

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: UN'EPIDEMIA MODERNA

Laura Dalla Ragione

Psichiatra e Psicoterapeuta, Resp. Centro Disturbi del Comportamento Alimentare, ASL2 di Todi

Oggi ho vomitato 8 volte e mi sono tagliata per cercare di smettere. Io non voglio il mondo o soldi, non voglio nemmeno che gli altri si ricordino di me o mi dimentichino, voglio il mio presente visto che il passato è come uno specchio in frantumi. Guardo le mie ferite e mi dico: oggi non doveva andare così, non dovevo picchiarmi, tagliarmi nemmeno e non dovevo trasformare la mia tristezza in rabbia.

Sara, 17 anni, marzo 2005

1. Il cibo come nemico

Nella seconda metà del Novecento, nell'emisfero occidentale, con la diffusione di Disordini del Comportamento Alimentare il cibo e il corpo si trasformano, per milioni di giovani, in nemici. Accade qualcosa che non è solo connesso all'insorgere di una patologia, al cambiamento di stili di vita e modelli culturali, ma forse più intimamente collegato alla difficile strutturazione dell'identità nei giovani di questo nostro mondo.

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) costituiscono oggi una vera e propria epidemia sociale [5], che non sembra in questo momento trovare un argine alla sua crescita esponenziale. Due milioni di ragazzi in Italia soffrono di questi disturbi e decine di milioni di giovani nel mondo si ammalano ogni anno. Per ogni 100 ragazze in età adolescenziale, 10 soffrono di qualche disturbo collegato all'alimentazione, 1-2 delle forme più gravi come l'Anoressia e la Bulimia, le altre in manifestazioni cliniche transitorie e incomplete [8]. L'incidenza della patologia del comportamento alimentare, i numeri sconcertanti che sono sotto i nostri occhi ogni giorno, ci hanno costretto a rivedere anche molte delle idee sulla eziologia del disturbo e sulle sue trasformazioni [2].

Il termine anoressia deriva dal greco $\alpha\nu$ e $\rho\rho\epsilon\xi\tau\varsigma$ ($\alpha\nu$ e $\rho\rho\epsilon\xi\tau\varsigma$) che letteralmente si può tradurre come mancanza di appetito; in realtà il vocabolo risulta essere improprio dal punto di vista epistemologico se utilizzato per indicare un disturbo alimentare come l'anoressia, in quanto, questa non implica una perdita di appetito ma un rifiuto prolungato e sistematico del cibo.

Normalmente una persona, avrebbe bisogno per vivere in buona salute, secondo i dietologi, di almeno 2000 calorie giornaliere; in genere l'espressione «dieta da fame» si riferisce ad un regime di 900 calorie al giorno. Una persona anoressica può arrivare

fino a 320 calorie giornaliera! Non si può semplicemente parlare di un disturbo dell'appetito, la privazione del cibo non è che il sintomo più palese di un disagio che ha radici profonde.

Quando si parla di disturbi alimentari in generale, non si intende solo l'anoressia ma tutte quelle patologie che sono strettamente connesse all'alimentazione, quindi per esempio anche la bulimia (che letteralmente significa fame da bue) o Il Disturbo da Alimentazione Incontrollata. Anzi, possiamo dire che nei disturbi alimentari bulimia e anoressia non sono fenomeni slegati, ma manifestazioni diverse di uno stesso disturbo; non ci si può privare completamente di cibo per lungo tempo; per questo, la persona anoressica va soggetta a crisi bulimiche cicliche, in cui le enormi quantità di cibo ingurgitate vengono poi eliminate attraverso vomito autoindotto.

Quel che però è immediatamente chiaro è che il cibo, nel senso in cui lo intendiamo noi, non ha alcun collegamento con questo tipo di disturbi. Non si mangia troppo o troppo poco, ma si usa il cibo, privandosene o abusandone, per ragioni che hanno più a che fare con l'identità psichica che con l'introito calorico quotidiano. Non dobbiamo scordarlo mai, anche di fronte a volti emaciati o abbuffate da 30.000 calorie, perché altrimenti rischiamo di confondere e non intercettare il nucleo centrale della psicopatologia.

L'origine e il decorso dei DCA sono determinati da una pluralità di variabili (eziologia multifattoriale), nessuna delle quali, da sola, è in grado di scatenare la malattia o influenzarne il corso e l'esito. Una loro piena comprensione deve tenere in considerazione fattori psicologici, evolutivi e biologici. Non è ancora ben noto il ruolo di alcune condizioni antecedenti presenti fin dalla nascita o dall'infanzia, come ad esempio la vulnerabilità genetica, l'ambiente familiare e le esperienze traumatiche. In molti casi alcune caratteristiche individuali, quali il perfezionismo, la bassa autostima, la regolazione delle emozioni, l'ascetismo e le paure legate alla maturità psicologica, precedono l'esordio dei DCA. Sicuramente i fattori socio-culturali sono implicati nel favorire lo sviluppo di questi disturbi e in particolare per il ruolo esercitato dalla nostra cultura che associa la magrezza alla bellezza e al valore personale.

Ogni epoca ha la sua malattia e non c'è dubbio che i Disturbi del Comportamento Alimentare si prestano a rappresentare in modo straordinario questa nostra epoca. Connessi come sono all'immagine corporea, al significato del cibo, all'ossessione per l'apparire. Sono disturbi connessi fortemente alla visione del mondo del nostro tempo, per questo spaventano e attirano nello stesso tempo.

Non si devono confondere, però, gli effetti patoplastici della cultura, quelli cioè che modellano la forma che prendono i sintomi, con i processi patogenetici, quelli che provocano le malattie. L'attenzione estrema all'immagine corporea e 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 più profondo, grave, strutturale, si esprime e cerca una sua risoluzione [1].

