

Considerazioni sui disturbi alimentari: modelli conoscitivi ed espressioni mitologiche

Enrico Rosini, Roma

Introduzione

La concezione clinica dei disturbi alimentari ha visto, nel tempo, gli studiosi misurarsi su terreni culturali ed epistemologia a volte lontani tra loro. Fin dal IX secolo dell'era cristiana vengono registrati casi di soggetti con marcato dimagrimento, in assenza di un'apparente causa organica. È il caso della figura leggendaria di Santa Vilgeforte, vissuta in Portogallo, seguace di San Geremia (1).

(1) H.J. Lacey, «Anorexia nervosa and a bearded female saint», *British Medical Journal*, 285, 1982, pp. 1816-7.

(2) M. Selvini Palazzoli, *I giochi psicotici della famiglia*, Milano, Cortina, 1989.

(3) M. Selvini Palazzoli, *L'anorexia mentale*, Milano, Feltrinelli, 1963.

Dalla patobiografia della santa emerge, oltre ad un'atmosfera familiare conflittuale ed ambigua, che pare colludere con quello che la Selvini Palazzoli (2) definisce «un gioco familiare psicotico», un corteo sintomatico affine alle forme via via riferite nel corso dei secoli, come l'amenorrea, il digiuno come scelta personale, l'atteggiamento di auto-esaltazione. Il comportamento alimentare incongruo di Vilgeforte sembra inoltre investire, come nella maggioranza dei casi di anoressia, la problematica del potere e della sua gestione (3). La riduzione disciplinata e quasi rituale dell'assunzione di cibo permette all'anoressica di trascenderne l'implicazione adattativa di meccanismo psicologico di difesa. Il digiuno viene trasformato in atteggiamenti di ascetismo e di purificazione, dai caratteri religiosi ed etici spesso imprecisi. Ne deriva un sentimento di trascendenza che offusca la problematica di base all'interno della famiglia. Inoltre, spesso manifesta un gran

desiderio di conoscenza, di «nutrimento intellettuale». Gravi pazienti anoressiche possono non mangiare, ma non trascurano di studiare: è una sorta di «bulimia intellettuale» utilizzata apparentemente per la conoscenza, ma in realtà con lo scopo di riempire uno spazio vuoto, di «tappare lo spazio mentale» (4), piuttosto che essere una forma di conoscenza creativa.

Bell (5), attraverso il resoconto biografico di alcune sante del medioevo, evidenzia come l'anoressica trovasse una giustificazione sociale al proprio disturbo ed una sorta di «guarigione» nell'abbracciare la carriera religiosa, nel realizzare la propria autonomia e la scelta verso l'ascesi all'interno del convento. Sia le sante del medioevo, sia le odierne anoressiche, rifiutano il cibo; mentre le prime parrebbero perseguire il desiderio di essere sante, le seconde sembrano rivolgersi al desiderio di essere magre. Entrambe, peraltro, rappresentano una condizione idealizzata nel contesto culturale di appartenenza (6). William Cullen descrisse, nel 1772, il disturbo alimentare bulimico e lo definì «bulimia emetica» (7). Egli pose in risalto, come aspetto caratteristico di questi pazienti, la tendenza a procurarsi il vomito. Nel suo sforzo classificatorio, cercò inoltre di costruire una mappa degli «appetiti erronei». A differenza dell'anoressia, la bulimia, anche se comunemente descritta come ricorrenza di assunzione smodata di cibo e successiva liberazione attraverso il vomito, non è stata citata altrettanto frequentemente nella letteratura medica, ne è stata oggetto di interesse come l'anoressia.

(4) S. Resnik, *Spazio mentale*, Torino, Bollati Boringhieri, 1990, pp. 63-64.

(5) R.M. Bell, *Holy Anorexia*, Chicago and London, The University of Chicago Press, 1985. Tr. it. *La santa anoressia*, Bari, Laterza, 1987.

(6) R. A. Gordon, *Anorexia and Bulimia. Anatomy of a Social Epidemic*, Oxford, Basil Blackwell Ltd, 1990. Tr. it. *Anoressia e bulimia*, Milano, Cortina, 1991.

(7) W. Cullen, *Synopsis Nosologiae Methodicae*, Edinburgh, William Creech, 1772.

Dati epistemologici

Come per lo statuto epistemologico della psichiatria, per i disturbi alimentari, in particolare, appaiono compatibili, all'interno di uno stesso sistema epistemico, enunciati biologici, antropologici, psicologici (8).

I disturbi alimentari favoriscono, per la loro natura, una sorta di scissione dell'unità metodologica, causando una separazione, a volte inconciliabile, dell'approccio biologico con quello psicosociologico. D'altro canto, le scienze della natura, oggettivando le cose del mondo e sottolinean-

(8) M. Schiavone, *Riflessioni epistemologiche sulle scienze umane*, Bologna, Patron, 1988, pp. 67-69.

