

Per una storia dell'anoressia

ELENA CASTELLUCCIO

Introduzione

Metodologia di ricerca

Nel tracciare il quadro storico di una patologia psichiatrica in primo luogo si deve tener conto che la psichiatria vede continuamente mutare il proprio oggetto, dal momento che il modo di intendere la malattia mentale e il suo ruolo è sempre cambiato nel corso del tempo. Infatti non si deve dimenticare che determinati comportamenti, a seconda del contesto e del periodo in cui si sono verificati, sono stati considerati in alcuni casi frutto di normali inclinazioni, in altri frutto di distorsioni patologiche e, in tal caso, la causa della malattia era percepita ora come biologica, ora come psichica.

Di conseguenza un'indagine storiografica non può essere limitata ad una somma di vecchie e nuove nosografie e teorie riguardanti una certa patologia.

Consapevole di queste premesse, il mio intento è stato quello di dar vita al quadro storico di una patologia quale l'anoressia mentale, che ci viene descritta e presentata come sindrome "culture bound", ossia legata ad un preciso ambito culturale e storico, quello della civiltà occidentale contemporanea.

Sull'argomento della storia dell'anoressia sono apparsi diversi lavori, elaborati lungo direttive metodologiche distinte fra loro, seppur riconducibili in generale a tre linee di pensiero.

L'ipotesi della *continuità storica* ha portato alcuni autori (es. Bell, 1985¹), ad intendere comportamenti alimentari simili nel corso del tempo come simili o equivalenti sul piano della struttura psicopatologica; questo atteggiamento ha permesso di evidenziare una continuità fra casi clinici e casi storici, ponendo a posteriori diagnosi di anoressia mentale.

¹ Bell R. (1985), *Holy anorexia*, University of Chicago Press, Chicago.

Al contrario, l'ipotesi della *discontinuità* ha portato studiosi come Habermas (1992)² a ritenere che la diagnosi di anoressia mentale sia legata allo specifico di un preciso contesto culturale e, dunque, che la nascita di questa patologia non possa certamente datarsi prima del XVIII secolo.

Dal canto mio, sulla scia di una terza ipotesi di lavoro, della quale si fanno portavoce Vandereyken e Van Deth (1994)³, ho cercato di raccogliere una quantità di materiale sufficiente a spaziare in àmbiti diversi della vita sociale e culturale, dal sacro al profano, dal mito alla scienza, al fine di evidenziare gli antecedenti socio-culturali dell'anoressia mentale, nonché gli elementi di continuità, discontinuità, eventuale parallelismo, fra alcuni comportamenti alimentari nel corso del tempo (soprattutto il digiuno), i fondamenti di certi quadri sindromici presenti in testi scientifici e letterari di ogni tempo e la definizione e l'inquadramento della moderna anoressia mentale.

La questione, infine, non è stata tanto quella di porre a posteriori diagnosi o meno di anoressia, ma anche di capire con che modalità il digiuno sia entrato progressivamente nel linguaggio medico e nella clinica psichiatrica, definendosi, infine, come una sindrome specifica.

1. Comportamenti anoressici e digiuno nella mitologia e nelle società antiche

1.1 Anoressia e mitologia

Per cominciare l'analisi della storia della patologia anoressica, ho creduto opportuno rivolgere uno sguardo in primo luogo ad una forma di sapere tradizionale come la mitologia, poiché essa spesso cela una visione profonda e non definibile razionalmente dell'essere umano.

² Habermas T. (1992), *Historical continuities and discontinuities between religious and medical interpretations of extreme fasting. The background to Giovanni Brugnoti's description of two cases of anorexia nervosa*, in 1875, "Journal of the History of Psychiatry", 3, 431-455.

³ Vandereyken W., Van Deth R. (1994), *From fasting Saints to Anorexic Girls*, Tr. It. 1994, *Dalle sante ascetiche alle ragazze anoressiche*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Il riferimento al mito non mi è sembrato inutile, in quanto ho creduto importante porre il discorso sulla scia dell'insegnamento junghiano che proprio nei miti, (così come nel simbolismo onirico, nelle manifestazioni nevrotiche e psicotiche), rintraccia i contenuti archetipici, atemporalmente ed universali dell'inconscio collettivo.

Rifacendosi alla psicologia di Jung (1980)⁴ ci si rende conto che il racconto mitico, se certo non spiega gli eventi, consente però di *comprenderli* e di produrne nuove visioni.

Fatta questa premessa, è possibile passare all'analisi di documenti letterari e studi che saranno d'aiuto in questo particolare approccio al discorso mitico.

Da Omero, Tucidide e Livio⁵, si ha testimonianza che la morte per fame fosse, per il Greco, la sorte peggiore che potesse toccare all'uomo.

Ciononostante mitologia e letteratura presentano casi di scelte ascetiche, rifiuto volontario del cibo e presa di distanza rispetto al mondo esterno.

Un primo mito nel quale si riscontra un comportamento di tipo anoressico è quello di Eco e Narciso nella versione elaborata da Ovidio.

Eco, punita da Era perché con le sue chiacchiere la intratteneva proteggendo gli amori di Zeus con le ninfe della montagna, fu condannata a non poter più servirsi della propria voce se non per ripetere le ultime parole gridate da qualcun altro.

Così, innamoratasi di Narciso, le fu impossibile manifestare il suo amore.

Decise allora di smettere di mangiare e fece morire il suo corpo di consunzione: di lei rimase solo la voce ecoica.

In questo mito emerge una figura di frequente riscontro nei casi delle anoressiche contemporanee, ossia quella della Grande Madre (Era), che impedisce alla figlia la possibilità di espressione del proprio pensiero individuale e non la educa ad instaurare un rapporto comunicativo con l'altro sesso, facendole incontrare grosse difficoltà nel trovare relazioni soddisfacenti.

⁴ Jung C. G. (1980), *Gli archetipi e l'inconscio collettivo*, Boringhieri, Torino.

⁵ Homerus, *Od.*, XII 342; "Tucidide", 3, 59, 3; Livio, XII 41, 11; Id., XXVII 44, 8.

Rimanendo all'interno del problematico rapporto madre/figlia anoressica, Stroud⁶ ha stabilito dei parallelismi fra questo tema e il racconto mitico di Demetra e Persefone.

Il signore degli inferi, Ade, rapisce Persefone, figlia di Demetra, per farne la sua sposa. Quest'ultima, in preda all'ira e al dolore, impedisce alle messi di crescere. Zeus decide allora che Persefone passerà un terzo dell'anno negli inferi e due terzi alla luce del sole. Al ritorno di questa dalla madre, la terra si copre di frutti, mentre la sua scomparsa corrisponde all'avvicendamento stagionale dell'inverno dopo la fioritura primaverile e il raccolto estivo.

Proprio nelle vesti di Persefone è individuata l'anoressica che vive troppo strettamente legata alla madre, fino a che si rivolta contro la crescita, la fertilità, il cibo offertole da Demetra e fugge nell'isolamento del mondo infero.

Tra le fonti letterarie si annoverano in particolar modo le tragedie di Euripide e Sofocle.

Nell'"Ippolito incoronato" di Euripide, spicca la figura di Fedra, donna soggiogata dall'amore per il figliastro Ippolito, istillato prepotentemente in lei da Afrodite, irritata perché il giovane, dedito al culto di Artemide, si è votato alla castità.

La donna vorrebbe annichilirsi nello strazio del proprio cuore e così, nel deperimento del corpo, nella mortificazione degli istinti primari (sui quali trionfa la fame), ricerca la purezza e il controllo della mente sul corpo.

Il suo obiettivo primario è evitare che la passione diventi nota ed ella lo persegue utilizzando vari mezzi, tra cui l'anoressia, alla ricerca di un corpo asessuato.

Sarà poi in un delirio dei sensi attribuito ad Afrodite, (ma che oggi, su fondate basi cliniche, gli psichiatri attribuirebbero proprio all'inedia dell'anoressica) che Fedra, dopo aver vagheggiato una vita pura tra i boschi, confesserà alla nutrice la sua empia passione e darà il via a tutta una serie di eventi che condurranno verso la tragica conclusione finale.

Anche il personaggio di Antigone è stato interpretato come figura avente caratteristiche anoressiche.

⁶ Stroud J. (1980), *Anorexia nervosa and the Puer archetype*, "Lapis", 6, 1980.

Nell'omonima tragedia sofoclea Creonte, re di Tebe, ha imposto, pena la morte, il divieto di dare sepoltura al cadavere di Polinice, colpevole di essersi armato contro la patria. Ma Antigone non tiene conto dell'ordine, né dei consigli della sorella Isméne, bensì, obbedendo all'impulso dell'amore fraterno, rende una sepoltura simbolica a Polinice, gettando sul suo corpo un pugno di terra. Arrestata e condotta al cospetto di Creonte, si difende contrapponendo alle leggi dello stato quelle non scritte ed eterne degli dei. La fanciulla è condannata ad essere rinchiusa in un antro sotterraneo e a morire di fame. Quando Creonte, convinto anche dal figlio Emone, innamorato di Antigone, si ravvede, è troppo tardi: Antigone si è impiccata e, dopo aver ricevuto la funesta notizia, anche Emone si ucciderà.

