosi di anoressia nervosa

A. Restrizione dell'introito energetico rispetto al fabbisogno, tale da condurre a un peso corporeo significativamente basso in rapporto all'età, al sesso e alla salute fisica. Si definisce significativamente basso un peso inferiore a quello minimo normale o, nel caso dei bambini e degli adolescenti, inferiore al peso minimo atteso per l'età e il sesso.

B. Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, o persistere in comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso anche quando questo è significativamente basso.

C. Alterazione del modo in cui vengono vissuti il peso o le forme del corpo, influenza del peso o delle forme del corpo sulla valutazione di sé, o persistente mancanza di riconoscimento della gravità del sottopeso corporeo attuale.

Tipo con restrizioni Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo non ha presentato ricorrenti episodi di abbuffate o condotte di eliminazione (per es., vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi). In questo sottotipo la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'attività fisica eccessiva.

Tipo con abbuffate/condotte di eliminazione Durante gli ultimi 3 mesi, l'individuo ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione (cioè, vomito autoindotto o uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi). Il livello di gravità si basa sul BMI (indice di massa corporea): Lieve: BMI ≥ 17 kg/m² ; Moderata: BMI 16-16,99 kg/m² ; Grave: BMI 15-15,99 kg/m² ; Estrema: BMI < 15 kg/m² (American Psychiatric Association, 2013).

Criteria DSM-5 per la diagnosi di bulimia nervosa

A. Episodi ricorrenti di abbuffate compulsive. Un episodio di abbuffata compulsiva è caratterizzato da: 1. Mangiare, in un periodo circoscritto di tempo, una quantità di cibo che è maggiore di quella che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso arco di tempo in circostanze simili. 2. Un senso di mancanza di controllo sul mangiare durante l'episodio (sentire di non poter smettere o controllare cosa o quanto si sta mangiando).

B. Ricorrenti comportamenti impropri di compenso diretti a prevenire aumenti di peso, come vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, diuretici, digiuni o esercizio fisico eccessivo.

C. Le abbuffate compulsive e i comportamenti impropri di compenso si verificano in media almeno una volta a settimana per almeno tre mesi.

D. La valutazione di sé è influenzata dalle forme e dal peso del corpo. **E.** Il disturbo non capita esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa

In remissione parziale Tutti i criteri per la diagnosi di bulimia nervosa sono stati soddisfatti in precedenza e alcuni, ma non tutti, si sono mantenuti nel tempo.

In remissione totale Tutti i criteri per la diagnosi di bulimia nervosa sono stati soddisfatti in precedenza ma nessuno di essi lo è più da tempo.

Il livello di gravità si basa sulla frequenza degli episodi: Lieve: 1-3 episodi/settimana; Moderata: 4-7 episodi/settimana; Grave: 8-13 episodi/settimana; Estrema: ≥ 14 episodi/settimana (American Psychiatric Association, 2013).

Molto spesso, soprattutto tra questi due disturbi, può avvenire il fenomeno del crossover ovvero il passaggio da una forma all'altra. Lunghi periodi di restrizione calorica fisica e/o mentale aumentano, infatti, i livelli di fame, spingono ad abbuffate fisiologiche, fortificano i sensi di colpa e rafforzano la preoccupazione verso la sfera corporea suggerendo, quindi, un'evoluzione dei comportamenti di compensazione (ad esempio l'esercizio fisico eccessivo e l'induzione di vomito) o un peggioramento della deprivazione alimentare; questi ultimi, a loro volta, innescheranno nuovamente il meccanismo iniziale spingendo verso la sensazione di controllo e di sicurezza falsamente offerta dal disturbo alimentare.

Van Eeden et al. (2021) evidenziano una prevalenza lifetime mondiale dell'anoressia nervosa pari al 4% nelle donne e allo 0.3% negli uomini, mentre la prevalenza della bulimia nervosa arriva al 3% nella popolazione femminile e all'1% nella popolazione maschile. I medesimi autori, però, sottolineano una spiccata sensibilità dei risultati epidemiologici: oltre l'eterogeneità delle metodologie, degli strumenti, delle popolazioni scelte e delle tecniche di raccolta dati utilizzati nelle varie analisi, le modificazioni dei criteri diagnostici presentati all'interno delle diverse edizioni del DSM influenzano in maniera importante l'andamento dei risultati stessi. Inoltre gli studi volti ad indagare questa dimensione (utilizzando soprattutto i più recenti criteri del DSM-V) sono ancora pochi e limitati ad alcune aree geografiche. Tenendo a mente queste considerazioni, i disturbi del comportamento alimentare mostrano comunque dei numeri piuttosto imponenti che, ancora di più, sottolineano l'importanza di sviluppare un'efficace serie di sistemi d'azione e di politiche di prevenzione più attente ed inclusive.

COSA SI INTENDE PER DETERMINANTI SOCIO-CULTURALI?

1.1 Definizioni di determinanti socio-culturali in letteratura

Nella realizzazione di questa tesi siamo andati alla ricerca di una definizione univoca di determinanti socio-culturali; tuttavia, dalla pluralità di studi che esistono su questo argomento si evince come il concetto di determinanti sia strettamente legato al contesto in cui viene calato e allo studio a cui si riferisce, e che, quindi, una definizione universale - comprensiva di tutti gli aspetti unici delle varie società e dei vari casi - non esiste e risulterebbe eccessivamente sintetica.

Ponendo maggior attenzione sui determinanti che fanno riferimento ai disturbi del comportamento alimentare vi è una vasta e differente gamma di fattori presi in considerazione nei vari studi: se in molti articoli non viene fornita una vera e propria definizione, in molti altri i determinanti vengono rappresentati tramite un elenco specifico. Ad esempio, in uno studio condotto da Simone, Slaughter-Acey et al. (2022) i determinanti sociali della salute sono approcciati attraverso una visione multidisciplinare comprendendo istruzione, economia (i.e. occupazione, reddito), ambiente fisico (i.e. alloggio, sicurezza del quartiere), ambiente sociale (i.e. discriminazione interpersonale) e sistemi e servizi sanitari.

Diversamente, il termine “ambiente socioculturale” nel contesto della ricerca sui disturbi alimentari secondo Philippa C. Diedrichs (2017) fa riferimento ai pari, alla famiglia e ai media. Per l'autore può, tuttavia, anche includere norme culturali, sociali e di genere più ampie che riguardano l'apparenza, gli ideali di bellezza e i comportamenti alimentari.

Sempre in uno studio sui disturbi alimentari i determinanti che conducono ad aspirare a un determinato ideale di bellezza derivano secondo Pedersen, Hicks e Rosenrauch (2018) da pari,

genitori, amici e in maggior misura dai messaggi mediatici (media intesi come canali di comunicazione attraverso i quali vengono diffusi notizie, intrattenimento, istruzione, dati o messaggi promozionali, compresi mezzi come giornali, riviste, TV, radio, cartelloni pubblicitari, mail e Internet).

Ritroviamo poi un riferimento ai media anche nello studio di Karolina Rymarczyk (2021) la quale analizza i fattori socioculturali che agiscono sulla percezione dell'immagine corporea nel sesso femminile e sullo sviluppo di anoressia nervosa. Come negli studi precedenti, tra i fattori ritroviamo l'ambiente familiare, la pressione dei pari, la cultura e in aggiunta l'interiorizzazione dell'ideale corporeo e l'assimilazione dell'influenza dei media, i quali, per l'autrice, promuovono alcune norme di attrattiva fisica (i.e. BMI) e agiscono a livello psicologico (i.e. discrepanze ideali di sé, tratti della personalità) andando quindi a svolgere un ruolo importante nella percezione di immagine corporea.

1.2 Determinanti sociali della salute

Sulla base della definizione data dall'OMS nel 2016, i determinanti sociali della salute sono definiti come *“l'insieme più ampio di circostanze, forze e sistemi politici, economici e ambientali che modellano le condizioni della vita quotidiana”*. Similmente, il programma statunitense Healthy People li definisce come *“le condizioni dell'ambiente in cui le persone nascono, vivono, imparano, lavorano, giocano e invecchiano che influiscono su un'ampia gamma di rischi e risultati in termini di salute, funzionamento e qualità di vita”*, e si pone come obiettivo di *“creare ambienti sociali, fisici ed economici che promuovano il raggiungimento del pieno potenziale di salute e benessere per tutti”*. Da queste due definizioni si intuisce la forte connessione fra gli aspetti quotidiani della vita delle persone e i determinanti della salute, rendendo necessario uno studio approfondito dell'argomento al fine di poter meglio comprendere l'impatto che la società e le sue istituzioni hanno sulla salute fisica e mentale.

Nonostante non vi sia una suddivisione univoca dei domini, l'Healthy People ne propone cinque, suddivisi a loro volta in ulteriori sotto-domini per individuare in maniera specifica tutti gli aspetti cruciali su cui il progetto può andare ad agire. Come si può vedere nella Figura 1, i cinque domini sono: stabilità economica, accesso e qualità dell'istruzione, accesso e qualità all'assistenza sanitaria, quartiere e ambiente costruito, conteso sociale e comunitario.

Questi domini evidenziano la presenza e l'importanza di fattori generali - detti anche fattori



Figura 1.1: Healthy People 2030, Dipartimento della salute e dei servizi umani degli Stati Uniti, Ufficio per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute. Estratto 08/07/2023, da <https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/social-determinants-health>.

“a monte” - nel migliorare la salute e ridurre le disparità senza, però, che siano direttamente correlati all'erogazione dell'assistenza sanitaria.

Molteplici modelli sui determinanti sociali della salute tentano di riassumere il modo in cui la struttura sociale, influenzata dalle forze culturali, politiche ed economiche, influisce sulla salute della popolazione e come potrebbero essere considerati, in una prospettiva filosofica, una “lente” attraverso la quale i responsabili politici e i fornitori di servizi dovrebbero comprendere nelle loro azioni la dimensione della salute e dell'assistenza sanitaria (Starfield, 2007).

