

*Institute of Constructivist Psychology of Padua  
Constructivist Psychotherapy School*

**STELLA GIOVANNI**

**OSSERVARE LA SIMILITUDINE DEI SINTOMI DI  
ANORESSIA.  
ESPLORAZIONI COSTRUTTIVISTE**

## Introduzione

La psichiatria comunemente interpreta la somiglianza delle manifestazioni sintomatologiche di pazienti con diagnosi di anoressia mentale come indicatore della presenza del medesimo disturbo che acquisisce così esistenza ontologica. Diversamente l'analisi di Devereux sui disturbi etnici riconduce tale somiglianza fenomenologica ad un aspetto di ordine culturale: le anoressiche manifesterebbero la loro sofferenza attraverso un copione che incarna le contraddizioni tipiche della cultura occidentale: per il solo fatto di appartenervi le persone non potrebbero non manifestare il disagio in modo simile. La cultura è un evento che acquisisce un'esistenza separata e imprescindibile dalle interpretazioni individuali e che determina una precisa psico-fenomenologia, all'interno di una logica molto simile a quella di stimolo-risposta. Il contributo Kelliano alla questione della somiglianza risulta particolarmente fertile: a partire dai corollari dell'individualità, della comunanza e della socialità l'autore costruttivista riporta l'attenzione dalla somiglianza dei comportamenti alla somiglianza delle costruzioni. Non solo: egli propone di considerare la cultura nei termini di somiglianze di aspettative secondo un modello spiraliforme di reciproche anticipazioni: "La teoria dei costrutti personali affronta la problematica della somiglianza dei comportamenti principalmente dal punto di vista della persona intesa come individuo che anticipa. [...] riferendosi a ciò che l'individuo anticipa riguardo al comportamento degli altri e, inoltre, su ciò che egli ritiene che gli altri si aspettino da lui" (KELLY G. (1955). *The psychology of personal constructs, Vols. I. New York: W. W. Norton.*). L'operazione di anticipare le anticipazioni ripropone la questione del ruolo: nella misura in cui costruisco le anticipazioni di un altro gioco con lui un ruolo sociale. Ecco che le manifestazioni comportamentali non possono essere studiate se non si considera la relazione di ruolo tra i due soggetti conoscenti: in questi termini la diagnosi di anoressia mentale ci racconta molto di più del sistema di costruzione dello psichiatra che della persona oggetto di diagnosi.

## La domanda

Vivere in maniera indiretta, poco coinvolta, l'andirivieni di pazienti ambulatoriali -a cui l'intervento psichiatrico offre solo un monitoraggio dell'evoluzione del disturbo senza lasciar tempo ad analisi più approfondite- mi pone in una situazione di osservatore ingenuo: una sorta di spettatore naif che, seduto dietro la poltrona dello psichiatra, si gode uno spettacolo a cui non ha mai assistito. Una domanda sorge dunque spontanea: come mai queste ragazze appaiono così simili? Come mai risulta immediato accomunarle sulla base di comportamenti percepiti identici? È come se attivassero un repertorio comportamentale già scritto da qualche parte. A cosa si può ricondurre e come si può spiegare questa somiglianza? La domanda risulta decisiva se si pensa che sulla base di questa stessa somiglianza viene legittimato l'intervento medico-psicologico specialistico. Non solo, sulla base della similitudine si costruisce un unico percorso terapeutico standard e ci si aspetta che sia altrettanto efficace per ogni paziente con la stessa diagnosi. Ciò a cui vorrei dare risposta è: dove sta la similitudine? Nei sintomi? Nel comportamento? Nelle costruzioni individuali dell'esperienza? Nel contesto?

Interpelliamo qualche voce autorevole.

