

Il corpo in fame – disturbi dell'alimentazione

Pierrette Lavanchy

Nell'affrontare il tema del corpo e del cibo che lo nutre, dobbiamo ricordare innanzitutto il valore fondamentale dell'atto di consumare cibo, testimoniato nella nostra tradizione cristiana dalla condivisione del pane nella Comunione che attualizza la relazione dei fedeli con Cristo e con gli altri fedeli.

Ma ponendoci sul piano terreno e concreto, in termini descrittivi, l'atto di mangiare, di nutrirsi, in ordine cronologico nello sviluppo, viene immediatamente dopo l'atto di respirare, dopo l'urlo del neonato, ed è altrettanto vitale (anche se, diversamente dal respiro, tollera pause e attese).

Tre elementi. Nella poppata del neonato, ci sono tre elementi: il bambino, la madre, il latte. Il bambino e la madre sono i due soggetti in relazione, il latte / cibo è il dono della madre, la manifestazione concreta del suo amore.

I testi dicono che tra questi tre elementi, in partenza, la differenziazione non è chiara o addirittura mancherebbe: il neonato (naturalmente quando proviamo a ricostruire il suo punto di vista), vedrebbe la madre come una parte di sé e il latte come parte del tutto.

Il fatto è che con la crescita questi ruoli si precisano fino a contemplare i tre elementi distinti: il soggetto che assume o riceve il cibo, il cibo, e l'altro, cioè il terzo che dispensa il cibo: che è dapprima la madre o un sostituto – padre, zia, nonna – poi in modo più generico la famiglia, poi in modo sempre più astratto la società e infine la natura, il mondo.

Tendiamo certo a dimenticare che “dietro” il cibo c'è la madre, la famiglia, la società, il mondo. Tendiamo a semplificare la formula, riducendola da tre elementi a due elementi, dove il cibo occupa tutto il posto, rappresenta tacitamente il mondo. Per cui quando una persona entra in guerra con il cibo, non sempre si rende conto che è in guerra con il mondo.

Comunque in una situazione di armonia relativa, la differenziazione, a partire dalla confusione primitiva ci porta a vedere o sentire il fenomeno della nutrizione come una relazione triangolare tra il bambino, la madre e il cibo.

Il corpo. Parallelamente anche sul piano del corpo accade una differenziazione.

Per un lattante o per un bambino piccolo, sempre sulla base delle nostre ricostruzioni, sperimentazioni e congetture, il corpo e il soggetto fanno tutt'uno, tant'è vero che i dispiaceri si traducono facilmente in sintomi somatici, spesso disturbi digestivi, o febbri, o eruzioni cutanee. Con la crescita, le emozioni si esprimono in maniera più specifica, ma quando le cose vanno bene, c'è un sostanziale accordo, una sostanziale unità tra il bambino e il suo corpo. Anche da adulti, nel vivere quotidiano, non distinguiamo il nostro corpo da noi stessi, non diciamo che il nostro corpo ha fame, ma che abbiamo fame.

Sul piano alimentare, questa armonia riposa su meccanismi biologici di cui ci accorgiamo solo quando si sregolano. L'appetito è uno di questi elementi, che ci invoglia a cercare il cibo, il quale serve a fare crescere l'organismo. Un altro regolatore è il ponderostato, che contribuisce alla stabilità del peso (ciascuno di noi avrebbe un proprio set-point, che determina il peso medio intorno al quale il suo peso attuale oscillerà).

Ci sono tuttavia circostanze in cui, anche da bambini, prendiamo coscienza del nostro corpo, o quanto meno, non lo prendiamo più così tanto per scontato. Sono le circostanze in cui il corpo ha manifestazioni sue proprie: parliamo di malattie, anche le malattie infettive infantili, sono le modificazioni di statura o di peso, che possono piacerci o no, che possiamo

sentire come corrispondenti a ciò che sentiamo di essere nell'anima. Poi c'è anche l'esperienza dello specchio, nella quale possiamo riconoscerci (di solito verso i due anni, ed è un'esperienza di esultanza), ma anche, in altri momenti più tardivi, stupirci di essere ciò che siamo e meditare sul mistero che ci ha fatto essere così e non in altro modo. A questo punto l'unità primordiale ha ceduto il passo a un dualismo, tra la persona come soggetto e il suo corpo.