I determinanti sociali, allora, operano sia a livelli individuali che di struttura sociale, influenzando la misura in cui ogni persona possiede le risorse fisiche, sociali e personali per identificare e raggiungere obiettivi personali, soddisfare i bisogni della vita quotidiana e far fronte all'ambiente (Raphael 2008).

L'organizzazione istituzionale e sociale va, quindi, a costituirsi come un “sistema” che trascende il singolo individuo, ma lo condiziona radicalmente secondo la sua “logica”, relativamente autonoma e qualitativamente diversa rispetto a quella che regola i processi in cui si manifesta la costituzione biologica dell'individuo (Seppilli 1994). Per migliorare le condizioni di salute nel tempo è necessario che la società ponga attenzione nell'investire denaro, risorse e attuando politiche adeguate nei confronti dei determinanti sociali. Il trattamento individuale, prevalentemente improntato su cure mediche, tende a tralasciare questi aspetti, predisponendo individui e società intere a peggiori condizioni di salute. I determinanti sociali infatti risultano essere influenti in tutte le malattie studiate, indicando che essi operano attraverso meccanismi generali

che agiscono su una vasta serie di processi biologici.

In termini epidemiologici, si tenta di raggiungere un punto critico nel quale l'importanza dei determinanti sociali per la salute venga riconosciuto sia da operatori sanitari che da responsabili politici, trattando la salute mentale e fisica in un'ottica sistemica oltre che individuale.

L'arrivo a questo punto di svolta è supportato da diverse tendenze convergenti; in primo luogo, il cambiamento portato dai contesti sociali in rapida evoluzione sull'insorgenza di alcune malattie - come riscontrato nell'epidemia di obesità -, oltre a ciò anche il forte impatto che queste nuove condizioni ambientali hanno sui più giovani. L'evoluzione, infatti, ha reso l'essere umano altamente malleabile nelle prime fasi di vita, permettendo una risposta rapida alle mutevoli condizioni esterne: durante i primi tre anni d'infanzia la suscettibilità alle esposizioni ambientali è molto alta sia a stimoli negativi che positivi, facendo sì che alcuni cambiamenti possano essere disadattativi, andando a porsi alla base di problemi psico-biologici nel corso della vita. In merito a importanti stimoli che avvengono nei primi anni d'età, gli ambienti socio-culturali del 21° secolo, attraverso rapidi e imprevedibili cambiamenti, che non permettono alle istituzioni di agire preventivamente in modo da porre "filtri" di tutela alla salute, restituiscono numerosi esempi di traumi e forti mutamenti nelle abitudini sin dalla tenera età. Un esempio lampante di ciò è lo sviluppo sin dai primi anni di vita di una dipendenza da parte dei bambini ai dispositivi cellulari e all'interminabile intrattenimento che gli viene fornito.

Il report *Children's Health, The Nation's Wealth* (2004), dell'istituto di medicina degli Stati Uniti, evidenzia i determinanti sociali e ambientali che influenzano la salute dei bambini e la necessità di affrontare questioni quali l'accesso all'assistenza sanitaria, l'educazione, l'ambiente fisico e sociale, la povertà e altri fattori che possono influenzare la salute infantile. Il modello *Life Course Health Development* estende queste idee affermando che la salute è un processo di sviluppo, meglio inteso come prodotto di transazioni genetiche e ambientali. In generale, oltre ai domini identificati del programma *Healthy People*, Varbanova e Beutels (2020) affermano come possono essere considerati di interesse nello studio dei determinanti sociali anche la demografia della società in cui si è inseriti, gli aspetti psicologici che riguardano la crescita dell'individuo, la cultura del lavoro e lo stile di vita che viene adottato. Nello specifico alcuni aggregati che vengono studiati e che sono risultati significativamente associati a una migliore salute della popolazione sono i valori alti del PIL, un alto tasso di persone che hanno un diploma superiore, un minor tasso di disoccupazione, la possibilità di aver accesso a cibo sano, valori bassi per indicatori di disuguaglianza sociale – etnica, religiosa, di genere, etc... – e basse disparità nei

redditi.

Il semplice studio di indicatori correlati non può dipingere il quadro completo di come i determinanti sociali sono collegati a patologie e alla salute mentale; al fine di avere una visione d'insieme entro cui interpretare l'impatto di questi indicatori sono stati valutati diversi plausibili meccanismi attraverso cui le disuguaglianze socioeconomiche impattino la salute. Di seguito sono illustrati tre meccanismi presentati da Matteucci (2015); dei quali uno chiarisce il modo in cui, per l'autore, le condizioni socioeconomiche influiscono sull'insorgenza di malattia, mentre gli altri due meccanismi vertono maggiormente su un approccio opposto, incentrato sulla dimensione individuale:

1. **Determinanti specifici** La prospettiva dei determinanti specifici si basa sul fatto che ogni possibile effetto causale delle condizioni socioeconomiche rispetto alla condizione di malattia è tale in quanto determina comportamenti individuali che sono essi stessi causa di danni alla salute. Ad esempio, le persone con risorse economiche limitate potrebbero avere accesso limitato a cibo sano, istruzione, assistenza sanitaria o abitazioni di qualità, il che può portare a comportamenti dannosi per la salute, come cattiva alimentazione, scarsa istruzione o mancanza di assistenza sanitaria preventiva.
2. **La selezione** La selezione, nota anche come health selection effect, afferma che lo stato di salute dipende solo in minima parte dalle condizioni economiche e sociali del proprio ambiente di vita; piuttosto è lo stato di salute proprio di un individuo che condiziona l'accesso a diverse posizioni sociali. Ad esempio, individui con una buona salute possono essere più capaci di lavorare, istruirsi e migliorare la loro posizione sociale.
3. **Il corso di vita** L'approccio basato sul corso di vita tiene conto invece di una variabilità temporale e degli effetti delle condizioni socioeconomiche durante la vita di una persona. Vengono quindi integrati i punti di vista dei determinanti specifici e della selezione. L'esperienza sociale ed economica sviluppata nel corso della vita interagisce con fattori biologici portando allo sviluppo di malattie. Ad esempio, le condizioni socioeconomiche durante l'infanzia, come la povertà o l'accesso limitato a servizi sanitari, possono avere un impatto duraturo sulla salute in età adulta.

Nel tentativo di sviluppare una interpretazione comune degli effetti dei determinanti sociali, va tenuto in conto la variabilità presente all'interno della società nello spazio e nel tempo. Infatti, nell'analizzare come l'ambiente influisca sull'insorgenza di malattie bisogna contestualizzare

l'epoca a cui si fa riferimento, in modo tale da considerare i progredimenti nelle conoscenze scientifiche e nella medicina, e, soprattutto, di quale paese, e rispettiva società, si stia trattando.

Un approccio differente dalla sociologia lo restituisce l'antropologia medica: questa cerca invece di comprendere quanto le condizioni culturali che determinano certi modi di vivere il corpo, la salute, la malattia e la cura siano strettamente legate a condizioni politiche e culturali.

A parità di grado di salute, epoche o società diverse possono diagnosticare o meno una certa patologia sulla base delle diverse caratteristiche del contesto culturale, sociale e del sistema sanitario. Alcuni studi portano evidenze convincenti del fatto che alcune popolazioni minoritarie, a causa di sostanziali disuguaglianze sociali, corrono un rischio elevato per particolari disturbi. Ad esempio, nello studio di Manson del 1985 emerge come la prevalenza della depressione può essere da quattro a sei volte superiore all'interno di comunità indiane rispetto a quella osservata nella popolazione statunitense nel suo complesso.

Per molti dei fenomeni che gli antropologi studiano nelle diverse culture semplicemente non esiste un "gold standard" per la valutazione psichiatrica. Attualmente i criteri diagnostici vengono elencati nel DSM V che rappresenta un ottimo strumento per orientarsi nel mondo dei disturbi mentali ma che trascurava in parte le differenze culturali.

Pertanto si può concludere affermando che, la classificazione - e di conseguenza la misurazione - delle malattie presenta una forte variabilità sia geografica sia temporale, che non va trascurata quando si tenta di interpretare in maniera organica l'influenza che aspetti socioculturali hanno nel fare emergere squilibri nella normale fisiologia dell'individuo.

1.2.1 Determinanti sociali e salute mentale

Nello studio delle malattie mentali la loro natura può essere definita multidimensionale: oltre ai determinanti costituzionali/endogenetici, anche le dimensioni sociali e culturali sembrano essere determinanti per la salute mentale. Prendendo in considerazione la salute mentale, si può appurare che i determinanti sociali influenti siano i medesimi correlati alla salute fisica.

Già nel 1897, Émile Durkheim ha sottolineato il ruolo dell'ambiente sociale sui tassi di suicidio (Durkheim 1951). Allo stesso modo, numerosi studi nel campo dell'epidemiologia sociale affrontano specificamente i determinanti sociali della salute mentale ampliando la ricerca da un approccio al paziente come singolo, trattando il caso clinico individuale, a un approccio di salute pubblica basato sulla popolazione e all'intera società.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute mentale come "uno stato di benessere in cui ogni individuo realizza il proprio potenziale, può far fronte ai normali stress della vita, può lavorare in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di dare un contributo alla propria comunità". Le malattie mentali sono molto diffuse, altamente disabilitanti e con grandi comorbidità; di conseguenza sono considerate come malattie ad alto costo, sia per la società, sia per l'individuo. Sebbene alcune malattie mentali, come possono essere la schizofrenia e il disturbo bipolare, hanno una sostanziale ereditabilità, cioè basi genetiche, l'insorgenza, il decorso e gli esiti della malattia sono spesso influenzati da determinanti sociali, i quali sono strettamente legati alle persistenti disuguaglianze nella diagnosi, nel trattamento e nella gestione della malattia mentale. Diviene quindi molto importante trovare strategie di prevenzione ma anche di trattamento e recupero per le malattie mentali che tengano in considerazione i fattori sociali e ambientali in cui è posto l'individuo. Recentemente, infatti, si sono creati ponti transdisciplinari tra genetica, neuroscienze, psichiatria e scienze sociali che si impegnano per elaborare nuove idee su come la struttura delle istituzioni sociali possa controllare l'esposizione ad agenti esogeni, così da influenzare l'esperienza individuale all'interno della società e andando a prevenire e controllare l'insorgenza dei disturbi mentali.

