

Il cibo: allegoria paradigmatica di introspezione

Food: paradigmatic allegory of introspection

VALENTINA RAPACCINI

Centro di Riferimento Regionale ADHD, Terni

Nell'articolo si descrivono le caratteristiche, le complicazioni e le interferenze con altre patologie dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), esplorate anche nel loro valore simbolico. Tale categoria include l'anoressia, la bulimia e i disturbi da alimentazione incontrollata. Gli studi sulla prevalenza dei disturbi alimentari indicano che nella popolazione femminile la frequenza è circa dello 0,3-0,5% (un caso ogni 200-300 persone) per l'anoressia nervosa e dell'1-2% (un caso ogni 50-100 persone) per la bulimia nervosa. Se vengono tuttavia presi in considerazione solo i dati della popolazione in età adolescenziale e giovanile, le percentuali risultano tuttavia più alte: si stima che nel corso della vita, fino al 2% delle donne si ammali di anoressia nervosa e il 4% di bulimia nervosa. Inoltre, quasi il 10% delle ragazze in età a rischio (tra i 15 e i 25 anni) soffre di un disturbo alimentare "parziale" o "subclinico", in cui cioè sono presenti solo alcuni dei criteri dell'anoressia nervosa o della bulimia nervosa, pur presentando un quadro clinico e medico che necessita di attenzione clinica da parte dei terapeuti. Allo stato attuale, pochi dati, perlopiù discordanti tra loro, sono invece disponibili sulla prevalenza del disturbo da alimentazione incontrollata (o disturbo da *binge eating*) (Smink, et al. 2012).

Parole chiave: DCA, disturbi del comportamento alimentare, anoressia, bulimia, digiuno

This article discusses the substantial characteristics, complications and interference with other pathologies of Eating Disorders through humanistic references also. Eating Disorders, according to DSM-5 criteria, include anorexia, bulimia and binge eating disorders. Prevalence studies indicate that among the female population the frequency is about 0.3-0.5% (one case every 200-300 people) for anorexia nervosa and 1-2% (one case every 50-100 people) for bulimia nervosa. However, if only young population is considered, the percentages result higher: it is estimated that during lifetime up to 2% of women is affected by anorexia nervosa and 4% by bulimia nervosa. Furthermore, almost 10% of girls aged between 15 and 25 years suffer from a "partial" or "subclinical" eating disorder, in which some criteria for anorexia nervosa or bulimia nervosa are present, showing a clinical picture that requires specific attention from therapists. Regarding the prevalence of binge eating disorder (Smink, et al. 2012), current data are limited and often discordant.

Key words: Eating disorders, anorexia, bulimia, fasting

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Valentina Rapaccini
Centro di Riferimento Regionale ADHD
Viale VIII Marzo, 05100 Terni
e-mail: rapaccinivalentina@gmail.com



Premessa

Per Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) o, più sinteticamente, disturbi dell'alimentazione si intende una specifica categoria diagnostica, principalmente di pertinenza neuropsichiatrica, caratterizzata da un'alterazione sostanziale delle abitudini alimentari correlata a un'eccessiva preoccupazione per il peso e la forma fisica (DSM 5, 2013).

Nell'ambito di tale categoria si annoverano patologie drammaticamente attuali quali forme di anoressia, di bulimia e disturbi da alimentazione incontrollata.

Mentre l'anoressia è caratterizzata dall'imposizione volontaria di un regime alimentare restrittivo, in grado di garantire un mantenimento cronico del peso corporeo prossimo a valori di oltre il 15% inferiori rispetto a quelli ritenuti consoni per un individuo di età ad altezza corrispondenti, la bulimia, in maniera simmetricamente opposta si caratterizza soprattutto per il ricorso ad abbuffate (cioè grandi mangiate), seguite da pratiche di compensazione per eliminare l'eccesso di calorie introdotto (vomito autoindotto, uso di lassativi, attività fisica esasperata) (DSM 5, 2013). Ciò può portare a un marcato dimagrimento in soggetti inizialmente in sovrappeso o in normopeso), oppure non avere un significativo impatto sull'aspetto fisico globale.