L'immagine del corpo. Comunque l'esperienza più banale e universale è quella del confronto con gli altri bambini, che ci indirizza a occuparci della nostra immagine. Alla pubertà e nell'adolescenza, l'attenzione per la nostra immagine diventa massima, perché il corpo cresce, si sviluppa, si arricchisce di caratteri sessuali secondari, le curve per le ragazze, la barba e il cambiamento di voce per i maschi. Il nostro fisico diventa, ancora più di prima, il nostro ambasciatore nel mondo, quello che può farci accettare o rigettare. Almeno lo si vive così. Il corpo, il nostro aspetto, diventa oggetto di maggiore interesse ma spesso anche di ansia e di preoccupazione. È allora che possono iniziare i disturbi dell'alimentazione, motivati dal desiderio di influenzare le vicende del corpo, di fermare la sua crescita, di opporsi ai suoi mutamenti, comunque principalmente di dimagrire. Disturbi che sono principalmente l'anoressia e la bulimia. Prima di descriverle con maggiori dettagli, possiamo dire che si tratta di condizioni nelle quali le energie della persona sono polarizzate in modo prevalente sul pensiero proibito e ossessionante dell'assunzione di cibo, che si tratti di rifiutarlo, di abbuffarsi o di vomitare.

Il punto è che queste manovre sull'alimentazione, che sono finalizzate a modificare l'immagine del corpo, sono in contrasto con il corpo come entità psicobiologica, espressione carnale del nostro essere, supporto della nostra esistenza, origine e strumento dei nostri piaceri e passioni, sede degli appetiti. Per cui inizia una lotta fra due funzioni del corpo, che ho chiamato "il corpo immagine" e il "corpo degli appetiti". In apparenza la persona che inizia una dieta mira al corpo-immagine, l'aspetto sociale, ma spesso si intuisce che il bersaglio possa essere quell'altro aspetto, da cui nascono il desiderio e le emozioni.

I problemi alimentari

Eccessi alimentari. La situazione più semplice, a questo riguardo, è quella che consiste nel lasciarci tentare eccessivamente dal cibo, perdendo la misura dei nostri bisogni. È una situazione che molte ragazze incontrano, in particolare al momento dell'adolescenza. Il corpo si trasforma e spesso prende peso, sia perché i meccanismi di regolazione devono essere riadattati alla nuova situazione, sia perché nascono situazioni sociali che creano ansia, allora ci si rifugia nel cibo. È una situazione in cui tipicamente il corpo-immagine e il corpo degli appetiti sono in conflitto. Se mangio troppo, ingrasso, e la mia immagine ne risente, così i ragazzi non mi guardano. Ma forse mangio proprio perché ho paura di essere guardata dai ragazzi, anche se lo desidero. Mangio perché il cibo non mi respinge, o mangio perché penso che il cibo sia controllabile meglio di un ragazzo.

Ma parliamo anche di situazioni più complesse, che possono essere lo sviluppo di questa prima situazione. E sono le forme patologiche che riveste la lotta contro il corpo degli appetiti, principalmente l'anoressia e la bulimia.

L'anoressia. Si parla di *anoressia nervosa*, talvolta di *anoressia mentale* quando una persona si priva volontariamente di cibo, per dimagrire, non solo, per eliminare ogni accenno al grasso corporeo, che è oggetto di un vero e proprio orrore. In realtà il termine (nella forma latina, *anorexia nervosa*, dal greco *an* privativo e *orexis*, appetito) è inadeguato perché non è l'appetito che manca, ma piuttosto il permesso di assecondare l'appetito. La ragazza anoressica mangia molto poco, ma pensa costantemente al cibo. È ossessionata dal problema dei valori calorici degli alimenti e dei processi metabolici del corpo. Ha l'attenzione