Per facilitare la diagnosi di questi disturbi nel 2013 viene pubblicato dall' American Psychiatric Association la nuova versione del "manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali" – DSM V - che viene utilizzato da clinici e ricercatori degli Stati Uniti e in molti altri paesi del mondo come guida di classificazione. Il manuale ha migliorato significativamente molti problemi legati al riconoscimento delle malattie mentali, tuttavia, questo progresso non è riuscito a risolvere appieno tutte le complicanze associate. Uno dei problemi più rilevanti è che la maggior parte delle malattie mentali sono entità patologiche, le quali devono essere adattate a seconda dello stato attuale delle conoscenze e dei diversi contesti analizzati. Infatti, il DSM V è tarato e adattato alle esigenze psichiatriche degli Stati Uniti trascurando i determinanti socioculturali degli altri paesi del mondo; nonostante ciò, la diagnosi fatta utilizzando i criteri dell'American Psychiatric Association ha acquisito importanza internazionale. L'applicazione interculturale viene quindi parzialmente ostacolata a causa della limitata attenzione per le differenze culturali - spesso non viene considerata la forte componente etnocentrica nella medicina - e per l'eccessivo affidamento su dati epidemiologici decontestualizzati, sebbene gli Stati Uniti siano un paese multietnico e con grandi diversità demografiche. Occorre quindi una grande competenza clinica e sensibilità verso queste differenze per utilizzare nel modo corretto i criteri stilati nel manuale diagnostico;

non tenendo conto dei fattori socioculturali si rischia una diagnosi errata causata dal perpetuarsi di stereotipi clinici basati su etnia, genere, religione, contesto che possono portare a differenze nello stato di salute mentale.

In uno studio condotto da Dimitri Marques Abramov e Paulo-de-Tarso de Castro Peixoto (2022), gli autori si interrogano sulla diversa prevalenza dei disturbi mentali nei diversi paesi e come la cultura occidentale influisca nel determinarli. Se infatti i disturbi mentali, come definiti dal DSM, fossero ugualmente significativi nelle diverse culture e se fossero principalmente processi endogeni e geneticamente intrinseci a determinarli, allora ci si potrebbe aspettare una prevalenza simile nei diversi paesi. Tuttavia, questo non è ciò che dimostra lo studio: ad esempio, mentre il 47,4% della popolazione degli USA ha sofferto di patologia psichiatrica, la Nigeria mostra una prevalenza più bassa di circa il 12%. Ciò potrebbe essere spiegato dal fatto che le comunità prese in esame considerino la sofferenza mentale un tabù e come tale si allontanano dalla interpretazione e dall'associazione a un vero e proprio disturbo impattante sulla salute, o che interpretino il disagio psichico in maniera differente (il ricorso all'antropologia e, nello specifico, l'etnopsichiatria offre ancora una volta diverse chiavi interpretative). Utilizzando degli indicatori oggettivi della sofferenza mentale, che dovrebbero rendere la diagnosi più obbiettiva, si può notare ancora una volta la discrepanza nella prevalenza tra i diversi paesi.

Un ulteriore dato è il tasso di suicidio, grave esito di molti disturbi mentali, che risulta più alto nelle società occidentali; circa 14,40-21,27 suicidi ogni 100000 persone tra i 15 e 65 anni, a differenza dei 1,83-14,65 suicidi in Nigeria. Una possibile ipotesi interpretativa per questi dati riguarda "Ubuntu"; un paradigma universale che viene condiviso dalle culture di tutto il continente africano e che non esiste invece nelle culture occidentali. Secondo gli autori Abramov e de Castro Peixoto (2022) questo potrebbe spiegare gli inaspettati riscontri epidemiologici studiati; infatti, per i popoli africani l'idea di "se" non rientra nell'ambito dell'individualità ma l'io viene percepito in relazione al gruppo come parte di un'interdipendenza del sistema comune. I problemi e le esigenze di una persona divengono problemi e richieste di tutti; pertanto, l'essere umano in questa ideologia collettivista, non è mai solo. Nella cultura occidentale, il senso di comunità sembra essere essenzialmente diverso da Ubuntu: l'identità collettiva nella cultura americana non è associata a un insieme unico di persone ma, piuttosto, all'idea di singoli allineati tra loro. Questo porta a una disconnessione con il mondo sociale e una perdita di appartenenza a una più ampia comunità, la quale struttura si concentra su prestazioni, risultati, profitto e competitività generando sensazioni di emarginazione e solitudine, che vengono considerate un

problema di salute mentale pubblica.

La salute mentale è quindi un campo complesso nel quale diversi fattori sono integrati e interconnessi tra loro a garantire uno stato di benessere, e ciò che si evince da questi studi è la necessità dell'uomo di vivere in un collettivo coeso e di cui si faccia parte in maniera attiva, concezione diametralmente opposta a quella materialistica e individualistica occidentale.

LE SCIENZE SOCIALI E I DETERMINANTI SOCIO-CULTURALI
DEI DCA: SOCIOLOGIA E ANTROPOLOGIA

2.1 Antropologia, sociologia e alimentazione

Due ambiti disciplinari afferenti alle scienze sociali si sono occupate di indagare i contesti dell'ambiente alimentare (food environment) e, successivamente, delle sue caratteristiche (obesogenic environments, class, gender and ethnicity dei food environment, etc). L'antropologia, che con i contributi di Caplan (2013) e Fishler (1988), indaga sui significati del momento del pasto, sulla cucina e il rapporto con il cibo in differenti contesti culturali; nello specifico, l'antropologia medica, che si occupa del significato che viene attribuito alla malattia e ai sintomi in vari contesti (ne è esponente Ivo Quaranta in Italia); la sociologia dell'alimentazione, che si occupa di indagare le interazioni tra la contemporaneità e il comportamento alimentare, sia fisiologico che patologico, e il ruolo dei media, del reddito, del gruppo etnico e dell'istruzione sulle diete (da menzionare il contributo di Zygmunt Bauman e Bente Halseth). In questo paragrafo, illustreremo brevemente i principali contributi delle due discipline rispetto al cibo e ai disturbi del comportamento alimentare.

L'antropologia è una disciplina che ha come fine lo studio e la conoscenza dell'uomo nei vari aspetti che si sono sviluppati all'evolversi della società e dei bisogni dell'individuo. L'antropologia studia, quindi, il rapporto che l'uomo ha con la società, con la cultura e con le arti, tentando di spiegare come siano avvenuti certi mutamenti nella storia umana.

Similmente, come riportato nel lavoro di Seppilli (1994), l'antropologia dell'alimentazione si pone come fine lo studio dell'alimentazione umana in rapporto con la dimensione sociale nelle

diverse culture individuali. In questa disciplina si considera la nutrizione non soltanto come un semplice “bisogno” biologico dell’uomo, ma quanto un bisogno biologico che trova realizzazione in una risposta di tipo sociale, differenziandosi quindi nelle diverse culture e nel tempo. Quindi, i comportamenti connessi alla nutrizione diventano nell’uomo un insieme di pratiche individuali ma anche collettive che vanno oltre alla pura dimensione di cibo e trovano le loro radici nella “logica” di funzionamento dell’intero sistema sociale. Ciò che comportano questi aspetti sono che le forme di alimentazione risultano eterogenee nelle differenti società concrete – quindi per varietà di ruoli e stili di vita - e variano in ciascuna società in correlazione ai suoi processi storici di cambiamento.

Ad oggi, numerosi meccanismi socioculturali, che dettano la maniera in cui l’individuo si pone nella società in cui vive, influenzano la pratica dell’alimentazione e danno luogo a vissuti psichici e rappresentazioni simboliche che compromettono la funzione biologica della nutrizione. A partire dall’allattamento e dallo svezzamento si strutturano valenze psichiche legate al cibo che si manifestano in differenti modi lungo l’intero arco dell’esistenza. Si può andare ad instaurare, quindi, un quadro patologico che può manifestarsi da disturbi in senso restrittivo (anoressia, bulimia) all’obesità fino ad alterazioni funzionali o anatomiche (ulcere peptiche, coliti, stipsi.); presso ciascuna popolazione si configura un complesso e articolato patrimonio culturale, entro cui rientra il patrimonio alimentare, nel quale confluiscono tutti questi elementi, anche se, in termini generali, rimangono le grandi trasformazioni strutturali a costituire la base di un effettivo e organico mutamento dell’assetto alimentare di una popolazione.

2.2 Le scienze sociali e gli ambienti obesogenici

Uno dei contributi maggiori che il lavoro congiunto delle scienze sociali può offrire è l’analisi e l’indagine dei cosiddetti “ambienti obesogenici” (Caballero, 2007).

L’obesità, definita dall’OMS come un eccessivo accumulo di grasso corporeo associato a chiari rischi per la salute, dal 2013 viene riconosciuta dall’American Medical Association come una malattia. Che si tratti di una condizione che porta alla malattia o della malattia stessa, permane un forte consenso mondiale sulla concezione che l’obesità debba essere trattata e prevenuta a causa delle sue significative comorbidità, mortalità e costi. Come indicatore per i vari gradi di obesità e la gravità associata viene comunemente usato il BMI (body mass index) che mette in rapporto il peso corporeo in kg con l’altezza in metri quadrati e porta la suddivisione in obesità

di I grado - per BMI compresi fra 30 e 34,9 kg/m² -, obesità di II grado - tra 35 e 39,9 kg/m² - e di III grado - per BMI >40kg/m².