L'esame di questa figura tragica del teatro greco fornisce un'interessante modello che può essere avvicinato a quello dell'anoressica.

Sia Antigone, sia l'anoressica, condividono l'ostinazione nel perseguire i propri obiettivi nonostante i richiami all'intelligenza e al buon senso, i ricatti, la violenza o la seduzione.

Entrambe le figure rifiutano di aprirsi all'altro e, di conseguenza, rifiutano qualsiasi coinvolgimento con la sfera della sessualità.

Infine, è degna di nota la storia, fortemente intrisa di elementi letterari, di Antioco, figlio del Re di Siria Seleuco I Nicatore, che, sulla base di diverse fonti, sarebbe caduto in uno stato di *melankonia* (depressione) dopo essersi invaghito della matrigna Stratonike.

Consumato dal suo illecito sentimento amoroso, il giovane cercò un modo per sbarazzarsi della vita. A poco a poco si lasciò andare, non curò più il proprio corpo e si astenne dal cibo, con il pretesto di una qualsiasi malattia.

Sarà poi il medico di corte, Erasistrato, ad intuire che la malattia di Antioco non aveva un'origine organica, ma era determinata dal profondo senso di colpa che questi avvertiva a causa del suo amore per Stratonike. Il medico alessandrino, così, consigliò a Seleuco di ripudiare la moglie per permettere al figlio di sposarla e guarirlo dal suo male.

Anche questo episodio sottolinea lo stretto legame tra fame e sesso, che oggi così spesso si riscontra nella sindrome dell'anoressia mentale. Un legame che, in ogni modo, si riscontra in qualche modo già nell'Odissea, dove si legge: "Niente è più cane del ventre odioso", cui se-

gue, sempre nello stesso testo, la frase: “Nessun’altra cosa è più terribile della donna”; due espressioni, queste, che mettono in corrispondenza il bisogno alimentare con quello sessuale, entrambi elementi che sottolineano la triste condizione umana, sempre dipendente dal mondo esterno.

1.2 *L’anoressia nel pensiero scientifico antico*

Nonostante l’anoressia sia considerata un “male moderno”, se ci si sofferma sull’esame di alcune opere mediche antiche, è possibile ritrovare descrizioni di stati di forte dimagrimento in presenza anche di avversione nei confronti del cibo.

Il termine “*anorexia*” fu usato per la prima volta in un testo medico da Areteo di Cappadocia, che ci ha fornito la descrizione più completa e moderna delle malattie mentali.

Nella sua opera egli indica tra i segnali di aggravamento delle malattie psichiche, (in particolar modo nei malati di frenite), la nausea, l’insonnia ed anche episodi di fame incontrollabile (“*Boulimia*”). Ora, la frenite per Areteo era un’alterazione del sistema nervoso, dunque egli può essere certamente considerato come il primo autore ad aver registrato abnormi comportamenti alimentari aventi origine nervosa.

Il termine “anoressia” non compare mai nell’opera del primo grande medico greco, Ippocrate (secoli V-IV a.C.).

Invece, diversi secoli dopo, Celso⁷ (30 a. C.- 45 d. C.), nell’opera “*De Re Medica*”, un trattato sulla medicina greca, descrive tre forme di consunzione che egli denomina “*tabe*”.

Nella prima forma, chiamata *Atrofia*, il corpo non riesce ad assorbire le sostanze nutritive, che sono espulse con le feci. Il deperimento che ne consegue, se non curato, risulta mortale.

La causa di questo disturbo è da individuare tanto nella poca, quanto nell’eccessiva nutrizione, le quali, rispettivamente, indeboliscono o contaminano il corpo ed hanno cause psicogene, ossia la paura del cibo nel primo caso e l’ingordigia nel secondo.

⁷ Celso A. Cornelio (I sec.), *Uber die Arzneiwissenschaft, in act Buchern*” (trad. Tedesca), Braunschweig, Friedrich Vieweg, 1906, traduzione (in 3 volumi): *De Medicina*, Harvard University Press, Cambridge (Mass.) 1953-1961.

Nella seconda forma, denominata *Cachexia*, il malato, già indebolito da un disturbo cronico, dall'assunzione di farmaci sbagliati o da cibi nocivi, non assorbe né espelle il nutrimento ingerito, cosicché il cibo va in putrefazione all'interno del corpo.

Nella terza forma, denominata *Tisi*, il disturbo interessa inizialmente il livello cranico e poi giunge nei polmoni provocando febbre, tosse e vomito di pus e flegma misto a sangue.

Questa classificazione è molto importante perché ad essa, come si vedrà, si rifarà Richard Morton, una figura fondamentale all'interno della storia dell'anoressia.

È Galeno⁸ (129-199 d.C.), tuttavia, che permette di ricostruire, sia pure per cenni sparsi, un quadro abbastanza delineato dei disturbi alimentari.

In particolare, egli istituisce uno stretto legame tra anomalie alimentari con tendenze anoressiche e l'eccesso di uno dei quattro umori che andavano a ledere un organo dell'apparato digerente o di quello respiratorio.

Detto questo, però, è interessante notare come lo stesso Galeno descriva casi di consunzione del corpo dovuti a cause psicologiche, in particolare ad un forte dolore.

Sulla sua scia si situa, infine, il medico bizantino Alessandro da Tralle o Tralliano⁹ (525-605 d.C.) che, nel capitolo "*Perì Anorexia*" della sua opera omonima, attribuisce la mancanza patologica di appetito ad un eccesso di umori nello stomaco e propone, di conseguenza, una terapia in grado di modificare la composizione umorale e di modificarne gli eccessi.

Per concludere, con un piccolo esame della letteratura medica più antica, ci si può rendere conto che la percezione del digiuno come forma patologica è vecchia di molti secoli e che, al di là delle notevoli differenze di significato e inquadramento nosografico, è possibile rinvenire degli elementi di continuità con le moderne interpretazioni del disturbo anoressico. Risulta, infatti, molto significativo che il pensie-

⁸ Galeno C. (II sec.), *Opera Omnia*, (testo greco e traduzione latina in 22 volumi), Cnobloch, Leipzig, 1821-1833.

⁹ Alessandro da Tralle (VI sec.), *Alexander von Tralles. Original-Text und Uebersetzung nebst einer einleitenden Abhandlung*, (trad.tedesca), Wilhelm Braumuller, Vienna 1878-1879.

ro scientifico antico aveva delineato con chiarezza una serie di disturbi alimentari connessi in maniera sorprendente con la sfera delle affezioni psichiche.

2. *Digiuno cristiano, ascetismo, “santa anoressia”*

L'ascetismo cristiano, che affonda le sue radici nel dualismo platonico tra anima e corpo, persegue l'annullamento dei desideri corporei e carnali, vissuti con un senso di profondo peccato, in nome del rafforzamento e della purificazione dell'anima che si protende verso Dio.

Facendo una storia del ruolo del digiuno nel mondo cristiano-cattolico, un momento estremamente importante è quello del medioevo con le sue “sante anoressiche”.

2.1 *La santa anoressia*

Nel medioevo il digiuno aveva un significato che non si inscriveva esclusivamente all'interno delle condotte ascetiche come quelle seguite dai padri del deserto nel periodo paleocristiano.

In questo periodo storico, infatti, esso assume delle valenze strettamente legate al conflitto identitario delle giovani donne del medioevo, configurandosi come parte di una reazione spontanea, sebbene non determinata, all'oppressione del mondo maschile.

Per diverse motivazioni, che ora si andrà ad esaminare, diversi studiosi, tra i quali R. Bell¹⁰ hanno interpretato la privazione del cibo come sintomo di quella che è stata definita “santa anoressia”.

La giovane donna del medioevo in lotta per l'autonomia inconsciamente a volte spostava il conflitto dal mondo esterno in cui avrebbe certamente fallito, a quello interiore, per ottenere la padronanza su se stessa e sui propri impulsi fisici.

Inoltre le sante anoressiche attribuivano alla rinuncia al cibo quel significato ascetico di cui si è parlato precedentemente, considerandola una via per esprimere il proprio amore e la propria devozione a quel Dio

¹⁰ Bell R. (1985), *Holy anorexia*, University of Chicago Press, Chicago.

al quale erano pronte ad offrire i loro corpi martirizzati da indicibili sofferenze.

Del resto, proprio la religione cristiana non manca oggi e soprattutto non mancava in passato, sotto l'influsso platonico, di indicare il corpo come carcere dell'anima e il suo martirio come via verso la salvezza dell'anima. È un discorso che vale ancora di più per la donna, il cui corpo è rappresentato come sede del peccato e del Male fin dalla creazione e i cui impulsi, soprattutto sessuali, vengono costantemente repressi... Nel cristianesimo trionfa, così, la figura di una donna vergine e in sostanza privata della sua sessualità.

