

Appunti

1. Colgo l'occasione dell'intervento di Lai, che mi dà lo spunto per alcune riflessioni. Anoressia e bulimia sono cose diverse. Perché l'approccio del medico, psicologo, psicanalista, familiari e amici sono diversi a seconda del tipo di disturbo. Perciò, sostiene Lai, le due patologie sono diverse. Certo, arriverei a dire che davanti ad ogni soggetto chiunque ha un atteggiamento diverso. Non solo, ma si può dire addirittura che non esistono né anoressia né bulimia in quanto tali.
2. Perché? perché i termini anoressia e bulimia sono delle generalità, e le generalità possono sempre indurre chiunque a forzare o a irrigidirsi nel trattamento al fine di far rientrare il paziente all'interno di una struttura o percorso che già conosce: non esiste l'anoressia, bensì una tizia che soffre di disturbi alimentari. Nel trattare caso per caso ci si accorge di alcuni tratti comuni sia nel paziente che nella famiglia, ma sono solo tratti. Questi ci servono per orientare il pensiero, ma non dobbiamo affidarci solo a queste generalità.
3. Le generalità servono soltanto ad orientare il pensiero, non possono né devono individuare un soggetto. È un peccato (proprio peccato) di superbia, a dir poco, etichettare qualcuno con il termine *anoressico*. Tizio non è anoressico, ma è Tizio che soffre di alcuni disturbi alimentari. Etichettare è come dare un nome a qualcuno. Solo i genitori, e con la benedizione di Dio, hanno potuto dare un nome al figlio. *Francesca, io ti battezzo nel nome del Padre del Figlio e dello Spirito Santo*: dice il prete bagnando il capo del neonato. Dare nome a qualcuno è un atto sacro: (ho fatto una breve ricerca biblica) «*Non temere, perché io ti riscatto, ti chiamo per nome, tu sei mio!*» (Isaia 43-1) (sempre sullo stesso tema si può dire che): ad Adamo Dio ha dato il potere di dare nome agli animali dell'Eden, e nominandoli li ha fatti suoi. Dare un nome non è cosa da poco; è bene riflettere su ciò.
4. Se volete è forse questo il peccato della medicina moderna, essa pensa di avere a che fare con polmonite, cancro, psicosi, anoressia ecc. In altre parole, commettendo un immane peccato di superbia, tratta il paziente non come Tizio, ma come anoressico.
5. Allora per finire questa breve digressione, non dimentichiamo che è il signor Tizio che soffre di un disturbo anoressico.
6. Questo non vuol dire che sia impossibile studiare l'anoressia come fenomeno. Lo studio serve ad orientare il nostro pensiero. Per esempio: se da alcuni segni caratteristici pensiamo che Tizio sia nevrotico, orienteremo il nostro modo d'agire in un certo modo, ben diverso che se pensiamo che Tizio sia psicotico.
7. Ora Kora sta studiando l'anoressia distinguendo fra tre tipi di struttura che si possono intravedere al di là del disturbo alimentare *non mangio*.
 - a) anoressia come sintomo isterico
 - b) anoressia di tipo psicotico
 - c) anoressia, che Kora pensa sia quella vera e propria, che si inquadra nelle psiconevrosi narcisistiche. È questa l'ipotesi su cui Kora sta lavorando, ma di questo vi parlerà con maggior dettagli Ettore Perrella.
8. Ma torniamo all'esame della struttura familiare che può produrre un comportamento anoressico, cioè all'eziologia ambientale del disturbo.
9. Perché generalmente è un disturbo solo femminile? Forse perché è determinato da difficoltà che insorgono nell'identificazione femminile, cioè nell'identificazione alla madre. La madre che, sinteticamente, è colei che ci dà il primo cibo. Lo dà per amore. Ma se l'amore non viene poi

supportato da tutta una serie di atti che lo confermano allora si può produrre un fraintendimento tra cibo e amore

10. Statisticamente c'è stato un aumento del disturbo (dagli anni ottanta in poi, quindi in persone nate negli anni sessanta), quindi si è pensato che ciò sia dovuto al cambiamento di ruolo della donna nella società.

11. Statistiche, sono utili ma solo per pensare non per risolvere. Ma bisogna fare attenzione perché anche nell'uso più alto, che il pensiero abbia fatto, di un sistema statistico-probabilistico che è la meccanica quantistica esistono delle irrisolte contraddizioni. Essa, pur avendo fatto fare passi da gigante nello studio dei fenomeni nucleari, nulla dice su una sola particella, dice solo che esiste un'indeterminazione nel calcolo degli stati della particella stessa. (Ricordare le critiche mosse alla M.Q., fare l'esempio del gatto di Schroedinger. Se è il caso ricordare l'errore dell'uso delle statistiche con l'esempio dei gatti.)

12. Ci sono dei dati di fatto che vanno considerati, come in fisica le condizioni al contorno, però qui non c'è formula e non si ha a che fare con oggetti.

