

ANORESSIA E BULIMIA COME SINDROMI COMPLESSE: TRE COMPONENTI CHE INFLUENZANO LA COMPARSA

Verso la metà del diciannovesimo secolo, i medici cominciarono a notare che venivano accompagnate nei loro ambulatori molte giovani donne sul punto di morire di fame. Erano state bambine ideali, eppure ora che avevano raggiunto la pubertà e l'adolescenza facevano impazzire madri e padri e li sottoponevano all'angoscia di assistere impotenti alla distruzione delle "loro preziose bambine".

Era il 1873 quando Ernest Laseque in Francia e William Gull in Inghilterra, descrivevano, per la prima volta, questa malattia come un'entità clinica autonoma. Al disturbo di cui soffrivano le loro pazienti fu dato il nome di *Anoressia*.

Nei due secoli antecedenti la loro descrizione, i resoconti medici riportavano solo rare notizie di malattie che somigliavano all'anoressia. Nel 1885, Jean Martin Charcot, così descriveva tali pazienti:

".... non mangiavano, non volevano mangiare, non erano capaci di mangiare e preghiere, suppliche e perfino violenze non potevano vincere questa resistenza".

La disputa sulla collocazione dell'anoressia mentale nell'ambito della nosografia psichiatrica è durata fino ai tempi recenti e ancora nel 1960 l'anoressia non veniva riconosciuta, da alcun Autore, come una sindrome autonoma, ma come "sintomo che si trova di volta in volta in quasi tutte le sindromi psichiatriche" (Bliss e Branch; 1960).

Negli anni sessanta, con il *Simposio di Göttingen* al quale presero parte psichiatri, psicologi, psicoanalisti, sociologi ed endocrinologi di ogni parte del mondo, venne riconosciuta all'anoressia mentale una struttura di personalità specifica collocando il conflitto a livello del corpo e dell'incapacità ad assumere le trasformazioni tipiche della pubertà.

Negli ultimi decenni del secolo scorso i disturbi del comportamento alimentare hanno presentato un tale incremento di incidenza nella popolazione da indurre alcuni autori a parlare di *epidemia sociale* (Gordon R., 2000). La ragione di tale aumento sarebbe, secondo un'opinione largamente condivisa, nelle profonde trasformazioni socio-culturali che hanno interessato le società occidentali.

L'epidemiologia dà una rappresentazione dei disturbi alimentari come il primo fenomeno di malattia globalizzata che si espande a macchia d'olio in concomitanza al diffondersi di modelli culturali e stili di vita fondati sulla cultura del corpo: ciò che comunemente viene definito "modernità". Quando l'offerta di cibo disponibile diventa sovrabbondante e seducente, quando è stato finalmente soddisfatto uno dei bisogni primari, allora emerge la muta ribellione del rifiuto alimentare verso cui si resta impotenti, ammutoliti, sconvolti. I disturbi del comportamento alimentare sono diventati lo "scandalo" della modernità.

E tuttavia, non si devono confondere gli *effetti patoplastici della cultura*, che modellano la forma dei sintomi, con i *processi patogenetici*, che provocano le malattie:

"L'inconscio determina la sostanza, l'essenza del disturbo ed è per sua definizione atemporale; l'ambiente socio-culturale ne determina invece la forma".

L'attenzione estrema all'immagine corporea, il culto della magrezza non sono la "causa" dei disturbi alimentari. La loro funzione sembra soprattutto quella di suggerire la strada attraverso la quale un malessere profondo, grave, strutturale si esprime e cerca una sua risoluzione. I tanti pazienti con disturbi alimentari probabilmente rappresentano una popolazione di individui vulnerabili che in altri tempi avrebbe sviluppato forme diverse di patologia nevrotica, depressiva, ansiosa, isterica.

Alcuni Autori (es., Gordon R., 2000; Charmet GP., 2000) hanno ipotizzato che i disturbi dell'alimentazione sono, come l'isteria agli inizi

del secolo scorso, malattie che esprimono il disagio femminile attraverso un vocabolario altamente condizionato dal contesto culturale.

Il corpo nell'isterica, per S. Freud, diventava un potente canale di comunicazione, dando voce al disagio femminile, al conflitto tra desiderio e norma.

La *patologia alimentare* per i suoi legami con l'identità corporea, che mai come in questa epoca è connessa con la sicurezza del Sé, con il cibo, con l'ossessiva attenzione all'apparenza, si presta a rappresentare la metafora del nostro tempo, ad esprimere molti dei grandi temi, paure, contraddizioni della nostra epoca.