(9) R. D. Laing, *L'io diviso*. Torino, Einaudi, 1969.

do il principio di causalità ed il metodo sperimentale, hanno spesso giustificato filoni critici che considerano «cosificante» e «alienante» il sapere scientifico, identificando la «oggettivazione in sede conoscitiva» con «l'essere ridotto ad oggetto» (9). Negli ultimi anni si è assistito ad un proliferare di indagini volte ad individuare un substrato biologico nei disturbi alimentari. Malgrado gli sforzi finanziari e scientifici, queste ricerche non sono approdate alla scoperta di un test clinico o di un marker di malattia obiettivo e attendibile. Si è sottolineata l'interpretazione in senso neo-organicistico delle scoperte biologiche, enfatizzando la correlazione psico-biologica.

D'altro canto, lo studio di famiglie di anoressiche ha mostrato la significativa presenza di disturbi psichiatrici con una prevalenza di disturbi affettivi, ossessivo-compulsivi, agorafobia, disfunzioni sessuali, queste ultime diffuse soprattutto nelle madri delle anoressiche. I padri delle anoressiche hanno mostrato invece una incidenza di disturbi psichiatrici pari al resto della popolazione (10).

(10) K.A. Halmi et al., «Comorbidity of Psychiatric Diagnosis in Anorexia Nervosa», *Archives General Psychiatry*, 48, 1991, pp. 712-18.

Occorre sottolineare che la spiegazione mediante il rapporto di causalità, propria delle scienze naturali, e la comprensione affidata all' *Erlebnis*, propria delle scienze dello spirito, non dovrebbero costituire divaricazioni eccessive, per consentire alle scienze umane di rivendicare a pieno diritto la loro scientificità. Come afferma Schiavone (11), sarebbe inaccettabile pretendere di esaurire l'oggetto-uomo con un approccio conoscitivo di taglio scientifico e con lo stesso metodo delle scienze della natura, ma sarebbe altrettanto ingiustificato rinunciarvi totalmente: «Stabilita una stretta collaborazione tra teoria e spiegazione, da una parte, e metateorie e comprensione dall'altra, va ricercato altresì il carattere di stretta continuità fra teorie e metateorie, spiegazione e comprensione... comprendere un fenomeno non implica anche spiegare come si produce?».

(11) M. Schiavone, *Riflessioni epistemologiche sulle scienze umane*, op. cit., pp. 86-87.

Il rischio dell'opposizione tra il «mio corpo» e il «corpo cosa» è quello di stigmatizzare due realtà, più che confrontarsi con due modi di intendere e sperimentare quella che è poi la «presenza nel mondo» (12).

Tale opposizione si fa carico di due tendenze dottrinarie, di due modi di intendere il fenomeno osservato, che si

(12) L. Binswanger, «Der Fall Ellen West», *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 1944. Tr. it. in *Il caso Ellen West e altri saggi*, Milano, Bompiani, 1973.

radicalizzano nell'antitesi tra corpo organico (*Korper*) e corpo vivente nel mondo (*Leib*) (13).

Il rischio che incombe, come afferma Jaspers (14), sul «medico nell'età della tecnica», è di oggettivare l'uomo, di attenersi al dato clinico prescindendo dal significato che quest'ultimo ha per il paziente.

Il corpo oggettivato (*Korper*) della scienza elude «la presenza nel mondo» e la intenzionalità progettuale del corpo che «io sono», come è realmente vissuto e sperimentato dall'esistenza. Così, se «l'essere nel mondo» dell'anoressica è caratterizzato da una «crisi della presenza», è nel mondo familiare che l'anoressica non riesce a declinare una propria forma di esistenza autentica che non sia un rifiuto ed una distruzione del proprio corpo. È in un mondo inospitale che il malato è costretto ad una «esistenza mancata» (15), ad una presenza che riduce la propria partecipazione con le cose del mondo. È l'unità dell'esistenza che viene meno, «dove la malattia non appare come l'effetto di una causa, ma come il significato di un rapporto, il significato che la malattia assume per colui che la vive» (16).

Jaspers (17), dal canto suo, pur scagliando l'anatema contro la psicoanalisi, intesa non come recupero della dimensione comunicativa ma come adesione fideistica, e quindi scientificamente non determinata, ad un corpus dottrinario, propone il ritorno del sapere medico ad una dimensione filosofica che conosce i limiti di ogni forma di sapere e su questi informa il procedere della ricerca.

L'esperienza anoressica è quella di una condizione umana dalla quale la ragione si allontana tematizzandosi in una ragione di segno opposto. All'esilio del senso abituale si accompagna un controsenso che mantiene in sé una significazione coerente ma enigmatica e inafferrabile dalle categorie naturalistiche del discorso.

(13) U. Galimberti, *// corpo*, Milano Feltrinelli, 1987.

(14) K. Jaspers, *// medico nell'età della tecnica*, Milano, Cortina, 1991, pp. 28-31.

(15) L. Binswanger, *Tre forme di esistenza mancata*, Milano, Il Saggiatore, 1980.

(16) U. Galimberti, *// corpo*, *op. cit.*, pp. 46-57.