## Il DSM e la psichiatria

Il personale psichiatrico che coordina la valutazione dei casi clinici si avvale dei sistemi diagnostici ufficiali (DSM-IV-R e ICD-10) per emettere diagnosi di disturbo alimentare sulla base delle manifestazioni sintomatologiche. In qualche modo lo psichiatra lavora nell'intento di ri-conoscere la patologia nella popolazione del suo territorio; per lui ri-conoscere non ha il significato di una nuova conoscenza ma quello di rintracciare ciò che già conosce. I sistemi diagnostici rappresentano il criterio secondo cui valutare una similitudine o una differenza, realizzando di volta in volta una doppia equivalenza: sintomi simili al copione = DCA, sintomi differenti dal copione = non DCA. Solo attraverso la formalizzazione della similitudine il sistema è legittimato ad attivare una serie di interventi terapeutici e in tal caso il centro rappresenta il luogo in cui persone simili possono essere curate assieme attraverso le stesse prassi terapeutiche. Sotteso a questo approccio al problema riusciamo facilmente a rintracciare il presupposto fondamentale: ad una similitudine sintomatologica corrisponde una similitudine psicopatologica intesa come costellazione di dinamiche psicologiche, tratti di personalità, reazioni psicofisiologiche. I sintomi sono dunque indicatori esterni (manifestazioni) di un qualcosa di interno (disturbo) che acquista rilevanza ontologica autonoma. Il disturbo c'è o non c'è e quando c'è è ontologicamente identico in tutti i pazienti affetti. Ho sentito raccontare molto spesso da colleghi storie di pazienti che si sono poi rivelate "finte anoressiche", come se lo specialista durante la diagnosi fosse stato ingannato da qualche sintomo rilevante e portato a credere di aver rintracciato il disturbo lì dove non c'era. È chiaro quindi che il sintomo che chiamiamo "intensa paura ad acquistare peso o di diventare grassi" non è rilevante in senso qualitativo (con un significato da indagare e comprendere) ma lo è nella misura in cui indica la presenza o l'assenza della patologia.

Alla mia domanda quindi la psichiatria risponde: le pazienti sono così simili perché HANNO la stessa malattia. Analogamente a come la febbre gialla si manifesta attraverso brividi, cefalea, dolori muscolari diffusi, prostrazione profonda, nausea, vomito ittero ed emorragia, l'anoressia presenta "rifiuto a mantenere il peso corporeo al di sopra del peso minimo normale per l'età e per la statura (al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto); intensa paura di aumentare il peso o di ingrassare, pur essendo sottopeso; amenorrea cioè assenza di tre cicli mestruali consecutivi". Il DSM-IV-TR si preoccupa inoltre di fornire una serie di caratteristiche descrittive per facilitare il riconoscimento del disturbo. Esse possono essere così riassunte: umore depresso, ritiro sociale, irritabilità, insonnia, diminuito interesse sessuale, ossessioni e compulsioni incentrate sul cibo, disagio nel mangiare in pubblico, sentimenti di inadeguatezza, bisogno di tenere sotto controllo l'ambiente circostante, rigidità mentale, ridotta spontaneità nei rapporti interpersonali, perfezionismo, espressività emotiva repressa.

## Il concetto di Disturbo Etnico

Il concetto di Disturbo Etnico fu coniato da Georges Devereux, un etnografo molto interessato all'esplorazione delle connessioni esistenti tra cultura, individuo e disturbo mentale. Egli esplorò le cosiddette "malattie popolari", ossia patologie psichiche scoperte all'interno di società non occidentali tra cui l'*amok* del Sudest asiatico, il *latah* del Sud del Pacifico e il *koro* diffuso soprattutto nel Sud della Cina. Nel suo lavoro del 1991, Gordon ricorda come Devereux tentasse di applicare il concetto di disturbo etnico anche alla cultura occidentale utilizzando il termine "etnico" con il significato "tipico di una cultura". L'idea di fondo è che tali disturbi siano espressione delle angosce profonde e dei problemi irrisolti di una cultura.

Un concetto molto simile a quello di disturbi etnici, se non sovrapponibile, è quello descritto nel DSM-IV-TR sotto il nome di *sindromi culturalmente caratterizzate*. Esse sono così descritte: "modalità ricorrenti, caratteristiche di certe regioni, di comportamento aberrante e di esperienza disturbante [...] generalmente limitate a società e aree culturali specifiche". Più avanti il manuale riporta come alcuni disturbi precedentemente descritti siano stati inquadrati come sindromi culturalmente caratterizzate tipiche della cultura occidentale. Tra queste sono inseriti l'anoressia nervosa e il disturbo dissociativo di personalità.

