

ISTITUTO GRADIVA

13 dicembre 2008

ANORESSIA E BULIMIA

Idee e ricerche a confronto

di

Annamaria Loiacono

Premessa.

Un recente articolo apparso su La Nazione riporta i dati dei disturbi alimentari e del fenomeno anoressia-bulimia in Italia. Tre milioni di italiani colpiti, due milioni sono donne tra i 13 e i 35 anni, aumento della casistica tra i bambini e nella popolazione maschile. Ma, soprattutto, “oltre 300.000 siti sul web, traboccanti di consigli ‘pro – ana’ per vedere al più presto le proprie ossa sporgere sottopelle, *come pronte a bucarla*”, nelle parole della giornalista. Le risposte politiche riportate nell’articolo, oltre alla contrapposizione del portale del Ministero della Gioventù dal titolo ebraico Timshel, “tu puoi”, nella speranza che i giovani lo consultino, sono un rimbrotto ai concorrenti dell’isola dei famosi “innervositi dal cibo” e un secondo rimbrotto agli stessi, da parte del sottosegretario alla sanità, perchè “...mangiano poco e quando mangiano si abbuffano”, costituendo un cattivo esempio di abitudini alimentari. Lo scontro è impari ma d’altra parte, in politica come in ogni altro ambito, i media sono il segreto del successo e si configura una sorta di pena del contrappasso: chi ha responsabilità politiche deve combattere gli stessi strumenti che gli sono stati utili per emergere sulla scena pubblica. Si parla di organizzare strutture per la diagnosi precoce ma viene da chiedersi se non si tratterebbe di diagnosticare la tendenza a imboccare la via della

televisione, delle veline e dei grandi fratelli. Purtroppo spesso si propongono a gran voce esecuzioni liberatorie, esorcismi di massa contro la distruzione acquattata al riparo dei sintomi, nel tentativo di ridurre a malattia uno scenario tragico del presente.

Zapatero, in Spagna, voleva ingiungere agli stilisti la scelta di modelle grassocce.

L'ingenuità evidente delle proposte da parte di persone certo intelligenti mostra i limiti della cultura assertiva che urla la propria impotenza in chiave di soluzioni. Certo, bisogna fare qualcosa, e molte cose si fanno nelle trincee dei tanti operatori di base che lottano nella quotidianità.

Nel nostro campo di esperti di mestiere sembra stia emergendo per germinazione spontanea l'antidoto, oppure, in termini diversi, la risposta al mercato in espansione.

In Argentina è stata già segnalata, nel quadro della grande crisi, la richiesta di aiuto psicologico anche da parte dei "cartoneros", ossia di quelli che dormono in strada nelle scatole di cartone. Da noi, il popolo di badanti della psiche non avverte crisi di produzione: dal pedagogista clinico allo psicoanalista libero sottratto al controllo di legge; dal filosofo della mutua al coach di lusso per l'alta dirigenza, fino al counselor per i meno abbienti. Infine, "al personale addestrato a stabilire rapporti di comprensione e collaborazione empatica sia coi malati che coi loro familiari" della recente proposta Guzzanti di riforma della legge 180/78. Essa prevede all'art. 4 "comunità terapeutiche umanizzate" e "cliniche psichiatriche umanizzate" (sic). All'art. 1 richiama però alla necessità di "personale medico e paramedico in grado di gestire verbalmente e fisicamente ... le eventuali resistenze di un paziente agitato" In questo scenario, entro nel merito del mio intervento con una storia sintetica della patologia.

Appunti di storia della patologia.

Fine della seconda guerra mondiale. Gli Stati Uniti si avviano alla società affluente. Inizia la lunga marcia dell'anoressia dai letti delle cliniche mediche ai reparti della psichiatria. Sgomentava la difficile attribuzione di patologia e l'impotenza terapeutica, la dimensione di male d'esistere. La

stragrande maggioranza dei pazienti era di sesso femminile e tali pazienti andavano incontro nel decorso della malattia a fasi alterne di anoressia e bulimia.

In Europa, poca casistica, studiata organicamente; una ventina di casi del Prof. Meyer di Tubingen.

La gravità fece addirittura pensare all'inizio a forme di schizofrenia simplex per il significativo deficit residuo anche in casi di netto miglioramento. Lo studio di fattori esogeni di ordine socio-culturale risultava ancora estraneo alla costruzione bio-psicologica e, all'epoca, ne snaturava semmai il rigore scientifico e l'ortodossia.