La forma che una patologia può assumere in un dato periodo storico è sicuramente

sottoposta alle trasformazioni che questa epoca esprime. La declinazione della sofferenza è dettata da trasformazioni culturali ed è intimamente collegata alle nuove forme del disagio e alla loro evoluzione; davvero difficili da fare rientrare all'interno degli alberi decisionali dei Manuali Diagnostici.

Viene da domandarsi se un numero così imponente di pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione rappresenti davvero un'entità nosografica a sé stante o se non sia costituito in verità da una popolazione di individui vulnerabili che, in altri tempi, avrebbero sviluppato forme diverse di patologie depressive o psicotiche, o ancora che siano, come altri affermano, una eredità dell'antica Isteria. Queste domande non sono un puro esercizio filosofico ma questioni che hanno un rilevanza non secondario nel modo in cui il disturbo viene affrontato.

Mentre Jaspers [7] utilizzava la parola *Zeitstil* per definire questa reciproca risonanza, o stile particolare di una malattia secondo i tempi, Russel [10] esprime lo stesso concetto con il termine *patoplasticità*. Esiste dunque una sorta di evoluzione, ma nel caso dell'evoluzione del disagio psichico e in generale della malattia mentale, l'andamento è, come direbbe il paleontologo S. J. Gould [6], punteggiato e poco lineare. Fa più pensare a una sequenza di catastrofi e grandi sparizioni. L'isteria scompare improvvisamente nel Novecento e fanno la loro comparsa altre grandi sofferenze della psiche: la depressione e i disturbi del comportamento alimentare.

In questo senso viene usata la parola patoplasticità: i disturbi sono «plastici», adattabili, flessibili ai decorsi storici. La forma che essi assumono è effetto del contesto specifico nel quale si iscrivono. Fattori patoplastici sono tutti quelli che concorrono ad delineare la fenomenologia del malessere, senza tuttavia determinarlo; essi esercitano, diversamente dai fattori causali (che nella patologia in questione, così come in molte altre patologie psichiche, rimangono elusivi), un'azione predisponente, modellante e formativa.

Emerge nello stesso tempo una certa variabilità delle forme patologiche, una molteplicità irriducibile di forme e presentazioni, di ritmi, di decorsi evolutivi che variamente si completano, si contrappongono, si implicano. Il problema della creazione di nuove forme patologiche, o meglio di nuove strutture patologiche, appare inestricabilmente connesso con il problema delle ricorrenti ricombinazioni, secondo modalità di volta in volta differenti, di questi tempi, di questi ritmi, di queste direzioni evolutive.

Rintracciamo all'interno di questi disturbi una serie di analogie con altre patologie, ma nello stesso tempo la qualità psicopatologica delle sindromi ci appare come irriducibile alle conosciute nosografie.

2. Ma i Disturbi del Comportamento Alimentare sono sempre esistiti?

I disturbi del rapporto dell'uomo con il cibo e l'alimentazione sono stati descritti anche in epoche remote. Ma è solo nel Novecento, in una parte limitata del mondo, che si è presentato il problema di amministrare un'offerta di cibo sovrabbondante e seduttiva e

che il problema alimentare si lega indissolubilmente all'immagine del corpo.

Nelle società industriali avanzate un numero sempre più elevato di individui, soprattutto donne, dedica grande attenzione e preoccupazione al controllo del peso e dell'immagine per mezzo di diete, esercizio fisico e altri comportamenti, più o meno nocivi. Il fenomeno disegna lo sfondo sul quale va collocato e interpretato il progressivo aumento dei Disturbi del Comportamento Alimentare.

I Disturbi del Comportamento Alimentare sono sindromi cosiddette *culture bounded*, legate a certe culture e specifiche di alcuni paesi. Ne dobbiamo tenere conto per valutare la patogenesi e la diffusione di questi disturbi.

Sono disturbi frequenti nei paesi ricchi e fortemente industrializzati: Europa occidentale, Stati Uniti, Canada, Australia e Nuova Zelanda, Sudafrica, Giappone. Sono assenti o molto rare nei paesi poveri dell'Africa, dell'Asia e dell'America Latina. La diffusione di queste patologie nei paesi dell'Est europeo (aumentata a partire dalla caduta del Muro di Berlino), del Terzo Mondo e fra gli immigrati da nazioni povere verso nazioni ricche appare correlata al miglioramento delle condizioni economiche e, ancora di più, ai processi di occidentalizzazione culturale. È da notare che, nei paesi poveri, parallelamente all'aumento dei Disturbi del Comportamento Alimentare stanno aumentando, in misura esplosiva, i casi di obesità.

Il culto della magrezza femminile segue la stessa distribuzione geografica e temporale dei disturbi dell'alimentazione. In India, per esempio, l'aumento dei casi di Anoressia e Bulimia sembra seguire, in modo inverso, la diminuzione delle misure delle attrici più popolari del cinema indiano.

Il caso del Giappone è abbastanza paradigmatico: in questo paese la forte ambivalenza tra modelli culturali orientali e occidentali è documentata dalle percentuali di prevalenza dei DCA riscontrate in alcuni studi: se i sintomi anoressici sembrano essere piuttosto rari (1 caso su 500 in città e 1 su 2000 in ambiente rurale), lo stesso non può essere detto per la Bulimia, chiamata *Kibarashi-gui*, la cui prevalenza varia in Giappone dal 2,1 al 3,6% a seconda della zona considerata.