Il modello della "santa anoressica", incarnato da diverse donne poi diventate sante o beate, tra cui Santa Caterina, Santa Veronica e Santa Chiara, iniziò il suo declino all'epoca della Contro-riforma, per diverse motivazioni.

Innanzitutto si ricordò che la lettura della Bibbia non dava giustificazioni di questo comportamento, anzi, al contrario essa presentava molte ingiunzioni contro i digiuni eccessivi: i discepoli di Gesù, a differenza dei Farisei, non digiunavano e Gesù stesso venne accusato due volte di essere un goloso ed un bevitore di vino. Inoltre, in un passo importantissimo, Egli nega esplicitamente che il cibo possa contaminare il corpo, affermando che non ciò che entra in bocca contamina l'uomo ma ciò che ne esce.

Ancora, nelle lettere di Paolo, si nega valore alle severe astinenze e si mette in guardia dal falso ascetismo, accusando le donne d'essere propense ad entusiasmi religiosi inautentici...

Lo stesso Benedetto da Norcia, fondatore del famoso ordine benedettino, nelle sue regole monastiche prevedeva una grande moderazione a proposito dei pasti.

Questo tipo di considerazioni si unirono ad un importante elemento intrinseco alla Contro-riforma: il disprezzo per la donna, di cui si fece portavoce ed esecutore l'ordine dei Gesuiti.

Tale misoginia si estese anche all'agiografia e al modo di raccontare le vite delle sante anoressiche: dopo il 1500, queste furono rivolte soprattutto agli stessi uomini di chiesa per ricordare loro tutti gli errori in cui le "sante" donne erano incorse scegliendo di agire in maniera autonoma e indipendente dalle autorità maschili.

Fu così che le nuove riflessioni sul significato del digiuno nella vita

del buon cristiano e l'avversione per le donne portarono la Chiesa a guardare con sospetto le condotte ascetiche più esasperate.

Inizialmente queste pratiche furono considerate come una forma di autoesaltazione, dunque un peccato, in quanto un vero cristiano doveva osservare con umiltà le norme e i riti prescritti.

Ben presto, tuttavia, il digiuno prolungato, così lontano dalle stesse regole monastiche, cominciò ad essere considerato espressione eretica o proprio opera del demonio.

I comportamenti anoressici vennero sempre più rifiutati dai preti come prova di santità e si impose una nuova figura di santa, quella della donna pietosa e capace di compiere opere buone.

Sulla base di quanto è stato detto finora si possono trarre delle conclusioni interessanti quanto al rapporto santa anoressia/anoressia mentale.

Innanzitutto va detto che le due patologie non coincidono, in quanto la santa anoressia non comprende per niente la paura di ingrassare e il desiderio di dimagrire.

Tuttavia questa discrepanza si trasforma in parallelismo dal momento che l'aspirazione alla santità di una donna medievale e quella alla magrezza di un'anoressica dei nostri tempi risultano molto simili: entrambe sono pensieri ossessivi e totalizzanti.

Non solo, la santità medievale e la magrezza contemporanea possono essere paragonate poiché rappresentano entrambe stati ideali nei rispettivi ambiti culturali.

Ancora, entrambe le anoressiche sono iperattive, mai paghe dei risultati raggiunti, sempre preoccupate della possibilità di perdere il controllo del proprio corpo e provano una chiara repulsione nei confronti del sesso.

Come l'anoressia mentale, anche quella santa è strettamente legata al conflitto fra i sessi, rappresentando un modo, sicuramente non intenzionale e determinato, di combattere l'autorità patriarcale e far trionfare la volontà femminile.

Infine, entrambe nascono in un ambiente culturale occidentale.

2.2 *Le fanciulle miracolose*

A partire dal XVI secolo si assistette in tutta Europa alla progressiva diffusione di una nuova concezione del digiuno, in base alla quale l'asti-

nenza protratta dal cibo e l'aspetto consunto che ne derivava venivano considerati alla stregua di "attrazioni da fiera".

Fu così che comparvero sulla scena le "fanciulle miracolose", ossia ragazze che si sottoponevano, o dicevano di sottoporsi, a fortissime restrizioni alimentari, ma che, ciononostante, riuscivano a sopravvivere, talvolta anche con una salute eccellente.

Le vicende di queste fanciulle si diffusero sempre più fra la popolazione semplice, i nobili, i re, gli uomini di cultura, i medici, suscitando un interesse sempre crescente.

Le indagini mediche che venivano svolte rivelavano spesso che queste miracolose ragazze erano solo delle abili truffatrici, le quali avevano messo in scena una commedia a fini di lucro.

Ma, poiché non tutti gli esempi di questi miracolosi digiuni venivano smascherati quali menzogne, l'ambiente medico cercò negli anni di dare una risposta quanto più scientifica possibile a questi episodi.

Fra i vari contributi si distinse quello di Jacob Zwinger, che, in un trattato del 1611, individuò, una specifica categoria di individui che si rifiutavano nettamente di mangiare e vomitavano ciò che ingerivano. Per spiegare tali casi si doveva necessariamente affermare che questi soggetti non avevano lo stimolo dell'appetito. Pertanto, che le cause del digiuno miracoloso erano naturali, ma l'eccezionale sopravvivenza di queste ragazze era un evento divino.

Nel 1669, il professore di grammatica John Reynolds¹¹, cercò di dimostrare che in questi soggetti alcuni particolari elementi corporei, chiamati *fermenti*, erano in grado di arricchire autonomamente il sangue senza che in esso si riversasse il chilo prodotto dalla digestione del cibo.

Nel 1737, il medico Johan Jacob Ritter¹² ipotizzò che, siccome le donne nutrivano il feto con il proprio sangue, esse potevano anche essere in grado di nutrire se stesse con la ritenzione del sangue mestruale durante un digiuno prolungato.

¹¹ Reynolds, J. (1669), *A discourse upon prodigious abstinence: occasioned by the Twelvemonths fasting of Martha Taylor, the famed Derbyshire damosell*, R.W., London.

¹² Ritter, J.J. (1737) *De impossibilitate et possibilitate abstinentiae longae a cibo et potu; occasione puellae inedia longam fingentis*, J.H. Decker, Basel.

Ma le spiegazioni certamente più diffuse erano quelle che si basavano sulla possibilità che si potesse sopravvivere con gli elementi nutritivi presenti nell'aria...

Soltanto nella seconda metà del XIX secolo si sarebbe data la spiegazione definitiva di questi digiuni miracolosi, grazie all'opera dell'eminento neurologo americano William. A. Hammond¹³. Tutti questi episodi non erano altro che casi di isteria: le donne isteriche avevano tutte una forte resistenza alla mancanza di cibo ed acqua, unitamente ad una spiccata tendenza ad ingigantire i fatti e a mentire.

3. Il digiuno come patologia e le prime descrizioni di casi di anoressia tra il XVI e il XVII secolo

In seguito alla rivoluzione scientifica, che sganciava la scienza da qualsiasi legame con la religione, il soprannaturale, l'animismo e grazie anche all'imporsi di una nuova fisiologia che rompeva con i presupposti galenici, la medicina dell'epoca moderna acquistò quelle basi scientifiche che anche i medici d'oggi pongono a fondamento della loro pratica clinica.

In quest'ottica anche i fenomeni di digiuno prolungato e l'inedia auto-indotta persero largamente connotazioni di tipo "miracoloso".

3.1 Anoressia, mal d'amore e clorosi

Nel 1679, un secolo dopo la prima descrizione di un caso clinico di anoressia ad opera del filosofo napoletano Simone Portio¹⁴, il medico di Lipsia Enrico Kunne pubblicò la sua "Dissertatio medica de dispepsia" in cui si faceva interprete di una tradizione, per la verità piuttosto antica, che inscriveva i sintomi di tipo anoressico all'interno della descrizione del cosiddetto *mal d'amore*.

Il sentimento amoroso, oltre ad essere fonte inesauribile di ispirazio-

¹³ Hammond, W. A. (1879), *Fasting girls: their physiology and pathology*, G.P. Putnam's Sons, New York.

¹⁴ Portio S. (1551), *De puella germanica, quae fere biennium vixerat sine cibo potu-que*, Laurentius Torrentinus, Firenze.

ne per poeti, pittori, scultori, musicisti, fu anche oggetto di trattazione medica fin dall'antichità classica.

Il primo trattato giunto fino a noi sul mal d'amore è quello di Oribasio da Pergamo¹⁵ (325-403) che, pur non includendo nei suoi sintomi il dimagrimento, metteva in risalto il contrasto tra lo stato di abbattimento e debolezza di questi soggetti e il loro desiderio tenace e intenso.

Con il passare dei secoli la sintomatologia di questo disturbo si modificò e la passione amorosa venne ad essere considerata non più solo sul piano platonico, acquistando una connotazione sessuale sempre maggiore e venendo associata ad uno sfrenato desiderio sessuale...

