

CULTURA CULTURE DIRITTI

COLLANA DI STUDI ANTROPOLOGICI

I

Direttore

Gioia DI CRISTOFARO
"Sapienza" Università di Roma

Comitato scientifico

Mario ATZORI
Università degli Studi di Sassari

Isidoro Moreno NAVARRO
Universidad de Sevilla

Maria Margherita SATTA
Università degli Studi di Sassari

Domenico VLPINI
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

CULTURA CULTURE DIRITTI

COLLANA DI STUDI ANTROPOLOGICI

La collana intende contribuire a documentare la complessità della società contemporanea sia sul fronte delle specificità che delle globalità, evidenziando, attraverso contributi diversi per aree di interesse e approcci teorico–metodologici, l'intreccio tra realtà sempre più segnate da cambiamenti nelle modalità di rapporto, percezioni di vicinanza–lontananza, inclusione–esclusione, tradizione–mutamento, colti nelle loro interdipendenze nello spazio e nel tempo. La promozione di una cultura dei diritti diventa l'obiettivo cui tendere in una prospettiva di cittadinanza interculturale rispettosa di ognuno e di tutti come membri della famiglia umana.

Eloïse Longo
Domenico Volpini

Medicina e cultura

Prospettive di antropologia medica

Prefazione di
Gioia Di Cristofaro



Copyright © MMXII
ARACNE editrice S.r.l.

www.aracneeditrice.it
info@aracneeditrice.it

via Raffaele Garofalo, 133/ A-B
00173 Roma
(06) 93781065

ISBN 978-88-548-4932-7

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento anche parziale,
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.*

*Non sono assolutamente consentite le fotocopie
senza il permesso scritto dell'Editore.*

I edizione: luglio 2012

It is clear that culture does matter in the clinic. Cultural factors are crucial to diagnosis, treatment and care. They shape health-related beliefs, behaviors, and values.

A. Kleinman

11 *Prefazione di Gioia di Cristofaro*

1.1 L'antropologia medica: rapporto cultura-salute-malattia, 11 – 1.2. Rapporto medico-paziente-familiare, 13– 1.3. La dimensione del corpo nella società dell'immagine, 17 – 1.4. Rapporto cultura-salute-immigrazione, 21 – 1.5. L'anzianità nella prospettiva del prolungamento della vita 24

35 Capitolo I

Antropologia e medicina. Le Medical Humanities una risorsa per la formazione e il dialogo tra paziente, medico e familiari Eloise Longo

1.1. Introduzione, 35– 1.2. Cura, diversità culturale e accesso ai servizi sanitari, 38 – 1.3. Concezioni antropologiche sulla malattia, 42 – 1.4. *Disease, sickness, illness*: tre orientamenti culturali a confronto, 44 – 1.5. Pluralismo medico e concezione olistica nelle dinamiche mente-corpo, 47 – 1.5.1. Il paradigma olistico nella medicina, 50– 1.5.2. Olistico, fitoterapia e farmacologia, 52 – 1.6. I molteplici luoghi di cura: dall'ospedale al territorio, 54 – 1.7. *Medical Humanities*: un punto di incontro tra medicina e antropologia medica, 57 – 1.7.1. Umanizzazione e competenze culturali, 65 – 1.7.2. Narrazione e umanizzazione nella relazione di cura, 67 – 1.7.3. Medicina narrativa nei traumi cranici, 68 – 1.7.4 Il dialogo quale presupposto per una relazione personalizzata, 70 – 1.8. La salute nelle società globalizzate, 74 – 1.9. Verso una nuova concezione della salute e della cultura sanitaria, 75 – 1.10. La salute come diritto dell'uomo, 77 – 1.10.1. La Dichiarazione di Alma-Ata sull'Assistenza Sanitaria di Base (URSS 1978), 80 – 1.10.2. La Carta di Ottawa per la Promozione della salute (Canada 1986), 82 – 1.10.3. Le Raccomandazioni di Adelaide sulla Politica Pubblica per la Salute (Australia 1988), 84 – 1.10.4. La Dichiarazione di Sundsvall sugli Ambienti Favorevoli alla Salute (Svezia 1991), 86 – 1.10.5 La Dichiarazione di Copenaghen (Danimarca 1994), 88 – 1.10.6. Dichiarazione di Jakarta sulla promozione della salute nel 21esimo secolo (Indonesia 1997),