(17) K. Jaspers, *// medico nell'età della tecnica*, *op. cit.*, pp. 71-82.

Antigone e la funzione del sacrificio

La storia delle figure tragiche del teatro greco fornisce, con Antigone, un interessante modello paragonabile alla vicenda personale dell'Anoressica. Sia Antigone, sia l'Anoressica, condividono l'ostinazione nel perseguire i propri

obiettivi, e a nulla valgono seduzione, violenza, ricatti, tenerezza, richiami all'intelligenza o al buon senso, messi in atto da coloro che praticano un discorso differente. Entrambe sono immerse in una sterilità mortifera e in un rifiuto di aprirsi all'Altro ed alla sessualità dell'Altro. Entrambe narrano l'inquietante presenza del fantasma materno e paterno. Entrambe sono calate in una cerimonia di sacrificio in un atto che rimanda all'ordine simbolico, fondamento dell'ordine umano, laddove più confusi appaiono i registri del Reale, del Simbolico e dell'Immaginario. Esse condividono una mimesi del morire, un Essere - nella-Morte per mimesi che per Antigone è la consapevolezza del castigo che l'aspetta per aver sfidato la legge del potere politico, e sostituito al bisogno il desiderio. Per l'Anoressia, l'accostamento ad Antigone si dipana nella sfida posta, attraverso il sacrificio e la rinuncia, all'ordine familiare e alla Legge. Il corpo dell'Anoressica funziona come un significante nell'articolazione simbolica del discorso (18).

(18) G. Raimbault, C. Elia-cheff, *Les Indomptables*, Paris, Éditions Odile Jacob, 1989. Tr. it. *Le indomabili*, Milano, Leonardo, 1989.

I medici descrivono il suo corpo isolandolo come una malattia o un sintomo-segno, mentre esso costituisce il suo modo di esistere, il suo bisogno di desiderare, che riguarda il sapere dell'Anoressica ed il suo fantasma specifico. I segni del corpo vengono classificati dai medici sottolineando la loro vicinanza al pericolo della morte, appellandosi all'imperativo di ostacolare la volontà di morire. È qui che i due discorsi si separano e non si intendono più (19).

(19) *Ibidem*, pp. 177-179.

Antigone, come l'Anoressia, manifesta un sentimento di familiarità con la morte, privo di timore e di disperazione e quasi animato da una fiducia mistica. L'Anoressica vive in una realtà, quella contemporanea, che ha decretato «oscena» la morte reale, segregandola e allontanandola dalla consuetudine (20). La morte sovverte l'ordine abituale, è innominabile perché in fondo ognuno sente di poter avere accesso all'immortalità. E proprio l'Anoressica assume il sembiante alieno che inquieta, in quanto così immediata è la sua consuetudine con il morire. La morte, la propria morte come atto sacrificale, come immolazione di sé, come affermazione della sfera del «sacro» si inserisce in una realtà, l'odierna, che ne disconosce il valore

(20) P. Ariès, *Essais sur l'histoire de la mort en occident du moyen age a nos jours*, Paris, Éditions du Seuil, 1975. Tr. it. *Storia della morte in occidente*, Milano, Rizzoli, 1978.

fondante. Quel «sacro» che permette di ripristinare la perfezione e la felicità originaria e che accomuna la fondazione mitica della storia dell'umanità.

La morte sacra annulla l'ineluttabilità della morte reale, fissa l'uomo in un tempo eterno e senza dolore. La morte reale è innominabile, è un tabù che l'Anoressica trasgredisce. Cercando la morte ne rivendica la sacralità del potere, ambivalente e tremendo. Le anoressiche, come evidenziato dalla Bruch (21), sono portatrici di un'identità femminile ambigua e limitata. Se le anoressiche, allorché innescano il meccanismo della perdita di peso, sono in grado di influenzare il proprio ambiente ed imporre il proprio destino, Antigone, da parte sua, si pone come alternativa al controllo maschile istituzionalizzato. La storia familiare delle anoressiche, come peraltro quella di Antigone, figlia e sorella di Edipo, sorella di due uomini che si annientano a vicenda per il potere, rivela spesso precedenti fallimenti familiari da parte delle figure maschili. Antigone rinuncia drasticamente all'amore per Emone portandolo al suicidio; le anoressiche annullano i loro caratteri sessuali secondari, decretando l'espulsione di una tentazione e l'assenza di un referente potenziale.

Girard (22) ritiene che la funzione del sacrificio in una società sia di placarne le violenze intestine e impedire lo scoppio dei conflitti. La società cerca così di sviare in direzione di una vittima, «relativamente indifferente», una vittima «sacrificabile», una violenza che rischia di colpire i suoi stessi membri. Secondo Girard, il sacrificio impedisce lo svilupparsi dei germi della violenza. Egli sottolinea come la tesi che interpreta il sacrificio quale violenza sostitutiva sia presente nella recente indagine etnologica, attraverso numerose osservazioni fatte sul campo. Il sacrificio aiuterebbe gli uomini a tenere a bada la vendetta. Nelle «società sacrificali» non vi sarebbe situazione critica per l'unità della comunità alla quale non si risponda con il sacrificio. Più la crisi è acuta, più la vittima deve essere «preziosa». Afferma Girard: «I procedimenti che permettono agli uomini di moderare la loro violenza presentano tutti delle analogie, in quanto nessuno è estraneo alla violenza. Si ha motivo di credere che siano tutti

(21) H. Bruch (1973), *Patologia del comportamento alimentare*, Milano, Feltrinelli, 1977.