Ma in questi stessi anni, il mal d'amore iniziò a confluire in un altro disturbo, la clorosi.

L'inventore del termine fu Jean Varandal di Montpellier (1563?-1617)¹⁶, della cui descrizione è interessante sottolineare l'osservazione che tale problema si sviluppava quasi in maniera endemica tra le ragazze più nobili le quali, convinte che l'aspetto pallido fosse indice di un sentimento amoroso, cercavano con tutti i mezzi di rendersi tali artificialmente.

Probabilmente egli si riferiva all'uso che veniva fatto dei cosmetici, ma potrebbe aver accennato alla *pica*, ossia all'assunzione di sostanze di tutti i tipi (ad es. legno ed argilla) con l'intento di far scomparire l'appetito.

Se Varandal fu il "padre" del termine clorosi, il primo a dare una descrizione completa di questa patologia fu Johannes Lange (1485-1565)¹⁷.

I sintomi caratteristici da lui evidenziati erano pallore, rifiuto del cibo e amenorrea, mentre la causa era individuata nella ritenzione delle mestruazioni, cui seguiva l'intossicazione del cervello con il sangue "impuro".

Molti altri studiosi si interessarono a questa malattia, ma solo dopo molti anni si giunse ad identificarne la vera natura. Osservando la composizione del sangue, si individuò una forte carenza di ferro: la clorosi altro non era se non una semplice *anemia*.

¹⁵ Oribasio (IV sec.), *Oeuvres d'Oribase* (trad. francese), J.B. Baillière, Paris 1851-1876.

¹⁶ Starobinsky, J. (1981), *Chlorosis, the "green sickness"*, in "Psychological medicine", 11, pp. 439-441

¹⁷ Fowler, W.M. (1936), *Chlorosis: an obituary*, in "Annals of medical history", 8, pp. 168-177).

3.3 La prima descrizione di una caso di anoressia: Richard Morton

Per tutto il 1600 si segnalavano diversi casi di comportamenti anoressici, ma la prima descrizione accreditata di una patologia con caratteri anoressici è dovuta a Richard Morton¹⁸⁻¹⁹. La sua riflessione risulta essere così importante che per molti la storia della sindrome anoressica come oggi la conosciamo ha inizio con questo trattato.

L'opera riprende per molti versi gli studi di Aulo Cornelio Celso sulla tisi o consunzione.

In una sezione del primo capitolo del suo trattato che Morton parlava dell'*atrophia nervosa* o *phtishis nervosa*.

All'inizio della malattia, il corpo era edematoso e gonfio, il colorito pallido e spento, lo stomaco rigettava ogni cosa che non fosse liquida, la carne si consumava sempre di più ed era presente una debolezza tale da costringere il malato a letto. Ancora, l'urina appariva sempre di colore diverso, talvolta chiaro, altre volte scuro, era spesso in piccole quantità, certe volte abbondante, inoltre si presentavano altri disturbi come febbre, tosse, dispnea. Negli stadi più avanzati il paziente soffriva anche di difficoltà respiratorie e ciò era indice che ormai le speranze di guarigione erano esilissime.

Le cause immediate di questo stato morboso furono evidenziate da Morton nella corruzione del tono del sistema nervoso, mentre quelle che disponevano alla malattia erano una forte passione, l'assunzione smodata di bevande alcoliche o l'aria insalubre.

Per quanto riguardava la cura dell'atrofia nervosa, Morton raccomandava una formidabile farmacopea per i nervi dello stomaco e sosteneva che il malato doveva mantenersi tranquillo anche attraverso la conversazione con i suoi amici, proprio perché quasi sempre le cause del disturbo erano la tristezza e l'ansia.

L'opera di Morton, all'interno della quale egli presentò anche due ca-

¹⁸ Morton, R. (1689), *Phthisiologia seu exercitationes de phtisi tribus libris comprehensae. Totumque opus variis historiis illustratum*, Samuel Smith, London.

¹⁹ Morton, R. (1694), *Phthisiologia, or, a treatise of consumptions. Wherein the difference, nature, causes, signs, and cure of all sorts of consumptions are explained*, Samuel Smith & Benjamin Walforde, London.

si di consunzione nervosa, ebbe grande successo, venne tradotta in diverse lingue e ristampata più volte.

La sua influenza perdurò per tantissimi anni, molte opere mediche del XVIII secolo si sarebbero rifatte ad essa e l'atrofia nervosa sarebbe stata citata nell'"Encyclopaedia Britannica".

4. L'anoressia nel "secolo dei lumi"

4.1 Robert Whytt

Durante il 1700, il secolo dei lumi, le scienze umane e con esse la psicologia si guadagnarono un nuovo spazio all'interno di un mondo pensato in termini cartesiani.

L'idea cartesiana dell'*homme machine* e quella spinoziana del parallelismo psico-fisico, portarono alla fondazione di nuovi principi interpretativi anche a proposito delle malattie psichiche.

Innanzitutto si tese ad una spiegazione delle patologie psichiche con alterazioni dei nervi.

Appunto proprio ad un'alterazione nervosa veniva attribuita l'insorgenza di comportamenti anoressici da parte di Robert Whytt²⁰, primo medico del re di Scozia.

Egli descrisse una *atrofia nervosa*, determinata da uno stato morboso dei nervi dello stomaco e dell'intestino, che causavano una vera e propria avversione per il cibo, unitamente ad incapacità di digerirlo. A questo si aggiungevano poi insonnia, malinconia, sensazione di freddo e bradicardia.

Il medico riportò anche il caso di una quattordicenne affetta da questo disturbo la cui malattia cambiò improvvisamente, tanto che la ragazzina cominciò a soffrire di veri e propri attacchi di fame e ad avere una digestione così pronta, da cadere svenuta se non mangiava ogni due ore.

²⁰ Whytt, R. (1756), *Observation on the nature, causes, and cure of those disorders which have been commonly called nervous, hypochondriac or hysrteric: to wich are prefixed some remarks on the sympathy of the nerves*, T. Becket (II edizione; I edizione 1764), London-Edinburgh.

Attraverso la descrizione di questo caso, Whytt poté segnalare l'estrema bradicardia nella fase più grave della malattia ed il brusco viraggio dell'anoressia in bulimia.

4.3 Anoressia e isteria

La tesi del parallelismo psico-fisico risultò molto importante per la nascita, nel XVIII secolo, del *paradigma medico psicosomatico*.

Fu sulla scia di questa riflessione, infatti, che si verificò la “conversione” dell'isteria da patologia fisica, a malattia dovuta a “commozioni straordinarie della mente”²¹.

Pertanto, dal '700, la maggior parte delle alterazioni nervose e psichiche venne considerata di origine isterica. Lo stesso destino toccò all'anoressia, la cui storia, dunque, si intreccia fortemente con questa patologia.

C'è da dire che i disturbi alimentari non erano giudicati essenziali nel quadro sintomatologico isterico, ciononostante venivano spesso citati da diversi autorevoli medici tra i sintomi più frequenti di questa patologia.

Philippe Pinel²², nella sua “*Nosographie philosophique*”, presentò il caso di una ragazza diciassettenne affetta da isteria, la quale soffriva di momenti di anoressia alternati ad altri di bulimia e di stitichezza ostinata. Tuttavia egli evidentemente non considerava l'astinenza dal cibo un sintomo isterico importante, dal momento che nel fare una descrizione generale dell'isteria non citò mai i disturbi alimentari.

In verità, prima del XIX secolo, l'unica opera in cui l'astinenza dal cibo venne ad assumere un ruolo fondamentale in questo disturbo fu quella del medico francese Charles Naudeau²³, mentre andando avanti nel tempo di qualche decennio, si ritrova la descrizione di un caso isterico con disturbi alimentari riportata dal medico tedesco von Rein²⁴.

²¹ Veith, I. (1965), *Hysteria: the story of a disease*, University of Chicago Press, Chicago-London.

²² Ivi, p. 33.

²³ Naudeau (1789), *Observation sur une maladie nerveuse, accompagnée d'un dégoût extraordinaire pour les aliments*, in “*Journal de médecine, chirurgie et pharmacie*”, 80, pp. 197-200.

²⁴ Von Rein (1834), *Casus inediae, bei einem 19 jährigen madchen beobachtet*, in Kieser, D.G. (a cura di), *Klinische Beiträge*, vol.1. F.L. Herbig, Leipzig, pp. 185-257.

Le osservazioni di von Rein anticiparono quelle di molti altri medici che, nel corso del XIX secolo, si trovarono sempre più frequentemente a dover affrontare casi di donne isteriche che rifiutavano di alimentarsi.

Sarà con l'introduzione del termine "*Anorexie Hystérique*" nel 1873 che la storia del digiuno di origine isterica giungerà a compimento.

5. La svolta del XIX secolo

5.1 Gull e Lasègue

Il paragrafo precedente si è concluso con l'affermazione che lungo tutto il 1700 i casi di isteria correlati da comportamenti anoressici registrarono un aumento esponenziale, fino a che i disturbi alimentari acquisirono un'identità nosologica autonoma e il concetto di *anoressia isterica* fece la sua comparsa.