L'obesità è considerata in gran parte prevenibile e principalmente causata dai recenti cambiamenti negli stili di vita e che hanno portato al cosiddetto ambiente obesogenico. Quest'ultimo fa parte degli ambienti alimentari, ovvero una combinazione degli "spazi" in cui le persone prendono decisioni sul cibo e sulle bevande che sono resi disponibili, accessibili, convenienti e desiderabili in quegli spazi; in particolare un ambiente obesogenico è caratterizzato da approvvigionamento alimentare altamente elaborato, tanti pasti carichi di zuccheri e una importante presenza di processi automatizzati che riducono, o addirittura sostituiscono completamente, il movimento e l'attività fisica. La prevalenza dell'obesità e degli ambienti obesogenici è in aumento in tutto il mondo: solamente negli Stati Uniti, nel 2013, vi erano 90 milioni di obesi su una popolazione di 315 milioni (circa il 28,6%) ed è stato previsto che entro il 2030 quasi il 40% della popolazione mondiale sarà sovrappeso, e che circa una persona su 5 sarà obesa.

Se in passato la grassezza aveva connotazione di ricchezza e benessere, in tempi recenti sono proprio i cittadini più poveri che corrono maggior rischio di sovrappeso e obesità. La grande disponibilità di cibo poco costoso e altamente trasformato - spesso ipercalorico e ricco in grassi e zuccheri - unito alla scarsa disponibilità di prodotti freschi sono alcuni dei principali fattori di rischio legati all'obesità. Questa trasformazione ha inizio negli anni 80 con l'industrializzazione della produzione alimentare a livello globale e un approccio incentrato sul profitto, a cui si aggiungono una serie di fattori che scoraggiano il movimento e l'attività fisica - ascensori, intrattenimento passivo... - praticamente spianano l'avvento dell'obesità nella quotidianità delle persone. Nei paesi con i maggiori tassi di obesità (Stati Uniti, Messico, Medio Oriente e sempre più parti dell'Europa) i ristoranti e i fast food vengono spesso apprezzati per le loro grandi porzioni di cibo e bevande contenenti grandi quantità di zucchero con effetti negativi sulla salute sia a breve che lungo termine. L'industria dello zucchero e alcuni gruppi di consumatori contrastano gli sforzi governativi e politici che mirano a ridurre l'introduzione di carboidrati altamente raffinati nella dieta americana. Il concetto di ambiente alimentare, citato poc'anzi, ci mostra che le scelte che facciamo riguardo al cibo sono, in misura significativa, modellate dai contesti in cui vengono fatte e al sistema produttivo. Ne consegue il riconoscimento che il modo più efficace ed equo per cambiare i comportamenti alimentari è cambiare i fattori strutturali che guidano la scelta alimentare. I tentativi per affrontare l'epidemia di obesità, come tassazione di cibi malsani e sussidi per le verdure, sono stati etichettati da alcuni come antidemocratici, ecces-

sivi e inappropriati. Le spese sociali aggiuntive dell'obesità sono negate o considerate accettabili come costo della libertà e della scelta personale. Cosa inizialmente sembra essere una decisione individuale deve quindi, a un'analisi più approfondita, essere incorporata nel complesso contesto sociale e fisico in cui le persone compiono le loro scelte.

Il cibo si arricchisce quindi di dimensioni che non ruotano puramente attorno al concetto di preferenza, bensì corrispondono ad una presa di posizione politica, etica, morale ed estetica, comunicando assetti valoriali e norme sociali che trascendono l'alimento in sé e comunicano appartenenza.

METODOLOGIA

Abbiamo condotto una systematic literature review, utilizzando i motori di ricerca PubMed e Google Scholar, basata sulla ricerca di specifiche parole chiave, in inglese, utilizzando i seguenti termini: [cultural determinants OR social determinants OR cultural dimensions OR cross-cultural OR sociocultural OR transcultural OR culture OR different countries] AND [health OR eating disorder(s) OR mental health OR dsm OR anorexia nervosa]. A fronte di 7.172.179 articoli, abbiamo scelto di esaminare l'abstract delle prime 3 pagine di risultati per ciascuna ricerca, che riportavano gli articoli in ordine di pertinenza rispetto ai termini di ricerca. Sono stati successivamente esclusi gli articoli meno attinenti alla nostra domanda di ricerca, come quelli che si concentravano esclusivamente su fattori di rischio estranei al contesto culturale (quali fattori puramente psicologici/psichiatrici o genetici), quelli che esaminavano le differenze culturali nell'espressione dei sintomi, nei trattamenti o nell'attività dei servizi sanitari, nonché gli articoli con un focus specifico su singoli paesi (come "studio su campione di studenti delle Filippine"). Sono stati quindi mantenuti e discussi 43 studi sui determinanti socio-culturali in relazione alla salute e ai disturbi alimentari. Una lista completa di questi articoli è presente nella bibliografia e i dettagli delle analisi e delle discussioni relative a tali studi sono presenti nella sezione dei Risultati.

Negli studi in cui sono stati inclusi entrambi i sessi, le donne sono risultate sempre più colpite rispetto agli uomini per ogni tipologia di DCA. Le culture più studiate sono risultate essere quella Europea e quella Americana, ma includendo nella ricerca il termine "different countries" il paragone più spesso studiato è quello tra paesi occidentalizzati, non occidentalizzati e in via di sviluppo.

4.1 Disturbi alimentari e contesto: il ruolo delle determinanti sociodemografiche e culturali

Alla luce di quanto evidenziato in merito al ruolo che i contesti e le determinanti socio-demografiche e culturali possono avere su salute mentale e benessere fisico, e sul ruolo che le scienze sociali e in particolare antropologia e sociologia possono avere nell'indagine e nell'interpretazione dei "sintomi", ci interroghiamo quindi sulla relazione tra determinanti socioculturali e disturbi alimentari. Così come le scienze sociali sono state in grado di indagare sul "contesto" che favorisce l'obesità, ci interroghiamo se esista un contesto che favorisca l'insorgenza di disturbi alimentari. La letteratura offre già qualche spunto in tal senso, e questo paragrafo ne illustrerà una sintesi.

Secondo Devereux (1978), ogni individuo sviluppa un inconscio etnico, appreso mediante la socializzazione e direttamente collegato alla cultura di appartenenza, il quale è strettamente condiviso dalla maggior parte dei membri di una medesima comunità e che determina di conseguenza *disturbi etnici* legati anche questi alla società. Un disturbo psichico, che trova la sua genesi all'interno di una comunità piuttosto che in un'altra, risulta essere quindi indissolubilmente legato alle necessità, alle prescrizioni, convenzioni e pregiudizi di quella determinata cornice, portando quindi a un decorso relativamente comune e coerente. Gordon nel 2004 riprende il discorso di disturbo etnico proiettandolo sul mondo occidentale e propone criteri utili a definire una problematica psicologica scaturita dal contesto culturale che per essere definita tale deve:

- a) manifestarsi con una certa frequenza
- b) le sue manifestazioni acute devono ruotare attorno a tensioni e conflitti comuni e diffusi nella cultura
- c) presentare una sintomatologia comprendente

l'estremizzazione di atteggiamenti che, in situazioni normali, sono considerati positivi e per questo incentivati d) deve corrispondere a un modello di comportamento deviante che consente di agire in modo negativo senza superare i limiti di ciò che è socialmente accettabile e) deve causare risposte sociali ambivalenti: da un lato, può provocare rispetto, dall'altro, sanzioni e tentativi di controllo. Secondo questi criteri, i disturbi del comportamento alimentare possono essere considerati "disturbi etnici" in quanto possono riflettere situazioni in cui gli individui affrontano tensioni e conflitti legati alla cultura, manifestando sintomi che includono l'estremizzazione di atteggiamenti legati all'alimentazione. Questi disturbi spesso comportano una sintomatologia che può essere interpretata come deviante rispetto ai comportamenti alimentari considerati socialmente accettabili, e le risposte sociali possono essere ambivalenti, oscillando tra il rispetto e il tentativo di controllo. Tuttavia, è importante notare che l'uso del termine "disturbo etnico" in questo contesto è una prospettiva specifica di Gordon e potrebbe non essere ampiamente riconosciuto o utilizzato all'interno della comunità scientifica.

Questi disturbi, acquisendo dalla seconda metà del '900 uno spazio crescente all'interno della società occidentale, sono diventate sempre più oggetti di studio di numerose ricerche volte a indagare il fenomeno in aumento. In generale, la popolazione si è trovata esposta ad un crescendo mediatico di programmi, rubriche e articoli che si proponevano d'informare il pubblico riguardo una condizione descritta come la *malattia di un secolo*, riscuotendo un'attenzione esponenziale. Percorrendo la linea temporale sino ad arrivare ai giorni d'oggi possiamo affermare che, sebbene le statistiche e gli studi in merito denunciino una complessità nell'analizzare l'incidenza dei disturbi alimentari, la presenza del fenomeno continua a mostrare una presenza alquanto rilevante: queste patologie risultano più rare nei paesi in via di sviluppo ma molto diffuse nelle società occidentali e si manifestano prevalentemente nei soggetti adolescenti di sesso femminile e interessando complessivamente il 5% delle giovani donne: una percentuale piuttosto importante, che soddisfa il primo criterio del modello di Gordon. Analizzando anche gli altri parametri del modello i DCA vanno a esprimere in maniera patologica le contraddizioni e le pressioni di una società contemporanea che si muove tra edonismo e autocontrollo, tra ambizione e cura e tra ribellione e coesione con il modello ideale di bellezza. I DCA, in questo senso, riflettono le contraddizioni dell'epoca contemporanea ed emergono in maniera evidente all'interno di società benestanti e industrializzate del mondo occidentale dove l'immagine di bellezza è stata stravolta e ha portato ha forte insoddisfazione corporea dovuta al paragone con questo ideale.