Per disturbo da alimentazione incontrollata, comunemente (Binge Eating Disorder), si intende un disordine della nutrizione e dell'alimentazione caratterizzata da abbuffate analoghe a quelle della bulimia, ma che non vengono generalmente seguite da pratiche di eliminazione o compensazione.

Circa la metà dei soggetti affetti da tale disturbo soffre di uno stato depressivo, insorto precedentemente o successivamente allo sviluppo della sintomatologia alimentare.

L'esordio classico dei DCA è adolescenziale, con una tipica predilezione per il sesso femminile. La prevalenza attuale di tali disturbi si aggira intorno al 3,5% della popolazione, escludendo patologie con sintomi sotto-soglia attualmente non inquadrabili all'interno di disturbi codificati (tra cui rientrano anche forme latenti di anoressia maschile, fenomeno attualmente in aumento).

In aggiunta alle considerazioni scientifiche, lo svolgimento di questo tema tiene in particolare conto gli sviluppi lacunari del pensiero freudiano.

L'importanza della linguistica strutturalista sottolinea la difficoltà di comprendere la parola nella sua autonoma immediatezza per l'esistenza di contenuti soggettivamente complementari e occultati. Questo impone la necessità di porsi in ascolto della condizione patologica per coglierne prospettive ed eziopatogenesi.

DCA: ampia variabilità fenotipica

Come precedentemente illustrato, i disturbi del comportamento alimentare variano ampiamente nella loro manifestazione fenotipica, da forme propriamente anoressico-restrittive a spiccatamente bulimiche.

Mentre nell'anoressia nervosa prevale un costante rifiuto del cibo associato all'ossessione persistente di un incremento ponderale, nella bulimia si evidenzia una preponderante disregolazione del comportamento alimentare con alternanza di abbuffate associate a saltuari atteggiamenti restrittivi, generalmente nell'ambito di un peso corporeo nella norma o ai limiti superiori.

È stato notato in particolare come l'anoressia nervosa condivida un substrato genetico comune con alcuni disturbi appartenenti all'ambito ossessivo compulsivo (fino al 35% dei soggetti anoressici mostra un DOC, un disturbo compulsivo ossessivo), disturbi dell'umore (tra cui in particolare quelli depressivi), disturbi dello spettro psicotico.

Nei soggetti bulimici appare maggiormente evidente la disregolazione emotivo comportamentale, per cui risulta frequentemente associato a questi disordini l'abuso di sostanze, come tossicodipendenza e alcolismo: in particolare il 50% dei soggetti affetti da bulimia mostra anche disturbi di personalità (tra cui il disturbo borderline) e disturbi dell'umore inerenti sia lo spettro maniaco-depressivo (bipolare) che marcatamente depressivo (Brooks et al., 2012).

DCA e insula

Si tratta di casi di patologie corticostriatali. L'immagine descrive uno dei principali meccanismi alla base dei disturbi alimentari, che implica il coinvolgimento dell'insula (area della corteccia cerebrale sita tra il lobo temporale e il lobo frontale), la quale funge da ago della bilancia tra il circuito prefrontale, deputato al controllo e alla pianificazione delle funzioni esecutive, e quello mesolimbico, preposto invece alla regolazione emotiva (Brooks et al., 2012).

Mentre nell'anoressia nervosa assume un ruolo determinante il circuito prefrontale, nelle patologie inerenti allo spettro bulimico l'apparato mesolimbico ha una funzione di particolare rilievo.

Infatti, come precedentemente esposto, nell'anoressia sembra maggiormente incisivo il controllo rigido e restrittivo sull'assunzione di cibo, sottoposto anche al vaglio critico della coscienza razionale.

Nella bulimia invece è di primaria importanza la disregolazione emotiva, che è in grado di causare una disfunzionalità comportamentale che si riflette in maniera significativa sull'alimentazione.