costantemente rivolta alla propria immagine corporea, vista come “grassa”, “gonfia” e comunque inadeguata ai propri occhi. Ha generalmente un’attività motoria esagerata, per consumare la già scarsa quantità di energia che ingerisce. Rispetto al proprio peso, si fissa traguardi via via più bassi, per eliminare ogni sembianza di rigonfiamento e arrivare a rendere visibile la struttura ossea. Come risultato giunge a uno stato di denutrizione molto grave, rivelato anche dalla perdita del ciclo mestruale. La diagnosi viene posta quando la persona ha una perdita di almeno il 15% del peso corporeo normale (in testi meno recenti il criterio era più severo, 25%), una amenorrea da almeno tre cicli, un atteggiamento avverso e distorto sia verso il cibo che verso il proprio corpo. Caratteristicamente nega la gravità del proprio stato e rifiuta di modificare le proprie abitudini, quando non fa finta di adeguarsi alle richieste disperate dei familiari sbarazzandosi poi con stratagemmi del cibo superfluo.

La bulimia. La *bulimia nervosa* (bulimia, dal greco *bous* = bue, and *limos* = fame, letteralmente *fame da bue*) sembra a prima vista il “contrario” dell’anoressia. È caratterizzata da attacchi compulsivi in cui la persona ingerisce una grande quantità di cibo (fino a diecimila calorie!) in un tempo limitato. La crisi di bulimia viene avvertita come irrefrenabile, dettata da un senso di “vuoto”, al termine di una fase di tensione crescente e di lotta contro la tensione; si attua sotto l’effetto di una perdita di controllo, a volte con un sentimento di disfatta, a volte in uno stato di coscienza alterato, ipnoide. Dopo l’accesso bulimico vi è un fugace momento di pienezza, presto sostituito dal malessere fisico e dal panico, accompagnato da sensi di colpa e di vergogna. Molte volte le persone bulimiche cerca di “rimediare” all’accaduto, con pratiche di eliminazione, vomito provocato o lassativi. Sia per evitare di assimilare il cibo ingerito, sia per “purificarsi” svuotandosi. La diagnosi viene posta quando vi sono almeno due attacchi alla settimana per almeno tre mesi, per il nuovo manuale DSMV, anche solo una volta alla settimana.

Sia l’anoressia sia la bulimia sono disturbi riscontrati per lo più in soggetti femminili, nel 90% dei casi.

Diverse bulimie. Anoressia e bulimia sono, in modo schematico, le due forme principali dei disturbi alimentari. Il quadro si complica quando si entra nelle distinzioni. La forma di anoressia che ho descritta è quella chiamata *restrittiva*, in cui la persona si priva di cibo. Ma si parla anche di anoressia *di tipo bulimico* quando una persona ha crisi bulimiche con un “progetto anoressico”: cioè con il tipico orrore del grasso dell’anoressia. Di solito si manifesta quando la persona non riesce a sostenere il rigore della dieta che si è imposta, e viene presa dalla frenesia di mangiare, contrastata subito dopo con le cosiddette “condotte eliminatorie”. All’interno dell’entità “bulimia”, vi sono varie forme, che si differenziano a seconda della presenza o meno di condotte eliminatorie: possono manifestarsi con o senza assunzione di lassativi o vomito provocato; o con tentativi di bruciare le calorie, di solito con dieta ipocalorica o con iperattività fisica; infine vi è anche una forma chiamata disturbo da alimentazione incontrollata, o BED (*Binge-Eating Disorder*) nella quale l’abbuffata non è compensata da nulla e porta all’aumento di peso.

Alcuni criteri di differenziazione

Se ricorriamo al **criterio della quantità**, del troppo o troppo poco, è facile differenziare l’una dall’altra le forme estreme, da una parte l’anoressia restrittiva, cioè la forma in cui la persona si priva di cibo, e dall’altra la bulimia senza condotte eliminatorie, cioè la forma in cui la persona è soggetta a “crisi di fame” senza prendere contromisure. Invece, quando una persona ha crisi bulimiche e poi elimina il cibo, cioè mangia e vomita, è necessario capire quale sia il suo scopo, o quale sia stato lo scopo iniziale. Si ricorre quindi al **criterio del progetto**: la base di queste pratiche può essere un progetto anoressico, caratterizzato dall’orrore del grasso, dal rifiuto del corpo femminile, per le ragazze, o del corpo infantile, per i maschi. Mentre nel caso

