

La storia, il corpo, la mente

L'anoressia nervosa e il binge eating sono patologie in aumento, difficili da curare, difficili da guarire. Con esse, nei prossimi anni, il medico si dovrà confrontare sempre di più. Le cifre parlano chiaro. I dati aggiornati del Ministero della Sanità al 31 dicembre 1996 riportavano che i casi di anoressia erano passati da 55.000 nel 1988 a 215.000 nel 1996, il 95% dei quali riguardavano soggetti di sesso femminile. Queste le cifre dichiarate, che non tengono conto dei casi non certificati alle istituzioni pubbliche. Si può accostare questo fenomeno, almeno in termini numerici, a quello, opposto, dell'obesità, fenomeno che, nel mondo occidentale, è considerato vera e propria epidemia.

Non abbiamo statistiche più recenti. Emergono comunque due fatti inquietanti.

1. Con l'espandersi del libero mercato, e, quindi, di una più ampia distribuzione di prodotti, compresi quelli alimentari, anche i Paesi che attualmente vengono definiti in via di sviluppo ne verranno coinvolti. Per l'obesità ciò sta già avvenendo.

2. Come per l'obesità, l'anoressia colpisce sempre più frequentemente soggetti in età pediatrica: non è soltanto quella dell'adolescenza, ma anche quella della fanciullezza, con prevalenza nelle ragazze e nelle adolescenti, ma con aumento percentuale anche in soggetti di sesso maschile.

L'anoressia, dal greco an (privazione, mancanza) e orexis (appetito) possiamo localizzarla, come fenomeno storico, già nel lontano Medio Evo. Rudolph Bell si è impegnato (*La santa anoressia. Digiuno e misticismo dal Medioevo ad oggi*. Laterza, 1987) a dimostrare il binomio anoressia/ricerca della santità, con la cronaca di qualche centinaio di donne anoressiche proclamate sante dalla Chiesa cattolica. Tra tutte spicca la figura di santa Caterina da Siena e ad essa fanno seguito, in quel periodo, altre adolescenti che compiono lo stesso itinerario: vincere gli impulsi fisici (il cibo) in quanto ostacoli nel cammino verso la santità. Scrive Bell: «Nel descrivere questo atteggiamento come "santa anoressia", desidero attirare l'attenzione sulle somiglianze e le differenze tra essa e l'anoressia "nervosa". Il fatto che l'anoressia sia santa o nervosa dipende dal tipo di cultura nella quale si trova la giovane che lotta per acquisire il dominio della propria vita. In entrambi i casi, l'anoressia insorge quando la giovane (o comunque il soggetto in questione, quasi sempre di età inferiore ai 25 anni) tende ad un fine socialmente apprezzato: salute corporea, ma-

grezza, autocontrollo ai tempi nostri/salute spirituale, digiuno e autoprivazione nel cristianesimo medievale... Vi sono buoni motivi per paragonare la santità medievale alla magrezza contemporanea. Entrambe rappresentano due stati ideali negli ambienti culturali considerati. Nell'Italia medievale, la santità era tenuta in grande considerazione ed era uno stile di vita molto ricercato. Alle donne venivano presentati specifici modelli di santità ai quali dovevano aspirare per riacquistare fiducia in se stesse. Analogamente, nella cultura contemporanea occidentale la magrezza è continuamente decantata come un'ideale della bellezza femminile. Le adolescenti (ma ancor prima le bambine con lo stereotipo della Barbie [n.d.r.]) sono letteralmente sommerse dai messaggi che attribuiscono un enorme valore alla capacità di dimagrire e di mantenere la linea. E, come accadde quando emersero nuovi modelli di santità femminile nell'Italia medievale, anche l'eccessiva insistenza sulla magrezza femminile che si è avuta recentemente è stata seguita da un rapido aumento delle diagnosi di comportamento anoressico». Fin qui il Bell.