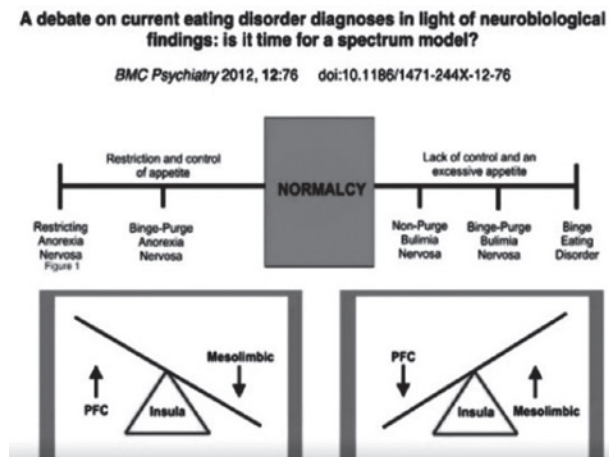


Figure 1. Schema esemplificativo del ruolo dell'insula nei DCA

Cibo come mediatore dell'esperienza umana

Da sempre il cibo ha assunto un carattere rilevante per la specie umana, non solo in termini strettamente legati alla sopravvivenza o per la sua natura aggregante e conviviale, ma anche in quanto mediatore sostanziale dell'esperienza umana.

Si potrebbe considerare il cibo come espediente attraverso il quale l'uomo marchi la pluralità delle proprie esperienze quotidiane: parallelamente, da un punto di vista fisiologico, mediante il percorso alimentare l'organismo umano risulta in grado di trasformare una sostanza in una molecola altamente energetica (ATP).

Una delle ataviche consuetudini della stirpe umana è proprio quella di allucinare abitudini mediante il ricorso al cibo: esso assume a mediatore esperienziale rispettivamente di una circostanza comunitaria, assumendo una valenza collettiva, o di una situazione individuale, rivestendosi di una connotazione edonistico solipsistica.

A tal proposito è interessante notare come, mentre fenomeni attualmente sempre più diffusi quali ad esempio ortorexia e veganismo mostrano un substrato imprescindibile di identificazione comunitaria, l'anoressia nervosa tenda in modo diametralmente opposto a relegare l'individuo in una dimensione autistica di refrattarietà e isolamento contestuale (Dell'Osso et al., 2016).

Da sempre infatti i DCA, in particolare l'anoressia nervosa, sono ritenute patologie della convivialità.

Nella società attuale, essendoci una maggiore tendenza al ritiro sociale con paradossale rifugio nell'astrazione fittizia del mondo virtuale, è di facile intuizione immaginare come tali disturbi siano suscettibili di un progressivo incremento.

Il corpo come significante esclusivo

Attraverso una concezione sostanzialmente riduzionistica e meccanicistica del processo alimentare, afferma Feuerbach, (Feuerbach, 2017) finiamo per essere ciò che mangiamo.

In realtà, come precedentemente illustrato, il cibo non costituisce soltanto un espediente indispensabile per la sopravvivenza, ma assume anche a sostanziale mediatore delle principali esperienze dell'individuo, soprattutto in contesti di aggregazione sociale.

Sulla scia del concetto di tecnologia del sé, descritto da Foucault (Foucault, 1992), secondo cui tutto ciò che viene operato sul corpo è fondamentale ai fini della costruzione dell'io, che non ha una preesistente identità ontologica. Conseguentemente la manipolazione dell'organismo nella globalità delle interferenze psicosomatiche diviene strumentale all'elaborazione di un'identità intersoggettiva, che il soggetto, affetto da DCA esterna mediante il proprio corpo non avendo linguaggi alternativi per manifestarsi.

Nel soggetto anoressico in particolare si verifica una idealizzazione progressiva dell'immagine corporea.

Mentre nella psicosi il corpo viene percepito in termini segmentali, ovvero come entità disgiunta nel contesto di una parcellizzazione quantica dell'essenza costitutiva, nell'anoressia nervosa il corpo appare idealizzato nella sua sintetica armonia monodimensionale.