13. Torniamo a noi: credo che questo cambiamento di ruolo sia sì una delle cause dell'insorgenza del disturbo, però credo che abbia influito non su chi ne soffre ma sull'ambiente familiare in cui vive. Ma di quale cambiamento stiamo parlando? Non credo sia semplicemente l'ingresso da parte della donna nel mondo del lavoro. Quale lavoro? visto che le donne hanno sempre lavorato. Eventualmente nel mondo del lavoro maschile, ma anche questo non mi sembra sufficiente. Credo invece che per l'aumento del disturbo abbiano contribuito più cause:

- a) il padre è vissuto dai figli come insufficiente, demanda alla madre le sue funzioni, serve solo a procacciare denaro e generalmente la madre non lo considera un uomo a cui affidarsi
- b) la madre è attenta, eventualmente molto attenta, soltanto ai bisogni *fisici* dei figli - *non ho fatto mancare loro nulla* (ricordare l'intervista alla giornalista Barzini, sorellastra di G. G. Feltrinelli)
- c) entrambi i genitori sono generalmente incapaci di dire no ai figli, o quanto meno quando raramente ci riescono non sanno motivare questi divieti, inoltre entrambi sono affetti da una totale mancanza di ideali, l'unico ideale, se così si può chiamare, è il denaro - *con esso si può ottenere tutto*.

14. Ricordiamo che tutto ciò è sempre una generalizzazione. Ci può servire per capire, orientare il pensiero, ma non per spiegare o peggio ancora per curare. Trattare caso per caso.

15. Sulla struttura della madre si può dire che generalmente essa è incapace di sostenere la posizione femminile (sono madri falliche per le quali però il fallo non è il padre, ma i figli) - di solito sono donne che hanno un grosso potere all'interno della famiglia. Sono però incapaci di sopportare che la figlia sia un soggetto diverso dai loro progetti, in altre parole sono donne incapaci d'amare.

16. L'anoressica si sostiene, prima dell'inizio del disturbo, su qualcosa che le serve da interscambio con la madre; per esempio essere brava a scuola (molto brava).

17. Quando si trova di fronte ad un fallimento, che lei interpreta come incapacità di dare qualcosa alla madre per soddisfarla, allora può scatenarsi il disturbo - che si può riassumere in «dato che non posso darti quello che vuoi da me (che non so cosa sia) e dato che ti temo allora non voglio più niente da te».

18. Oppure quando l'anoressica inizia a diventare donna, e quindi inevitabilmente viene spinta a staccarsi dalla madre per attaccarsi a qualche altro, insomma non è più solo foglia ma anche donna.

Allora può instaurarsi il disturbo. La madre naturalmente tende a non accettare questo nuovo stato della figlia, probabilmente si oppone con tutte le sue forze alla crescita e al conseguente distacco.

19. L'anoressica, quindi, non ha chiarito il suo rapporto con la madre (la madre vorrebbe aver sempre a che fare con una bambina soltanto da sfamare), perciò tende a restarle indissolubilmente legata: la ama, la teme e la odia. È infatti possibile che il disturbo si scateni proprio in occasione di una qualsiasi presa di posizione soggettiva, che è sempre segno di un distacco.

20. Conseguentemente, la figlia, visto il disastroso esito, non accetterà più nessun distacco, soffrirà anche per il solo fatto che un fratello possa andarsene. Tutta la famiglia deve restare unita e presa in questo labirinto che è il disturbo anoressico.

21. Come è possibile che in una stessa famiglia solo in una figlia si sviluppi il sintomo anoressico? Un'ipotesi può essere che anche sorelle o fratelli siano potenzialmente anoressici, ma non bisogna dimenticare che l'anoressia è una *scelta* di tipo soggettivo, (per fortuna) altrimenti non si spiegherebbe come sarebbe possibile una cura. Posso solo ipotizzare che se il disturbo non si è manifestato nei fratelli, sempreché essi siano potenzialmente anoressici, è perché non hanno subito dei fallimenti e perché si sono staccati, magari solo simbolicamente, dalla struttura familiare.

22. Per affrontare la cura è necessario vedere l'anoressica non come un'ammalata, ma come un soggetto - credo profondamente etico - che vuole dire qualcosa di estremamente importante. Il problema sta nel fatto che il linguaggio usato per dire questa cosa, è apparentemente incomprensibile: in altre parole il sintomo non è simbolicamente dialettizzabile. L'anoressica grida con tutte le sue forze, ma resta incompresa. Forse le parole che usa per dire questa cosa estremamente importante sono quelle di un infante che piange e strepita non per fame ma per bisogno di attenzione o, meglio, d'amore.

23. L'insorgenza di un simile disturbo, anche se all'inizio può essere minimizzato dalla famiglia, alla fine spesso si dimostra devastante, può produrre fratture e separazioni, o quanto meno dinamiche di aggressività.

24. Generalmente l'anoressia viene sopportata meglio dai familiari della bulimia che invece scatena una posizione di insofferenza e a volte di vero e proprio odio. Kora quindi si prende cura sia di chi soffre della malattia che della struttura familiare in cui vive, caso per caso. Non c'è formula.