Sempre più difficile diventa oggi fare rientrare le forme davvero mutevoli dei Disturbi del Comportamento Alimentare entro gli alberi decisionali delle nosografie condivise. Negli ultimi anni le innumerevoli pazienti che ho incontrato mi hanno fatto pensare che oggi una varietà davvero grande di disturbi venga inghiottita, come in un *imbuto*, da ciò che è descritto come patologia alimentare.

Infatti, oltre alle mutazioni nelle prevalenze dei vari Disturbi Alimentari, assistiamo anche ad un trasformarsi della patologia dei singoli pazienti che sempre più frequentemente migrano da un sintomo all'altro nell'arco della loro storia patologica. La ricostruzione anamnestica del disturbo ci mostra una stessa paziente che inizia a digiunare e a dimagrire ferocemente, poi dopo un certo periodo perde il controllo e inizia ad abbuffarsi e per cercare di contenere l'aumento di peso inizia ad usare il vomito autoindotto, poi ancora può utilizzare l'iperattività fisica o lassativi e diuretici, che sono tra l'altro una delle cause di morte più frequenti. Ma alla base di tutti i disturbi

c'è un unico nucleo psicopatologico: l'ossessione per il controllo del corpo, ottenuta attraverso tutti mezzi possibili e immaginabili.

Le forme del disturbo sono andate così mutando, proprio come un virus insidioso. Dall'iniziale caratterizzazione «astinente» dell'anoressia (ove il disturbo si esauriva esclusivamente nel digiuno) ha fatto seguito, attorno agli anni settanta, l'innesto di alcuni comportamenti tipici del versante bulimico. Negli anni Ottanta sono aumentati i casi di bulimia normopeso, e il disturbo è andato progressivamente evolvendo verso forme multimpulsive con l'aumento di abuso di alcool e di droghe, di gesti autolesionistici e di disturbi della condotta. Non è un caso che nell'ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali è stata inserita un'altra categoria, che è quella dei Disturbi del Comportamento Alimentare non Altrimenti Specificati, di cui fanno parte le sindromi parziali, chiamate anche subcliniche o più correttamente subliminali, in cui sono presenti alcuni ma non tutti i sintomi necessari per la diagnosi di anoressia e bulimia, che sono in questo momento molto frequenti.

Ormai rientrano all'interno di queste sindromi parziali la maggioranza tutti quei quadri associati alle presunte o vere intolleranze alimentari, altra grande paura del nostro secoli, all'ortoressia, (ossessione per il cibo sano) e a forme di alimentazione estreme in un senso o nell'altro .

Tra i quadri atipici, il disturbo da alimentazione incontrollata (Binge eating disorder, bulimia senza contromisure di compenso) ha suscitato nell'ultimo decennio un interesse crescente per i suoi legami, importanti, con l'obesità, altro grande fenomeno fortemente correlato ai Disturbi del Comportamento Alimentare.

Le due principali patologie (Anoressia e Bulimia) rappresentano oggi gli estremi di un continuum fenomenologico, lungo il quale trovano posto tutta una serie di configurazioni intermedie, ibride, passibili di un'esistenza autonoma rispetto ai disordini «ufficiali» e non necessariamente di essi predittive. Le diverse manifestazioni non giacciono su livelli qualitativi separati, bensì sono divise da una soglia puramente quantitativa lungo una scala di severità clinica. Il caso da manuale sembra infatti essere sempre più una rarità nella pratica clinica; le forme «pure» di patologia sono ormai costruzioni virtuali, volte forse a soddisfare esigenze di ordine classificatorio ma sicuramente non più in grado di rappresentare la presentazione delle innumerevoli forme del disturbo.

3. Una malattia del nostro tempo

Nei Disturbi del comportamento alimentare c'è un'evidenza a favore di fattori storici facilitanti l'espressività di fattori naturali del disturbo.

Le pressioni sociali agiscono attraverso i messaggi contraddittori sul ruolo della donna comunemente filtrati dai *mass-media* e dagli imperativi sociali subliminali: la si vorrebbe votata ai valori della famiglia e della casa (come la donna di ieri), ma le vengono richieste, oltre alle doti di tipo più tradizionale, anche i caratteri dell'autonomia e dell'indipendenza–competitività, tipicamente maschili. Questo primo livello

contribuisce a creare un autentico disagio psicologico in soggetti vulnerabili, che viene amplificato dalla preferenza, questa volta più evidente, per l'immagine della donna magra e scattante.

Ma sull'influenza dei modelli culturali alcune riflessioni sono d'obbligo. I modelli percettivi e cognitivi hanno teorizzato il ruolo dei fattori socio-culturali esclusivamente in termini di «pressione a favore della magrezza»; il significato dell'ideale della snellezza è stato spesso ignorato come forma culturale, espressione di ideali, ansie e mutamenti sociali molto più profondi di quelli puramente estetici. Un brano della drammaturga e poetessa Eva Ensler ci restituisce la relazione tormentata tra il modello mediatico del corpo, che si nutre delle nevrosi femminili e maschili, e quello reale che ci guarda dalla specchio, ovviamente assolutamente imperfetto:

Io non andrò mai bene. Questa certezza alberga ogni parte del mio essere. Chiamatela colpa o vergogna. Occupa ogni minima parte di me. Più divento vecchia e apparentemente saggia e sicura di me, più la sensazione di inadeguatezza diventa ambigua, totale e terroristica. Penso che per molte di noi, o meglio la maggioranza, o forse per tutte noi, esista una parte specifica del corpo, i glutei, il seno, i capelli, il naso, il mignolo del piede. Sapete di cosa parlo, vero? Non importa in quale parte del mondo mi trovi, che sia Teheran, dove le donne si fanno rompere e rimodellare il naso per sembrare meno iraniane, o Pechino, dove si fanno spezzare le gambe e aggiungere ossa per essere più alte, o Dallas dove si fanno ridurre la lunghezza dei piedi per potere rientrare in un paio di Manolo Blahnik o di Jimmi Choos. Ovunque ho conosciuto donne che odiano una particolare parte del proprio corpo. E passano quasi tutta la vita ad aggiustarla. È come se si fossero assegnate un piccolo territorio, il loro corpo, che cercano di tiranneggiare, pulire, controllare mentre perdono di vista il mondo. [4]

Ma la questione non è poi così semplice. I media e l'industria culturale vengono regolarmente interpretati come il solo nemico capace di assoggettare giovani donne passive e influenzabili, ed ora anche giovani uomini apparentemente più aggressivi e intraprendenti.

Perché la magrezza sia divenuta un ideale culturale dominante nel ventesimo secolo è oggetto di discussione; per il sesso femminile l'anoressica incarna, in modo estremo, una battaglia psicologica tipica della situazione attuale delle donne, una situazione in cui l'azione congiunta di fattori sociali, economici e psicologici diversi ha prodotto una generazione di donne che si considerano piene di difetti, si vergognano delle proprie esigenze e non si sentono autorizzate a esistere, se non a condizione di trasformare se stesse in persone nuove e degne (cioè senza esigenze, senza bisogni, senza corpo).

L'anoressia rappresenta uno degli estremi di un *continuum* sul quale oggi si trovano tutte le donne, in quanto tutte più o meno vulnerabili alle esigenze della costruzione culturale della femminilità, per cui la cultura – la quale opera non solo mediante l'ideologia e le immagini, ma anche mediante l'organizzazione della famiglia, la costruzione della personalità, l'educazione della percezione – non concorre semplicemente all'insorgere dei disturbi alimentari ma addirittura ha un ruolo preminente nel produrli.

Ne sono conferma due aspetti singolari dei disturbi del comportamento alimentare: in primo luogo, essi sono molto più frequenti nella popolazione femminile (circa il 90% delle persone che ne soffrono è composto da ragazze o donne); in secondo luogo, i disturbi alimentari rappresentano un fenomeno culturalmente e storicamente situato: nelle società industriali avanzate degli ultimi cento anni circa. Nel corso della storia, sporadicamente, sono stati documentati diversi casi isolati, ma è solo nella seconda metà dell'Ottocento che una sorta di contenuta epidemia di anoressia mentale viene menzionata per la prima volta nei resoconti medici; e una tale frequenza scompare di fronte allo straordinario dilagare dell'anoressia e della bulimia negli anni ottanta e novanta del nostro secolo.

Il quadro delineato quindi solleva dubbi sulla possibilità di potere designare l'anoressia e la bulimia secondo criteri strettamente clinici, ponendo invece l'accento sul carattere acquisito, culturalmente determinato, di tali disturbi e ridefinendo il ruolo della cultura quale fattore primario nella produzione dei disturbi del comportamento alimentare, e non di fattore scatenante o concomitante.

La cultura non ha solo insegnato alle donne a essere *corpi insicuri*, continuamente alla ricerca su se stessi di segni d'imperfezione; ha anche insegnato alle donne (e agli uomini) a vedere il corpo in un certo modo: la magrezza è stata sempre decantata come un pregio da un punto di vista estetico, ogni curva e rotondità finisce per essere vista come sgradevole, come grasso inestetico che deve essere eliminato. Alla luce di questa analisi, non è che l'anoressica percepisca in modo errato il proprio corpo; piuttosto, ha appreso perfettamente gli standard culturali dominanti relativi al modo in cui percepirlo. La nostra è una cultura in cui le diete rigide e l'esercizio fisico intenso sono continuamente intrapresi da un numero sempre più alto di ragazze sempre più giovani: addirittura di sette o otto anni, secondo alcune ricerche; in altre parole, la nostra società sta producendo una generazione di donne giovani e privilegiate con gravi disturbi mestruali, nutrizionali e mentali.

Ma come può un'analisi culturale spiegare il fatto che i disturbi del comportamento alimentare si manifestano solo in alcuni individui, benché tutti siamo soggetti alle stesse pressioni socio-culturali? In realtà non siamo esposti tutti «alle stesse influenze culturali»; ciò cui tutti siamo esposti, piuttosto, sono le immagini e le ideologie omogenizzanti e normalizzanti relative alla femminilità e alla bellezza femminile. Tali immagini premono a favore della conformità ai modelli culturali dominanti, ma l'identità individuale non si forma soltanto attraverso l'interazione con tali immagini, per quanto potenti possano essere. Le particolari configurazioni (appartenenza etnica, posizione socio-economica, fattori genetici, educazione, famiglia, età e così via) da cui risulta la vita di ciascuno sono ciò che determina il modo in cui ogni singola donna viene influenzata dalla nostra cultura. L'identità di ognuno di noi si costruisce a partire da vincoli genetici, morfologici, culturali, familiari, psichici, che insieme determinano la nostra posizione nel mondo e la nostra libertà.

Ma ancora più fortemente questi disturbi sono ancorati alla visione del mondo più

diffusa in questa parte del mondo occidentale. È questo che ci spiega perché queste pazienti sono così tenacemente attaccate al loro sintomo, anche se le porta alla morte.