(22) R. Girard, *La violenza e il sacro*, Milano, Adelphi, 1980, pp. 20-21, 34-35, 72-75, 90-93.

radicati nel momento religioso, che fa tutt'uno con le diverse modalità della prevenzione; gli stessi procedimenti curativi sono permeati di religioso, tanto sotto l'aspetto rudimentale, che quasi sempre accompagna i riti sacrificali, quanto sotto l'aspetto giudiziario».

La vicenda nella quale è calata Antigone sembra corrispondere a quella che Girard definisce «crisi sacrificale» ossia quella perdita del valore del sacrificio che significa perdita della differenza tra violenza impura e violenza purificatrice: «... la 'crisi sacrificale' è da definirsi come 'crisi delle differenze', cioè dell'ordine culturale nel suo insieme. Questo ordine culturale, infatti non è nient'altro che un sistema organizzato da differenze; sono gli scarti differenziali a dare agli individui la loro 'identità', che permette loro di situarsi gli uni rispetto agli altri». Girard sottolinea che: «...Quando va in sfacelo il momento religioso, non è soltanto, o non subito, la sicurezza fisica ad essere minacciata, bensì l'ordine culturale stesso. Le istituzioni perdono la loro vitalità; l'armatura della società si allenta e si dissolve... Non si può toccare il sacrificio insomma, senza minacciare i principi fondamentali da cui dipendono l'equilibrio e l'armonia della comunità...».

Antigone, attraverso il suo sacrificio, sembra indicare la via alla risoluzione della crisi generale dei valori della società. Girard ci ricorda come la tragedia, come peraltro la religione primitiva, parli sempre della distruzione dell'ordine culturale, della crisi del rituale e dell'ordine, che riposa sulle differenze culturali. La religione, in questo senso, ha come scopo quello di impedire il ritorno della violenza reciproca.

Eteocle e Polinice, coppia tragica di fratelli nemici, legati da una reciprocità violenta, annunciano la «crisi sacrificale» attraverso la loro simmetria conflittuale e, con essa, la perdita della capacità di simbolizzazione. La decisione sacrificale di Antigone si colloca quindi come freno all'annientamento violento della comunità, trasformando la violenza sterile e contagiosa in valori culturali positivi. Creonte, applicando le leggi, si fa interprete del meccanismo dell'unanimità contro Antigone, vittima espiatoria. È in gioco una violenza effettiva che si conclude con l'uccisione unanime della vittima espiatoria. L'efficacia sociale di

questa morte rende conto di un progetto politico-rituale che si ripete incessantemente.

Anche per l'Anoressia è in atto un gioco violento nel quale è coinvolta la determinazione terapeutica dei medici che la tengono in cura. Costoro non comprendono la scelta dell'Anoressica come vittima di un autosacrificio rituale. L'Anoressia, isolata in un mondo inaccessibile ed estatico, celebra la propria liturgia della denutrizione, che si annuncia con una sequela di sintomi ben precisi.

Varianti nosografiche ed aspetti psicodinamici

Il corteo sintomatico dell'anoressia cominciò a definirsi compiutamente con i resoconti clinici di Morton, Lasegue, Gull. Gli aspetti più tipici e costanti del disturbo erano, allora come oggi, la prevalenza per il sesso femminile, la giovane età e l'attivismo delle pazienti, il peculiare rapporto col cibo, l'atmosfera familiare.

L'approccio interpretativo psicoanalitico ai disturbi alimentari condusse Freud (23) ad associare il comportamento alimentare alla pulsione sessuale; in questo senso, il comportamento anoressico è la conseguenza della proiezione del rifiuto di una fantasia di fecondazione orale da parte del fallo paterno, mentre il comportamento bulimico viene associato alla fecondazione orale e l'amenorrea alla condizione di gravidanza. Un'indagine svolta recentemente da Waller (24) e da Mc Clelland (25), ha riportato la presenza di abusi sessuali in pazienti affette da disturbi dell'alimentazione. Nella casistica viene illustrata una storia positiva di abusi sessuali, che hanno comportato contatti fisici, in un terzo dei casi sia di anoressia sia di bulimia. Soprattutto le donne bulimiche avrebbero un'alta frequenza di eventi sessuali avversi nella loro storia. Tali dati empirici paiono opportunamente inserirsi nel dibattito sulla fondazione scientifica della psicoanalisi, alla ricerca, come afferma Grunbaum (26), di validazioni extracliniche alle ipotesi psicoanalitiche.