La "paternità" di questa patologia venne rivendicata da due autorevoli studiosi: William Withey Gull ed Ernest Charles Lasègue, che la descrissero quasi contemporaneamente, anche se in realtà non si è in grado di stabilire a chi spetti il primato dell'identificazione di questa sindrome.

Il confronto fra la produzione di Gull e quella di Lasègue vede nettamente emergere ed imporsi sulla scena la figura del medico francese e questo soprattutto perché Lasègue nella sua riflessione presentò un *metodo*.

Lasègue inseguiva un'idea ben precisa, quella di studiare isolatamente i gruppi sintomatici dell'isteria per ricomporli successivamente in un quadro patologico completo.

Ciò che manca nelle sue riflessioni, così come in quelle di Gull, ma non possiamo certo farne loro una colpa, è il riferimento alla parola del soggetto isterico, al linguaggio dell'inconscio che con Freud avrebbe rivelato la capacità di "modellare" il corpo.

Fatte queste considerazioni ci si può inoltrare nella lettura dei contributi sull'anoressia di entrambi gli autori; si scoprirà che le loro riflessioni risultano ricche di importanti osservazioni e descrizioni cliniche, tra l'altro coincidenti in diversi punti.

Innanzitutto i due medici notarono che la malattia si manifestava so-

prattutto nelle ragazze tra i 16 e i 23 anni con una forte perdita ponderale, la quale poteva portare ad una condizione cachettica dovuta certamente ad un'alimentazione insufficiente.

Il problema era cercare di capire il perché di queste restrizioni alimentari.

A questo proposito, soprattutto Lasègue notò che l'atteggiamento di queste giovani nei confronti del cibo era molto più complesso di un semplice rifiuto e, dunque, non poteva essere considerato tale. Esse, infatti, gradualmente riducevano l'alimentazione, inizialmente con il pretesto di un malessere passeggero.

Inoltre, il medico francese aveva anche notato che, nelle malate che avevano cominciato ad astenersi dal cibo, ogni altra manifestazione isterica scompariva.

Il digiuno determinava la scomparsa delle mestruazioni e uno stato di stitichezza ostinato, che ad un certo punto non si interrompeva più neanche con i lassativi.

Gull e Lasègue furono colpiti allo stesso modo dall'iperattività delle malate, capaci di prestazioni fisiche incredibili nonostante uno stato di grave consunzione.

L'evoluzione della malattia era quasi sempre in senso positivo, nonostante Gull si sia fatto portavoce di un caso con esito fatale.

Nella cura di questa patologia, entrambi i medici sperimentarono il fallimento dei farmaci comunemente usati per migliorare l'appetito e la digestione, ma è Lasègue a preoccuparsi di dare indicazioni ai medici affinché assumessero un atteggiamento costruttivo durante la terapia.

Il loro compito doveva essere quello di guadagnare un certo ascendente sulla paziente e di avere un comportamento autorevole ma non autoritario, onde evitare di intimidirla.

Inoltre era essenziale che questi comprendessero la stretta relazione tra il comportamento dell'ammalata e il suo ambiente familiare. Una famiglia incapace di far avvertire l'autenticità del suo dolore all'anoressica, avrebbe solo peggiorato la situazione, perciò, anche se Lasègue non parlò mai esplicitamente di *parentectomy* in funzione terapeutica, l'importanza di allontanare la paziente da un ambiente patogeno per favorirne la guarigione venne desunta a posteriori dalle sue idee.

L'unica cura di questo disturbo, in sostanza, era il *trattamento morale*.

Da ciò si deduce che l'anoressia si opponeva a qualsiasi interpretazione biologica; era una "*perversione mentale*" o "*intellettuale*" (Lasègue).

La pubblicazione dei contributi di Gull e Lasègue sull'anoressia suscitò un grande interesse nella comunità medica, che si fece portavoce, come si vedrà, di reazioni differenti tra loro.

In particolare gli studi successivi furono rivolti a scandagliare la possibilità che la definizione di questa patologia come "isterica" fosse messa in discussione.

5.2 Le reazioni del mondo medico dopo Gull e Lasègue: nuove definizioni. Charcot e Janet

Il primo articolo che si occupò di questa patologia dopo la descrizione di Lasègue risale al 1878 e fu opera del dott. Adrien Rist (1878)²⁵.

Egli descrisse il caso di una ragazza anoressica di 16 anni, che soffriva di tutti i sintomi riportati da Lasègue, ma senza qualsiasi altro tipo di disturbo isterico.

Per tale motivo, Rist propose di chiamare questo disturbo *anorexie idiopathique*,

Egli sottolineò, inoltre, un altro sintomo di questa paziente del quale né Lasègue né Gull avevano mai parlato: la ragazza si vedeva grossa ed evitava il cibo per il terrore di ingrassare.

Nel 1891 apparve il saggio di Sollier (1891)²⁶, il quale distingueva due forme di anoressia: l'*anoressia primitiva*, causata da un'*idea fissa* e l'*anoressia secondaria*, spesso temporanea e dipendente da una patologia isterica.

Le cause di entrambe le forme potevano essere di quattro tipi: *cause morali*, come il desiderio di essere snelle, *anoressia*, ossia perdita dell'appetito, *problemi nervosi* come spasmi all'esofago, mal di stomaco o vomito e, infine, *illusioni sensoriali*, in particolar modo macropsia, per

²⁵ Rist, A. (1878), *Observation d'anorexie idiopathique*, in "Bulletin de la société médicale de la Suisse Romande", 12, pp. 59-64.

²⁶ Sollier, P. (1891), *Anorexie hystérique (sitiergie hystérique): formes pathogéniques-traitment moral*, in "Revue de médecine", 11, pp. 625-650.

cui gli oggetti, ad esempio il cibo, venivano percepiti più grandi di quanto non fossero in realtà...

Jean Martin Charcot (1885²⁷-1887²⁸), famosissimo per le ricerche che conduceva sull'isteria e l'ipnosi nella scuola della Salpêtrière, trattando del disturbo anoressico, dimostrò un certo scetticismo sulla tesi della sua natura isterica. Infatti in tale disturbo non compariva nessuno dei sintomi chiave dell'isteria, come i problemi al campo visivo o l'anestesia.

Per questo motivo, pur continuando ad utilizzare la nozione di "anoressia isterica", il celebre medico parlò anche di "anoressia nervosa" e di una forma più grave che definì "anoressia nervosa primitiva".

Il suo contributo fondamentale per la terapia di tale patologia consistette, innanzitutto, nell'insistenza sulla necessità di isolare la paziente dall'ambiente familiare prima di effettuare il trattamento e, in secondo luogo, che egli assunse come elemento fondamentale per la genesi dell'anoressia un'idea fissa legata alle dimensioni corporee, a causa della quale le ragazze ammalate avevano una paura estrema di ingrassare e prendere peso. A questa intuizione egli giunse quando, durante una visita, notò un nastro rosa legato strettamente intorno alla vita della sua paziente. Questa lo informò che il nastro rosa le permetteva di controllare che la pancia non aumentasse.

Secondo Pierre Janet, Charcot divenne ossessionato da questa sua osservazione e ne sottolineò esageratamente l'importanza, assumendo il "vezzo" di andare a cercare ovunque il "nastro rosa" e la paura dell'obesità.

Janet (1894²⁹-1903³⁰-1907³¹-1909³²), si interessò anche lui al problema dell'anoressia, al cui studio aggiunse diversi contributi, proponendo una nuova e importantissima interpretazione di questa patologia e dei suoi sintomi.

²⁷ Charcot, J.M. (1885), *De l'isolement dans le traitement de l'hystérie*, "Progrès Médical", 2, pp. 161-164.

²⁸ Charcot, J.M. (1887), *Lezioni alla Salpêtrière*, Guerrini e associati, Milano 1998.

²⁹ Janet, P. (1894), *Etat mental des hystériques. Les accidents mentaux*. Rueff/Bibliothèque Médicale Charcot-Debove, Paris.

³⁰ Janet, P. (1903), *Les obsessions et la psychasthénie*, Félix Alcan (2 volumi, il secondo in collaborazione con F. Raymond), Paris.

³¹ Janet, P. (1907), *The major symptoms of hysteria*, Macmillan, New York.

³² Janet, P. (1909), *Les névroses*, Ernest Flammarion, Paris.

Egli si allontanò gradualmente dal concetto di anoressia isterica, per approdare a quello di *anoressia psicastenica*, certamente condotto a questo dai suoi studi sui comportamenti ossessivi e compulsivi, i tic e le fobie.

In particolar modo, Janet parlò, a proposito dell'anoressia, de “*la honte du corps*”, la vergogna del corpo, rimarcando il fatto che le ammalate rifiutavano la loro figura femminile, come a voler assumere una forma asessuata...