Ecco le sette caratteristiche che, secondo Devereux, devono essere soddisfatte affinché una psicopatologia possa essere definita disturbo etnico:

1. il disturbo si verifica di frequente nella cultura in questione, rispetto ad altri tipi di patologia psichica;
2. se esiste una certa continuità fra i sintomi, le loro dinamiche e gli elementi "normali" della cultura, il disturbo si esprime per gradi di intensità, secondo un gamma di forme borderline e "subcliniche";
3. il disturbo esprime i conflitti fondamentali e le tensioni psicologiche normalmente diffuse nella popolazione, che però, a livello di singoli individui, possono svilupparsi in forme ansiose acute e arrivare a innescare meccanismi di difesa;
4. il disturbo è la tappa finale, comune, dell'espressione del disagio psichico e di una grande varietà di problemi personali e di idiosincrasie: le persone che sviluppano tale disturbo possono mostrare vari livelli di gravità;
5. i sintomi non sono solo l'effetto e nello stesso tempo l'esagerazione caricaturale di atteggiamenti normali e ricorrenti, ma includono spesso comportamenti che, in situazioni normali, vengono considerati altamente positivi;
6. il disturbo è una forma di espressione del disagio altamente strutturata e ampiamente illimitata, è un modello di devianza, cioè un "modello di cattiva condotta", che offre agli individui la possibilità di manifestare irrazionalità, devianza o follia entro limiti accettabili;
7. infine, poiché il disturbo si fonda su comportamenti apprezzati ma costituisce nel contempo un'espressione di devianza, esso provoca negli altri risposte ambivalenti: timore e rispetto, ma anche reazioni punitive e tentativi di controllo. Il disturbo acquista in questo modo una certa notorietà all'interno della cultura e sviluppa una propria "politica".

Elena Faccio, riprendendo nel suo testo del 1999 la questione di disturbo etnico, specifica come secondo questa logica sia il contesto a suggerire e ritagliare la particolare forma assunta dalla devianza. Il processo di definizione della fenomenologia del disturbo è tutt'altro che casuale. Il copione della manifestazione della sofferenza viene ispirato da quei comportamenti che colgono le contraddizioni culturali. Da questo punto di vista, secondo Gordon, le anoressiche, utilizzando un linguaggio tipico della cultura occidentale basato sulle diete, sulla magrezza e sul controllo dell'alimentazione, si difendono da un disagio interiore che ruota attorno al ruolo identitario femminile. L'anoressia è una possibilità alla moda di distinguersi ed emergere attraverso una devianza che crea contemporaneamente fascino e ripugnanza. Infine la patologia incarna in sé la questione politica del controllo del corpo femminile e della conformità agli standard di bellezza tipici dell'era contemporanea.

Alla mia domanda quindi Gordon risponde: le pazienti anoressiche sono simili perché appartengono al medesimo contesto culturale.

## Lo sguardo kelliano sulla questione

La mia domanda potrebbe essere appagata da queste possibili spiegazioni autorevolmente supportate da voci ufficiali del panorama psichiatrico internazionale. Ahimé però il contributo kelliano alla questione della somiglianza e della differenza non fa che complicare ulteriormente le cose. Eh sì, perché il nostro padre intellettuale sposta l'attenzione dalla fenomenologia alla costruzione. Il corollario dell'individualità infatti recita: *le persone differiscono fra loro nel modo con cui costruiscono gli eventi*. Parallelamente, quello della comunanza sottolinea come *i processi psicologici di una persona sono simili a quelli di un'altra nella misura in cui la prima costruisce l'esperienza in modo simile alla seconda*. Quindi la similitudine non va cercata negli eventi che le pazienti vivono o nelle manifestazioni comportamentali ma nelle loro costruzioni, ossia nelle loro esperienze. Nella misura in cui saranno simili le costruzioni saranno simili anche i processi psicologici. Due persone cioè possono agire allo stesso modo anche quando siano state esposte ad eventi del tutto diversi.