Hilde Bruch (27), dal canto suo, sottolinea l'importanza della perdita della consapevolezza dell'immagine di sé, alla base dei disturbi alimentari. Le modalità ossessive di valutazione del peso e della distorta immagine di sé co-

(23) S. Freud, «Dalla storia di una nevrosi infantile», in *Opere*, Vol. 7, Torino, Boringhieri, 1975, pp. 570-587.

(24) G. Waller, «Sexual Abuse as a Factor in Eating Disorders», *British Journal Psychiatry*, 159, 1991, pp. 664-671.

(25) L. Mc Clelland et al., «Sexual Abuse, Disordered Personality and Eating», *British Journal Psychiatry*, 158, 1991, pp. 63-68.

(26) A. Grunbaum, *I fondamenti della psicoanalisi*, Milano, Il Saggiatore, 1988.

(27) H. Bruch, *Patologia del comportamento alimentare*, op. cit.

stituiscono una copertura per i più profondi sentimenti di confusione circa la propria identità, capacità, adeguatezza e autonomia.

Assai importante è stata poi la teorizzazione del corpo come persecutore e oggetto estraneo all'io, da parte della Selvini Palazzoli (28).

(28) M. Selvini Palazzoli, *L'anoressia mentale*, op. cit.

I soggetti anoressie! hanno fornito nel tempo un valido modello sperimentale in vivo per lo studio della denutrizione e delle sue anomalie fisiologiche. Anche se i meccanismi patofisiologici sottostanti al disturbo non sono ancora chiariti, la letteratura prodotta sull'argomento è prevalentemente orientata ad assegnare un'importanza maggiore agli aspetti psicologici, familiari e sociali nella genesi del disturbo.

La maggior parte dei ricercatori ha concepito i disordini alimentari intorno alla dicotomia anoressia-bulimia, viste come entità diagnostiche indipendenti (29). Altri, invece, hanno ipotizzato la nozione di un continuum (30), enfatizzando un nucleo psicopatologico comune fondato, sia per l'anoressia sia per la bulimia, sulla patologica paura di aumentare di peso e sulla valutazione di sé basata in termini di forma e peso corporeo. La concezione in termini di continuum di malattia pone la questione se lo spettro dei disturbi alimentari rifletta una sottostante evoluzione sequenziale di malattia. Non a caso una percentuale significativa di pazienti mostra una tendenza naturale verso trasformazioni cliniche successive del quadro clinico in atto, legate ad aspetti biologici e a meccanismi intrapsichici di adattamento (31). Interessante è l'osservazione fatta da Halmi (32) su una popolazione di adolescenti trattati senza successo per un disturbo anoressico, trasformatesi poi, dopo i venti anni, in un disturbo bulimico.

(29) D.N. Clinton et al., «The eating disorders spectrum of DSM 111-R», *Journal Nervous Mental Disease*, 180, 1992, pp. 244-250.

(30) C.G. Fairburn, P.J. Cooper, «The clinical features of bulimia nervosa», *British Journal Psychiatry*, 144, 1984, pp. 238-246.

(31) C.G. Fairburn, P.J. Cooper, «Self-induced vomiting and bulimia nervosa: An undetected problem», *British Medical Journal*, 284, 1985, p. 1153-55.

(32) K. Halmi et al., «Binge-eating and vomiting: A survey of a college population», *Journal Psychological Medicine*, 11, 1991, pp. 697-706.

(33) *Ibidem*.

L'anoressia nervosa precede la bulimia in oltre la metà dei casi di bulimia e nel sottotipo bulimico di anoressia; la bulimia sembrerebbe la naturale evoluzione di un trattamento senza successo (33).

La possibilità di una sequenza cronologica per i disturbi alimentari parrebbe riguardare pazienti meno giovani, con esordio sintomatico recente e breve durata di malattia (34). In sostanza può essere possibile ipotizzare che lo spettro

(34) D.N. Clinton et al., «The eating disorders spectrum of DSM III-R», op. cit.

dei disturbi alimentari rifletta una spontanea evoluzione di malattia, fondata su un nucleo psicopatologico comune. Se la psichiatria, nel tentativo di un'accurata definizione nosografica dei disturbi alimentari ha portato ad una frammentazione dei quadri clinici, con conseguenze sul piano dell'agire clinico e terapeutico, la medicina, applicando la ricerca semeiologica ed un rigido concetto di unità morbosa, ha ricondotto a sé una gran quantità di segni e sintomi che si perdono nella mancanza di una causa e nella inconsistenza di un'etiopatogenesi, rendendo poi impraticabile il riferimento al concetto stesso di unità morbosa.