Tale interpretazione dell'anoressia come disturbo legato a problematiche di tipo sessuale, trovò la sua massima espressione nella concezione freudiana e psicanalitica dell'anoressia.

5.3 Freud e l'interpretazione psicodinamica dell'anoressia

Gli studi sul disturbo anoressico non assorbirono mai totalmente l'attenzione di Freud, che, comunque, conosceva bene il quadro clinico dell'anoressia isterica grazie all'opera di Charcot.

Il termine anoressia comparve diverse volte nelle sue riflessioni, ma di solito in rapporto con un quadro patologico di tipo isterico.

Ne è un esempio la figura di Emma von N., una giovane isterica che presentava, tra i vari sintomi, anche il rifiuto del cibo, del cui caso Freud³³ trattò nel libro pubblicato con Breuer.

Ma in particolar modo, sarebbe stato nella sua produzione sulla *malinconia* che Freud (1895)³⁴ avrebbe scritto un passo importante a proposito dell'anoressia: “La nevrosi alimentare parallela alla melanconia è l'anoressia. La ben nota *anorexia nervosa* delle ragazze, mi sembra essere (da osservazioni accurate) una melanconia che si verifica ove la sessualità non è sviluppata. La paziente asseriva che non mangiava semplicemente perché non aveva appetito e per nessun'altra ragione. Perdita di appetito: in termini sessuali, perdita della libido”.

Tenendo presente quelle che sono le tappe dello sviluppo psicologico dell'essere umano secondo Freud, la concezione freudiana dell'anoressia risulta più comprensibile e più facilmente analizzabile.

Si avverte che in questa analisi, al fine di condurre un discorso

³³ Breuer, J. Freud, S. (1895), *Studi sull'isteria*, OSF vol. 1.

³⁴ Freud, S. (1895), *Melanconia*, OSF vol. 2.

maggiormente approfondito sulla teoria psicanalitica della patologia anoressica, verrà effettuato un piccolo salto temporale in avanti, prendendo in considerazione spunti, arricchimenti e nuovi contributi ad essa apportati da diversi studiosi di scuola freudiana nel corso del '900.

Il primo elemento da mettere in luce in quest'ottica è che l'anoressica è una ragazza che non è mai pervenuta alla completa maturazione sessuale, o è regredita ad una fase precedente.

In particolare è chiamata in causa una fissazione alla fase orale, nella quale, come si è visto, il piacere sessuale è associato alla gratificazione orale.

Tale fissazione determina lo sviluppo di un doppio atteggiamento: da una parte il risveglio di desideri di fecondazione orale dà origine a fenomeni di voracità compulsiva, dall'altra i sensi di colpa nei confronti di tali fantasie determinano il rifiuto del nutrimento.

Nell'anoressica bisogna poi sottolineare una forte resistenza al cambiamento, dovuta all'incapacità della ragazza di comprendere e accettare le trasformazioni del proprio corpo, e si parla qui soprattutto di quelle puberali, che significano anche maturazione sessuale.

Ecco, dunque, la ricerca di una progressiva, e patologica, infantilizzazione del corpo, che viene ottenuta attraverso l'annullamento dei caratteri sessuali secondari e che significa nello stesso momento regressione fisica e psicologica.

Il controllo viene attuato sulle dimensioni del corpo, ma in realtà è rivolto alla sfera sessuale perturbante, la quale necessita di essere tacitata a causa dell'angoscia creata dal suo conflitto con l'eccessiva rigidità super-egoica.

In sostanza, sembrano essere due gli elementi che concorrono in questa patologia: il parallelismo simbolico fra l'atto del mangiare e quello sessuale, accompagnato da una forte erotizzazione del cibo, e l'equazione sessualità = senso di colpa. In seguito a quest'ultima associazione acconsentire al pasto sarebbe come acconsentire alla sessualità e, dunque, il cibo in quanto "agente sessualizzante" viene rifiutato o, se assunto, rigettato ed eliminato tramite vomito, purganti, lassativi e clisteri.

Il modello psicomodinamico nato con Freud si sarebbe rafforzato, nel corso del XX secolo. Nonostante questo, però, i primi decenni del 1900

saranno caratterizzati dalla pretesa di dare alla patologia anoressica una spiegazione di tipo organicistico.

6. L'anoressia nel XX secolo

6.1 Simmond e il suo errore diagnostico

Agli inizi del XX secolo sempre più psichiatri si rivolsero all'esame della struttura celebrale e della sua patologia, pensando di poter risalire all'alterazione fisica alla base di ogni malattia mentale.

Tale stato di cose se, da una parte, condusse ad una serie di importantissime scoperte neurologiche, dall'altra fece sì che troppe vittime venissero sacrificate sull'altare del paradigma organicistico. Tra queste vittime, si annoverano anche numerose pazienti anoressiche.

Nel 1914 Morris Simmonds (1914)³⁵, pubblicò un articolo su un caso mortale di *cachessia pituitaria*.

Eseguendo un'autopsia su una donna deceduta in condizioni di grave deperimento, egli osservò che la paziente presentava l'atrofia del lobo anteriore della ghiandola pituitaria.

Per questo motivo iniziò a sostenere che l'insufficienza pituitaria fosse la causa della patologia anoressica e a lui si aggiunsero molti medici tedeschi, francesi e scandinavi.

Da quel momento e per molti anni, l'anoressia venne considerata una disfunzione endocrinologica e come tale curata.

In realtà, l'identificazione dell'anoressia con il morbo di Simmond era basata su una ricerca scientifica insufficiente, eppure solo a partire dagli anni '30 iniziarono a comparire pubblicazioni che svelavano l'errore, sostenendo la natura psicogena del disturbo anoressico.

Dunque, a causa dell'errore diagnostico di Simmond e di quanti lo avevano seguito, moltissime pazienti anoressiche non ricevettero cure adeguate.

In definitiva, la spiegazione biologica della patologia anoressica sa-

³⁵ Simmonds, M. (1914), *Über hypophysisschwund mit todlichem ausgang*, in "Deutsche Medizinische Wochenschrift", 40, pp. 322-323.

rebbe stata pressoché abbandonata a partire dalla seconda metà del XX secolo in favore di altre teorie.

7. La “riscoperta” dell’anoressia psicogena

L’abbandono dell’interpretazione organicistica della patologia anoressica avvenne secondo un andamento progressivo a partire dagli anni ’40 del ’900.

A partire da quegli anni si assistette alla “riscoperta” dell’anoressia psicogena. Un ruolo fondamentale nello sviluppo della prospettiva eziologica di tipo psichico, che è ormai condivisa dalla stragrande maggioranza di psicologi e psichiatri, è stato svolto da autorevoli studiosi come Hilde Bruch, Selvini Palazzoli, Gerald Russel.

7.1 Hilde Bruch

Hilde Bruch (1978)³⁶, è considerata una delle massime autorità mondiali negli studi sull’anoressia mentale.

La Bruch fu tra i primi studiosi a lanciare l’allarme riguardo ad una diffusione sempre maggiore della patologia anoressica, che, se agli inizi del ’900 rappresentava un quadro morboso estremamente raro, nel mondo contemporaneo sta assumendo i caratteri di un’epidemia.

Nelle sue ricerche, la studiosa individuò alla base dell’insorgenza di questo disturbo fattori di tipo socio-psicologico.

Inizialmente pose l’accento sui messaggi provenienti dai mass-media, sulla possibilità che, in alcuni casi, l’anoressia fosse determinata dai vissuti di ambiguità relativi all’identità femminile in un’epoca di confusione e cambiamenti e sull’idea che l’anoressia rappresentasse una regressione alla condizione pre-puberale, in cui gli impulsi sessuali perturbanti sono efficacemente allontanati.

In seguito, la ricerca di Hilde Bruch si focalizzò principalmente su tre aree: gravi disturbi dell’immagine corporea; distorta percezione dello stimolo della fame; senso di inefficienza e incapacità di condurre la propria vita.

³⁶ Bruch, H. (1978), *The golden cage. The enigma of anorexia nervosa*, Harvard University Press, Cambridge Mass.

Per quanto riguarda il primo fattore, in tutti i casi di anoressia si osserva una straordinaria distorsione della percezione delle forme del corpo. La ragazza anoressica si percepisce sempre come troppo grassa, anche in condizioni di estrema magrezza.

Sulla base di questo si è evidenziato che le vittime di questa patologia soffrono tutte di un disturbo legato al concetto di *immagine mentale* del corpo.

Sull'erronea interpretazione, da parte delle anoressiche, delle proprie sensazioni somatiche, la studiosa si dimostrò convinta che il modo in cui esse abusano della funzione alimentare e il timore di non sapersi controllare a tavola indicassero chiaramente che la loro percezione della fame si era sviluppata in modo improprio.

Una madre avveduta, sosteneva la Bruch, ha la capacità di riconoscere i bisogni del figlio e gli offre il latte solo quando capisce che questi ha fame. Se ciò non avviene e il bambino sperimenta delle risposte materne contraddittorie o negligenti), c'è il rischio che cresca senza saper distinguere tra diverse sensazioni, ad esempio fra l'aver fame e l'essere sazio, tra il disagio e la tensione.

