

L'ANORESSIA

di Dott.ssa Luisa Magrì

Nonostante, quella dei disturbi alimentari, e nello specifico del disturbo anoressico, sia una tematica ampiamente trattata e dibattuta sotto ogni sua sfumatura, non ci si può esimere dal riportare come questo disturbo viene inteso nella definizione clinica e nell'inquadramento psicopatologico.

Vasta è la gamma di contributi offerti dalla letteratura e dalla ricerca clinica e proprio in questi contributi è riscontrabile una lunga storia lunga.

E' solo negli anni settanta che al disturbo anoressico viene dedicata un'attenzione a se stante, senza che l'interesse clinico o più in generale di ricerca fosse riflesso, perché prioritariamente rivolto ad un altro disturbo di cui l'anoressia era semplicemente un corollario.

Bisogna comunque arrivare al 1980, con il DSM III perché si valuti l'anoressia in base a parametri di ordine comportamentale e psichico. E' poi con il DSM III R, alcuni anni dopo, che però si utilizzano dei criteri nosografici-descrittivi per la realizzazione di una diagnosi di anoressia.

Ma per vedere una sezione specifica dedicata ai disturbi del comportamento alimentare si deve aspettare l'arrivo del DSM IV.

Tre sono i quadri patologici presentati dal DSM IV TR (APA 2000) in cui vengono classificati i sintomi dei disturbi alimentari: Anoressia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN), Disturbo da Alimentazione Incontrollata o Binge Eating Disorder (BED).

I criteri utilizzati al fine di arrivare ad una diagnosi di anoressia nervosa, quelli stabiliti dall'Associazione Psichiatrica Americana (APA), sono i seguenti:

1. rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al livello del peso minimo normale per l'età e la statura (per es. perdita di peso che porta a mantenere il peso corporeo al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto durante il

periodo della crescita in altezza, con la conseguenza che il peso rimane al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto);

2. intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche se si è sottopeso;
3. alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima, o rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso;
4. nelle donne dopo il menarca, amenorrea, cioè assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi (una donna viene considerata amenorroica se i suoi cicli si manifestano solo a seguito di somministrazione di ormoni, per es. estrogeni).

Inoltre viene fatta una distinzione tra anoressia di tipo restrittivo (AN-R) e anoressia di tipo bulimico (AN-B).

Ci si trova innanzi ad un caso di anoressia di tipo restrittivo quando nell'episodio attuale di anoressia nervosa il soggetto non ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi).

Invece trattasi di un caso di anoressia di tipo bulimico con condotte di eliminazione quando nell'episodio attuale di anoressia nervosa il soggetto ha presentato regolarmente abbuffate o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi).

Nella forma con restrizione si ottiene la perdita di peso solo attraverso rigide restrizioni alimentari ed iperattività. Questa forma presenta una costellazione psicologica caratterizzata da negazione del problema ed euforia, almeno nelle prime fasi di malattia.

La forma con abbuffate o condotte di eliminazione presenta aspetti psichici che la accomunano alla bulimia con maggiore sofferenza psicologica, comportamenti impulsivi, tentativi di suicidio, depressione, disturbi di personalità.

Diversi studiosi in materia concordano nel confermare che l'eziopatogenesi della sindrome anoressica è contraddistinta da una multifattorialità che comprende fattori

psicologici, biologici, evolutivi e culturali a cui si sovrappongono dei fattori scatenanti che portano allo sviluppo della malattia.

Il decorso, che segue delle fasi, comporta problematiche somatopsichiche, psicosomatiche (Dibenedetto, 2009) nonché clinico-nutrizionali.

Ma soffermandosi su quelle che possono essere le cause del comportamento anoressico, e concentrandosi su quelle a carattere psicologico, Hilde Bruch, una delle massime autorità a livello mondiale riguardo gli studi sull'anoressia nervosa, sostiene che “la malattia colpisce elettivamente i giovani, ricchi e belli. Affligge le figlie delle famiglie benestanti, colte e affermate, non solo negli Stati Uniti ma in molti altri paesi sviluppati”.