Dalle sante ascetiche e dalla loro spiritualità passiamo a proposizioni più "terrene". Prima che Gull in Inghilterra (1874) e Lasègue in Francia (1873) facessero dell'anoressia nervosa una vera e propria entità clinica, spetta a Richard Morton, che pubblicò a Londra nel 1689 il suo *Treatise of consumption*, il merito di aver fatto cenno per primo nella letteratura medica all'anoressia nervosa, che l'autore definì "una consunzione nervosa". Ne fece un quadro assai suggestivo che vale la pena di riportare. La storia riguarda una diciottenne. «Nel mese di luglio cadde in una soppressione completa delle sue ricorrenze mensili a causa di una gran copia di cure e passioni della sua mente ma senza che ne seguisse alcuno dei sintomi del morbo verde (tubercolosi? n.d.r.) Da quel momento cominciò a mancarle l'appetito e a farsi difficoltosa la sua digestione; anche le sue carni divennero flaccide e pendevano, e il suo aspetto si fece pallido...era abituata, per studiare di notte e continuamente consumarsi sui libri, a esporsi giorno e notte ai rigori dell'aria. Non ricordo di aver mai visto in tutta la mia pratica un essere vivente così emaciato dalla consunzione (come uno scheletro appena rivestito di pelle), eppure non v'era febbre, anzi al contrario una freddezza di tutto il corpo.... Soltanto il suo appetito era diminuito e la sua digestione difficoltosa, con svenimenti che spesso la prendevano.»

Dopo le segnalazioni di Gull e Lasègue, questa patologia nutrizionale diventa oggetto di studi sistematici e di dibattito non solo sulle cause, ma anche sulla terminologia. È Gull a coniare il termine di anoressia nervosa, mentre Lasègue la definisce, prima, anoressia isterica, poi anoressia mentale. Nei Paesi di lingua tedesca si parla di mania puberale della magrezza.

Dagli inizi del XX secolo vi è tutta una fioritura di studi ad indirizzo psicoanalitico. Come riferisce la Hilde Bruch nel volume *Patologia del comportamento alimentare* (Feltrinelli, 1990) «tutti i lavori riposano fondamentalmente sull'idea di Freud secondo la quale la compromissione dell'istinto nutritivo sarebbe in rapporto con l'incapacità dell'organismo di venire a capo dell'eccitamento sessuale...questo accento unilaterale sul significato 'orale' e sul suo rapporto con la sessualità ha contribuito alla confusione che ci troviamo a dover affrontare e ha portato a trascurare altri aspetti importanti».

Oggi esce finalmente un libro il cui titolo ne raccommanda la lettura al medico pratico, che è colui che deve confrontarsi in prima linea col problema 'anoressia':



Pinturicchio (1503): La canonizzazione di santa Caterina. (Duomo di Siena).

Medical management of eating disorders. A practical handbook for health care professions, edited by C. Laird Birmingham, Pierre Beumont. Pag. 240. Cambridge University Press. Cambridge 2004. ISBN 0 521 54662 1. Gli autori avvertono che la finalità dell'opera non è stata quella di indagare sul perché dell'anorexia nervosa, ma sul quando sospettarla, sul quando richiedere il contributo di altre competenze, e, soprattutto, su come assistere chi ne soffre. I vari capitoli sono la testimonianza di un intervento polidisciplinare, del quale la figura del medico generalista, così come quella del pediatra e del pediatra adolescentologo, debbono sentirsi protagonisti e non semplici spettatori. Una prima parte è dedicata all'epidemiologia, all'inquadramento anamnestico ed al rilievo dei vari sintomi: in altri termini, ad un esame clinico che possa indurre al sospetto di un alterato comportamento alimentare che puntualizzi le eventuali disfunzioni dei vari organi ed apparati. La seconda parte è volta al trattamento nutrizionale, alle modalità dello stesso in base all'esame clinico e ai dati di laboratorio. Una terza parte spiega come affrontare la terapia in particolari soggetti: da quelli con patologie croniche come il diabete fino alle donne in gravidanza e nella popolazione in età evolutiva che presenta, dalla fanciullezza all'adolescenza, situazioni diverse da quelle che s'incontrano nel soggetto adulto. La quarta parte è di competenza dello psicologo e dello psichiatra, attori fondamentali nel trattamento di questa patologia, purché non si arrivi, come talvolta accade, alla dissociazione di cartesianiana memoria: corpo/mente.

Il libro ha il pregio di essere accessibile anche ai non addetti ai lavori, ed è quindi consigliabile – oltre che agli psicologi ed agli psichiatri – anche ai medici generalisti, ai pediatri, ai dietologi, dando utili informazioni su come individuare, sostenere e rimediare i malanni fisici del soggetto anoressico.

Pier Luigi Giorgi

Condirettore di Bambini e Nutrizione

Per una medicina non dimezzata

Nelle decisioni etiche imposte al medico dalla pratica quotidiana non sempre è possibile far precedere una valutazione rapida dall'approfondimento che pur sarebbe necessario. Il che, tuttavia – nella maggioranza dei casi – non ne inficia la virtù, come sottolineato nel volume: **Philosophy for Medicine. Applications in a clinical context**, edited by Martyn Evans, Pekka Louhiala, Raimo Puustinen. Pag. 168. Radcliffe Medical Press, Oxford 2004. Sterline 21,95. ISBN 1-85775-943-5.