89 – 1.10.7. Health21: la salute per tutti nel 21° secolo (1998), 91 – 1.10.8. Dichiarazione Ministeriale del Messico per la Promozione della Salute: dalle idee ai fatti (Messico 2000), 93 – 1.10.9. La Carta di Bangkok in un Mondo Globalizzato (Thailandia 2005), 94 – 1.10.10. Conferenza Globale sulla Promozione della Salute Nairobi (Kenya 2009), 96 – 1.11. *Health Promoting Hospitals*: dalla teoria alla pratica, 100 – 1.11.1. Obiettivi e fasi di sviluppo del Programma HPH, 101 – 1.11.2. Le reti HPH nazionali e regionali, 102 – 1.12. Conclusioni, 104 – 1.13. Bibliografia, 106

113 Capitolo II

Antropologia medica. Rassegna Ragionata della Bibliografia del Secolo XX Domenico Volpini

2.1. Introduzione, 113 – 2.2. Gli studi etno-antropologici nel campo della salute, 114 – 2.3. La nascita dell'antropologia medica: gli anni '50-'60, 115 – 2.4. Gli anni '70: il consolidamento e la crescita della disciplina, 122 – 2.5. Gli anni '80: Lo sviluppo dell'antropologia medica clinica, dell'antropologia medica critica e dei rapporti tra epidemiologia e cultura, 130 – 2.6. Gli anni '90: la piena maturità dell'antropologia medica, 142 – 2.7. Bibliografia, 166

1.1. L'antropologia medica: rapporto cultura-salute-malattia

Salute deriva da *Salus*, nome di una divinità romana se non divinità sabina in epoca ancora più antica.

È interessante riprendere il cammino del concetto di salute dalla divinità ad oggi. *Salus* si occupava del benessere e della felicità. Questi concetti venivano applicati in una prima fase allo Stato e, in seguito, estesi ai cittadini. Al tempo di Esculapio (293 a.C.) la divinità operava sia per il benessere pubblico che per la salute fisica dei cittadini.

Già in questo periodo si fa strada il concetto che il malato non è libero in quanto dipende da altri, per cui il suo potere di decisione è fortemente condizionato dall'impedimento dovuto al suo stato di salute compromessa.

Oggi si è venuto affermando il concetto di salute globale inteso come bene indivisibile che lega in un destino comune tutto il genere umano.

Il concetto di mondializzazione della malattia comincia ad emergere nel 1492, data della scoperta dell'America che, senz'altro, costituisce una tappa fondamentale nella storia dell'umanità, allargando l'area delle relazioni umane attraverso i collegamenti sempre più intensi tra i due mondi prima del tutto inesistente.

Solo, però, nell'ottocento l'analisi si è fatta più approfondita e specifica allargandosi all'integrazione di altri aspetti psicologici, sociali, economici e politici.

Si viene così affermando il concetto di salute non solo come diritto umano dell'individuo, ma come bene comune indivisibile e condizione fondamentale per la pace e la sicurezza. Si ribalta così il concetto di salute: non più solo ristretto all'assenza di malattia, ma allargato a favore di una concezione della salute comprendente tutta una serie di fattori che sono ad essa legati da rapporti di interdipendenza e reciprocità.

È interessante notare che con tali concettualizzazioni si ritorna al concetto di salute prefigurato dalla divinità *Salus* che comprendeva benessere e felicità, prefigurando un'accezione, dunque, ben più ampia di quella di assenza di malattia, spesso ancora persistente a livello di opinione generale.

Un aspetto fondamentale da tenere presente: la salute, la malattia e le istituzioni e strutture che nelle società ruotano intorno alla cura costituiscono veri e propri sistemi culturali.

I sistemi medici, infatti, possono essere considerati sistemi fondati su costruzioni culturali che comprendono sia la percezione culturale dell'evento malattia, sia i processi messi in atto per le cure, nonché le diverse strategie per sconfiggere la malattia stessa. In questa prospettiva è importante avere attenzione ai processi cognitivi e comunicativi implicati nella gestione stessa dell'evento malattia attraverso l'assistenza medica che comprende sia le malattie con prospettive di guarigione, sia le malattie croniche, le recidive e quelle che portano a esiti infausti come la morte.

Tutti questi aspetti rimandano al problema della rappresentazione sociale della malattia che è indipendente dagli aspetti patologici contingenti, frutto di una negoziazione culturale e che, in quanto tale, subisce continui adattamenti e trasformazioni.