Stando a quanto la letteratura ci presenta, questa breve affermazione può risultare uno spaccato di una situazione attuale vissuta da centinaia di persone in diverse parti del mondo.

Ma perché una malattia che logora corpo e psiche, che porta allo stremo fisico e mentale si diffonde con più facilità in un contesto contraddistinto da un certo status sociale? Il quesito risulta essere complesso ed articolato tanto quanto lo sono le risposte che in parte possono soddisfarlo.

Si può arrivare ad avere una visione più chiara se si seguono mentalmente le ipotetiche tappe che segnano l'evoluzione di questa malattia.

Relativamente all'esordio è sempre la Bruche a suggerire che spesso le preoccupazioni per il peso e la dieta iniziano quando la futura anoressica deve affrontare nuove esperienze, in cui si manifestano paure ed insicurezze, per es. l'inserimento in una nuova scuola o il trasferimento da una città all'altra. Tuttavia il primo calo ponderale può anche essere fortuito e può accadere che siano ammirate ed elogiate per questo, che si inorgogliscano eccessivamente per il loro aspetto più snello e ne ricavano piacere, per cui decidono di dimagrire ancora, onde meritare ancora maggiore rispetto (Bruche, 2003).

In realtà ciò che cresce in maniera smisurata è l'intimo timore di non essere all'altezza, di non essere accettati, di non essere adeguati per l'ennesima situazione

vissuta come sfida. La paura di non farcela, così deludendo chi fino a quel momento si è sempre aspettato tanto, troppo, e quindi deludendo se stessi, incalza in maniera ossessiva. Diventa sovrana la paura di perdere il controllo, che tutto sfugga al proprio potere trovandosi ad un punto di non ritorno.

Ecco che la manifestazione di questo potere si canalizza verso qualcosa che appartiene a se stessi e a nessun' altro, il proprio corpo. Un corpo che viene sottoposto al vaglio millimetrico e severo da chi, distorcendo molto spesso la realtà, è stanca di vedersi e sentirsi enormemente grassa.

Questo connotato manifesto, apparentemente di facile lettura ed interpretazione nasconde un significato latente estremamente complesso.

L'autoinfliggersi una pena così estrema come quella di non nutrire il proprio corpo, volendolo veder scomparire giorno dopo giorno, è "solo" la punta di un iceberg che affonda la parte più massiccia in un vissuto remoto e presente in cui apparire perfetti agli occhi degli altri è tutto, è tutto quanto si possa desiderare e quanto di più alto si possa aspirare.

Questo fa capire che il disturbo dell'anoressia è da intendere come sintomo denunciario di un disagio arcaico e profondo che per lungo tempo è rimasto in silenzio e che ad un certo punto per farsi sentire si trasforma in un controllo ordinante e punitivo su mente e corpo, anzi della mente sul corpo.

Voler vedere a qualsiasi costo, talvolta anche della propria vita, il proprio corpo affinarsi fino a rasentare l'invisibilità è un urlo di dolore, di ribellione e di rivalsa tenuto a bada per lunghi anni. Scomparire per far capire che ci sei rimane l'unica arma da usare per uscire da una trappola che per lungo tempo si è avuto cura di costruire, quella che la Bruche definisce insieme ad una sua paziente "La Gabbia d'Oro". Una trappola seduttiva che ti presenta al mondo come un essere **scevro** da qualsiasi imperfezione, fisica e non.

Ventre piatto, viso scavato, gambe esili e fianchi inesistenti saranno i segni distintivi del nuovo corpo. Un corpo che riesce ad annullare qualsiasi segno indicativo di uno

sviluppo somatico, così comunicando di essere immuni da qualsiasi tipo di crescita, anche, e forse soprattutto, da quella sessuale.