Ad esempio in psichiatria, rifacendosi al concetto di «unità morbosa», Kraepelin (35) riuscì a creare una nosografia tuttora indiscussa, fondata sul decorso clinico e sull'osservazione longitudinale continua nel tempo. Jaspers (36) identifica l'idea di unità morbosa in psichiatria in senso kantiano: un compito la cui meta sta nell'infinito, ma che indica una direzione di indagine ed un orientamento per la ricerca empirica. Kraepelin aderiva fermamente all'idea che la demenza precoce fosse un'entità morbosa per la quale, se tutti i dettagli clinici fossero stati conosciuti, si sarebbe potuto riscontrare uno specifico quadro anatomopatologico e una specifica etiologia. Assertore della necessità di demarcare precisamente la malattia riferendosi sempre al quadro clinico globale, Kraepelin è riuscito a circoscrivere l'entità morbosa della demenza precoce, senza essere stato in grado di fissare inequivocabilmente un sintomo della stessa, ma ponendo attenzione alle modalità di esordio e di evoluzione. Gli psichiatri odierni, pur tentando di applicare questo modello di tipo strutturalista (37) allo studio dei disturbi alimentari, non sono riusciti a raccogliere frutti altrettanto validi.

Gullotta (38) suggerisce puntualmente come «... questo modello, che la psichiatria ha ereditato dalle altre discipline mediche, ha fornito agli specialisti la possibilità di introdurre un principio ordinatore nel mondo caotico della follia, permettendo così di ottenere successi scientifici e terapeutici altrimenti impossibili. Ma il rischio di ogni modello efficace è quello che esso venga considerato l'unico possibile ed identificato con la realtà».

(35) E. Kraepelin, *Dementia Praecox*, Pisa, ETS-Sigma Tau, 1989.

(36) K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 1964, p. 612.

(37) F.M. Ferro, M.C. Tonni, «Le ceneri di Kraepelin», *Il piccolo Hans*, n. 55, 1987,

(38) C. Gullotta, «Jung e la psichiatria», *Aut Aut*, 229-230, 1989, pp. 47-62.

Nell'elaborazione del suo pensiero, Jung mostra, a mio parere, l'influenza della sua esperienza di psichiatra accanto a Bleuler e dei contatti avuti col pensiero psichiatrico europeo. Kraepelin, sostenitore della definizione di schizofrenia quale unità morbosa, ma alle prese con un termine impalpabile del problema, la causa di essa, pare ritrovarsi in Jung assertore della presenza di una presunta tossina generatrice del processo schizofrenico.

(39) E. Bleuler (1911), *Demente Praecox o il Gruppo delle Schizofrenie*, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1985.

Nello studio della schizofrenia, Bleuler (39) sottolineava gli aspetti sintomatologici della malattia. La caratterizzazione del processo morboso, sostenuta da Bleuler, tendeva a individuare i disturbi più elementari come consistenti in una mancanza di unità, in uno scindersi del pensiero, in un frammentarsi del sentire, del volere e del senso soggettivo della personalità. Bleuler non intendeva creare un nuovo approccio diagnostico alla schizofrenia, ma proporre una teoria della malattia. La ricerca, nella schizofrenia, dei sintomi fondamentali ed accessori, secondo Bleuler, e l'attenzione posta nel rilevare un disordine del pensiero, hanno sempre risentito, come impostazione dottrinarie, di una ridotta attendibilità circa la caratterizzazione dei sintomi e la demarcazione nosografica, anche se hanno permesso una rivoluzione nella comprensione della schizofrenia e nell'interpretazione psicodinamica del disturbo.

Il parallelismo adottato tra l'approccio nosografico-psicopatologico ai disturbi schizofrenici e a quelli alimentari suggerisce altre considerazioni. Spingendoci ulteriormente nella storia del pensiero psichiatrico, fa riflettere l'insegnamento, ormai quasi dimenticato, di Griesinger (40) e della sua teoria della «psicosi unica». La teoria tende a negare l'esistenza dell'unità morbosa in psicopatologia e ad affermare l'esistenza di una numerosa varietà di alienazioni che passano le une nelle altre come sequenze di stati tipici; inoltre, l'evoluzione della malattia dipende da numerose variabili di tipo personologico e ambientale.

(40) W. Griesinger, *Traité des Maladies Mentales*, Paris, Adrien Delahaye, 1865.

Affine alle concezioni di Griesinger appare la definizione di «patologia di spettro», sia per i disturbi di tipo schizofrenico, sia per la concettualizzazione nosografica dei disturbi alimentari. Il contributo di Schneider (41) allo

(41) K. Schneider, *Psicopatologia clinica*, Firenze, Sansoni, 1954.

studio della schizofrenia si esprime nel tentativo di capire le leggi della formazione delle sindromi. Egli volle riconoscere nelle caratteristiche formali dell'esperienza vissuta dell'atto psichico, l'elemento comune di una funzione di base turbata e l'origine di una quantità di sintomi. Schneider studiò i quadri di stato come manifestazioni transitorie di una malattia che vanno distinte dall'intero processo patologico. Per caratterizzarli più facilmente definì il concetto di «complesso sintomatico», inteso quale raggruppamento di determinati sintomi considerati come tipi di quadri di stato, che permettono di ordinare le numerose variazioni. I complessi sintomatici vanno studiati in sé, senza tener conto di unità e processi morbosi, osservandone la regolarità e le necessarie competenze. Il suo approfondimento avrebbe dovuto condurre alla struttura psicologica fondamentale dei processi psichici anormali. Schneider affermava che: «I sintomi schizofrenici di primo e secondo rango sono separati da qualsiasi riferimento teorico e vanno intesi solo in senso pragmatico-diagnostico. Quando affermiamo, ad esempio, che la sottrazione del pensiero è un sintomo di primo rango, ciò significa che: se questo sintomo è presente in una psicosi, in assenza di una patologia organica, noi la chiameremo schizofrenia».