"L'uomo è fatto delle sue credenze. Come egli crede, così egli è"

(Bhagavadgita, 500 a.C.)"

L'adolescenza è una delicata opportunità di crescita dell'individuo che è improvvisamente sorpreso dalla necessità di vivere una perdita di riferimenti, una "destrutturazione", preludio necessario, tuttavia per accedere alla costruzione di una nuova e più matura identità.

"adolescenza (dal verbo latino alere): nutrire; colui che va nutrito"

È il tema della costruzione dell'identità, della sua difficile strutturazione negli adolescenti, che fa da sfondo a questo fenomeno nuovo e la malattia può assumere il ruolo di una nuova forma di soggettività.

"L'immagine è la mediazione tra il pensiero e il mondo"

Il disturbo anoressico-bulimico esprime lo spirito del tempo attuale, si fa riflesso di una società in cui l'estetica diventa fondamento dell'etica.

I disturbi del comportamento alimentare assumono, come altri disturbi del comportamento in adolescenza, il significato di comportamenti adattativi, un tragico tentativo terapeutico nei confronti di una situazione di minaccia, di invasione di un Io che si avverte incapace di gestire lo stress e che percepisce tutto il proprio appetito verso l'esterno, ma lo vive come una minaccia alla sua identità, una minaccia di perdita dei limiti, di dissolversi nell'oggetto del bisogno (H. Bruch, 1962; 1973).

Nell'adolescente "*fragile*", il conflitto tra desiderio e bisogno, la dipendenza che la loro soddisfazione comporta, le forti emozioni che premono, confondono e imbarazzano, portano a sovrainvestire il mondo percettivo e motorio per controllare un mondo interno ansiogeno. Attraverso l'astinenza, i vomiti, l'evacuazione, lo sfinimento fisico, all'adolescente sembra di poter esercitare un controllo sul proprio corpo. E il ritorno ad una condizione pre-puberale (con il relativo assetto ormonale e di sviluppo emozionale) diventa un tentativo per superare le paure legate al raggiungimento della maturità psicobiologica (Crisp AH, 1984).

Il disturbo del comportamento alimentare (rifiuto o abbuffate di cibo), come ogni disturbo del comportamento, ha un aspetto difensivo e adattativo che inizialmente sembra gratificante perché l'angoscia scompare e, contemporaneamente, attiva emozionalmente la persona. Ma evidentemente si sta sviluppando una sempre maggiore dipendenza "*addiction*" nei confronti di questo comportamento, dipendenza in cui si associano fattori psicologici e biologici.

Forse i meccanismi neurobiologici della dipendenza possono aiutarci a capire i processi che sfociano nei disordini alimentari. Forse occorre andare oltre la spiegazione psico-sociale per capire la motivazione dell'andare oltre il punto di miglioramento dell'immagine corporea. Per capire come avviene la saldatura tra modelli culturali di vita e forme patologiche.

I disturbi del comportamento alimentare appaiono una modalità per ritrovare un equilibrio, mentre l'abbandono del disturbo porterebbe il soggetto a confrontarsi con la propria depressione, con l'immagine di sé, con la sua dipendenza nei confronti di una fonte esterna di "animazione" di sé.

La malattia alimentare è, spesso, un lungo viaggio nella sofferenza che conduce ad altre forme di disagio.

"Il fatto è che, in tutti i periodi della storia, i disturbi mentali di rilevanza epidemiologica o di particolare fascino illuminano un aspetto specifico della natura umana in conflitto con i tempi" (Erickson, 1999)

Per tali motivi è estremamente importante attuare un approccio diagnostico che tenga in dovuta considerazione le componenti di natura organica della patologia, quelle di matrice psicologica, nonché degli aspetti sociali per avere una corretta visione del problema e per attuare un trattamento più efficace possibile.

I pazienti che sono affetti da tali disturbi, spesso, presentano complicanze organiche molto gravi che possono divenire una minaccia per la vita stessa dei soggetti; generalmente, sono questi i sintomi che portano il paziente ad un primo contatto con il mondo medico. Molto spesso sono i genitori, i familiari, che spingono il soggetto con un disturbo alimentare a cercare aiuto, rivolgendosi a medici e personale qualificato, poiché nella maggior parte dei casi questi individui minimizzano o diniegano l'intero spettro sintomatologico.