4. Il corpo virtuale

La lontananza dal corpo, la manipolazione estrema, la perdita dei confini dell'identità corporea, declinano una trasformazione che non riguarda solo *il costume*, ma piuttosto qualcosa che ha a che fare con un'idea meccanicista e riduzionista del corpo – macchina da smontare e rimontare, con un disinvestimento drammatico nei confronti di ciò che è vivo, della carne ridotta ad un insieme di ingranaggi. Il corpo moderno è fatto di due corpi, uno virtuale – quello smaterializzato della Rete – e un altro che si potrebbe definire *ipercorpo*, un corpo che contiene altri corpi, ad esempio nei trapianti o nelle biotecnologie.

Uno degli aspetti più sconcertanti nella diffusione e nella globalizzazione dei Disturbi del Comportamento Alimentare è l'utilizzazione del *web* nella trasmissione di modelli culturali che enfatizzano la magrezza, con la comparsa di siti che propagandano comportamenti patologici, finalizzati al controllo del peso e danno consigli estremi su come dimagrire .

I siti pro-Ana, dove Ana sta per anoressia, costituiscono uno dei canali più efficaci di diffusione del disturbo, soprattutto tra gli adolescenti, che utilizzano questo mezzo quotidianamente e con estrema familiarità.

La caratteristica di questi siti è quella di costituirsi come delle sette, sorta di movimenti *underground* dove si lancia un appello a dimagrire ad oltranza, come una forma di protesta e opposizione al mondo degli adulti . Il segno distintivo dei seguaci di Ana è un braccialetto rosso, che viene venduto ad un prezzo che varia dai 3 ai 20 dollari, e che consente il riconoscimento anche fuori dal web.

L'esplorazione di questi siti, che, essendo proibiti, vengono ciclicamente chiusi e riaperti, proprio come quelli dei pedofili, lascia davvero interdetti per il livello di terrorismo psicologico, cui possono essere sottoposti gli adolescenti che vi entrano (si pensi alle foto di giovani donne obese in costume da bagno, con una didascalia: *Ecco come i vostri genitori vogliono farvi diventare*). I comandamenti pro-Ana, cui gli adepti dei siti devono attenersi, sono tutti centrati sull'equazione che la magrezza è la salvezza, la strada principale per essere vincenti e felici.

Non è nuova nella storia della medicina una sorta di dimensione estetica di alcune malattie: pensiamo ad esempio alla tubercolosi nell'Ottocento, così ben rappresentata dal romanzo *La montagna incantata* di Thomas Mann o alla sifilide o all'AIDS. Ma non c'è nulla che possa essere paragonato a questa rappresentazione del corpo che enfatizza la malattia e nello stesso tempo cerca di allargare intenzionalmente il contagio.

I Disturbi del Comportamento Alimentare sono malattie gravi e dall'esito spesso infausto, sono la prima causa di morte tra le malattie psichiatriche; e la causa del decesso più frequente, oltre quella collegata a complicanze internistiche è il suicidio. È difficile accettare che qualcuno possa intenzionalmente diventare una sorta di *untore* e

diffondere tra adolescenti che *chattano* o *navigano* in rete un disturbo che porta a tali e gravi conseguenze.

Alcuni stralci di queste conversazioni in *chat*, nei *forum*, nei *blog*, generalmente notturne, ci introducono all'interno di un mondo, che si apre appena le porte di quelle camerette piene di manifesti e *pelouche* si chiudono. Le ragazzine, veramente quasi bambine, entrano in realtà dove per dimagrire si può fare di tutto, dove i genitori sembrano fantasmi inesistenti e dove i coetanei suggeriscono sistemi di controllo del peso efficaci e pericolosissimi.

Come in tutte le *chat*, tutto avviene in presa diretta e le conversazioni si interrompono perchè una delle partecipanti al forum deve andare in bagno a vomitare, oppure a fare pipì dopo avere ingerito i diuretici che la nonna prende per il cuore. Le altre, appena torna in *chat*, le domandano com'è andata e si congratulano con lei se è riuscita nel suo intento.

Alice ha 15 anni e il suo *nick-name* è Ashley, passa intere giornate e notti al computer, *chattando* in forum pro-Ana. Quando viene ricoverata nella Residenza Palazzo Francisci, Alice pesa 35 kg ed è alta 1,60, parla con parole non sue, quasi un linguaggio in codice, comprensibile solo visitando i dialoghi delle *chat*. Parla di un corpo che non esiste veramente, un corpo patinato, manipolato, irreale. Un corpo virtuale che è anonimo, che può scegliere l'identità maschile e femminile, a seconda di come decide di rappresentarsi, poiché in rete chiunque può dichiarare di essere quello che vuole essere. E neppure quando questo corpo diventa reale nel rischiare la morte e i genitori la ricoverano, il suo modo di parlare di sé e della sua malattia diventa più adeguato alla drammaticità dell'evento.

Per ore e ore i partecipanti a questi dialoghi senza fondamento, si incontrano senza memoria né immaginazione, in un tempo sospeso, ove la sequenza di attimi, *flash*, frammenti di vita, non costruisce nessuna storia, nessuna temporalità. In questo mondo gli adulti non possono entrare e si coglie tutto il rinforzo positivo del sintomo dato dall'opposizione, dal senso di onnipotenza che tutti i partecipanti alle *chat* manifestano.