I quadri di stato dei disturbi alimentari, intesi come complessi sintomatici, costituiscono manifestazioni transitorie distinte dall'intero processo. L'obiettivo dell'utilizzazione del concetto di complesso sintomatico può essere quello di circoscrivere raggruppamenti di sintomi che possono considerarsi come tipi di quadri di stato. Se essi vengono osservati con regolarità, permettono di non tenere conto né di unità né di processi morbosi. Nell'analisi dei complessi sintomatici è importante la distinzione tra sintomi primari, in quanto provocati direttamente dal processo morboso, e sintomi secondari, che da quelli insorgono per un'ulteriore elaborazione, secondo una relazione «comprensibile» (42). In clinica i complessi sintomatici, nel corrispondere ad una descrizione tipica, possono realizzarsi più o meno completamente, anche se nella maggior parte dei casi sono presenti combinazioni di essi.

(42) K. Jaspers,
*Psicopatologia
generale, op. cit.*

Una spiegazione causale dei complessi sintomatici della schizofrenia non è stata mai trovata. Al suo posto esistono possibilità teoriche e la presenza di associazioni statisticamente significative di sintomi. I sintomi considerati isolatamente non hanno rapporti tra loro. È la loro affinità, allorché compaiono in associazione, che propone la presenza di una funzione di base colpita dalla malattia.

Nell'anoressia, l'elemento nucleare che trascina con sé gli aspetti sintomatici parrebbe il bisogno di raggiungere un peso ideale, oppure, secondo una concezione psicosomatogena, evitare la sensazione di oppressione allo stomaco. Circoscrivere il disturbo bulimico secondo i concetti di complesso sintomatico condurrebbe a riscontrare tipi di quadri di stato costellati di tratti, assenti nelle anoressiche, come: impulsività, labilità emotiva, discreto adattamento sociale, tendenza all'abuso di sostanze, promiscuità sessuale, comportamenti autodistruttivi.

Spostandoci sul campo della teorizzazione psicoanalitica, possiamo riscontrare la costanza, sia nella anoressica, sia nella bulimica, di sintomi risultanti da meccanismi di difesa contro il desiderio di una fecondazione orale da parte della figura paterna. Operando una valutazione in termini di sviluppo del Sé e di qualità della relazione interpersonale precoce, l'enfasi viene posta sulla inadeguata interazione madre-bambino, come radice etiologica primaria.

L'atteggiamento positivistico di Schneider si riprometteva di ricercare criteri diagnostici sempre più restrittivi, tali da permettere un confronto tra pazienti il più possibile omogenei tra loro, in modo da condurre ad un'alta attendibilità tra le valutazioni di differenti osservatori.

Jung, dal canto suo, nella costruzione della teoria degli «archetipi», pare aver risentito della stessa influenza dottrina della quale si nutre il pensiero di Schneider. Con la teoria degli archetipi, Jung, pur operando attraverso un linguaggio metaforico distante dai modi positivistici di Schneider, sembra anch'egli alla ricerca di esperienze formali della vita psichica, unitarie e comuni, che si presentino con regolarità (43).

In una prospettiva archetipica, l'interpretazione della psicologia analitica sottolinea la preminenza della condizio-

(43) C. Gullotta,
<<Jung e la
psichiatria>>, *op. cit.*

ne psicologica uroborica dell'Anoressica. L'uroboros rappresenta lo stato arcaico dello sviluppo psichico, dominato dall'archetipo della Grande Madre, nel suo aspetto indifferenziato di unione dei genitori primordiali. Nella situazione uroborica si assiste ad una dissoluzione della personalità, all'espressione di un vuoto inferiore colmato da un falso Sé, obbediente alle istanze dell'inconscio parentale, cioè dell'inconscia incorporazione della personalità del padre e della madre, uniti in una costellazione familiare dominata dall'oralità (44).

Non essendo chiaramente possibile dimostrare se ciò che Bleuler include nella schizofrenia e ciò che Schneider definisce come tale siano la stessa malattia, in quanto da una parte abbiamo un approccio altamente speculativo, dall'altra una grande attendibilità e pragmatismo nella rilevazione dei dati clinici, ritroviamo però il primo nella scoperta che Jung fa del valore dell'affettività nella genesi dei complessi e il secondo nel suo sforzo di catalogazione dei tipi psicologici.