Partendo da un'analisi storica si può constatare come l'emergenza dei disturbi alimentari,

come entità diagnostiche, sia strettamente legato ai contesti culturali e sociali e, nonostante la forte evidenza di una componente genetica nell'eziologia del disturbo, molti dati raccolti forniscono una chiara evidenza dell'importanza dei contributi socioculturali data dalla rapida crescita della prevalenza in un breve lasso temporale. Prendendo in osservazione l'anoressia, questa viene citata per la prima volta in letteratura nel 1969 da Richard Morton che pubblicò un'opera in cui descriveva questo disturbo caratterizzato dal rifiuto di cibo in assenza di patologie manifeste definendolo con il termine di "emaciazione nervosa". Negli anni successivi anche altre categorie diagnostiche vennero riconosciute e divulgate con successiva esplosione nel numero di malati. Già nel 1994, Stice propone poi un modello teorico in cui le pressioni socioculturali coprono un ruolo fondamentale nello sviluppo di bulimia nervosa. In questo modello le giovani donne interiorizzano un ideale di bellezza che è risultato delle pressioni socioculturali trasmesse dai media, dalla famiglia e dai coetanei, e come conseguenza si sviluppa una forte insoddisfazione corporea dettata da standard irraggiungibili e da una forte discrepanza tra immagine corporea ideale e reale. Molte ricerche evidenziano, infatti, un legame tra "interiorizzazione di un ideale sottile, insoddisfazione corporea e alimentazione disordinata". Con interiorizzazione di ideale sottile si fa riferimento a "il modo in cui un individuo aderisce cognitivamente agli ideali socialmente definiti di bellezza e come si comporta per raggiungere concretamente tali ideali" (Thompson and Stice 2001). Secondo Turel (2018) questo tipo di esposizione, tipica del mondo occidentale, è correlata anche a preoccupazioni per il peso, consapevolezza di sé stessi e sviluppo di comportamenti alimentari disfunzionali.

Domenichetti et. al (2018), riferendosi all'anoressia e alla bulimia, sottolinea, ancora una volta, la diffusione eterogena degli stessi all'interno dei Paesi industrializzati e una crescente diffusione all'interno di società in via di sviluppo che tendono ad acquistare, al crescere del potere economico, usi e costumi delle realtà più avanzate. Se il primo caso registrato risale al 1686 dove ogni spiegazione dal punto di vista psicologico ed emotivo viene lasciata da parte; è con l'avvento del Novecento che la scienza inizia a considerare l'anoressia come una patologia dalla base psicosociale e multifattoriale: nella seconda metà del secolo Hilde Bruch diventa una delle prime studiose a ricercare l'anoressia entro questa dimensione, sottolineando la sempre maggior diffusione della malattia che, da condizione rara e sporadica, mostrava un'evoluzione dai tratti epidemici. Inoltre, la ricercatrice identifica il ruolo occupato dalle retoriche del sistema mediatico e dalla socializzazione primaria che concorrevano, in parte, nel determinare le successive forme di dispercezione corporea e senso d'inadeguatezza.

Nello studio sulla storia dei disturbi del comportamento alimentare condotto da Bemporad (1997) emerge come comportamenti di digiuno spiccassero in determinati periodi storici. Confrontandoli fra loro emerge uno schema: epoche in cui le donne avevano ruoli limitati alle attività nutritive e procreative, in cui gli uomini avevano una veste dominante e in cui le disponibilità economiche erano scarse, sono i periodi in cui i livelli di disturbi alimentari risultano più bassi. Se analizziamo le società contemporanee, queste caratteristiche risultano essere simili nei paesi non industrializzati e non occidentalizzati, che riportano infatti frequenza minore di casi di anoressia. Questa scoperta è esemplificata in alcune società musulmane moderne, dove, nonostante il reddito pro capite molto elevato, i ruoli sociali delle donne continuano a essere dettati dalla supremazia maschile e i disturbi alimentari rimangono praticamente sconosciuti. Secondo Bemporad un'altra caratteristica che sembra ridurre l'incidenza dei disturbi alimentari risulta essere, molto semplicemente, la povertà. Il digiuno volontario, infatti, può manifestarsi solo quando il cibo è abbondante altrimenti può essere inteso come forzato e non patologico. Inoltre, ciò che correla periodi di povertà e anoressia si può ritrovare nel momento in cui la sopravvivenza è minacciata, e un forte valore sociale viene attribuito ai rudimentali ruoli specifici di genere.

In uno studio condotto prima del 1993 in Sud Africa nessun sudafricano nero veniva descritto in letteratura come affetto da disturbo alimentare (Szabo, Allwood 2004). Questo, intuitivamente, appariva inaspettato alla luce degli alti tassi di malnutrizione presenti in tutto il paese. Possiamo supporre, tuttavia, che, come riportato anche da Bemporad, gli alti tassi di persone sottopeso fossero strettamente dovuti a scarsità di approvvigionamenti e povertà e che, quindi, il non mangiare non era tanto una scelta volontaria del singolo quanto una costrizione dovuta all'ambiente in cui si trovava. Il primo caso indagato e confermato di una donna sudafricana risale solamente all'anno 1993, ma viene riportato solo un decennio dopo il cambio di regime, quindi intorno al 2004, un aumento della prevalenza all'interno dello stato. Come riportato da Pike et al. (2014), l'emergere di questi disturbi nel contesto dell'Europa occidentale e del Nord America, e la loro iniziale e presunta assenza nelle culture non occidentali, ha contribuito all'associazione tra cultura occidentale e sviluppo della malattia. Di conseguenza, quando i disturbi del comportamento alimentare cominciarono a emergere in altri paesi, la loro comparsa fu presa come prova di adozione di valori e pratiche occidentali. In breve, la diffusione del problema fu considerata come ulteriore riprova dell'"occidentalizzazione" dei paesi in via di sviluppo.

DiNicola (1990) nel suo lavoro ha proposto come l'anoressia nervosa sia meno una sindrome specifica per una determinata cultura quanto più una sindrome da cambiamento culturale per

comunità che si stanno modernizzando. I primi scritti in psichiatria transculturale inquadravano l'anoressia nervosa come una “sindrome legata alla cultura” occidentale. Secondo questa ipotesi, i migranti e persone appartenenti a contesti in evoluzione sono particolarmente vulnerabili allo sviluppo di DCA. Studi di questo tipo vengono svolti ormai in tutti i continenti; in particolare, Pike et al. (2014) afferma che, seppur la vasta letteratura a riguardo, i dati sulla prevalenza basati su campioni rappresentativi di tutta la popolazione rimangono limitati e, in alcuni paesi, praticamente inesistenti. Soprattutto nei paesi non occidentali la ricerca si sofferma sullo studio di campioni ristretti composti prevalentemente da giovani donne e, in misura minore, da adolescenti o studenti di entrambi i sessi. Questo porta a conoscenze limitate e non pienamente attendibili sui numeri che colpiscono i diversi paesi.

4.2 Agenti sociali e modelli eziologici

Il Tripartite Influence Model (Figura 4.1) è un modello eziologico per i disturbi del comportamento alimentare che postula come tre principali agenti sociali influenzanti l'insorgenza del disturbo siano i genitori, i coetanei e i media. La consapevolezza di questi ideali sviluppati a livello culturale non è ritenuta dannosa, ma sono il confronto e l'interiorizzazione di questi canoni i principali fattori scatenanti la patologia (definiti anche i mediatori). La ricerca sull'interiorizzazione dell'ideale di magrezza si è concentrata su modelli socioculturali che descrivono come questi standard appartengano, ancora una volta, prevalentemente alle culture occidentali tradizionali. Questi modelli sostengono che vivere in un clima culturale che attribuisce un'importanza fondamentale all'aspetto fisico visto come determinante del valore della persona predispone gli individui a una lotta continua per raggiungere l'aspetto e i canoni ideali

Fitzsimmons-Craft (2015) sostiene, invece, che i modelli esistenti non siano in grado di fornire una spiegazione completa dei meccanismi attraverso i quali l'internalizzazione dell'ideale di magrezza conduca all'insoddisfazione corporea e a comportamenti alimentari disordinati. Il modello da lui elaborato si basa su il Tripartite Influence Model, che identifica i tre principali agenti sociali che influenzano l'insorgenza del disturbo: genitori, coetanei e media. A questi, l'autore aggiunge due variabili: la sorveglianza corporea e le motivazioni. Le motivazioni riguardano come l'individuo seleziona e interagisce con specifici tipi di media, oltre al modo in cui reagisce a tali messaggi. Il singolo non diviene semplicemente destinatario passivo di messaggi socioculturali, ma piuttosto, membro attivo libero di scegliere, interpretare e rispondere

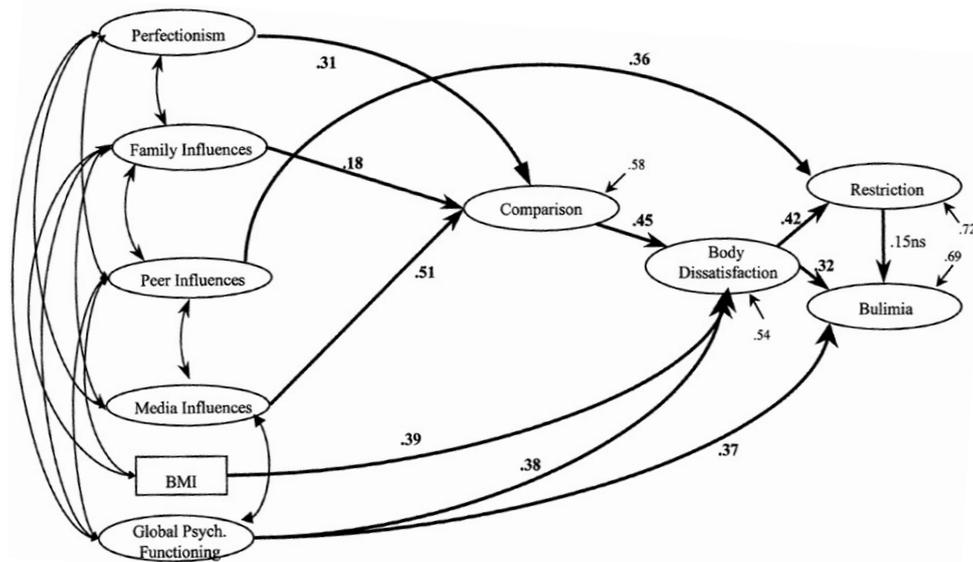


Figura 4.1: Tripartite influence model. Julian M Stern (2018) Transcultural aspects of eating disorders and body image disturbance†, *Nordic Journal of Psychiatry*, 72:sup1, S23-S26, DOI: 10.1080/08039488.2018.1525642

ai diversi messaggi mediatici. Ad oggi, poche ricerche hanno esaminato direttamente i principi di questa teoria, ma si suppone che incorporare la motivazione all'uso dei media nei modelli eziologici dei disturbi alimentari potrebbe ricoprire un ruolo importante.