Difatti diversi sono i modelli interpretativi che convergono in una prospettiva evolutiva che evidenzia la difficoltà delle attuali adolescenti ad affrontare alcuni compiti di sviluppo fase-specifici, come la mentalizzazione del corpo sessuato (Riva, 2009). Difficoltà questa che porta ad ipotizzare, così come anche ci viene suggerito negli scritti di alcuni autori, ovviamente di orientamento psicodinamico, un nucleo conflittuale nel processo di costruzione dell'identità di genere femminile in un dato momento della crescita.

Un conflitto esasperato che porta ad aver paura e nello stesso tempo disprezzo del proprio diventare donna, da qui la martorizzazione rivolta ad un corpo che quasi all'improvviso abbandona i tratti asessuati per assumere fattezze femminili.

Ma dove risiede l'origine di tanta paura e disprezzo? Interessante è a tal proposito uno scritto di Elena Rosci (2007) in cui vengono analizzati i cambiamenti di ruolo e di status della donna nella famiglia e nella società.

Nel passaggio dalla famiglia etica alla famiglia affettiva, i ruoli sessuali dei genitori sono andati progressivamente uniformandosi; il modello femminile-materno tradizionale, sottomesso al partner e sacrificabilmente votato all'accudimento della famiglia, risulta sempre meno diffuso, e si è andato affermando sulla scena sociale un nuovo modello materno che, se pure con un certo affanno, tenta di conciliare ruoli affettivi familiari e realizzazione personale e sociale, proponendo anche alla figlia un nuovo modello femminile (Rosci, 2007).

Quello che ad un occhio minuziosamente critico ed attento può risultare paradossale è come in un'ambiente socio-culturale come quello in cui stiamo vivendo, dove la femminilità talvolta, ma purtroppo sempre più di frequente, diventa strumento di comunicazione per l'accaparraggio di privilegi, si possa al contempo sviluppare un disagio che preclude il prendere consapevolezza della propria femminilità.

Ma è ovvio, e quasi banale puntualizzarlo, che una problematica di tale portata e di sempre più crescente diffusione non risiede solo nella rincorsa forsennata di

un'immagine di donna che abbandona ruoli e tratti caratteriali di colei che è dedita solo alla famiglia per assumere quelli tipici del genere maschile. Penso che di cause altre, e sociali e culturali, che entrano in gioco nell'innescare di questa dinamica ve ne siano parecchie e a darne conferma è la stessa Elena Riva (2009) quando dice che il bombardamento mass-mediale sulla cosiddetta prevenzione rischia di promuovere, più che una corretta educazione alimentare, una vera e propria ossessione nei confronti del cibo e delle diete, ora connotate in termini salvifici, ora maleficate con descrizioni terroristiche dei loro effetti deleteri sull'autostima. Mentre Silvia Vegetti Finzi (1999a), sempre rimanendo in tema delle cause socio-culturali, nota che le abitudini alimentari, sane o patologiche, oggi non sono più regolate da riti sociali condivisi, capaci di forgiare il senso della normalità attraverso il confronto con l'eccezionalità dell'esuberanza o del difetto, anch'essi dotati di significati e valori predefiniti. Dello stesso avviso sembra essere Recalcati (1997) quando afferma che assistiamo alla morte del convivio come luogo ideale deputato all'elaborazione simbolica, collettiva e condivisa, degli affetti correlati alla pulsione alimentare.

Ancora ad assumere un ruolo rilevante nella nascita e nello sviluppo del sintomo anoressico sono le dinamiche relazionali-affettive che la ragazza anoressica vive, in particolar modo nel contesto familiare, quella che viene definita cultura affettiva-familiare.

A tal riguardo, di estremo interesse risultano le osservazioni portate avanti da alcuni autori appartenenti all'orientamento teorico sistemico-relazionale, tra cui Minuchin e Selvini Palazzoli, sostenitori dell'esistenza di caratteristiche strutturali e dinamiche simili nelle famiglie di pazienti anoressiche.