Ogni aspetto del corpo, del cibo, di ciò che fa bene e di ciò che fa male viene dissacrato e irriso, si diffondono in web le leggende più inverosimili finalizzate alla perdita di peso, favole, fandonie, bufale di ogni genere. Ma l'argomento è così interessante e seducente che tutti scrivono e leggono di tutto. Una delle più diffuse piramidi alimentari viene trasformata in un manifesto contro il cibo: il cibo è il diavolo. E mai metafora fu più pertinente, nella forza dannosa che assume l'ossessione perenne per il cibo, che viene spogliato dalla sua funzione di nutrimento, fonte di vita e calore. Non c'è dubbio che in questo caso la forma patologica si connette molto facilmente a forme culturali e questo ne spiega l'irrefrenabile diffusione, ma forse c'è qualcosa di più e scelgo le parole di uno storico della scienza e delle idee, Paolo Rossi, che di questi temi si è occupato, per esprimere la difficoltà a separare la patologia dall'impianto culturale che le da nutrimento:

Nonostante tutti questi esempi, mi sembra resti vera l'asserzione che nessuno ha mai fatto propaganda a favore dell'assunzione o della diffusione di una malattia. Di fronte alla diffusione del culto di Ana possiamo domandarci: davvero si tratta, in questo caso, di propaganda a favore di una forma patologica o non si tratta invece dell'antica esaltazione del digiuno e della magrezza che sarebbero sinonimo di saggezza e di santità nelle filosofie orientali e, in particolare, indiane? O anche nell'ideale cristiano di una frugalità spinta fino ai limiti estremi? Di una santità che è fondata sul rifiuto del corpo, luogo di tentazione e strumento di peccato? o all'immagine (molto antica) del digiuno come purificazione? Una malattia che si connette a scelte di comportamenti e quindi, indirettamente, a filosofie e a scelte di vita, alle credenze e al costume perde per questo il suo carattere di specificità patologica, fino a diventare, in una certa misura, qualcosa di non più riconoscibile? [9]

5. Ruolo della famiglia

I DCA costituiscono in prevalenza una patologia dell'età evolutiva significativamente imbrigliata nelle dinamiche del gruppo familiare; non affrontare tali legami significherebbe rallentare o addirittura rendere impossibile il cambiamento nella paziente. Tuttavia, le teorie degli anni settanta, che vedevano la famiglia come l'elemento più accreditato nella patogenesi del disturbo alimentare, sono state abbandonate, in nome di un'ipotesi eziopatologica multifattoriale, che tiene conto dei numerosi fattori di rischio temperamentali, traumatici, sociali, culturali. Anche il quadro epidemiologico degli ultimi anni, con l'aumento esponenziale della patologia, non ci restituisce la presenza di una famiglia «tipo» cosiddetta patogenetica, ma piuttosto una trasversalità sociale, antropologica, psicologica estremamente variegata, così come diversificato risulta il disturbo. La variabile familiare costituisce sicuramente uno dei fattori di rischio, ma soprattutto gioca un ruolo decisivo in quanto fattore di mantenimento del disturbo.

Quello che accade dentro la scena familiare, quando la patologia irrompe scardinando equilibri e determinando fortissime tensioni, può fare la differenza rispetto all'andamento e alla prognosi del disturbo stesso. Cito una lettera di Matilde, ricoverata nel 2005 per una grave forma di bulimia multicomulsiva, dove i genitori sono visti attraverso gli occhi della figlia come «morti dentro, uccisi dal loro amore e dai loro pianti «ed è chiaro come questa profonda angoscia dei genitori attivi in Matilde una infinita e ricorsiva tristezza.

Fino ad oggi ho preso due volte il Lexotan, anche se altre volte non ho fatto in tempo ma il vero problema è che ho vomitato 10 volte e mi rattrista questa situazione, sono nervosa: sarà il ciclo, sarà che io non so stare calma per natura ma mi fa male sapere che sono crollata nuovamente. Ho paura tanta, troppa. E mi dispiace anche scrivere solo queste brutte notizie. Sono stanca di avere i miei genitori morti dentro, uccisi dal loro amore e i loro pianti, i loro: Ma come anche oggi! (mia madre, quasi scocciata, stanca anche lei di questa situazione). Chissà quando riuscirò per un po' a controllare i miei impulsi, questa estate forse parto con due amiche, ma ho paura perché tanto vomiterò e allora come

farò? stesso bagno, non mi sento pronta ma voglio viaggiare. Ho pensato anche alle missioni in Africa, perché mio padre mi ha parlato di un missionario, da allora penso che forse quella è la mia strada, ma devo prima guarire, vero? Eppure vorrei cambiare la mia vita perché sono stanca di piangere e vomitare, guardarmi in faccia e vedere due occhi vuoti pieni di vita frantumata, i cui pezzi puzzano di sporco. Non ci capisco più niente.

Matilde, 23 anni, marzo 2005.

Presso il Centro che dirigo, Palazzo Francisci di Todi, lavorare con la famiglia e coinvolgere i familiari nella battaglia contro la malattia, considerandoli soggetti attivi del trattamento, diventa decisivo e può assumere un'importanza rilevante per l'esito del trattamento. I genitori arrivano pieni di preoccupazione, dilaniati dai sensi di colpa, generalmente dopo mesi di contrattazione fallimentare con le figlie sul loro cibo e sul loro peso. Chiediamo a questi genitori di dimenticarsi di quello che in greco si chiama *aitia*, parola che designa contemporaneamente la colpa e la causa.

Cerchiamo di prepararli ad un compito che sarà lungo e difficile, rassicurandoli però che da questo disturbo oggi è possibile guarire. Cerchiamo anche di comunicare loro che saranno sostenuti in tutti i passaggi del trattamento e che non saranno mai abbandonati dall'*équipe*.

In questi anni, mi sono trovata spesso di fronte a genitori ai quali nessuno aveva spiegato la natura del disturbo alimentare, né quali fossero le fasi necessarie per la guarigione. Anche qui come accade nei confronti di ogni altra malattia che non si conosce, l'ansia e la paura aumentano di fronte ad un nemico sconosciuto.