La personalità anoressica potrebbe essere assimilata a una piatta icona bizantina vivificata dal dominio degli impulsi di fame, in quanto il soggetto conduce la propria esistenza sotto la costante egemonia del digiuno.

Mentre nei disturbi dello spettro psicotico si smarrisce la visione globale della corporeità, nell'anoressia nervosa il corpo è pur sempre visto nella sua struttura complessiva, seppure ridimensionata dal carattere frustrante e costrittivo del depauperamento.

Nell'anoressia segnatamente subentra progressivamente un annientamento delle caratteristiche mimiche del volto e dei caratteri sessuali secondari, in virtù anche della perdita del tessuto adiposo sottocutaneo.

Si tratta di corpi ai quali non si riesce a conferire un'età anagrafica, privati di una esplicita dimensione temporale: vengono cancellati non solo i segni del tempo e ma anche le caratteristiche di genere, al punto che Jaques Lacan (Lacan, 1996) evidenzia come nei soggetti affetti da DCA sussista anche una difficoltà nel processo di sessualizzazione, ovvero nella collocazione specifica all'interno di un preciso contesto identificativo di gruppo (maschile o femminile).

Disturbi da sintomi somatici e DCA

Esiste a questo proposito un overlap tra disturbi da sintomi somatici e disturbi alimentari: in entrambe le catego-

rie infatti, l'individuo appare muto, incapace di verbalizzare esplicitamente il proprio disagio, affidando al corpo la voce della propria sofferenza: mentre nei soggetti affetti da disturbi da sintomi somatici è l'organo che parla, negli anoressici il corpo nella sua globalità assurge a paradigmatico significato esclusivo. In entrambe le categorie infatti sussiste l'impossibilità sostanziale a oggettivare e nominare esplicitamente la propria sofferenza, difficilmente identificabile ed esprimibile verbalmente (Kestemberg, 1974).

La caratteristica specifica dei disturbi da sintomi somatici, in accordo con l'attuale classificazione del DSM 5, appare infatti la rilevanza di sintomi somatici accusati dal paziente in relazione al disagio e alla compromissione clinicamente significativa percepiti sul piano funzionale. Secondo l'attuale definizione, la patologia risiede negli aspetti psico-comportamentali definiti dalla modalità abnorme con cui i sintomi vengono vissuti in termini di pensieri, sentimenti e comportamenti piuttosto che nell'assenza di una eventuale spiegazione medica esaustiva per tali sintomi.

Come fa notare infatti Gilles Deleuze... "il corpo è un sillogismo disgiuntivo mentre il linguaggio è un ovulo in via di differenziazione" (Deleuze, 1941).

DCA ed egosintonia

Notiamo a questo proposito come i soggetti anoressici sperimentino un'apparente distorsione delle percezioni sensoriali, tendendo a privilegiare il canale visivo e squalificando inconsciamente gli altri, in particolar modo il gusto.

In generale i DCA vengono considerati affetti da disturbi egosintonici, definiti tali in quanto percepiti come intimamente consonanti e armonici rispetto a esigenze e desideri mostrati dall'Io; risultando coerenti con l'immagine di sé che nutre il soggetto per tale motivo frequentemente sono difficili da diagnosticare.

Diametralmente opposti ai disturbi egosintonici, sono quelli egodistonici, incoerenti rispetto all'identità personale e disallineati nei confronti dell'ambito percettivo.

Data la sostanziale egosintonia che caratterizza i DCA, avviene generalmente una esternalizzazione dei conflitti intrapsichici.

Appare pertanto di importanza imprescindibile il lavoro di reciproca integrazione multidisciplinare svolto dall'equipe terapeutica, che tuttavia può trovarsi in difficoltà davanti al rifiuto e alla chiusura dell'individuo, il quale non appare pienamente consapevole della natura primigenia del disagio.

Si è notato infatti, a parità di approccio metabolico nutrizionale, un miglioramento in termini di efficacia delle iniziative che, oltre a fornire un importante supporto psico-pedagogico intensivo, sono mirate alla riqualificazione dell'individuo sul piano soggettivo e interpersonale.