Famiglie in cui una facciata di competenza e di successo maschera importanti carenze: l'incapacità di affrontare i conflitti, l'invischiamento nelle relazioni interne alla famiglia e l'isolamento rispetto all'esterno, la triangolazione della figlia nel rapporto di coppia, l'attaccamento a schemi di comportamento e miti familiari trasmessi dalle precedenti generazioni (Minuchin, 1974; Selvini Palazzoli, 1963).

Stando a quanto è stato rilevato e rivelato da questi grandi studiosi, e tutto quanto fa supporre che di verità trattasi, le famiglie di appartenenza delle pazienti anoressiche sono accomunate da tratti salienti identificabili in una cultura affettiva improntata sulla perfezione, dove le dinamiche conflittuali sono evitate e l'invischiamento tra i membri diviene patologicamente funzionale. Un invischiamento che non permette di capire, non solo dove sono i confini, ma se vi siano dei confini! E' impossibile capire laddove è spazio fisico ed emotivo, e quindi luogo di bisogni e desideri, dell'uno o dell'altro.

E sono proprio queste tipologie di strutture familiari che diventano terreno fertile per il passaggio transgenerazionale di fardelli carichi di desideri irrealizzati ed aspirazioni incompiute. Fardelli che se "delegati" alla progenie alimenta un ideale del Sé che prende vita da e nell'ideale del Sé del genitore che non ha avuto modo di realizzarsi, ed è per questo che aspettative, desideri e speranze vengono proiettati.

Storie sospese e conflitti irrisolti, frustrazioni e depressioni che viaggiano da relazione in relazione fino ad approdare al soggetto che forse è il più vulnerabile, ma anche il più coraggioso, perché si assume l'"onere" di denunciare apertamente ciò che silenziosamente si è fatto strada per alcune generazioni.

Proseguendo con un'ottica "indagatoria" alla ricerca delle cause che concorrono all'insorgenza di questa malattia, non si può non notare l'incisività del ruolo che assumono i modelli estetici perfetti propugnati dalla "cultura della magrezza".

A tal proposito Renè Girard (1999) propone quella che lui definisce un'"ipotesi mimetica" (ossia desiderare di essere quanto mai uguale a questi modelli di perfezione) come chiave interpretativa del disturbo.

L'ostentazione di corpi filiformi e perfetti sublima un messaggio che pressappoco recita "per valere devi anche tu essere così". Ciò che passa e arriva è che se non si rientra in quei canoni di perfezione non si potrà avere accesso all'olimpico di coloro che della perfezione ne fanno un principio guida.

Viviamo in un'epoca in cui l'accettazione sociale passa per dei parametri valutativi in cui si fa corrispondere la bellezza alla magrezza ed alla perfezione. E' così che si

rincorre un'immagine il più possibile simile agli ideali propagandati dai media, pena l'esclusione da quella cerchia di persone che "valgono".

Il significato simbolico di cui sono investiti questi corpi scultorei è quello di una persona in grado di realizzare ciò che desidera, una persona sicura, brillante, a cui nessuno è in grado di porre limiti ai suoi voleri.

Tuttavia, attribuire interamente la responsabilità dell'origine di questo disagio al fattore socio-culturale penso sia un errore, oltre che fuorviante. Piuttosto è da intendere, come ho avuto già modo di dire, come co-fattore che certamente costituisce terreno fertile per l'innescò di un disturbo, che però per svilupparsi ha bisogno della concorrenza di altri fattori.

Pensando, invece, ad un piano di intervento la cui efficacia si rivela nella presa in carico del sintomo con l'obiettivo di porne fine, di rilevante importanza sono a mio parere alcuni passaggi descritti in "Adolescenza e Anoressia" di Elena Riva.