Negli anni '70-'80 anoressia e bulimia erano già forme frequenti in America ma non in Europa, nella quale tuttavia il fenomeno esplose in pochi anni. In quell'epoca, la maggioranza delle scuole psichiatriche consideravano però ormai anoressia e bulimia come malattia di origine psichica.

Dal Durkheim dell'anomia e del suicidio, nessun'altra condizione mentale e di comportamento ha avuto una svolta così imponente di attribuzione di significati. Anoressia e bulimia sono divenute l'indicatore di una situazione sociale al punto da interessare letterati, filosofi, psicoanalisti, psicologi sociali. E' stato messo sempre più in evidenza il rapporto psicomotivo della paziente con il proprio corpo e con l'ambiente sociale in adolescenza (quando si forma l'identità!) e tutto viene osservato in rapporto alle esperienze affettive della prima infanzia, all'atteggiamento inconscio dei genitori, alle loro tendenze nascoste e ai loro conflitti, ai problemi della convivenza con fratelli e sorelle. La psichiatria e la psicoanalisi, soprattutto attraverso l'approccio fenomenologico-esistenziale (Binswanger), si orientano a considerare la nevrosi e la psicosi del singolo come punto visibile di cristallizzazione di una vasta struttura psicopatologica (G. Benedetti).
Eccoci quindi ad affacciarci alla dimensione transpersonale, dove la sofferenza mentale ha subito un cambiamento netto di focus, dalla malattia alla persona. *mentre nell'ambito più conservatore della psicoanalisi, ancora nel 1964, ci si ostina a ricostruire le vicissitudini del pene del padre inghiottito (Thomae, relazione a Londra al VI Congresso Internazionale di Psicoterapia).*

Se il termine greco "anoressia", introdotto nella lingua francese nel 1589, etimologicamente significa perdita dell'appetito, con evidente rimando associativo ad un disturbo di tipo organico, ci

si concentra a questo punto definitivamente su “anoressia” come rifiuto di mangiare senza che vi sia diminuzione dell’appetito, rifiuto derivato da cause psicologiche. **H.Bruch** è stata la principale artefice di questo cambiamento di prospettiva, conferendo una nuova dignità alle parole delle anoressiche.

Anoressia e bulimia si diffondono, diventano sempre più malattie dell’anima, del sé e dell’identità. L’impatto delle trasformazioni sociali sulla formazione dell’identità personale era ormai inconfutabile. In particolare, in psicoanalisi, il lavoro di Erik Erikson costrinse a considerare l’adolescenza come momento evolutivo autonomo piuttosto che come riedizione del conflitto edipico. Anticipo che l’interrogativo sulla identità sembra il fantasma che sgomenta oggi più di allora un occidente, travolto dalla crisi dei mutui, aspetto che si riallaccia in molti punti alla fantasia interpretativa globale che presenterò.

Anche in Europa, dunque, e quindi in Italia, il numero dei pazienti crebbe vertiginosamente e in pochi anni. Innanzitutto balzò agli occhi che il fenomeno riguardava prevalentemente le donne, con tutto ciò che questo comportava a livello interpretativo sia psicoanalitico che sociologico. Tutto ciò che si scrisse in proposito, diede maggiore legittimazione alle lotte per l’emancipazione della donna, attraverso un forte filo di seta secolare che da Santa Caterina da Siena, passando per Giovanna D’Arco, conduceva, irrobustendosi sempre più fino a divenire corda da sartame, a Sissi imperatrice d’Austria, a Simone Weil, alla bellissima Audrey Hepburn di Sabrina, a Kate Moss, a Lady D. Non mi addentro su questi aspetti, giacché so che la collega Bobbioni si concentrerà appunto su moda e anoressia, su corpo e anoressia. Il facile riferimento ad una identità di seconda classe, il secondo sesso della De Beauvoir, che toglie anziché offrire generosamente il senso di sicurezza necessario per crescere, non offrendo modelli di identificazione supportivi, imperversò per alcuni anni, con tanto di interrogativi riguardo al rapporto con il corpo e al sintomo dell’amenorrea che accompagnava sempre la malattia. A tal proposito, il fatto che in molti casi essa precedesse il dimagrimento, anziché seguire ad esso, risolse una volta per tutte il problema della classificazione del sintomo come psicosomatico: non quindi una mera conseguenza biologica del

digiuno, ma considerato in relazione alla condotta di evitamento del cibo. Il fenomeno rientrò quindi tra i disturbi dell'identità, attraverso un vissuto di svalutazione del Sé che, oltre al discorso femminista, riferito quindi al sociale, si accompagnò alle spiegazioni di tipo psicoanalitico relative al rapporto simbiotico mortifero con la madre, spostando definitivamente l'attenzione sulle problematiche narcisistiche.