Anche nello studio condotto da Linda Pedersen et al. (2018) le pressioni socioculturali provengono in maggior misura da gruppi di pari, genitori e amici ma ciò emerge ancora una volta è l'importanza dei messaggi mediatici. L'uso dei media come principale fonte di informazioni è correlato a diminuzione dell'autostima, aumento dell'insoddisfazione corporea e comportamenti alimentari disfunzionali che possono evolvere in disturbi alimentari clinicamente diagnosticati. Philippa C. Diedrichs (2017) ha analizzato i contenuti mediatici e ha documentato come le dimensioni ideali del corpo femminile abbiano subito cambiamenti dal 1958 al 2003, spingendo verso un ideale sempre più magro e sottile. In parallelo, studi epidemiologici hanno dimostrato un notevole aumento dell'incidenza di anoressia e bulimia a partire dal 1930. Questo aumento di incidenza difficilmente può essere attribuito esclusivamente a una maggiore consapevolezza pubblica sui disturbi alimentari e alla disponibilità di trattamenti, poiché entrambi questi fattori si sono verificati solo nell'ultimo quarto del ventesimo secolo. Nello stesso studio, gli autori hanno esaminato il ruolo dei media e delle pressioni socioculturali nell'internalizzazione dell'ideale di magrezza. È importante notare, tuttavia, che vi è scarso supporto per gli effetti a lungo termine e cumulativi dell'esposizione ai media sull'insoddisfazione corporea e sulla patologia alimentare,

poiché la maggior parte delle ricerche ha coinvolto contesti controllati ed esaminato gli effetti a breve termine dell'esposizione ai media.

Becker et al. (2002) ha mostrato, inoltre, in studio condotto nelle Fiji come, all'introduzione della Tv, si siano diffusi nuovi ideali di dimensioni corporee con concomitante esplosione di atteggiamenti disfunzionali rispetto al cibo. I comportamenti bulimici documentati sono passati dallo 0% nel 1995 al 11,3% nel 1998.

Nello studio di Karolina Rymarczyk (2021) sui tratti di personalità e l'influenza dei fattori socioculturali sull'insoddisfazione corporea, emerge come, in particolare, le donne tendano ad interiorizzare i canoni di bellezza promossi dai media. Ciò si traduce in comportamenti volti a raggiungere tale ideale, come l'adesione alla cultura di massa, un'eccessiva attenzione all'immagine corporea, il confronto con modelli di bellezza e una maggiore sensibilità emotiva correlata all'immagine corporea. Tuttavia, è importante notare che quando tali comportamenti si intensificano, le donne non necessariamente si avvicinano all'ideale desiderato, ma piuttosto aumentano il rischio di sviluppare disturbi alimentari.

Numerosi altri autori hanno investigato il ruolo dei media; Pedersen, Hicks e Rosenrauch (2018), ad esempio, esaminano come l'adesione agli ideali irrealistici promossi dai messaggi mediatici possa contribuire all'aumento dell'insoddisfazione corporea. Questa insoddisfazione è alimentata dalla promozione costante da parte dei media dell'*ideale sottile* visto come "standard sociale", e questa dinamica ha implicazioni sia nello sviluppo che nell'andamento e prognosi dei disturbi alimentari. La ricerca incessante di un corpo irrealisticamente magro promuove, quindi, l'insoddisfazione per il proprio aspetto fisico attuale, sono poi alti livelli di insoddisfazione corporea che mediano la relazione tra interiorizzazione dell'ideale e sintomatologia del disturbo alimentare.

Fra i vari fattori, quindi, gli standard di bellezza contemporanei promossi e diffusi dal mondo mediatico, che estremizzano la magrezza eccessiva per le donne e tonicità e muscoli per gli uomini, hanno un ruolo cruciale nello scatenare complessi di forte inadeguatezza nel momento in cui questi vengono interiorizzati. In maggior misura le donne tendono ad associare l'aspetto fisico al successo, al potere e alla felicità, creando messaggi di valore sociale che provengono dalla cultura in cui siamo immersi e che è caratterizzata da costante stigmatizzazione in senso opposto verso il sovrappeso e l'obesità, che vengono associati, spesso ed erroneamente, a scarsa forza di volontà e mancanza di autocontrollo. Pertanto, la tendenza a seguire una dieta stretta e il forte desiderio di perdere peso sono percepiti come necessari per assicurare e competere per

una determinata posizione sociale. Andando oltre il puro lato estetico infatti, Stagi (2002) spiega come il corpo può venire in questo senso considerato come un mezzo di accettazione sociale: dal momento in cui il lavoro su di esso è parte della costruzione del self identitario, il corpo può essere “vissuto indirettamente come veicolo di ascesa sociale”; in sostanza le pratiche alimentari operate creano soggettività e risultano in un linguaggio non verbale capaci di comunicare gusti, status ed orientamenti specifici. La cultura del consumo inoltre costruisce i corpi, e quelli femminili particolare, come immagini che “pubblicizzano” oltre ai beni di consumo, anche se stesse, e in cui l’aspetto corporeo non è più pensato come dato o inevitabile, ma come una questione di responsabilità individuale su cui occorre sempre lavorare.

Nella ricerca di Turel (2018) viene riportato come negli uomini questo discorso sia meno sentito in quanto gli ideali vengono percepiti come più facilmente raggiungibili e meno impattati nella perdita dello status sociale. Un fattore socioculturale che influenza la percezione dell’immagine corporea negli uomini è l’associazione tra muscolosità e mascolinità. Questa relazione porta a una forte connessione tra corporeità e autostima, di conseguenza uomini che non riescono a raggiungere questo ideale si percepiscono più vulnerabili e inadeguati con associati livelli elevati di ansia, depressione e stress.

In conclusione, emerge la necessità che le future ricerche includano campioni più diversificati dal punto di vista etnico, di classe sociale, di genere e di età. Fino ad oggi, infatti, la ricerca sui fattori di rischio ha quasi esclusivamente coinvolto giovani donne bianche di classe media. Tuttavia, alcune sottoculture esaminate più dettagliatamente includono quelle legate al mondo dello sport, in cui sono stati riscontrati tassi significativamente più elevati di disturbi alimentari rispetto alla popolazione generale. Ad esempio, una maggiore incidenza di disturbi del comportamento alimentare è stata osservata tra ballerini, modelli, ginnasti, pattinatori e lottatori. Questi dati suggeriscono che le pressioni per mantenere una magrezza estrema imposte da tali attività svolgano un ruolo cruciale nello scatenare tali patologie.

Un ulteriore agente che nei vari studi risulta avere un ruolo cruciale come fattore eziologico è l’appartenenza a culture fondate su pratiche e stili di vita occidentali. In uno studio portato avanti da Lee (1991), fatto su un campione nella popolazione di Hong Kong, si ipotizza come la spinta alla magrezza e i sintomi legati al disturbo non siano determinati da cause endogene ma possano derivare da un’assimilazione di idee e immagini provenienti dal mondo occidentale. Gli alti livelli di migrazione e scambi internazionali rendono difficile distinguere tra eziologia nativa o assimilata, che è centrale per un intervento clinico culturalmente rilevante. Diversi studi

epidemiologici, che dimostrano l'associazione tra immigrazione in una società occidentale e il conseguente conflitto tra idee e valori tradizionali e valori occidentali, forniscono dimostrazione dell'impatto del contesto culturale sullo sviluppo di comportamenti alimentari disfunzionali. Ad esempio, DiNicola (1990), nel suo lavoro, ha suggerito che l'anoressia nervosa potrebbe essere considerata meno come una sindrome specifica legata a una particolare cultura e più come una sindrome associata ai cambiamenti culturali in comunità in via di modernizzazione. Secondo questa ipotesi, i migranti e le persone appartenenti a comunità in evoluzione sono particolarmente suscettibili allo sviluppo di disturbi del comportamento alimentare. Warren e Akoury (2020) nella loro ricerca, hanno anche evidenziato come individui appartenenti a minoranze etniche/razziali immigrate negli Stati Uniti possano possedere una serie di fattori di rischio e fattori protettivi specifici riguardo all'interiorizzazione dell'ideale "sottile". Le casistiche studiate per questi gruppi sono principalmente 3: interiorizzare la figura canone del nuovo contesto culturale, interiorizzare nuovi ideali di bellezza dando meno importanza all'aspetto fisico come determinante del valore e, come ultima casistica, questi gruppi possono valutare i nuovi ideali occidentali come irraggiungibili, in quanto l'ideale occidentale tradizionale è eurocentrico. Nel complesso quindi l'eziologia dei disturbi alimentari nelle minoranze negli Stati Uniti può essere complessa e può trascurare il forte impatto dei nuovi modelli socioculturali a cui questi gruppi devono far fronte. Diviene importante esaminare come le variabili specifiche della cultura influenzano o si correlano con l'interiorizzazione dell'ideale di bellezza. Sempre secondo Warren e Akoury (2020), l'acculturazione è il processo di cambiamento culturale e psicologico simultaneo che è il risultato della traslocazione tra due o più gruppi culturali. In modo più specifico gli individui possono assimilare la cultura acquisita, possono allontanarsi da questa rimanendo fedeli alle tradizioni native o identificarsi con entrambe le culture. La ricerca indica che il biculturalismo è associato ai migliori risultati a livello di salute mentale, mentre l'emarginazione si correla ai peggiori esiti. Questi aspetti indicano che la relazione tra acculturazione e salute può essere mediata dallo stress relativo alle novità, dalle difficoltà sociali e biologiche che gli individui devono affrontare nell'approccio a una nuova cultura. L'acculturazione di questi ideali può avvenire immediatamente dopo l'immigrazione, aumentando il rischio di dispercezione corporea, o nel susseguirsi di diverse generazioni, con conseguenze protettive per lo sviluppo di disturbi alimentari. Nonostante le sostanziali prove epidemiologiche che collegano contesti socioculturali ai disturbi del comportamento alimentare, i meccanismi specifici attraverso cui i contesti contribuiscono al rischio di sviluppo della patologia rimangono ancora in parte ignoti.