È qui che entra in campo il concetto di corpo che è opportuno considerare nella triplice dimensione proposta da M. Mauss: corpo individuale, corpo sociale, corpo politico.

Proprio il corpo costituisce il territorio nel quale i concetti di salute e malattia interagiscono e vengono interpretati alla luce di veri e propri sistemi culturali, colti nella loro dinamicità e processualità.

Il rapporto, infatti, tra cultura e processi di istituzionalizzazione dei sapere e delle pratiche mediche è strettissimo, una vera e propria interdipendenza ed è inscindibilmente collegato alla costruzione cultura-

le e sociale della corporeità che si traduce in diverse percezioni di salute e malattia.

È proprio in questa prospettiva che si delinea un ambito di riflessione scientifica che va sotto la denominazione di “Antropologia Medica” che racchiude una molteplicità di indirizzi teorici e di ricerca che, sulla base dell’impianto dialogico dell’antropologia, connette utilmente la sfera degli orientamenti culturali con le scienze della medicina. Ciò nel quadro di una proficua collaborazione interdisciplinare volta a cogliere gli aspetti storici economici, sociali e politici che caratterizzano saperi e pratiche che ruotano intorno all’esperienza del corpo, della salute e della malattia.

È importante inquadrare tali aspetti nelle reciproche concettualizzazioni e rappresentazioni alla base delle diverse realtà esperienziali che vedono nell’incorporazione la relazione ineliminabile tra il soggetto e l’oggetto della rappresentazione nell’esperienza del corpo.

L’incorporazione, infatti, definisce la modalità di esistenza della persona che “abita” il proprio corpo in una esperienza comune a tutti nel mondo che dà luogo alle diverse rappresentazioni collegate ai processi storico-culturali di costruzione della corporeità incentrata su concetti ed esperienze quali salute e malattia, benessere e malessere, piacere e dolore, felicità e sofferenza.

Esiste, dunque, un rapporto strettissimo tra cultura e salute, nel senso che la cultura orienta l’interpretazione e il sistema di senso dell’evento stesso della malattia inquadrandolo nelle concezioni generali che attribuiscono valore o disvalore agli accadimenti esistenziali legati alle loro rappresentazioni culturali.

1.2. Rapporto medico-paziente-familiare

Per cogliere l’intreccio che nei vissuti delle persone si realizza, è utile analizzare alcune realtà che mettono in luce in maniera evidente il rapporto cultura-salute-malattia, nonché i relativi sistemi di cura e di prevenzione.

Il primo aspetto riguarda il rapporto medico-paziente-familiari.

È indubbio che la malattia comporti l'alterazione di qualcuna delle funzioni biologiche dell'essere umano che ostacola le abituali modalità di vita.

L'interpretazione dell'evento malattia costituisce un focus di primaria importanza in ogni cultura, assumendo valenze culturali decisamente diverse nelle interpretazioni della malattia nelle varie culture.

La fase storica che stiamo vivendo ci consegna una rilevante trasformazione della relazione medico-paziente-familiari. Si tratta di un cambiamento epocale non ancora approdato a nuove e definite elaborazioni in quanto la transizione verso nuovi modelli è ancora in corso e registrano un divario tra le nuove teorizzazioni e le pratiche. Ciò che è in questione è il concetto di "potere" centrale nell'analisi del rapporto tra medici e malati.

Il processo di modernizzazione della medicina, che si può collocare negli ultimi decenni del ventesimo secolo, ha messo fortemente in crisi il concetto di "dominanza medica"¹ secondo l'espressione coniata da e il contemporaneo affermarsi del processo di democratizzazione della medicina che ha messo al centro della riflessione la dimensione collettiva rispetto a quella individuale, tendendo ad opporsi al "paternalismo medico" e facendo emergere, al contempo, la considerazione del malato come cittadino.

Tutto ciò ha determinato la traslocazione del potere in medicina nel senso di ricollocazioni in punti diversi secondo nuovi valori culturali emergenti².

La crisi del modello tradizionale del potere medico è, infatti, da ricollegare all'emergere, anche se ancora non ben definito, di un potere di autodeterminazione da parte dell'individuo sulle decisioni che riguardano il proprio corpo.