Cito una frase dell'imperatrice Sissi (1862), che esplica più di ogni altra parola possibile quanto appena detto: "L'idea della morte purifica. E' come il giardiniere che estirpa le erbacce nel suo giardino... Così io mi nascondo dietro l'ombrello affinché l'idea della morte possa fare tranquillamente del giardinaggio dentro di me.". Esangui, emaciate, forti e disperate nei loro pochi chili, le anoressiche degli anni 70-80 sono scheletri viventi che cancellano la loro femminilità nell'illusione di cancellare l'inquietudine, una sofferenza inconscia che ha radici lontane. (*"Non conosco nessuna persona più affamata della persona anoressica. Di cibo, di amore, di aiuto."*, scrive Fabiola De Clercq nel suo libro-confessione *"Tutto il pane del mondo"*).

Arriviamo ad oggi. Da tempo ormai non si può più parlare di patologia a prevalenza femminile. Essa è diventata male del senso di esistere, denso di tutta la complessità delle problematiche di relazione, distanza-vicinanza, il sé e l'altro, vita e morte, tempo e spazio. Malattie dell'anima, del Sé, dell'identità.

Presento ora un caso emblematico nel quale la cornice della mia esposizione, pur delineata in occasione di questo incontro, trova un riscontro specifico.

Il caso.

Gemelle monocoriali. 22 anni. Nate a termine.

Vengo a conoscenza del caso per un parere richiestomi da un collega che ha occasione di seguire la vicenda sul piano farmacologico. Assistite da quattro unità operative di un'azienda sanitaria del

centro nord: Dipartimento di psichiatria. Medicina Interna. Disturbi dell'alimentazione. Servizio di Psicologia.

Inoltre, sin dal diciottesimo anno, sono seguite dal medico di medicina generale che si comporta come un vero medico di famiglia, dando supporto ai genitori, intervenendo a coordinare i vari interventi e con un rapporto molto corretto dal punto di vista psicologico con entrambe le ragazze.

Non mi dilungo ulteriormente sulla vicenda clinica, particolarmente complessa, se non per far presente che una delle gemelle è stata sottoposta a ben 8 TSO (trattamenti sanitari obbligatori) dei quali tre con intervento delle forze dell'ordine.

Ciascuna di loro è l'altra faccia della luna per l'altra. In termini junghiani, ciascuna è l'ombra dell'altra.

Una delle gemelle è anoressica. Patologia iniziata a 17 anni, dopo un incidente col motorino con esiti in difficoltà di deambulazione e cicatriziali al volto.

L'altra è bulimica. Patologia iniziata in contemporanea.

Fino ad allora con percorsi scolastici e di vita separati. Una, che chiameremo Linda, anoressica da manuale, ricoveri in clinica medica, nutrizione con sonda, riduzione di peso fino ai 26 kg., 2 litri di acqua bevuti prima della visita, profilattici pieni di pallini da caccia in vagina, nascosti da assorbente, classici modi di barare sul peso.

L'altra, la chiamerò Angela, divoratrice. Linda studia, bravissima a scuola, si iscrive a filosofia. Angela si arrangia a scuola, raggiunge comunque la maturità, si iscrive a discipline infermieristiche. Linda riservata, in casa a studiare, non frequenta nessun gruppo, mai in discoteca. Angela estroversa, allegra, molti amici, molta vita sociale. Qui il punto: Linda esercita la dittatura totale su Angela: con crisi pantoclastiche, scenate, scoppi d'ira inaudita non controllabili da parte dei genitori. Impone ad Angela i cibi, Angela può divorare solo quello che vuole lei. E gli abiti: Angela deve vestire come lei stabilisce.

I genitori, da sempre, sono schierati, Linda è del padre, Angela della madre. Anche rispetto alla patologia, la divisione è totale. Il padre è disperato per la situazione di Linda. La madre ne sottovaluta la entità, si oppone ai ricoveri, collude con la figlia.

L'orientamento attuale dei servizi prevede l'invio in una comunità terapeutica con controllo a media soglia, proseguendo l'intervento individuale e sulla famiglia nella speranza di ridurre la gestione di emergenze tra clinica medica e reparto di diagnosi e cura. Da notare che un ricovero in un centro privato convenzionato ad alta specializzazione per la cura dei disturbi alimentari con le più sofisticate tecniche cognitivo-comportamentali è fallito rapidamente in quanto la struttura restituì la paziente al servizio alle prime difficoltà di gestione dei comportamenti aggressivi.

Ipotesi psicosociali.