È un testo di facile lettura, sin dalla introduzione che si premura di rassicurarci in partenza circa il timore riverenziale nei confronti della materia. Altro consiglio preliminare: non "cullarsi" in eccessive certezze tecniche, bensì cercare di trovare tempo ed attitudine per analisi e riflessione sui risvolti filosofici – non pochi – che nella attività clinica vengono spesso sottovalutati o addirittura ignorati. Il momento-culmine di un tale atteggiamento è individuato nel primo incontro del medico col malato; nell'ascolto del, e nel dialogo con il paziente. Ancor prima dell'esame obiettivo, i medici vengono cimentati – ed è bene che vivano intensamente questo confronto – da una serie di situazioni umane e sociali (più o meno esplicite) che non possono essere af-

frontate o risolte in un'ottica esclusivamente biologica. Così viene sottolineato il problema di fondo che gli autori introducono con una domanda strategica: le celebrate "evidenze", le prove di efficacia per una diagnosi, per una terapia e una prognosi sono da considerarsi verità indiscusse *erga omnes*? Se si assume un punto di vista filosofico («Una sola certezza: quella di non possederne alcuna») ne consegue l'impossibilità di una, e una sola, verità. Infatti, pur con il dovuto rispetto per l'efficacia e la forza cogente della tecnica biomedica, sarebbe riduttivo celebrarne l'onnipotenza. Là dove, invece, se ne esalterebbe il valore potenziale coniugandolo con le verità "tante" proposte dai pazienti; e il libro offre sul tema una variegata, inquietante, panoramica, seppure – giova ripeterlo – attraverso una esposizione piana, con toni di "moral suasion" piuttosto che apodittici.

Così da recuperare alla medicina quella natura virtuosa di scienza ed arte la cui dicotomica separazione ha rischiato – e sempre più rischierebbe – di disumanizzarla. Sia alla filosofia che alla medicina, la nostra capacità riflessiva offre, sì risposte, ma risposte che spesso suscitano, ciascuna, nuove domande; è allora che l'arte dell'ermeneutica e la scienza della biologia non riescono a denegare una natura gemella, ambedue chiamate a confrontarsi con i misteri del principio e della fine, del bene e del male. «Il "Discendo dalla stirpe di Tantalò" che perseguita la follia di Aiace ed Oreste nella scena del teatro greco – scrive Hans Georg Gadamer – è messaggio di dolore quotidiano che il medico vuole e deve accogliere e interpretare». Interpretare: qui è il nocciolo della questione. Guai, infatti, se dovesse, oggi, accadere di reagire come capito durante una rappresentazione teatrale di fine ottocento. L'azione drammatica era dominata, sullo sfondo, dalle strazianti doglie di un interminabile parto; finché, ad un tratto, uno spettatore, indignato e irruento, lanciò un forcipe sul palcoscenico. Era un medico, come ve ne erano – numerosi – in quel tempo nutrito di naturalismo e passioni e non ancora impreziosito dal "sentimento del sapere", da quel di più e di meglio idoneo a illuminare la superficie della conoscenza tecnica per decifrarne l'innervatura». Lo sottolinea Eugenio Borgna: «Non ci sono emozioni e modi di essere che non abbiano bisogno di interpretazione (di ermeneutica): intesa a cogliere e a portare alla luce del senso i significati nascosti nella vita: nella vita segnata dalla malattia e nella vita non malata». Un'asta drittissima – insegnava già Seneca – quando è immersa nell'acqua appare, a chi guarda, curva o spezzata. Ciò che conta non è solo che cosa guardi, ma in che modo la guardi. E dunque, «la strada della ri-umanizzazione della medicina deve partire dalla stessa antropologia medica; in particolare, se non riconosciamo che – oltre ad una intelligenza strumentale – possa esserci un'intelligenza che si interroga sui fini e sul senso della quantità, noi cospiriamo contro la realtà, diffondendo un atteggiamento di manipolazione nei confronti dell'uomo stesso» (Galimberti).

Al contrario, l'analisi e la riflessione su quello che obiettivo non appare, ma che è proprio di una persona – la soggettività – dovrebbe essere indispensabile complemento ("filosofico") del sapere medico. In tal modo, le sicurezze assolute saranno verificate dall'esercizio del dubbio, i grandi numeri dei trial relativizzati dall'unicità del singolo malato, l'evento biologico completato dall'esperienza biografica, l'etica del servizio nobilitata da quella della responsabilità.

Franco D'Angelo