Dal momento dell'ingresso della paziente a Palazzo Francisci, i familiari vengono progressivamente coinvolti in un programma di incontri quindicinali con lo psicologo e con il filosofo, allo scopo di mettere a fuoco le dinamiche interne alla famiglia che possano avere avuto una qualche influenza nello strutturarsi del disturbo. Una volta al mese, si svolgono in Residenza incontri di gruppo a cui partecipano i familiari e gli amici delle pazienti ricoverate, finalizzati, da un lato, all'acquisizione di informazioni generali sulla patologia, che nonostante una maggiore attenzione da parte dei *mass-media*, resta in gran parte incompresa anche nelle famiglie in cui si verifica, dall'altro, a depotenziare il carico di angoscia e di colpa, spesso vissuto in solitudine, attraverso la condivisione di esperienze simili. Questo genere di incontri fornisce anche un notevole rinforzo alle proposte e agli impegni di cambiamento all'interno delle famiglie: la riuscita di una strategia in uno dei nuclei familiari coinvolti fornisce l'esempio pratico e concreto del modo in cui alcuni cambiamenti possono realmente verificarsi.

Questa è la lettera ai genitori di Roberta: un'altra paziente, anoressica, ricoverata presso il nostro Centro :

Cari custodi della mia essenza,

mi rivolgo a voi in questa lettera, per dirvi cose che non sono stata in grado di dire a voce per la solita paura di ferirvi, di deludervi o semplicemente per la paura di esternare le mie emozioni. Sono ormai quasi tre mesi che non

vivo più a casa con voi. Più di tre anni che pur vivendo sotto lo stesso tetto, attorno alla stessa tavola, sullo stesso divano, non era più la stessa cosa. Ed ora, ora che più che mai, potrei pensare con più calma, distanza, avverto la vostra assenza: la voglia di raggiungervi in ogni istante e nello stesso tempo la paura di rivedervi.. la voglia di fuggire e sentirmi libera. Un po' come quando di fronte ad un trancio di pizza, sento il desiderio mi sento impotente e in colpa solo per essermi permessa di desiderarlo. Sono stanca, tanto stanca, rivotoglio la mia mamma e il mio papà, che hanno fatto sempre tutto per aiutarmi, vigilando sulla mia vita per paura si potesse rompere. Forse con questo tipo di protezione non sono riuscita a volare. E' dura rendersi conto che la nostra famiglia non è perfetta come ha sempre sostenuto: ciò che lo faceva intendere la stessa maschera che da 5 anni a oggi ho portato addosso per mascherare la Roberta che c'è sotto. Ma ho imparato a capire che la perfezione non esiste e vorrei tanto che lo capiste anche voi: che lo accettaste. Forse così la vita sarebbe per voi non dico più semplice ma meno amara. La nostra vita va adeguata alle nostre imperfezioni: solo così potremmo noi tutti evitare di sentirci in colpa per tutto ciò che facciamo e decidiamo. Ho trascorso 5 anni di autodistruzione, con grande fatica sto imparando a lasciarmi andare: per far nascere una nuova Roberta che sia il frutto di nuove conoscenze, grazie alle quali potrò vedere le cose diversamente; così la mia vita potrà essere diversa, frutto di nuove scelte. Mi dispiace vedervi soffrire per me, mi dispiace vedervi spendere la vita solo dal mio pensiero. So che una figlia dovrebbe esservene grata ma io non sono in grado di contenere tutto il vostro amore, le vostre apprensioni, mi hanno soffocato facendomi cadere nell'illusione che non avevo bisogno delle vostre attenzioni, del vostro affetto, cosa che non ho mai smesso di desiderare ardentemente. Ho continuato a dirvi questa bugia per molti anni, fino a convincermene ma la mia era solo una difesa da voi, voi che per paura del dolore avete fatto di tutto per non farmelo sperimentare, il risultato è stato più dolore. Ciò che vorrei farvi capire con la mia esperienza è che non esiste una vita bella o una vita brutta, una vita priva di sofferenze o una vita piena di sofferenze: ciò che le rende diverse è il modo in cui si soffre. Soffrire è alzarsi in piedi, ogni giorno ognuno di noi affronta la propria personale battaglia per vivere, rischiando e accettando di poter soffrire. Questa non è rassegnazione, anzi è un grande abbraccio verso la vita, che è spesa alla propria realizzazione e non al risultato. Pochi sanno vivere così, e noi tutti, fino ad oggi, abbiamo dimostrato di non esserne capaci. Ora voglio rivolgermi a te, papà, che vedo soffrire in silenzio a causa mia, invecchiare come se per te fosse una sconfitta, come se fossi tu quello che ha perso la battaglia con la vita. Cerchi sempre di darmi consigli, ti appelli sempre alla volontà, la vita non è un atto di volontà, esistiamo noi con i nostri danni e le nostre debolezze. Bisogna costruirla la propria vita e non la devi sudare per farla godere a qualcun altro che a tuo avviso ne ha il diritto. Non spaventarti del tempo che passa perché non è lui che ti porta via ma tu stesso che ne disponi tutti i giorni, ogni attimo. Quanto a te mamma, voglio dirti due parole, le stesse che ogni giorno mi ripeto nella speranza che tu sappia ascoltare. Ti prego di non sentirti accusata: nessuno né tanto meno io, ti vuole puntare il dito contro. Io non sono te. Siamo due

persone diverse, apparentemente uguali ma fundamentalmente distinte l'una dall'altra. Fai le tue scelte, prendi le tue decisioni per ciò che riguarda te stessa, solo così io potrò fare le mie. A me voglio provare a pensarci da sola. E non provare reprimere l'ansia: è come se ti impedissi di gioire o di soffrire, lo so che quando mi parli pretendi di sapermi leggere dentro. Ma non è sempre così. Liberati dalla presunzione di potere tutto e sapere tutto. Non vedermi come tu desideri ... questo non è vivere è andare avanti. Posso considerare questa come la prima effettiva richiesta di aiuto: una riflessione che ognuno di noi potrà fare su sé stesso. Il pensiero è importante, è un arma contro il dolore. Una ultima cosa. Il fatto che io sia anoressica non fa di me un incapace, una deficiente, né tanto meno una bambola di porcellana che si ha paura si possa rompere anche con una sola parola. Vi prego tornate a vedermi e troverete quelle parole che ora vi mancano. Torniamo a parlare. Vi voglio bene.