Ai fini della mia esposizione di questa sera, ho radicalizzato la linea interpretativa psicosociale per mettere a fuoco le determinanti ambientali che rendono difficili, e nel caso in oggetto quasi impossibili, i normali processi evolutivi e di sviluppo. Se l'aggressività è l'ingrediente necessario ai fini della individuazione-separazione, in gemelle monocoriali si presenta, in aggiunta al normale compito gravoso di separazione dalla madre, quello della separazione tra loro. La organizzazione di vita precedente all'esordio sembrava aver conseguito un adattamento sufficiente con la scissione netta in ambito familiare e nella socializzazione, sia pure con le difficoltà di identificazione sul livello del maschile-femminile, dato lo schieramento in famiglia. Si può ipotizzare che la rottura dell'equilibrio con conseguente esordio sia derivata da angosce di morte sollevate dal grave incidente. La minaccia di separazione traumatica passiva ha innescato una dinamica disperata tra distruzione cattiva dell'oggetto (morte che separa) e controllo totale su di esso per mantenere il legame. Quello che ora metterò in luce è l'importanza dell'ambiente di fronte all'intensità della condizione patologica.

Sappiamo che il Sé si forma nelle primissime esperienze e con la dotazione biologica data, qualunque sia la teoria cui facciamo riferimento. L'ambiente diventa il nutrimento del Sé tramite l'identità. Questa diventa sempre più legata a rappresentazione. La rappresentazione genera invidia. Si salda quindi la dimensione pulsionale con quella narcisistica. Come sappiamo, entrambe, sia la dimensione pulsionale che quella narcisistica, possono tendere al controllo totale dell'oggetto per sopravvivere psichicamente. E qui il punto: solo l'odio garantisce una stabilità di investimento, perché si soddisfa nella distruzione e le sopravvive nella rappresentazione, dato il carattere vischioso dell'aggressività.

Le due gemelle possono quindi, a mio avviso, esprimere i poli dialettici della società dell'odio. Il mondo dei pesci rappresenta in natura l'esempio totale della sopravvivenza legata all'aggressività: pesce grande mangia pesce piccolo. Società liquida, si nuota nell'odio. Amore liquido, quello del "mordi e fuggi" (S. Bauman). Rapporti insicuri, dunque, "liquidi", appunto, che inducono la malattia, in indubbio aumento.

I due pesci vengono al mondo in forma umana ma con residui istintuali da pesce (Ferenczi, Thalassa) e nuotano nell'attuale acquario della vita con la voracità dei pesci. Quindi, due squali in lotta, che ci evocano immediatamente il tema dell'aggressività non controllata, oggi, del carnefice e della vittima.

Siamo nell'ambito dell'oralità e dell'invidia primaria, ambito esposto sempre di più a stimoli regressivi nella nostra società, come abbiamo già accennato. Stimoli regressivi non solo attraverso la rappresentazione di modelle scarnificate ma anche trasmissioni di cucina, pubblicità continua a cibi, spot in cui il biscotto viene strappato di mano a chi lo mangia e simili. Voracità e non fame: il grande Moloch che indica l'humus di un'insaziabile sete – o, se volete, fame! – di distruzione.

Il disturbo si rivela indicatore dello spirito del nostro tempo, legato ad avidità, potere, abdicazione dell'essere in funzione dell'avere (Fromm), rifugio per cristallizzazione in identità parziali, veri e propri stereotipi di cui viene offerta un'ampia scelta nella loro insignificanza.

In questa cornice, ecco l'esanime esercito di affamati d'amore in lotta con le calorie, per il quale l'atto umano del nutrirsi viene alterato nel suo senso profondo.

Secondo i Padri del cristianesimo, il vizio della gola è contiguo alla superbia, motore dell'azione peccaminosa, cioè del fatto materiale del mangiare la mela, mentre dall'altra parte introduce ulteriori eccessi: ira, accidia, lussuria, e così via. Questo esempio, attinto direttamente dall'inconscio collettivo che ha prodotto alcuni significativi e a tutt'oggi attuali simboli della nostra civiltà, ci consente di prendere una scorciatoia e andare dritto al cuore del problema, dove cioè esso si situa. Facilmente potremmo fare lo stesso adducendo altri sistemi simbolici, relativi ad altri sistemi sociali e religiosi, e ci accorgeremmo che conducono comunque nei medesimi recessi della psiche e del suo modo di funzionare. Dunque, la voracità. La superbia in psicoanalisi è un sentimento che dimostra una sofferenza narcisistica, un disturbo nell'autostima. Il testo della Genesi già sancisce un aut-aut: o mangi la mela, o cadi nelle rabbie distruttive.