più comune, la bulimia può nascere da un progetto estetico, basato sul controllo del peso corporeo, dove è sempre questione o di non ingrassare o di dimagrire ma moderatamente (molte ragazze bulimiche hanno un peso normale). In parole povere, in questo secondo caso le ragazze non rifiutano il cibo, ma rifiutano le conseguenze dell'assunzione di cibo. Cedono alla golosità e decidono di vomitare poi con il progetto di godere i cibi senza rischio d'ingrassare, dimenticando o ignorando gli aspetti biologici, fisiologici e anche psicologici che scatenano con questa pratica.

Infine, il terzo **criterio** è **quello dell'atteggiamento psicologico** o caratteriale. Dobbiamo riconoscere che è diverso il caso di una persona che decide di non mangiare e riesce a non mangiare rispetto a una persona che vuole dimagrire o rimanere snella ma si lascia andare a ingerire enormi quantità di cibo, vomitandolo poi. Il primo atteggiamento, quello dell'anoressia, è ascetico, tipico delle persone che rifiutano il piacere o piuttosto ricercano il piacere nel controllo sui propri bisogni. Il secondo atteggiamento, della bulimia, è edonistico: la persona gratifica le pulsioni, i bisogni, gli appetiti, almeno al momento di ingerire il cibo. Poi, in un movimento bifasico, c'è il secondo moto, di rigetto, che annulla o cerca di annullare il primo.

Sono tutte forme compulsive; la ragazza anoressica perché non può permettersi di lasciarsi andare anzi viene presa in una competizione con sé stessa al ribasso, la bulimica perché non resiste al bisogno di riempirsi, ha un atteggiamento che è a tutti gli effetti una dipendenza. E qui entrano in gioco dei meccanismi sui quali il soggetto non ha più controllo.

Il corpo sregolato

Sotto l'effetto della sottrazione prolungata di nutrimento, l'organismo reagisce in diverse maniere, tentando di correggere, talvolta eccessivamente, la situazione. In particolare *modifica la soglia di sazietà*, abbassandola nell'anoressia restrittiva, mentre la eleva nella bulimia, dove alla sottrazione di cibo si alterna l'ingestione massiccia. Entrano in gioco in questo processo diversi neurotrasmettitori, cioè sostanze che trasmettono le informazioni dal tubo digerente al cervello, tra i quali la *serotonina* (nota per il suo ruolo come antidepressivo) svolge una parte importante. La serotonina ha tra le sue funzioni quella di stabilizzare l'umore e di contribuire al senso di sazietà. Nello stato precedente gli attacchi bulimici, quando vengono avvertiti l'impulso irrefrenabile a mangiare senza limiti (crisi di astinenza alimentare) e il vissuto di "vuoto" psicologico descritto dalle pazienti, *il tasso di serotonina è particolarmente basso*. Un'alimentazione normale dovrebbe consentire la sintesi di serotonina in sufficienza, e il ripristino dei meccanismi di regolazione. Ma nella bulimia, l'abitudine di vomitare non consente all'organismo di capire i segnali e di reagirvi in modo adeguato, poiché al pieno dell'abbuffata segue immediatamente lo svuotarsi dello stomaco. Così si instaura e si complica il circolo vizioso, fatto da abbuffata, vomito, nuova abbuffata ecc., senza fine.

Come aiutare le persone? Tenendo conto del coinvolgimento corporeo, alcuni indirizzi terapeutici considerano necessario trattare prima il sintomo – cioè il problema alimentare – prima di occuparsi del suo significato. Non mi soffermerò su questo punto. Probabilmente ci sono situazioni nelle quali gli approcci dovrebbero essere abbinati. Dal punto di vista psicoanalitico, è comunque in primo piano il significato che si esprime attraverso la lotta contro il cibo e contro il corpo.