L'opposizione al paternalismo medico porta coerentemente alla luce l'importanza dell'ascolto che restituisce soggettività al cittadino malato opponendosi teoricamente, ma non sempre nella pratica, al suo processo di spersonalizzazione.

¹ Freidson E. *Professionalismo. La terza logica*, trad. it di Ioli R., Bari, Edizioni Dedalo, 2002.

² Spinsanti S. *Chi ha potere sul mio corpo? Nuovi rapporti tra medico e paziente*, Roma, Ed. Paoline, 1999.

La relazione medico-paziente, infatti, non deve limitarsi solo allo scambio di informazioni, ma deve concretizzarsi in un luogo e in un tempo nei quali i soggetti si riconoscono attraverso (il linguaggio e) l'ascolto reciproco. L'ascolto si profila come una funzione cognitiva ed emotiva che permette di comprendere in modo attivo ed empatico ciò che si ritiene utile comunicare, restituendo soggettività al paziente che, comunque, è dotato di saperi propri estremamente utili, anche se purtroppo sottovalutati, nel percorso terapeutico.

Si profila infatti, nella relazione medico-paziente-familiare, l'opportunità di una vera e propria alleanza terapeutica che vede interagire, uniti nell'obiettivo della migliore gestione della malattia, i diversi soggetti coinvolti, sviluppando e potenziando le rispettive capacità personali, creando, a tal fine, un ambiente favorevole tale da rafforzare l'azione comunitaria a livello di micro e macro strutture.

Nella gestione del rapporto medico-paziente-familiare, ciò che rischia di andare in crisi è proprio l'identità del malato che nella pratica quotidiana delle cure mediche è soggetto a processi di svalorizzazione della sua soggettività attraverso, per limitarci a due esempi, l'uso del "tu" indiscriminato da parte degli operatori sanitari e gli ostacoli operativi e comunicativi che vengono posti ai familiari considerati prevalentemente "un disturbo e un intralcio".

Altro aspetto che riguarda il rapporto medico-paziente è, inoltre, la distorsione che al posto di un atteggiamento empatico nei confronti del malato, considerato nella sua dimensione complessiva di persona, ne produce un altro tendente a colpevolizzarlo per la compromissione del suo stato di salute, limitando spesso l'attenzione alla sua corporeità limitata ai "luoghi" della sua malattia.

La prospettiva della partecipazione attiva del paziente alle decisioni che lo riguardano, oltre ad essere, quindi, un aspetto del processo di democratizzazione che ha ridistribuito il potere tra i soggetti interessati, trova un'espressione peculiare sul problema del "consenso informato" che, come stabilito in un documento del Comitato Nazionale di Bioetica nel 1992, prevede la partecipazione del paziente alle decisioni che lo riguardano, dando valore alle sue scelte e inclinazioni.

Il passaggio dal paternalismo medico al consenso informato, prevede, dunque, un ruolo attivo del paziente stesso e una sua partecipa-

zione alle decisioni che lo riguardano, venendo a cambiare i contenuti e le modalità della relazione tra medico e paziente.

Nella procedura del consenso informato i valori primari che si affermano e che costituiscono una vera e propria svolta antropologica sono l'autonomia e l'autodeterminazione visti come diritti fondamentali per il controllo della propria vita, del proprio corpo, della propria mente. In questo senso l'informazione diventa centrale per le scelte che il paziente deve affrontare a causa del suo alterato stato di salute.

Molti sono i problemi, però che si intrecciano nella pratica del consenso informato, problemi che riguardano le modalità dell'informazione, i tempi dell'informazione, la prospettazione delle varie alternative dei processi terapeutici.

Si tratta di una problematica complessa che interpella aspetti riferibili a una pluralità di mondi etici rispetto ai quali la bioetica elabora orientamenti condivisi, in quanto si propone di individuare principi che forniscono indicazioni di comportamenti sia nelle modalità di comunicazione delle diagnosi, sia nelle scelte dei trattamenti da somministrare.

È, inoltre, opportuno riflettere sulla relazione oggi strettissima medicina-società.

Un'osservazione è però doverosa in questa prospettiva.

Nell'attuale momento storico assistiamo a due tendenze che vanno in direzione opposta: da una parte un recupero di soggettività collegata all'emergere del paziente come cittadino, dall'altra, contemporaneamente, ad un crescente processo di medicalizzazione della vita nella società di oggi.