Come per i disturbi alimentari, il problema non consiste nell'optare per una definizione del disturbo che privilegi lo «spiegare causale» o il «comprendere» il fenomeno in oggetto, ma nel tener presente la relatività delle loro concettualizzazioni e definizioni, in quanto fondate su una convenzione ed in quanto espressione della personalità, delle esperienze e del campo emozionale in cui è calato chi osserva.

Come afferma Hillman (45), gli Dei rimossi ritornano come nucleo archetipico dei complessi sintomatici. Ne è un esempio il legame tra Dioniso e l'isteria, la relazione di Crono-Saturno con gli aspetti paranoici della depressione, quella di Hermes-Mercurio con ciò che intendiamo come comportamento schizoide. Tali relazioni hanno lo scopo essenziale di esplorare la psicopatologia in termini di psicologia archetipica.

Il rapporto tra mitologia e patologia emerge allorché il comportamento patologico viene colto nei termini di una rappresentazione mitica, la mimesis di un modello archetipico. Freud attraverso il complesso di Edipo, scoprì che la psicopatologia è la messa in atto di un mito.

Hillman pare comprendere profondamente Jung psichia-

(44) E. Neumann, *Zur Psychologie des Weiblichen*, Zürich, Rascher Verlag, 1953. Tr. it. *La psicologia del femminile*, Roma, Astrolabio, 1975.

(45) J. Hillman, // *mito dell'analisi*, Milano, Adelphi, 1979.

tra alle prese con la sterilità di certa oggettivazione clinica. Hillman sottolinea come l'erotismo del transfert divenga soltanto nevrosi quando si perde di vista l'Eros nell'analisi. Senza Saturno e Dioniso, depressione e isteria si riducono a diagnosi psichiatrica. La psicologia archetipica è un approccio alla comprensione degli eventi, del principio che li governa, della loro dominante archetipica. Essa non spiega gli eventi, ma consente di comprenderli e di produrre nuove visioni degli stessi. A mio parere, un'idea «kantiana», analogamente alle concezioni di Jaspers, informa lo sforzo di Jung nella formulazione della teoresi archetipica.

Jung, ritengo, percepiva dolorosamente che il sottolineare la sola patologia in psichiatria e non piuttosto la psicologia, portava a dimenticare che la malattia fa parte del significato del declinarsi dell'individuo nel Mondo ed appartiene ad un modello più ampio di comprensione.

Conclusioni

L'esame dei disturbi alimentari fin qui condotto ha cercato di comparare metodologie e approcci epistemologici! difforni. La ricerca, nel senso delle scienze naturali, fa compiere enormi progressi. La sua visione del mondo differisce radicalmente dall'uso degli strumenti del comprendere che dischiudono, invece, un mondo di contenuti di senso.

Con essi non si hanno progressi come nella scienza, bensì un variare del livello della formazione personale e dell'ampliamento della sensibilità (46). Se ci limitassimo al modello di Jaspers della «psicologia comprensiva» subiremmo lo smacco dell'«incomprensibilità» dell'anorexia. Binswanger (47), dal canto suo, mutuando le tesi ontologiche dell'«essere nel mondo» e dell'«essere con gli altri», supera l'impasse dell'«incomprensibilità» attraverso il lavoro di illuminazione dei modi in cui si articola il disegno esistenziale dell'umana presenza: ed è così che Ellen West (48) ci mostra un mondo condannato all'impossibilità di trascendersi.

Jaspers (49) ci ricorda opportunamente che sia la comprensione psicologica sia la spiegazione causale produ-

(46) H. Jaspers, *Il medico nell'età della tecnica*, op. cit.

(47) L. Binswanger, *Il caso Ellen West*, op. cit.

(48) *Ibidem*.

(49) K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, op. cit.

cono conoscenza, ma divergono radicalmente nel tipo di giustificazione, nel senso del loro valore e delle difformità applicative. Ci troviamo quindi d'accordo con Schiavone (50) quando afferma che l'attenuazione dell'originario «significato forte» del determinismo consente di intendere la comprensione come una «integrazione» della spiegazione causale. È appunto solo in quest'ottica di continuità e di complementarietà che si può legittimamente ricorrere all'ermeneutica e programmare il successivo passaggio dal comprendere all'interpretare, come punto d'approdo e come finalità euristica. Ma sempre senza rinunciare al principio epistemologico per cui vi è scienza, in senso autentico, solo quando la comprensione e l'interpretazione si aggiungono, in forma omogenea e continua, alla spiegazione causale, mai in caso contrario.

L'evoluzione del pensiero psicologico in Jung mostra, a mio parere, di aver risentito profondamente dell'influenza epistemologica e dottrinarica che la psichiatria ha espresso nell'ultimo secolo. I vari autori presi in esame si configurano come stimolanti interlocutori nel suo sforzo di ancorare la materia oggettiva ai processi mentali soggettivi. Ciò che secondo me Jung temeva maggiormente era il rischio di ritrovarsi con un'anima priva di natura o perdersi in una natura senza anima.

(50) M. Schiavone, *Riflessioni epistemologiche sulle scienze umane*, op. cit., p.87.