L'evoluzione patologica di una problematica di questo tipo si incarna, come affermava la stessa Bruch, in due figure: l'obeso, assillato dalla paura di morire di fame e l'anoressica che si dimostra insensibile ai crampi della fame.

Ma elemento cardine del quadro teorico elaborato dalla Bruch era la percezione di inadeguatezza, ossia il deficit dell'autostima, che caratterizza la malata d'anoressia.

Ecco, dunque, che la Bruch, delinea la figura della bambina pre-anoressica, protagonista di un'*infanzia esemplare*, in cui, soggetta com'è al mito del successo, ricerca costantemente l'approvazione altrui, rivelando, tra l'altro, una forte incapacità a gestire ed esprimere le proprie emozioni, in particolar modo quelle negative, vissute con un'enorme senso di colpa.

L'ambiente in cui vive non la incoraggia assolutamente a passare da quella fase che Piaget chiama delle operazioni concrete, propria dell'infanzia, a quella delle operazioni formali, come il pensiero astratto e il giudizio indipendente.

Quando questa ragazza entra nel periodo adolescenziale, è totalmen-

te impreparat ad affrontarlo, poiché non possiede gli strumenti psicologici adatti, come l'autonomia di scelta e l'autostima. Le difficoltà normali che ogni adolescente deve affrontare determinano in lei un'angoscia profonda e vanno a minare una già precaria personalità.

A questo punto, il corpo diventa il solo campo in cui sono in grado di esercitare la loro autorità. La capacità di controllare tutto è affidata all'ago della bilancia e nel rifiuto, nello sforzo, nella privazione, le anoressiche possono trovare la loro forza e, in qualche modo, anche se stesse.

Detto questo, risulta quasi superfluo riconoscere che, in una tale situazione, le normali modificazioni somatiche della pubertà, come l'aumento del grasso corporeo, diventino per loro motivo di ansia e vengano interpretate come deformità da eliminare ad ogni costo.

Questo è, in breve, il panorama delle riflessioni di Hilde Bruch sulla patologia anoressica.

Attraverso la sua analisi si può affermare con certezza che la psichiatra è stata la prima a far capire al mondo che quelle ragazze così caparbie nel perseguire la propria autodistruzione, così tracotanti ed apparentemente piene di forza e vigore, sono in realtà tanto fragili e indifese da sentirsi impotenti di fronte al "problema" di vivere.

7.2 Mara Selvini Palazzoli

L'interesse scientifico di Mara Selvini Palazzoli(1991)³⁷ per l'anorexia nervosa risale al 1945, quando iniziò una ricerca che sarebbe passata attraverso tre fasi differenti.

Nel primo periodo dei suoi studi, la Selvini Palazzoli lavorò riprendendo l'intuizione di Janet secondo cui il rapporto disturbato con il cibo nascondeva una problematica legata al rifiuto del corpo femminile, giungendo a molte conclusioni già espresse da Hilde Bruch.

È nella seconda fase che ella giunse ai risultati più importanti, avviando una ricerca condotta secondo un'ottica sistemico-relazionale attuando un "salto" dall'*individuo* alla *famiglia* e rivolgendo l'attenzione

³⁷ Selvini Palazzoli, M. (1991), *L'anorexia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare (Nuova edizione interamente riveduta)*, Giacomo Feltrinelli Editore, Milano.

alle dinamiche relazionali interne alla famiglia e tra la famiglia e il terapeuta.

La Selvini Palazzoli individuò alcune caratteristiche che contraddistinguono nuclei familiari psicopatogeni.

Primo, ogni membro tende sempre a contraddire ciò che dice l'altro, in un rifiuto che non riguarda il suo diritto di parlare, ma il contenuto della sua comunicazione.

Secondo, nessun componente vuole assumersi la leadership, tendendo sempre a fare o dire cose per compiacere, non ferire o venire incontro all'altro. Anche la paziente ha sempre partecipato a questa regola familiare, almeno fino al momento dell'esplosione della malattia, in cui assume la leadership in quanto provoca sofferenza nei suoi familiari. Tuttavia, l'ammalata viene considerata impotente di fronte alla sua patologia e, dunque, la leadership viene accettata in quanto non ha l'anoressica per soggetto, ma la malattia.

Terzo, elemento fondamentale in queste famiglie è quello delle *alleanze* fra i membri, sulle quali si innestano tutta una serie di regole segrete determinanti varie modalità comportamentali.

Infine, poiché ognuno in famiglia si è sempre adoperato in funzione della volontà altrui, quasi cancellando se stesso, nessuno è davvero disposto ad assumersi la colpa se qualcosa va male.

Così, anche la paziente dichiara di essere preda involontaria della sua malattia, per cui, anche se sa di far star male i genitori, in realtà non può farci nulla...

In tale contesto il terapeuta deve avere la capacità di inserirsi all'interno dello schema familiare, facendo esploderne i conflitti e sfidando le dinamiche relazionali basate su invischiamento, iperprotettività, evitamento e deviazione del conflitto, rigidità.

Si arriva, infine, alla terza fase della ricerca della Selvini Palazzoli, quella in cui l'individuo viene "riscoperto" all'interno della famiglia. Per individuo non si intende qui solo la paziente anoressica, ma gli stessi genitori, dei quali vengono indagate la storia e le aspettative che hanno riversato sull'altro nel matrimonio. Lo scopo è qui di superare lo stallo della situazione di coppia e di capire come mai i figli si prendano carico dell'insoddisfazione coniugale dei genitori.

7.3 *Gerald Russel*

Negli anni '70 Gerald Russel (1979)³⁸ delineò tre caratteristiche essenziali per fare diagnosi di anoressia: un comportamento determinante una marcata perdita di peso corporeo; disturbi endocrini manifestantesi clinicamente con l'amenorrea; timore morboso di ingrassare.

Ma soprattutto è fondamentale ricordare che egli evidenziò il verificarsi di un importante cambiamento nella forma classica dell'anoressia restrittiva, che ha iniziato ad annoverare all'interno del proprio quadro clinico i sintomi bulimici dell'abbuffata e del vomito.

I suoi studi hanno aperto la strada a nuove riflessioni sull'anoressia ed hanno avuto un ruolo decisivo nell'individuazione e descrizione della sindrome denominata *bulimia nervosa*.

Le ricerche condotte sulla scia dell'intuizione di Russel, hanno portato alla luce che gli episodi di bulimia avvengono nel 40-50% dei casi di anoressia e la loro presenza è considerata un fattore negativo in quanto rende le pazienti particolarmente refrattarie al trattamento. Le anoressiche che sviluppano disturbi bulimici di solito sono malate da molto tempo e si è ipotizzato che l'impulso che porta ad essi sia parte di una risposta compensatoria del corpo alla denutrizione prolungata. Inoltre le anoressiche bulimiche hanno un peso corporeo maggiore di quelle restrittive, ma presentano disturbi psicologici più seri. Generalmente hanno difficoltà a controllare gli impulsi, quindi abusano di alcool o droghe, sono inclini al furto o adottano atteggiamenti chiaramente autodistruttivi, tra cui si annoverano anche tentativi di suicidio. Il modello psicologico dell'anoressica bulimica in diversi casi è molto vicino a quel disturbo della personalità che la psichiatria definisce disturbo borderline, al limite tra patologia e normalità.

Il ciclo abbuffata-vomito, inizialmente è regolato dalla volontà delle ammalate, che lo adottano come apparente soluzione al problema di mangiare senza ingrassare, ma ben presto determina uno stato di dipendenza da esso non dissimile dalla tossicodipendenza e dall'alcolismo.

Tra l'altro, pare che il vomito abbia un effetto ansiolitico che rinforza ulteriormente il suo abuso.

³⁸ Russel, G.F.M. (1979), *Bulimia nervosa. An ominous variant of anorexia nervosa*, in "Psychological Medicine", 9, pp. 429-488.

Con l'andare del tempo, la bulimia è emersa come patologia a se stante in individui che mantengono il proprio peso intorno a valori normali ed ha trovato un proprio inquadramento nel "Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali" (DSM) a partire dalla sua terza edizione.

8. Lo stato attuale degli studi

Studi pionieristici, come quelli condotti da Hilde Bruch, Mara Selvini Palazzoli, Gerald Russel hanno avuto un'importanza fondamentale nella collocazione della patologia anoressica all'interno dei sistemi di classificazione attualmente in uso in ambito psichiatrico: il DSM-IV³⁹ del 1994 e l'ICD-10⁴⁰, pubblicato nel 1992. In ogni caso, risulta importante ricordare che se oggi fare la diagnosi di anoressia nervosa è diventato relativamente semplice, ancora non è possibile individuare una patogenesi univoca per questo disturbo.

In effetti, è ormai opinione condivisa che l'anoressia rappresenti una malattia *multifattoriale*.