Un altro fattore che influenza l'insorgenza del disturbo è lo stato socioeconomico individuale; molte ricerche suggeriscono la presenza di un legame tra stato socioeconomico elevato e aumento di rischio di disturbo alimentare in tutte le etnie, ma svolgendo una revisione della letteratura emerge come in realtà la patologia sia presente in tutte le classi sociali. Nello studio condotto da Simone, Slaughter-Acey et al. (2022) che adotta un approccio multidisciplinare per esaminare i determinanti sociali della salute, viene esaminato il ruolo delle risorse finanziarie di un paese specifico. La ricerca evidenzia che la restrizione alimentare involontaria a causa dell'insicurezza alimentare potrebbe condurre a una percezione gratificante della restrizione alimentare per preoccupazioni legate al peso. Inoltre, le difficoltà finanziarie sono state associate a un aumento dello stress, il quale a sua volta può portare a comportamenti alimentari compulsivi o all'utilizzo del cibo come meccanismo di coping con lo stress.

Un altro fattore socio-culturale esaminato nello studio è l'ambiente fisico. Ricerche recenti suggeriscono che il disagio nei quartieri (come una bassa percezione di sicurezza) potrebbe aumentare il rischio di disturbi alimentari tra le ragazze (Mikhail et al., 2021). Ad esempio, una bassa sicurezza del quartiere potrebbe limitare l'accesso all'attività fisica (come correre all'aperto), il che potrebbe portare all'adozione di metodi meno salutari per il controllo del peso. Infine sono state studiate le disuguaglianze sociali e le esperienze come la discriminazione, il pregiudizio e gli stereotipi che sembrano aumentare lo stress, il quale a sua volta ha un impatto negativo sulla salute psicologica e comportamentale.

Le scienze sociali, grazie allo studio dell'uomo nel suo contesto, vanno così a svolgere un ruolo fondamentale nell'analisi e nella prevenzione dei disturbi alimentari. Questo ruolo si manifesta soprattutto nella possibilità di sviluppare programmi di prevenzione culturalmente sensibili, sfruttando le conoscenze derivanti dalla sociologia. Questi programmi mirano a considerare attentamente le peculiarità culturali delle diverse comunità coinvolte, contribuendo così in modo significativo alla prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare

DISCUSSIONE

Come riportato nella sezione risultati, studi sulla prevalenza hanno scoperto che i disturbi alimentari sono meno comuni nelle società pre-industrializzate e non occidentali rispetto alle società post-industrializzate e occidentali. Questa variazione interculturale di prevalenza supporta ulteriormente il ruolo dei fattori socioculturali. In antropologia medica, Perucci (2010), conclude che alcune patologie psichiatriche, tra cui i anche disturbi del comportamento alimentare - anoressia e bulimia –risultano quasi sconosciute in popolazioni nelle quali vi sia penuria di alimenti o le cui culture non riconoscono un significato ‘patologico’ a questi comportamenti. Secondo Seppilli (1994), alla base del condizionamento esercitato dalla società si trova il modo di produzione, e il relativo modello di consumo, che incide sia sulla qualità che sulla quantità di alimenti disponibili. Ad esempio, il moderno sviluppo di procedimenti di produzione e conservazione del cibo sono fondati su una massiccia tecnologia industriale, sulla produzione di massa e sul consumo a breve termine che comportano grossi cambiamenti nelle modalità di alimentazione e nel rapporto che il singolo individuo sviluppa con il cibo e con il concetto di nutrizione.

Ma anche altri valori incidono sul costume alimentare; considerando le società industriali avanzate si deve tener conto dei modelli di estetica del corpo maschile e femminile - figura alta e slanciata, eliminazione del grasso corporeo... - che si pongono come criterio centrale di autovalutazione e di percezione interindividuale nei più diversi campi della vita sociale, amorosa e lavorativa e che hanno portato a profonde trasformazioni negli atteggiamenti verso la nutrizione, enfatizzando, ad esempio, il parametro “calorie” nella gerarchia dei criteri di scelta dei cibi. Di conseguenza, si capovolgono i precedenti modelli estetici, tipici delle società “povere” preindustriali - ancora presenti in talune situazioni sociali di basso reddito - basati sul prestigio della figura umana “prosperosa”; valori di questo tipo sono posti come matrici culturali di orientamenti comportamentali che incidono in maniera importante sul sistema di alimentazione.

Un’analisi su questi aspetti viene presentata, nell’ambito della sociologia, da parte di Bau-

man nel 1999 sugli atteggiamenti contemporanei. Bauman afferma che l'individualismo radicale della società liquida – ovvero una società in costante cambiamento, che si decompone e ricomponde rapidamente - produce, da un lato crisi della politica e dei valori comuni, e dall'altro: «l'ossessione attuale per il corpo, per il suo benessere, per la sua capacità di difendersi, per la sua integrità – ossessioni strettamente intrecciate con la vigilanza, altrettanto ossessiva contro minacce o complotti autentici o presunti ai danni di quell'integrità». Quindi, le preoccupazioni per il corpo, per la sana alimentazione e per gli stili di vita sono da intendere come fobie ossessive. Le angosce esistenziali sono raffigurate esclusivamente nell'orizzonte del Sè corporeo con costante sospetto e attenzione verso ciò che si mangia e si beve e avversione verso sostanze “sbagliate” (grassi, agenti inquinanti etc.). Il che è per Bauman irrazionale e politicamente regressivo: irrazionale in quanto questa eccessiva preoccupazione per il benessere del corpo lascia poco tempo per permettere di rimuginare sulla futilità di tutto ciò, e regressivo poiché la privatizzazione del problema impedisce una socializzazione e risoluzione politica.

Potremmo ipotizzare quindi che per Bauman l'ossessione per il cibo non abbia dei veri e propri connotati patologici dal punto di vista puramente medico, ma che sia una conseguenza intrinseca di quella da lui definita come società liquida. È da considerare quindi come un punto di vista “esterno” di un intellettuale che si basa sulle proprie conoscenze e sui propri ideali lontani dalla visione medica e scientifica.

CONCLUSIONI, LIMITI DELLA RICERCA E PROSPETTIVE

I risultati riportano una presenza consistente di studi derivanti dal mondo della sociologia, con un'analisi piuttosto ricorrente rispetto al ruolo dei media. L'antropologia invece è risultata essere più carente, concludendo sostanzialmente come i disturbi alimentari risultino quasi sconosciuti oppure non ricorrentemente studiati in alcune culture, e come i modelli di consumo influiscano sul rapporto che il singolo sviluppa con il cibo e con il concetto di nutrizione.

Nel complesso, dalla ricerca è comunque emerso che diversi autori indagano e teorizzano su quali possano essere i determinanti socio-culturali legati all'insorgenza dei disturbi alimentari nelle scienze sociali, portando alla luce molteplici fattori cruciali che nella maggior parte dei casi non sono, però, adeguatamente spiegati.

Questo stesso studio potrebbe essere ulteriormente ampliato, sia continuando ad analizzare i risultati apparsi nei motori di ricerca, sia cercando di approfondire la domanda di ricerca dal punto di vista dell'antropologia dei food environments e dell'antropologia medica. Ad oggi, infatti, sono sembrati carenti gli studi sul tema, ma questa limitazione potrebbe derivare dalle parole chiave della ricerca utilizzati o dalle lingue, che potrebbero non catturare l'esistenza di studi sul tema forniti su riviste non indicizzate, non digitalizzate o non in lingua inglese. Quel che abbiamo visto mancare, più di tutto, è l'esistenza di studi che analizzino se e come il food environment, quindi anche l'offerta alimentare nei supermercati, ipermercati e diversi retailers, contribuisca a determinare le diete ed eventuali DCA, così come l'educazione alimentare in diversi contesti (famiglia/scuola/società) in diverse parti del mondo. In sintesi, come l'interazione tra mercato e ambiente di acquisto e consumo possano, eventualmente, essere correlati all'insorgenza di DCA.

Tuttavia, la scienza ha già proposto degli approcci trans-disciplinari in ambito di trattamento di disturbi di DCA. Il National Institute of Mental Health (NIMH) ha realizzato una ricerca intitolata "Mental Health Research & Practice in Minority Communities: development of cultu-

rally sensitive training programs” nella quale viene proposta l’idea di una clinica multietnica per DCA dove diversi specialisti effettuano valutazioni e raccomandazioni terapeutiche culturalmente rilevanti o per fornire trattamenti specializzati. Questa iniziativa potrebbe essere utilizzata per esplorare in profondità quesiti diagnostici e terapeutici, fornendo così dati concreti sull’approccio culturale ai DCA. È importante, infatti, comprendere come i problemi alimentari e di immagine corporea si presentino in modo diverso nelle diverse culture e identificare potenziali fattori di rischio per atteggiamenti alimentari anomali al fine di determinare la giusta procedura di trattamento, prevenzione ed educazione. I programmi di prevenzione dovrebbero, in primo luogo, mirare a ridurre l’internalizzazione delle pressioni socioculturali. A tal fine, l’obiettivo è di migliorare l’autostima delle persone a rischio sottolineando l’incompatibilità tra ideali di magrezza e biologia, nonché evidenziando i rischi per la salute associati a diete restrittive e comportamenti disfunzionali. In aggiunta, gli sforzi di prevenzione dovrebbero educare gli adolescenti fornendo loro anche le competenze per affrontare le pressioni socioculturali in modo sano e costruttivo.