La personalizzazione dell'individuo

L'intervento psicoterapeutico mira a trasformare il soggetto da qualcosa a qualcuno mediante il ripristino sostanziale attraverso la decodifica simbolica.

La malattia può essere considerata anche come una ri-programmazione biologica, ovvero un processo che mette in atto la mente come risposta alla alterazione di un habitat.

È stato ipotizzato che la malattia sia un linguaggio comunicativo, non un ammasso anarchico di cellule impazzite, ma un modo attraverso il quale il nostro corpo manifesti un disagio, insoddisfazione per la vita che fa, e si lamenta, tenta di opporsi, critica il cervello per le sue scelte (Crepet, 2013).

L'individuo affetto da DCA, nel suo alterato rapporto con il corpo, tende ad affidare personificazione delle proprie istanze a saltuari significanti contingenti, perlopiù contestuali: laddove infatti la sua identità è affidata unicamente al linguaggio fisico e para verbale del corpo, vengono progressivamente introdotti nuovi significanti che diventano strumenti integrativi e rappresentativi della personalità umana, progressivamente ristrutturata.

La ricodifica simbolica consente all'individuo di dispiegare la propria essenza non solo mediante il canale corporeo, ma avvalendosi di altri mediatori esperienziali.

In questo modo si favorisce la congrua e poliedrica totalità dell'identificazione somatopsichica.

DCA e COVID-19

È interessante notare che in alcune patologie psichiatriche, tra cui la bulimia, siano stati riscontrati miglioramenti a seguito del lockdown imposto dall'emergenza pandemica causata dal virus COVID-19.

Queste evoluzioni positive verosimilmente sono ascrivibili alla forzata focalizzazione di un'intensa attenzione concentrata su problematiche essenziali – come quelle relative alla sopravvivenza e alla salute – con conseguente ridimensionamento degli aspetti ansiosi altresì prioritariamente legati al disturbo psichiatrico.

L'imposizione di misure restrittive può essere considerata anche un'operazione di riscatto delle psicosi: in effetti le patologie psicotiche – che strutturano le loro caratteristiche su un costante rapporto simbiotico con un'alterità fittizia – si avvantaggiano transitoriamente di una recisione improvvisa del contatto esterno, che generalmente evidenzia una vulnerabilità destabilizzante.

L'isolamento forzato potrebbe addirittura incentivare una ristrutturazione solida dell'identità reale.

DCA e potere del digiuno

L'atteggiamento disfunzionale proprio dei soggetti con DCA non è causato soltanto dal ricorso disregolato al cibo, ma anche dall'importanza centrale che facilmente assume il ricorso al digiuno o alla eccessiva frugalità nel mangiare.

In alcune circostanze il digiuno può generare un effetto euforizzante, legato alla produzione di neurotrasmettitori specifici tra cui la dopamina e la serotonina (sostanza comunemente nota come ormone del buonumore), come osservato dal medico tedesco Andreas Michalsen nel corso di alcune sue ricerche.

Da un punto di vista psicoanalitico generale, Jacques Lacan ha evidenziato come l'oggetto trovi di per sé il suo corrispettivo simbolico opposto nel non oggetto che rappresenta, da un punto di vista concreto, l'assenza dell'oggetto di partenza e contemporaneamente, in termini teorici e assoluti, la sua negazione.

Come corollario di questa intuizione applicato all'argomento in questione, si potrebbe ritenere che l'attenzione dell'individuo affetto da DCA sia polarizzata dalla presenza-assenza di alimenti, ovvero dalla contrapposizione dialettica tra cibo e digiuno.

In epoca medievale il digiuno rappresentava spesso uno strumento di progressiva mortificazione corporea, presupposto necessario per l'elevazione ascetica.

In questa prospettiva il digiuno era parte di quell'Imitatio Christi mediante la quale si confidava di raggiungere un'unione intima con il soprannaturale, spogliandosi progressivamente del superfluo e del contingente, come viene interessantiamente discusso e illustrato nella celebre opera di Rudolph Bell "La santa anoressia. Digiuno e misticismo dal Medioevo a oggi" (Bell, 2002).