La presa in carico di questo tipo di pazienti richiede una lettura globale che consideri sia gli aspetti organici, metabolico-nutrizionali, endocrini sia quelli più specificamente intrapsichici-relazionali.

Il trattamento di pazienti con queste patologie varia in base al tipo di disturbo e al livello di compromissione della salute del paziente.

L'integrazione di più specialisti nella programmazione terapeutica e nella gestione di tali pazienti rimane la forma d'intervento d'elezione. Con queste pazienti risulta difficile stabilire un'alleanza terapeutica perché faticano a parlare e ad ammettere la propria condizione. Il rapporto terapeutico dovrebbe essere caratterizzato da una notevole flessibilità del metodo, che si adatta progressivamente alle capacità intellettuali, alle esigenze e alle esperienze passate delle varie pazienti.

Il terapeuta dovrà condurre un'anamnesi accurata e dettagliata della storia del soggetto per poter comprendere i fattori individuali legati allo sviluppo del disturbo.

Il problema interpretativo e terapeutico dell'anoressia e bulimia richiede il presupposto di riconoscere in esse non solo "disturbi del comportamento alimentare", ma fenomeni complessi.

In quest'ottica di complessità, l'orientamento sistemico, a cui mi sono ispirata nella seconda parte del mio lavoro (capitolo 2 e capitolo 3), ha una particolare utilità, in quanto, esplora una pluralità di livelli sistemici e ricerca le interinfluenze circolari tra vissuti dell'individuo, caratteristiche del contesto familiare di appartenenza, influssi e condizionamenti del sistema sociale allargato.

Tutte queste influenze convergono nel corpo, trovano nel corpo il loro terreno di intersezione, propongono nel "linguaggio del corpo" l'unica espressione possibile di una sofferenza che solo così riesce a "parlare", pur rimanendo silente.

L'anoressia e la bulimia si presentano, dunque, come due facce della stessa medaglia. All'apparenza il disturbo alimentare, come dice la definizione stessa, sembra un problema col cibo, che occupa completamente la mente della persona e rischia di essere l'unico fattore che attira l'attenzione dell'altro, mentre, abbiamo visto che il cibo, per il soggetto, rappresenta qualcosa che va ben al di là dell'oggetto in se stesso.

Il corpo anoressico e bulimico diventa il luogo materiale, e al tempo stesso, metaforico, che si arricchisce di significati che vanno decodificati, fino al restituire al corpo e alle sue manifestazioni sintomatiche, il senso di straordinaria e drammatica metafora del disagio individuale, relazionale e sociale. A partire dal corpo, dalle sue esperienze, dalle emozioni che ne derivano, che l'individuo costruisce la propria identità;

una identità che si sospende nel tempo, quando il tempo del corpo è "sospeso".

"Il tempo sospeso"¹ è la metafora che non si riferisce soltanto alle pazienti anoressiche e bulimiche e alle loro difficoltà di crescita; esso indica il filo conduttore tra le principali componenti che entrano in gioco in questi disturbi, a cui mi sono ispirata nella terza parte del mio lavoro (capitolo 4, capitolo 5 e capitolo 6): i *vissuti personali* delle ragazze anoressiche e bulimiche, che, nella sospensione del tempo della crescita, esprimono non certo una tendenza autodistruttiva, ma, al contrario, una volontà determinata, anche se del tutto illusoria, di risolvere l'ambivalenza fra desiderio di individuazione e paura, o difficoltà, di assumere un'identità più matura; una *matrice familiare*, che, nell'arresto del proprio ciclo evolutivo, conferma la fedeltà a un mito rigido di unità, ereditato lungo il percorso di una storia transgenerazionale, in cui ogni processo di autonomia evoca l'angoscia della perdita; e, infine, una *cultura sociale* che pare congelare l'evolvere del tempo mettendo in vetrina corpi giovani ed efficienti, distorcendo ruoli e identificazioni, occultando ed emarginando tutto ciò che appaia come una "scoria del tempo".

Pertanto, in conclusione di questo mio lavoro, possiamo affermare che anoressia e bulimia non sono il prodotto della società dei consumi, o la conseguenza di una "frattura adolescenziale", o il risultato di dinamiche relazionali del nucleo familiare, ma, anoressia e bulimia rispondono, nello stesso tempo, a tutte e tre le influenze indicate, come è dimostrato dal fatto che nessuna di esse, da sola è sufficiente a provocare questo disturbo.

Dott.ssa Pamela Sabetta


1 - Onnis L. (2000), Il tempo sospeso, Astrolabio, Roma.