Un futuro sviluppo di questa ricerca prevede l’esplorazione di studi antropologici su riviste non indicizzate, in lingue diverse dall’inglese.

In generale, una raccomandazione generale rispetto alla ricerca sul tema è di colmare il divario tra dati epidemiologici e le teorie sociali integrando quindi le prospettive dell’epidemiologia, della psicologia, della psichiatria e dell’antropologia creando studi completi su tutti i vari aspetti di queste complesse patologie.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Abramov, D. M. and de-Tarso de Castro Peixoto, P. (2022). Does contemporary western culture play a role in mental disorders? *Frontiers in Psychiatry*, 13.
- [2] Arnault, D. S. (2018). Defining and theorizing about culture. *Nursing Research*, 67(2):161–168.
- [3] Association, A. P. (2015). Dsm-5 classification.
- [4] Bauman, Z. (2000). *Liquid Modernity*. Polity Press, Oxford, England.
- [5] Bauman, Z., Marchisio, R., and Neirotti, S. (2015). *La Società dell'Incertezza*. Società editrice il Mulino.
- [6] Becker, A. E., Burwell, R. A., Herzog, D. B., Hamburg, P., and Gilman, S. E. (2002). Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic fijian adolescent girls. *Br. J. Psychiatry*, 180(06):509–514.
- [7] Bemporad, J. R. (1997). *Theor. Med.*, 18(4):401–420.
- [8] Braveman, P. and Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep.*, 129 Suppl 2(1_suppl2):19–31.
- [9] Caballero, B. (2007). The global epidemic of obesity: an overview. *Epidemiol. Rev.*, 29(1):1–5.
- [10] Caplan, P., editor (1997). *Food, health and identity*. Taylor & Francis, Abingdon, UK.
- [11] Compton, M. T. and Shim, R. S. (2015). The social determinants of mental health. *Focus (Am. Psychiatr. Publ.)*, 13(4):419–425.
- [12] Devereux, G. (2007). *Saggi di etnopsichiatria generale*.

-
- [13] Diedrichs, P. C. (2017). Sociocultural environment and internalization of the thin ideal as eating disorder risk factors. In *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders*, pages 782–786. Springer Singapore, Singapore.
- [14] Dinicola, V. F. (1990). Anorexia multiforme: Self-starvation in historical and cultural context. *Transcult. Psychiatr. Res. Rev.*, 27(4):245–286.
- [15] Domenichetti, S., Ciasullo, M. S., and Marroncini, L. (2018). Sarà anoressia? un servizio di salute mentale: che domande e che risposte. <https://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/volume-16/sara-anoressia-servizio-salute-mentale-che-domande-che-risposte>.
- [16] Durkheim, E. (2005). *Suicide*. Routledge Classics. Routledge, London, England, 2 edition.
- [17] Engler, P. A., Crowther, J. H., Dalton, G., and Sanftner, J. L. (2006). Predicting eating disorder group membership: an examination and extension of the sociocultural model. *Behav. Ther.*, 37(1):69–79.
- [18] Evans, R. G. and Stoddart, G. L. (1990). Producing health, consuming health care. *Soc. Sci. Med.*, 31(12):1347–1363.
- [19] Fischler, C. (1988). Food, self and identity. *Soc. Sci. Inf. (Paris)*, 27(2):275–292.
- [20] Fitzsimmons-Craft, E. E., Accurso, E. C., Ciao, A. C., Crosby, R. D., Cao, L., Pisetsky, E. M., Le Grange, D., Peterson, C. B., Crow, S. J., Engel, S. G., Mitchell, J. E., and Wonderlich, S. A. (2015). Restrictive eating in anorexia nervosa: Examining maintenance and consequences in the natural environment. *Int. J. Eat. Disord.*, 48(7):923–931.
- [21] Halkier, B. (2009). A practice theoretical perspective on everyday dealings with environmental challenges of food consumption. *Anthr. Food*, (S5).
- [22] Herrman, H., Moodie, R., and Saxena, S. (2005). *Promoting mental health*. World Health Organization.
- [23] Izydorczyk, B. and Sitnik-Warchulska, K. (2018). Sociocultural appearance standards and risk factors for eating disorders in adolescents and women of various ages. *Front. Psychol.*, 9.
- [24] Kleinman, A. (1987). Anthropology and psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 151(4):447–454.

- [25] Matteucci, I. (2015). Social determinants of health inequalities: moving toward a socio-constructivist model supported by information and communication technologies. *Glob. Bioet.*, 26(3-4):206–217.
- [26] Meldrum, D. R., Morris, M. A., and Gambone, J. C. (2017). Obesity pandemic: causes, consequences, and solutions—but do we have the will? *Fertil. Steril.*, 107(4):833–839.
- [27] Mikhail, M. E., Carroll, S. L., Clark, D. A., O’Connor, S., Burt, S. A., and Klump, K. L. (2021). Context matters: Neighborhood disadvantage is associated with increased disordered eating and earlier activation of genetic influences in girls. *J. Abnorm. Psychol.*, 130(8):875–885.
- [28] Milani, G. (2022). Le contraddizioni dello specchio. corporeità, sistema mediatico e disturbi del comportamento alimentare in occidente. <https://hdl.handle.net/20.500.12608/37396>.
- [29] Miller, M. N. and Pumariega, A. J. (2001). Culture and eating disorders: a historical and cross-cultural review. *Psychiatry*, 64(2):93–110.
- [30] Miranda, R. M. and Kitano, H. H. (1987). Mental health research and practice in minority communities: Development of culturally sensitive training programs. *Psychiatr. Serv.*, 38(5):537–a–537.
- [31] Möller, H.-J. (2018). Possibilities and limitations of DSM-5 in improving the classification and diagnosis of mental disorders. *Psychiatr. Pol.*, 52(4):611–628.
- [32] P., C. A. (2010). Diseguaglianze di salute e condizioni socio-economiche in "xxi secolo". https://www.treccani.it/enciclopedia/diseguaglianze-di-salute-e-condizioni-socioeconomiche_%28XXI-Secolo%29/.
- [33] Pedersen, L., Hicks, R. E., and Rosenrauch, S. (2018). Sociocultural pressure as a mediator of eating disorder symptoms in a non-clinical australian sample. *Cogent Psychol.*, 5(1):1523347.
- [34] Pike, K. M., Hoek, H. W., and Dunne, P. E. (2014). Cultural trends and eating disorders. *Curr. Opin. Psychiatry*, 27(6):436–442.
- [35] Raphael, D. (2008). Getting serious about the social determinants of health: new directions for public health workers. *Promot. Educ.*, 15(3):15–20.

-
- [36] Rymarczyk, K. (2021). The role of personality traits, sociocultural factors, and body dissatisfaction in anorexia readiness syndrome in women. *J. Eat. Disord.*, 9(1):51.
- [37] Seppilli, T. (1994). Per una antropologia dell'alimentazione. determinazioni, funzioni e significati psico-culturali della risposta sociale a un bisogno biologico. *Ric. Folk.*, (30):7.
- [38] Simone, M., Slaughter-Acey, J., Hazzard, V. M., Eisenberg, M., and Neumark-Sztainer, D. (2022). Exploring the intersection of multiple social determinants of health and disordered eating behaviors in a population-based sample in the united states. *Int. J. Eat. Disord.*, 55(11):1589–1602.
- [39] Smolak, L. and Levine, M. P. (2015). *The Wiley handbook of eating disorders*. John Wiley & Sons, Nashville, TN.
- [40] Starfield, B. (2007). Pathways of influence on equity in health. *Soc. Sci. Med.*, 64(7):1355–1362.
- [41] Stern, J. M. (2018). Transcultural aspects of eating disorders and body image disturbance. *Nord. J. Psychiatry*, 72(sup1):S23–S26.
- [42] Stice, E. (1994). Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. *Clin. Psychol. Rev.*, 14(7):633–661.
- [43] Streatfeild, J., Hickson, J., Austin, S. B., Hutcheson, R., Kandel, J. S., Lampert, J. G., Myers, E. M., Richmond, T. K., Samnaliev, M., Velasquez, K., Weissman, R. S., and Pezzullo, L. (2021). Social and economic cost of eating disorders in the united states: Evidence to inform policy action. *Int. J. Eat. Disord.*, 54(5):851–868.
- [44] Szabo, C. P. and Allwood, C. W. (2004). A cross-cultural study of eating attitudes in adolescent south african females. *World Psychiatry*, 3(1):41–44.
- [45] Thompson, J. K. and Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology. *Curr. Dir. Psychol. Sci.*, 10(5):181–183.
- [46] Turel, T., Jameson, M., Gitimu, P., Rowlands, Z., Mincher, J., and Pohle-Krauza, R. (2018). Disordered eating: Influence of body image, sociocultural attitudes, appearance anxiety and depression - a focus on college males and a gender comparison. *Cogent Psychol.*, 5(1):1483062.

- [47] Varbanova, V. and Beutels, P. (2020). Recent quantitative research on determinants of health in high income countries: A scoping review. *PLoS One*, 15(9):e0239031.
- [48] Warren, C. S. and Akoury, L. M. (2020). Emphasizing the “cultural” in sociocultural: A systematic review of research on thin-ideal internalization, acculturation, and eating pathology in US ethnic minorities. *Psychol. Res. Behav. Manag.*, 13:319–330.
- [49] Wilkinson, R. and Marmot, M., editors (2003). *Social determinants of health: The solid facts*. WHO Regional Office for Europe, Europe, UK, 2 edition.