Nella sostanza, scelte di contenuto etico-spirituale supportavano opzioni di carattere estetico.

Oggi si potrebbe ipotizzare un diffuso ricorso a meccanismi simmetricamente opposti: la dimensione estetica richiama scelte di natura etica, ovvero l'estetica evoca un ritorno all'etica.

I canoni estetici infatti, quando sono elevati a valori assoluti, possono richiedere per il loro conseguimento strategie asseritamente ritenute etiche, come il favore per un habitus qualificato da un prosciugamento estremo della forma fisica che, presuntivamente, potrebbe approssimare il soggetto alla malintesa e fallace convinzione di riappropriarsi così di un'identità altrimenti sfuggente e inadeguata (Dalla Ragione, 2009).

L'annientamento delle confuse e fuorvianti istanze che provengono dalla materia o il dominio su di loro sono percepiti illusoriamente come propedeutici al ripristino di una condizione di ordine intrinseca alla propria esistenza, che,

pertanto, appare necessariamente correlata a un inflessibile rigore etico morale.

Conseguentemente i soggetti anoressici sentono la necessità di una rigida attitudine perfezionistica, in costante precario equilibrio tra dolore e sofferenza da una parte, e sublime aspirazione alla perfezione e alla completezza dall'altra.

L'Arte, con il suo linguaggio immediato e non convenzionale, ha la capacità di sintetizzare pensieri complessi.

In proposito quest'ultimo concetto richiama alla mente l'immagine della sofferenza ieraticamente dignitosa del Cristo di Holbein il giovane, citato per ben due volte ne "L'Idiota" di Dostoevskij. L'aspetto ridotto all'essenziale, scarnificato ma privo di ferite sanguinanti, è un'icona decorosamente cruda degli effetti catartici della morte sulla realtà dell'incarnazione. Assente l'armonia fra materia e spirito, che invece sarà ripristinata in maniera definitivamente gloriosa, a seguito dell'ascesa celeste.

Bibliografia

- Bell RM. *La santa anoressia. Digiuno e misticismo dal Medioevo a oggi*. Roma-Bari: Laterza 2002.
- Brandt LMT, Fernandes LHF, Aragão AS, et al. *Risk behavior for bulimia among adolescents*. Rev Paul Pediatr 2019;37:217-224.
- Brooks SJ, Rask-Andersen M, Benedict C, et al. *A debate on current eating disorder diagnoses in light of neurobiological findings: is it time for a spectrum model?* BMC Psychiatry 2012;12:76.
- Crepet P. *Impara ad essere felice*. Torino: Einaudi 2013.
- Dalla Ragione L. *La casa delle bambine che non mangiano. Identità e nuovi disturbi del comportamento alimentare*. Roma: Il Pensiero Scientifico 2009.
- Deleuze G. *Logique du sens*. Paris: Les Éditions de Minuit 1941.
- Dell'Osso L, Abelli M, Carpita B, et al. *Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum*. Neuropsychiatr Dis Treat 2016;12:1651-1660.
- DSM-5. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina 2013.
- Feuerbach L. *L'uomo è ciò che mangia*. Torino: Bollati Boringhieri 2017.
- Foucault M. *Tecnologie del sé*. Torino: Bollati Boringhieri 1992.
- Giannantoni G. *I presocratici. Testimonianze e frammenti*. Roma-Bari: Laterza 1983.
- Kestemberg E, Decobert S, Kestembe J. *La fame e il corpo. Studio psicoanalitico sull'anoressia mentale*. Roma: Astrolabio Ubaldini 1974.
- Lacan J. *Il seminario. Libro IV. La relazione oggettuale 1956-1957*. Torino: Einaudi 1996.
- Michalsen A. *The natural prescription*. London: Hodder & Stoughton 2019.
- Recalcati M. *L'ultima cena: anoressia e bulimia*. Milano: Bruno Mondadori 2007.
- Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. *Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates*. Curr Psychiatry Rep 2012;14:406-414.