L'autrice presta particolare attenzione al fatto che "nell'area dei disturbi alimentari nessun trattamento può essere considerato di per sé esaustivo e nessun terapeuta può far fronte da solo al malessere della famiglia e alle sofferenze dell'anima e del corpo". Sostiene altresì "l'importanza di fornire da parte dei clinici risposte integrate e modelli relazionali che gradualmente consentano una ricollocazione più matura delle sensazioni corporee, delle emozioni e delle relazioni affettive. Un valore particolare assume un intervento, laddove sia possibile, tempestivo agli esordi del disturbo, così da potergli attribuire un significato all'interno del contesto evolutivo e relazionale in cui si sviluppa. L'intreccio di compiti evolutivi adolescenziali – in particolare, la costruzione dell'identità di genere e il processo di separazione-individuazione, di specifiche dinamiche relazionali e identificatorie familiari e di modelli socio-culturali diffusi nella società contemporanea – richiede un approccio diagnostico complesso, definito bilancio evolutivo, finalizzato a fornire risposte ad alcuni quesiti, e quindi attribuendo un significato affettivo al disturbo alimentare all'interno del quadro intrapsichico e relazionale in cui si sviluppa".

Esistono anche altri modelli d'intervento volti al trattamento dell'anoressia, che vanno dai percorsi riabilitativi in specifiche comunità a terapie farmacologiche affiancate o meno dall'uso di diete, per poi avere una vasta gamma di interventi terapeutici tanti quanti sono i diversi orientamenti teorici, focalizzando il lavoro prioritariamente su quell'aspetto correlato alla teoria di appartenenza, per cui il disturbo anoressico prende vita da un aspetto specifico del vissuto della paziente.

Rimando però a un altro elaborato la delucidazione di quelli che a oggi sono, appunto, i modelli di intervento proposti, affrontando in maniera più esaustiva ogni aspetto, soffermandomi anche sui relativi campi di applicazione.

Non voglio però accingermi alla conclusione senza prima dedicare ancora una parte all'importanza che assume nell'area dei disturbi alimentari la prevenzione.

Attivare un'opera di prevenzione ricopre un ruolo di fondamentale importanza laddove l'obiettivo prioritario è trasmettere un messaggio volto a valorizzare il concetto di salute riguardo alle scelte alimentari.

Prevenire lo sviluppo e la diffusione di un'epidemia sociale qual è l'anoressia, richiede però l'interfacciarsi di diverse figure, tra le più importanti ovviamente la famiglia e la scuola. E' attraverso la collaborazione tra queste figure di riferimento per l'adolescente che è possibile veicolare un messaggio di informazione da una parte (per es. riguardo gli aspetti nutrizionali), ma anche di sensibilizzazione su alcuni aspetti, come per es. "dare il giusto peso" a ciò che viene oggi proposto come immagine-modello.

Lavorare in questa direzione di sicuro non porta a zero le probabilità di insorgenza del disturbo, ma quanto meno fornisce piccoli strumenti che consentono, se usati con le giuste cautele onde evitare inutili allarmismi, di riconoscere quando una situazione potrebbe degenerare dando vita ad una problematica alimentare.

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2000), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text revision (DSM-IV-TR)*. Tr. It. Masson, Milano 2002.
- BRUCH, H. (1978), *La gabbia d'oro*. Feltrinelli, Milano 2003.
- GIRARD, R. (2009), *Anorssia e desiderio mimetico*. Lindau, Torino
- MINUCHIN, S. (1974), *Famiglie e terapie della famiglia*. Tr. It. Astrolabio, Roma 1978.
- RECALCATI, M. (1997), *L'ultima cena, anoressia e bulimia*. Mondadori, Milano.
- RIVA, E. (2009), *Adolescenza e anoressia. Corpo, genere, soggetto*. Raffaello Cortina, Milano.
- ROSCI, E. (2007), *Madri acrobate*. Rizzoli, Milano.
- SELVINI PALAZZOLI, M. (1963), *L'anoressia mentale*. Raffaello Cortina, Milano 2006.
- VEGETTI FINZI, S. (1999a), "Dal digiuno ascetico al digiuno anoressico: una forma di spiritualità mancata". In VALLE, L. (a cura di), *Cultura e spiritualità*. Nardini, Fiesole (FI).