In base a questa prospettiva il modello generale di malattia che è apparso più convincente è quello che vede in questa patologia la *via finale comune* di vari processi patogenetici nati dall'interazione tra forze molteplici.

A questo proposito è stata effettuata una distinzione tra *fattori predisponenti* a lungo termine, *fattori precipitanti* e *fattori che tendono a perpetuare* la sindrome.

Fattori che predispongono

Sono considerati fattori predisponenti quelli *individuali*, fra cui il genere (femminile), l'età (adolescenza, prima giovinezza), la razza (caucasica). Spesso si riscontra una storia di sovrappeso e diete.

³⁹ A.P.A. American Psychiatric Association, *DSM IV. Manuale Diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali*, Ed. It. Masson, Milano.

⁴⁰ ICD-10. *Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari correlati. Decima revisione*, Istituto poligrafico e zecca dello stato, 2002.

Tra i fattori *psicologici* si annoverano: personalità ossessiva, eccessive aspettative, perfezionismo, soggezione al mito del successo, fissazione a forme infantili di dipendenza e controllo.

Casi di disturbi dell'umore, alcolismo e obesità tra i genitori sono considerati possibili fattori di rischio.

Da non dimenticare sono i fattori relativi alla *dinamica familiare*, in particolar modo una certa vischiosità nei rapporti, con scarsa definizione dei ruoli e incapacità di incoraggiare l'autonomia.

Infine, si segnala che diversi lavori hanno messo in luce che il tasso di concordanza calcolato per le gemelle omozigoti è significativamente più elevato di quello calcolato per le gemelle eterozigoti: perciò, la predisposizione genetica non sembra essere irrilevante.

Fattori che precipitano

Gli eventi che precipitano l'inizio della patologia anoressica non risultano sostanzialmente diversi da quelli riportati per l'inizio di molti altri disturbi psichiatrici. Questo mette in risalto che i fattori predisponenti hanno una grande importanza per la "scelta" del sintomo.

Comunque, in generale essi risultano essere: separazioni e perdite, esperienze sessuali difficili (tra cui anche vere e proprie violenze), alterazione degli equilibri familiari, minacce alla propria autostima, malattie o traumi fisici.

L'evento che risulta essere sempre determinante è il momento della pubertà, in cui il soggetto sperimenta tutta una serie di cambiamenti fondamentali che determinano la paura di perdere il controllo di sé.

Come reazione a questo vissuto, l'attenzione delle anoressiche si sposta sul peso e sulla forma corporea, per recuperare almeno in questo campo la sensazione di dominio e valore di sé.

Fattori che perpetuano

I fattori che tendono a perpetuare la malattia sono sostanzialmente di due tipi.

Il primo tipo riguarda i *guadagni secondari* legati alla malattia.

Questi possono essere le attenzioni assidue e particolari da parte della famiglia o la possibilità di evitare situazioni sessuali e sociali ansio-gene e angosciose.

Il secondo tipo è determinato dagli *effetti di feedback negativo* generati dal digiuno e dalla perdita ponderale.

Il soggetto anoressico si inserisce all'interno di un circolo vizioso per il quale più rinuncia a mangiare, più si accentuano la sua concentrazione sul cibo e sul corpo, la distorsione della sua immagine corporea e la possibilità che si scatenino crisi bulimiche.

Conclusione

In questo lavoro si è cercato di condurre un'analisi sulla patologia anoressica che, sulla base di una prospettiva storico-genetica, si spingesse anche molto indietro nel tempo, a raccontare, se non il diretto passato dell'anoressia nervosa, quantomeno la storia dell'inedia auto-indotta.

Tutto questo nella consapevolezza che ognuno dei momenti presi in considerazione non è astrabile dal suo contesto storico e, di conseguenza, non può e non deve essere interpretato utilizzando gli attuali concetti medico-psichiatrici relativi all'anoressia mentale. Tale utilizzo, infatti, non può essere giustificato invocando un'analogia, in alcuni casi tra l'altro superficiale, fra comportamenti così lontani nel tempo.

L'utilità di una ricerca di questo tipo risiede principalmente nella convinzione che la conoscenza della storia del digiuno permetta al terapeuta di comprendere meglio il significato che i sintomi anoressici hanno per il paziente, in piena consapevolezza che l'alimentazione non è fondamentalmente mai stata per l'uomo soltanto la risposta ad un bisogno, ma un'attività carica di simboli, una sorta di "linguaggio universale", che parla del soggetto, del suo rapporto con se stesso e con l'altro.

Bibliografia

- Artusi A. (1994), *Anoressia e bulimia fra mito e scienza*, in "Patavium", 3, pp. 27-49.
- A.P.A. – American Psychiatric Association, *DSM IV-Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Ed. it. Masson, Milano.
- Barbetta P. (2005), *Anoressia e isteria. Una prospettiva clinico culturale*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bell R. (1992), *La santa anoressia: digiuno e misticismo dal Medioevo ad oggi*, Mondadori, Milano.
- Bliss E. L., Hardin Branch C. H. (1960), *Anorexia nervosa. Its history, psychology and biology*, Paul B. Hoeber, Inc. Medical Division of Harper & brothers, New York.
- Bollas C. (2001), *Isteria*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bruch H. (1992), *La gabbia d'oro: l'enigma dell'anoressia mentale*, Feltrinelli Editore, Milano.
- Brumberg J.J. (1988), *Fasting girls*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.
- Castellana F. (1994), *L'angoscia di essere niente: l'anoressia mentale*, Melusina Editore, Roma.
- Charcot J. M. (1998), *Lezioni alla Salpêtrière*, tr. it. Guerini & associati, Milano.
- Costantino F. (1994), *La ricerca di un'immagine: l'anoressia mentale*, Liguori Editore, Napoli.
- Cuzzolaro, M. (2004), *Anoressia e bulimia. Troppo o troppo poco: un'epidemia dei nostri tempi*, Il Mulino, Bologna.
- Favaretto G., Santoanastaso P., a cura di (1999), *Ascetismo, digiuni, anoressia. Esperienze del corpo, esercizi dello spirito*, Masson, Milano.
- Foucault M. (1963), *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano.
- Freud S. (2003), *Studi sull'isteria e altri scritti*, a cura di Musatti C.L., Bollati Boringhieri, Torino.
- Gordon R.A. (1991), *Anoressia e bulimia: anatomia di un'epidemia sociale*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Gull W. W., Lasègue E.C. (1998), *La scoperta dell'anoressia*, Introd. di Piero Feliciotti, trad. e cura di Giuliana Grando, Bruno Mondadori, Milano.
- Habermas T. (1992), *Historical continuities and discontinuities between religious and medical interpretations of extreme fasting. The background to Giovanni Brugnoti's description of two cases of anorexia nervosa in 1873*, in "Journal of the history of psychiatry", 3, pp. 431-455.

- Habermas T. (2005), *On the uses of history in psychiatry. Diagnostic implications for anorexia nervosa*, in "Int. J. Eat. Disorders", 38:2. pp. 167-182.
- ICD-10, *Classificazione statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati. Decima revisione*, Istituto Poligrafico e zecca dello stato, 2002.
- Jaspers K. (2000), *Psicopatologia generale*, Il pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Jung C.G. (1980), *Gli archetipi e l'inconscio collettivo*, Boringheri, Torino.
- Lucchini L. (1997), *L'anoressia, patologia attuale che viene dal passato remoto*, in "Culturalmente", 3, pp. 13-18.
- Montecchi F. (1994), *Anoressia mentale dell'adolescenza: rilevamento e trattamento medico-psicologico integrato*, Franco Angeli, Milano.
- Moulin L. (1991), *La vita quotidiana secondo San Benedetto*, Jaka Book, Milano.
- Ottaviani R., Vanni D., Vanni P. (2004), *Trenta lezioni di storia della medicina*, Franco Angeli, Milano.
- Parry-Jones B. (1991), *Historical terminology of eating disorders*, in "Psychological Medicine", 21, pp. 21-28.
- Selvini Palzzoli M. (1963), *L'anoressia mentale*, Feltrinelli Editore, Milano.
- Romagnoli G. (2003), *Il digiuno nel nome di Dio*, in "Repubblica", 252.
- Russel G.F.M. (1985), *The changing nature of anorexia nervosa: an introduction to the conference*, in "Journal of Psychiatric Research", 19.
- Russel G.F.M. (1997), *The history of bulimia nervosa*, in Garner D.M., Garfinkel P.E. (a cura di), *Handbook of treatment for eating disorders*, Guilford Press, New York, London.
- Testoni I. (2004), *Il Dio cannibale: anoressia e culture del corpo in occidente*, UTET, Torino.
- Vandereycken W., Van Deth R. (2000), *Dalle sante ascetiche alle ragazze anoressiche. Il rifiuto del cibo nella storia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Vandereycken W., Van Deth R. (1995), *Food refusal and insanity: sitophobia and anorexia nervosa in victorian asylums*, in "Int. J. Eat. Disord.", 27, pp. 390-404.