Lotta interna

Riportandoci allo schema iniziale dei tre elementi presenti nell'atto del nutrirsi e ricevere nutrimento, possiamo dire che in questi disturbi dell'alimentazione l'interazione si restringe tra il soggetto e il proprio corpo, dove il cibo è diventato rappresentante, simbolo, del terzo elemento (la madre, la società, il mondo). Ritroviamo allora una relazione triangolare, ma

stavolta tutta interna alla persona, fra il soggetto, il suo corpo e il cibo. Possiamo parlare di una relazione che, invece di giocarsi sulla scena del mondo, si gioca nel teatro interno, dove il soggetto tratta il proprio corpo alla stregua di un agente sleale, alleato col nemico-cibo, un corpo che nel mio libro¹ ho chiamato “in fame”, giocando sull’omofonia con la parola “infame” (cioè traditore, nel gergo delle carceri). Mi pare particolarmente significativo questo ripiegamento della persona su sé stessa, che è allo stesso tempo un attacco ai legami con il mondo degli altri.

Le situazioni scatenanti

Nella lotta contro il corpo abbiamo quindi una chiusura al mondo di fuori. Una chiusura che sembra più totale e determinata nell’anoressia, più ambivalente e ondeggiante nella bulimia. Da dove parte, quali sono le situazioni che occasionano questa chiusura?

Dalle conversazioni con le pazienti emerge che molte volte il fattore scatenante è stato una rottura, uno strappo, una delusione d’amore, un abbandono. Per esempio una giovane donna che ho chiamata Ippolita è abbandonata dal marito e reagisce con la perdita dell’appetito. Dimagrisce, e il dimagrimento che era originariamente una forma di lutto diventa una fonte di euforia, tanto che entra in una sorta di spirale al ribasso, intorno al pensiero dominante della magrezza. In un colloquio, Ippolita afferma di credere più volentieri alla bilancia che non allo specchio nel quale, dice, si vede magra ma lo dimentica subito. Solo i numeri la convincono. Il suo piacere più grande è «vedere l’ago della bilancia che si sposta verso il basso». Questo rifugiarsi nell’astrazione indica chiaramente il distacco dalla realtà concreta, carnale, della propria persona. Si potrebbe dire che si libera dagli aspetti carnali che erano in gioco nella relazione con il marito e che il marito ha rifiutato.

Un’altra situazione che può sembrare opposta è l’avvicinarsi di un cambiamento che riguarderà precisamente questi aspetti carnali della persona. Ed è l’evento già accennato della pubertà, quando i contatti, gli approcci con l’altro sesso si profilano all’orizzonte e possono essere oggetto di paura, di vergogna, di inadeguatezza. Una mia paziente francese era diventata anoressica dopo che il suo fidanzato le aveva chiesto di sposarlo. Allora partì per l’America, dove iniziò una dieta drastica. I soggiorni all’estero sono spesso occasioni o pretesti per questi cambiamenti, proprio perché si è lontani dalla famiglia e delle proprie abitudini.

Un’altra giovane era andata anche lei a New York, per uno scambio tipo Erasmus. Era alloggiata presso una coppia giovane che le lasciava totale libertà, ma in una totale indifferenza. Poteva usare la cucina, e la usò per mangiare molto poco, tornando magrissima. Ma al ritorno fu accolta male dalle compagne di classe, forse invidiose del suo soggiorno, e fu presa da una frenesia di mangiare biscotti, prendendo peso in modo vistoso. Quindi due relazioni che vanno male, una relazione mancata con la coppia americana, una relazione rotta con le compagne italiane, e due risposte opposte, sempre sul piano del cibo.

Motivi narrativi. Il senso di queste risposte, sulla base di molti discorsi ascoltati da parte delle protagoniste, può essere riassunto sotto forma di una serie di temi o motivi narrativi, che esprimono l’essenziale dal loro punto di vista.

Per l’anoressia, un motivo fondamentale è quello della *tabula rasa*: come se la protagonista volesse ripartire da zero, rifondarsi, senza dover niente a nessuno, senza rischiare di subire influenzamenti. In questa linea ci sono motivi accessori, per esempio: *faccio a meno, rifiuto il mio corpo, non ho bisogno del mondo*. In questo miraggio di autosufficienza l’altro da me non esiste più, ogni tipo di invadenza viene bandita, in particolare il sesso. Possono esserci anche varianti sul tema della mortificazione o della punizione di altri.