Alcuni esempi tra i molti:

- la medicalizzazione della tristezza attraverso la psichiatria;
- l'evento maternità sempre più sottratto al protagonismo delle donne;
- la bellezza affidata alla chirurgia estetica, in quanto la "bruttezza" viene considerata una patologia che richiede una costruzione sociale del corpo attraverso tecnologie e interventi che lo controllano, lo trasformano, lo segmentano.

Tutte forme di potere, come denuncia M. Foucault, di una pratica medica che opera un continuo sconfinamento del proprio campo d'azione, ricollegandosi ad uno dei temi emergenti nella nostra cultura che può essere letto in una duplice ottica: da una parte, una “dittatura dell'immagine” secondo canoni estetici sempre più cogenti, dall'altra l'affidamento alla medicina di un prolungamento sempre più esteso della vita stessa attraverso pratiche diagnostiche e farmacologiche che si spostano dal patologico al “migliorabile” in un'ottica di crescente medicalizzazione della vita umana.

1.3. La dimensione del corpo nella società dell'immagine

Proprio quest'ultimo aspetto merita un approfondimento.

Esiste una stretta correlazione tra la “società dell'immagine”, con la quale sinteticamente si fa riferimento ad una delle caratteristiche più significative e specifiche della nostra realtà, e l'immaginario culturale che da tali suggestioni ne scaturisce come risposta personale.

I comportamenti riflettono il processo di adeguamento dell'individuo ai modelli prospettati. Ogni modello comunica un orientamento culturale, valori culturali ai quali ciascuno si rapporta in termini di adesione o presa di distanza, a seconda delle situazioni e delle possibilità, con tutta la gamma di risposte intermedie e con una gradualità di sentimenti che vanno dalla massima soddisfazione alle forme più estreme di frustrazione.

Ogni epoca, ogni cultura, elabora un proprio modello di bellezza a cui, più o meno consciamente, ognuno tende a rapportarsi.

Afferma U. Galimberti: “La costruzione dell'immagine corporea non dipende solo dalla storia del singolo individuo, ma anche dall'incidenza dell'elemento sociale, essendo il modello postulare del nostro corpo coordinato al modello postulare del corpo altrui”³. Quindi, una dimensione sociale e, al contempo, culturale.

³ Galimberti U. *Il corpo*, Feltrinelli, Milano 2002, p. 325.

Rispetto alla dimensione del corpo si pongono tre ordini di problemi:

1. il primo concerne la percezione che ognuno ha del proprio corpo, un'immagine dinamica che si rapporta alla voce, allo sguardo e alla propria struttura anatomica, così come viene vis-suta in termini di totalità unitaria soggettiva;

2. il secondo riguarda il corpo colto nell'immagine riflessa esterna, come nel caso della fotografia e dello specchio.

È proprio in questi casi che nascono sentimenti di compiacimento se l'immagine che ci viene rimandata risulta soddisfacente, oppure di delusione e conseguente frustrazione, come non di rado accade, se tale immagine non corrisponde alle proprie aspettative.

È il caso del corpo che da veicolo nel mondo, diventa l'ostacolo da superare per essere nel mondo e si trasforma in "alienazione dove il corpo erra enigmaticamente in regioni dove il senso si fa controsenso, dove l'inquietante si distribuisce su tutte le cose, caricandole di significati eccedenti, anzi eccessivi, perché la sua ambivalenza si declina in quella polivalenza dove tutto diventa possibile, perché il reale si è a tal punto allontanato da lasciare dietro di sé solo tracce allucinate"⁴;

3. il terzo punto, invece, coglie un'altra dimensione: l'adeguamento dell'immagine del proprio corpo ai modelli prevalenti proposti sistematicamente dai mass media.

4. È questo un ambito nel quale si è inserita la medicalizzazione del corpo.

Proprio su quest'ultimo punto è utile soffermare l'attenzione per cogliere una contraddizione che nella nostra cultura sta ponendo seri problemi, in quanto va trasformando una sana attenzione alla propria corporeità – elemento nuovo e senz'altro positivo dei nostri tempi – in una vera e propria ossessione.

Una patologia, purtroppo, in aumento, che va a compromettere, se non a vanificare, nei casi più estremi, un orientamento decisamente apprezzabile che è quello di una nuova e competente cura del proprio corpo in termini di bellezza estetica e armonia psico-culturale che per

⁴ Galimberti U. *Il corpo, op. cit.*, p. 14.

raggiungere gli alti livelli di aspettative socialmente indotte, richiede l'intervento di operatori medici, fino alla chirurgia estetica.