Roberta, 20 anni, aprile 2006.

La malattia dei propri figli viene spesso sentita come un'accusa su di sé, mancano le parole, si smette di parlare o più profondamente d'ascoltare. Genitori smarriti, che si trovano da soli a dover affrontare un disturbo, a volte culturalmente incomprensibile: il rifiuto del cibo, dei pasti in comune, nega e sconfessa ogni forma d'intimità familiare: *questi figli sputano sul nostro lavoro, tradiscono queste mani che lavorano per darli da mangiare*. Sono le parole di un padre, uno dei tanti, che ogni fine mese intervengono agli incontri della residenza di Palazzo Francisci. È un padre smarrito, ha visto spazzare via dalla malattia della propria figlia, tutto ciò che culturalmente lo legava alla sua funzione genitoriale; viene da un piccolo centro agricolo della Basilicata, le sue *mani* sono abituate al lavoro duro, la ricompensa a fine giornata è rappresentata da un pasto ricco in comune. Questa figlia mette in discussione un ordine tramandato da generazioni di padri e figli che sembrava immutabile.

Comprensibile è lo sgomento e l'angoscia, che un problema del genere porta nel contesto familiare. Tuttavia lo stesso smarrimento, lo ritroviamo sotto altre forme in altre famiglie, tutte si presentano con un'unica domanda: *perché, come è potuto succedere, perché proprio a noi?*. Non è facile rispondere, non è facile sostenere il loro sguardo, il dolore ha bisogno di una sua particolare forma di ascolto. Solamente in un dialogo costante è possibile rintracciare un senso nuovo, in grado di far fronte a tanta angoscia. Spiegare a questi genitori che la malattia dei propri figli non è un atto d'accusa nei loro confronti, confortarli nell'indicare un cammino terapeutico comune, non è sempre facile. Hanno paura, come ha paura chi non riesce ad individuare il nemico, devono combattere delle ombre, dei fantasmi che vivono dentro la testa di una persona tanto amata. Questo è il tributo più grande che ogni esperienza d'amore richiede, capire l'incomprensibile e sperare l'impossibile.

La malattia di un figlio può, e deve rappresentare, un'occasione privilegiata per guardare dentro sé e dentro gli equilibri della famiglia; rappresenta un momento esistenziale privilegiato per crescere, senza dare niente per scontato o acquisito. *Una vita che non è stata messa alla prova non è un'autentica vita*, dichiarava Socrate: una

famiglia, una relazione, che non sia stata messa alla prova, non è un' autentica famiglia. Ogni forma d'intimità deve superare delle crisi, uno stravolgimento degli assetti dati, per ritrovare un orizzonte in comune. Per questo è d'importanza fondamentale che i suoi componenti non si sentano minacciati dal dolore, il Talmud insegna: *I cardini reggono la porta e le prove reggono l'uomo. Se sarai capace di accogliere le tribolazioni e di sopportarle, accettandole come prove della tua resistenza e consistenza, allora quelle pene si trasformeranno in cardini e ti reggeranno*¹⁰. Le prove affrontate divengono il sostegno, i cardini su cui poggiamo. Si può diventare persone migliori dopo esperienze così drammatiche, e se un senso è possibile, se una resurrezione è realizzabile nell'orizzonte umano, quel senso appare nel superamento della negatività: nell'incessante lotta del bene contro il male, della salute contro la malattia, della verità contro l'inautenticità.

Il cammino verso l'autenticità non è una marcia trionfale, la sua strada è disseminata di disconoscimenti, fraintendimenti: bisogna sperimentare molti falsi sé prima di rintracciare una lieve traccia di verità.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Dalla Ragione L. e Bianchini P., *Il cuscino di Viola. Dal corpo nemico al corpo consapevole*, Edizioni Diabasis, Reggio Emilia 2006.
- [2] Dalla Ragione L., *La casa delle bambine che non mangiano*, Il Pensiero Scientifico, Roma 2005.
- [3] De Luca E., *Alzaia*, Feltrinelli, Milano 1997, p. 25.
- [4] Ensler E., *Il corpo giusto*, Marco Tropea Editore, Milano 2005.
- [5] Gordon A R., *Anoressia e bulimia, anatomia di un'epidemia sociale*, Cortina, Milano 1990.
- [6] Gould S. J., *Il pollice del panda*, Roma, Editori Riuniti 1983.
- [7] Jaspers K., *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1964.
- [8] Ministero della Sanità, Commissione di studio per l'assistenza ai pazienti affetti da Anoressia e Bulimia Nervosa, *Annali della Sanità Pubblica (Nuova Serie)*, 1998; III; 1, 2, 3, pp. 9-20.
- [9] Rossi P., La Natura, il mangiare, la cultura, in [2], p. XXXIII.
- [10] Russel G. F. M., The changing nature of anorexia nervosa, *J. Psychiat. Res.* 19, 1985, pp.101-9.