¹ P. Lavanchy, *Il corpo in fame*, Rizzoli, Milano, 1994; di prossima riedizione presso IPOC Press, Milano.

Per la bulimia, il motivo fondamentale sembra essere quello della mancanza, il senso di un vuoto infinito che niente può colmare, tanto che appena la protagonista prova a riempirlo (col cibo, o con una nuova relazione), deve rigettare ciò che ha assunto perché non è buono, non è sufficiente, inganna, non deve essere assimilata. E questo vale anche per le persone. Caratteristicamente le relazioni sono governate dalla ricerca di “medesimezza”, cioè di un altro che sia come il soggetto, che condivida esattamente ciò che sente e ciò che vuole, da cui inevitabili delusioni e rotture.

In sintesi, l'anoressia è un progetto autarchico, mentre la bulimia è alla ricerca di un altro, ma con tanta ambivalenza e precarietà da rendere impossibile il successo.

Il risentimento

Quello che si capisce è che in tutto questo domina il senso del male, un condensato di negatività. E per i curanti, i terapeuti, i problemi alimentari mettono in gioco non solo la pazienza, ma anche la comprensione e la tolleranza.

Potremmo dire che il quadro di questi disturbi è dominato dal risentimento. E qui prendo a prestito le parole di Madre Ignazia Angelini, nel suo libro *Mentre vi guardo*². Il risentimento, scrive, è il risultato di una chiusura al sentimento. Cito le sue parole: «Il sentimento è la percezione di me come affetto dagli altri, “toccato” dalla presenza di un'altra persona. Il risentimento, invece, nasce quando, piuttosto che aprirmi all'altro, mi ripiego sulla sensazione che questi mi ha in un certo modo “ferito”. Non c'è più la capacità di sentire l'altro e di vibrare in conseguenza, ma sopravviene la voglia di far pagare all'altro la ferita della relazione, ferita sulla quale concentro ogni mia attenzione, invece che alzare gli occhi sulla persona che l'ha generata». E continua dicendo che l'incontro è sempre una ferita perché è un'apertura reciproca, che mette in gioco il nostro lato intimo ed è fonte di paura se non c'è fiducia. Più l'incontro è importante, più la ferita può essere grave e più forte il risentimento. Questi concetti vanno molto al di là dell'ambito dei disturbi alimentari, ma si attagliano perfettamente alla situazione di chiusura, di ripiegamento che abbiamo descritta.

Il progetto terapeutico

Si capisce quindi come il progetto terapeutico sia di riaprire il circuito chiuso, di ristabilire una relazione nella quale il sentimento possano esprimersi senza timore, e nella quale sia possibile alla paziente tollerare “la ferita” di aprirsi.

Si potrebbe pensare che le pazienti, in base alla loro sfiducia e appunto al risentimento, non accettino le cure e i colloqui. Invece molte accettano di parlare, anche con riserve mentali “per far piacere a mia madre”, per esempio. È dire che sono divise e non riescono ad accettare di aver bisogno di qualcuno, se non con una copertura, per esempio l'ansia di parlare dei problemi connessi al sintomo. Una delle fatiche dei terapeuti è riuscire a non lasciarsi trascinare a parlare di cibo per tutto il tempo. Sempre la parte collaborante delle pazienti accetterà di fare emergere il risentimento, il rancore, la polemica nei confronti dei genitori, dei fidanzati, dei partner, oppure l'esigenza di autonomia, ma questo proprio perché deve rimanere nascosto il “sentimento”, deve essere negato il bisogno emotivo, il senso di mancanza. Questo sentimento potrà essere rivelato solo nella relazione di fiducia con il terapeuta, se si riuscirà a crearla. Allora si potrà capire come la difficoltà di fondo sia accettare la differenza tra sé e l'altro e l'imperfezione di entrambi. La terapia è un luogo di allenamento a tollerare queste differenze, eventuali mancanze di condivisione. Per questo deve cominciare col fornire un clima in cui la paziente si senta accettata e rispecchiata nel suo bisogno di condivisione e medesimezza.

² Madre I. Angelini, *Mentre vi guardo*, Einaudi, Torino 2013.