L'ambivalenza, o ancora più significativamente la polivalenza, secondo la distinzione sopra citata, costituiscono le categorie concettuali con le quali condurre l'analisi del rapporto tra immagine del corpo e corpo immaginato dove il secondo deve tradursi nel primo.

Negli ultimi decenni si è assistito a un profondo cambiamento dell'ideale estetico del corpo con caratteristiche diverse per il corpo femminile e quello maschile.

Il cambiamento più rilevante riguarda quello femminile, che è andato sempre più assottigliandosi per rispondere ad un inedito ideale di magrezza, un corpo filiforme, per il quale si ricerca la perfezione delle sue singole parti, perdendo in tale segmentazione la componente complessiva di fascino, "charme", che trascende i singoli "pezzi" in cui oggi tende ad identificarsi la bellezza.

Si registra, quindi, uno spostamento di ideale da una bellezza globalmente intesa ad una perfezione delle singole parti del corpo. In questa direzione è da leggere il processo di medicalizzazione che, che va a costruire e consolidare un orientamento nei confronti di un corpo "artificiale" nella prospettiva accettata e rincorsa di superare il "limite".

Il corpo diventa così il luogo in cui si incontrano, scontrano, speranze e desideri con dolori e naufragi.

Questa realtà incide fortemente anche sui giovani che subiscono disturbi legati alla distorsione dell'immagine corporea, all'ossessione del peso legati alla rappresentazione mentale del proprio io, identificato nel proprio corpo, a cui si affida la propria autostima nella società dell'immagine.

Il corpo, dunque, diventa oggi il territorio nel quale può giocare la propria autostima ed il riconoscimento della propria identità: l'insoddisfazione legata all'immagine corporea e la conseguente non accettazione di sé, sono gli elementi con i quali si misura la possibilità del proprio successo e della propria realizzazione.

L'immagine diviene il criterio rappresentativo ed ermeneutico della realtà e l'aspetto fisico tende a prevalere sull'interesse nei confronti delle qualità interiori che, pur ovviamente presenti, hanno però scarsa visibilità.

Molti sono gli aspetti di carattere culturale, in senso antropologico, che si collegano a questo orientamento.

L'idea della magrezza è talmente potente da generare l'insoddisfazione della propria immagine corporea e, corrispondentemente, l'instaurarsi di processi di colpevolizzazione del grasso.

I casi estremi di questo fenomeno vanno nella direzione dell'anoressia, che può essere anche di tipo mentale.

L'anoressia mentale è individuata nella classificazione internazionale delle sindromi psichiche e comportamentali oltre che da indici somatici, quali peso corporeo, amenorrea, disfunzioni endocrine, ecc. e comportamentali, da un indice squisitamente psichico che consiste in una distorsione patologica dell'immagine corporea.

L'anoressia storicamente è stata una pratica ascetica di molte sante, specie nel Medioevo, pratica scelta come mezzo di purificazione dalla corrottevolezza del corpo, una via di contatto con la divinità.

Oggi completamente diverso è il senso di questa pratica: una risposta alla proposizione ossessiva di modelli di corpi irreali, costruiti, trasfigurati, desiderati, glorificati e mitizzati.

La pubblicità e la moda sono i canali di diffusione di tali modelli in un'alleanza che trova riscontro coerente in una ben determinata tipologia di presenze femminili nelle trasmissioni televisive: donne sempre belle, magre, proposte per il loro fisico, vestite o meglio "svestite", secondo precise ferree regole non scritte, ma rigidamente osservate, un vero e proprio accanimento mediatico.

Si afferma così un orizzonte narcisistico che genera uno spostamento di interlocuzione inedito: non più il raggiungimento di un ideale corporeo come strumento di comunicazione e di accettazione con ammirazione da parte dell'altro, bensì un'autoreferenzialità che prescinde dagli altri: quello che viene definito cambiamento di potere da interpersonale ad intrapersonale⁵.

La sfida diventa il dominio della propria vita: attraverso la magrezza e il controllo del proprio corpo si afferma il proprio valore, si ritiene di conquistare l'approvazione dei propri pari e non solo. La società diventa una vetrina e il video mostra continuamente corpi splendidi associati a sorrisi e successo.

⁵ Bell R. *La santa anoressia*, Milano, Mondadori, 1985.