Il passaggio da istinto a pulsione, nel quale con Freud si costruisce il mentale a produrre passione d'amore, senso primario del concetto di libido, resta inibito e scotomizza il corpo come parte del Sé. In tal modo, non c'è più nutrimento per un'armonia possibile che accompagni il divenire persona. Restano inibite, o comunque arrestate o deviate, importanti funzioni adattative, soprattutto di tipo percettivo, dal senso di sazietà e di gusto, fino al senso di sicurezza scambiato col bisogno di "certezze" assolute, anticamera della cristallizzazione del Sè. L'Io cresce mutilato e gran parte della creatività possibile non verrà stimolata, fino a spengersi irreversibilmente. Oggi chi è sazio continua ad alimentarsi e diventa iper-raffinato, adepto della "religione del cibo" tanto nutrita dai media. Mangiare troppo fa male, grasso non è bello secondo i canoni correnti, così come vivere sempre a dieta non è un invidiabile stile di vita. La natura umana, confusa in questo incrocio di messaggi, utilizza il cibo come arma di ricatto emotivo, di autodistruzione, di invocazione d'aiuto. Di nuovo, anoressia e bulimia malattie dell'esistere.

Una corsa contro il tempo nella frenesia di combattere il fantasma della morte, categoria forse impensabile, certo indicibile per chi non ebbe accesso alla relazione duale. Nell'illusione di fermare il corpo che cresce e mostra i segni del cammino irreversibile, lo si strappa allo scorrere della vita. Si condanna alla vergogna e alla solitudine ogni segno di sventura e di tempesta che irrompe nel visibile, dove lo specchio dell'altro diviene lama d'acciaio.

Il bisogno di certezze precostituite costringe nella gabbia dell'odio alla vita. Odia il prossimo tuo come te stesso; le gemelle; i tanti indicatori della sofferenza nella nostra civiltà. Forse il crollo del castello di carta *di Mao* ci farà di nuovo vedere l'altro come compagno di verità possibili e sodale nei percorsi di vita, piuttosto che nel negozio della violenza per sopraffare, come avviene nel dramma delle gemelle, spia del mondo della rappresentazione totale, allo stremo, che instilla l'odio nella stessa cellula originaria.

Conclusioni.

Per concludere, un po' di predicazione sul significato sociale della psicoterapia di fronte alla documentazione epidemiologica dell'influenza ambientale su questa patologia. L'etica dello psicoterapeuta psicoanalista si colloca nella interpretazione del sociale non collusiva per indicare i rivoli infiniti di sofferenza prodotti da ogni perversa configurazione socioculturale. Rilevatore e scandaglio, testimone per competenza, può farsi garante che il mal d'esistere non venga ridotto in sintomo, obiettivo questo di molte psicologie e psichiatrie. Qualunque sia l'indirizzo di appartenenza, l'azione psicoterapeutica esprime, o dovrebbe esprimere, un atteggiamento verso la vita, senza chiamarsi fuori dal confronto dialettico con la crisi imperante che ci vede tante volte in ricerca affannosa di risposte di dottrina e di fede.

Rinchiusi nel mero ruolo di tecnici, tra i Rambo del pensiero positivo, saremmo *soltanto* i pretoriani che "tolgono il disturbo" dell'individuo malato alle organizzazioni della falsa coscienza.

BIBLIOGRAFIA

H.Bruch, Patologia del comportamento alimentare, Feltrinelli 1977

H.Bruch, Anoressia, Raffaello Cortina 1988

J.Butler, Corpi che contano, Feltrinelli 1996

B.Brusset, L'anoressia mentale del bambino e dell'adolescente, Borla 1992

F.De Clercq, Tutto il pane del mondo, Sansoni 1990

J.Chasseguet-Smirgel, Il corpo come specchio del mondo, Raffaello Cortina 2005

La Repubblica, lunedì 8 Agosto 1994

La Nazione, venerdì 5 dicembre 2008

G.Raimbault-C.Eliacheff, Le indomabili, Leonardo, 1991

M.Recalcati, L'ultima cena: anoressia e bulimia, Bruno Mondatori 1997

M.Selvini Palazzoli, L'anoressia mentale, Feltrinelli 1963

Anna Maria Loiacono

Presidente dell'Associazione Fiorentina di Psicoanalisi Interpersonale

Analista Didatta e Supervisore dell'Isituto "H.S.Sullivan" di Firenze

Membro dei Seminari di Psicoterapia e Scienze Umane di Bologna

Delegate Member dell'I.F.P.S.

Membro Ordinario OPIFER

annaloiacono@alice.it