Kelly, spostando l'attenzione dell'evento alla costruzione propone una diversa concettualizzazione della somiglianza e analizza la similitudine del comportamento di gruppi di persone introducendo un nuovo significato all'idea di "cultura": contrariamente a chi, come Gordon, la intende come gruppo di persone che condividono un particolare tipo di ambiente ed educazione, egli propone di considerarla come somiglianza di aspettative. Per essere più chiaro: secondo la logica che sottende al concetto di Disturbo Etnico, una persona, nell'espressione del suo disagio, incontra l'evento-cultura dal quale non può prescindere -e che è uguale per tutti- che gli fornisce il copione tramite cui manifestare il disagio. Tale meccanismo -sottolinea Kelly- è molto simile a quello stimolo-risposta in cui lo stimolo *contesto culturale* determina la risposta *similitudine di manifestazione psicopatologica*: secondo tale logica l'anoressia presenta decorsi e dinamiche molto simili proprio perché è una patologia che incarna le contraddizioni della cultura occidentale di cui tutte le pazienti fanno parte. La cultura è un evento che acquisisce un'esistenza separata e imprescindibile dalle interpretazioni individuali e che determina una precisa psico-fenomenologia. Secondo la psicologia dei costrutti personali, invece, la somiglianza culturale (non più appartenenza culturale) può essere definita nei termini di somiglianza di ciò che le persone anticipano ci si aspetti da loro.

Allora il decorso e la fenomenologia del disturbo anoressico possono essere spiegati nei termini di somiglianza di aspettative?

La mia ipotesi è che le azioni di un uomo siano canalizzate dai suoi modi di costruire il mondo. Ma è proprio il suo essere al mondo che offre il repertorio di possibilità e limiti entro cui poter esperire. Questo ci illumina anche rispetto ai disturbi etnici. Pur non condividendo un determinismo contestuale sulle forme di manifestazione psicopatologica, è possibile condividere l'idea che il comportamento anoressico possa essere diffuso (simile per tanti) perché è possibilità contemplata, perché è già stato fatto da qualcuno, è già pensato. Mi preme sottolineare che tale possibilità non è determinata in senso causale da una contesto culturale inteso in senso costruzionista (come accade per il Disturbo Etnico), ma inteso in senso kelliano: l'anoressica può restringere sul cibo se si identifica con l'anticipazione che gli altri considerano possibile questa eventualità, che gli altri potrebbero aspettarsi questo da lei. In questi termini le pazienti agiranno secondo anticipazioni di anticipazioni.

In questo senso la diagnosi psichiatrica può risultare controproducente proprio perché rappresenta una descrizione completa delle aspettative legate alla manifestazione del disagio individuato: un programma prelativo e costellatorio di tutto ciò che un'anoressica non può non manifestare. Se la paziente fa propria questa aspettativa e la anticipa come possibile è probabile che metta in atto un comportamento molto simile ad altri che hanno accolto la stessa diagnosi. Per di più, appellandoci alla famosa metafora del cane che si morde la coda, è opportuno a mio avviso, per meglio comprendere la somiglianza culturale, osservare l'intervento complementare di due anticipazioni: da un lato l'istituzione psichiatrica anticipa la somiglianza di sintomatologia aspettandosi di trovare pazienti fenomenologicamente molto simili, definisce la diagnosi di anoressia e procede con l'intervento terapeutico; dall'altra le ragazze anticipano che l'istituzione psichiatrica si aspetta da loro che attivino precisi comportamenti, coerenti con la loro aspettativa. Non è sufficiente che lo psichiatra abbia delle aspettative sulla paziente (come nel Disturbo Etnico) ma che questa faccia proprie tali aspettative e le includa nella sua esperienza. Ed è nella misura in cui lei anticipa le

anticipazioni dello psichiatra che muoverà dei passi rispetto alla sua costruzione, in accordo o in opposizione ad esse. L'incontro tra queste due anticipazioni rafforza la percezione di un'esistenza ontologica del disturbo del comportamento alimentare. L'istituzione psichiatrica, da questo punto di vista, appare un sistema che si automantiene. Come qualsiasi altro sistema.

### **Aldilà della somiglianza: il ruolo**

Non solo. La similitudine è sempre percepita da un sistema di discriminazione. Scoprire similitudini e differenze non è forse la conoscenza stessa? E come possiamo discriminare se non attraverso un criterio (costruito) che ci permetta di farlo? I nostri costrutti determinano la somiglianza degli eventi secondo una relazione biunivoca per cui la similitudine degli eventi dipende UNICAMENTE dalle nostre unità elementari di discriminazione. Alla mia domanda ora quindi rispondo con un'altra domanda: perché IO PERCEPISCO come simili queste ragazze? Le percepisco come simili perché il mio sistema mi permette di creare quella similitudine. La similitudine sta nei miei criteri discriminativi. Mi accorgo infatti che il sistema costruttivo dello psichiatra basato sui costrutti tipo disturbo-sintomo, interno-esterno, sano-malato non può che cogliere somiglianze a livello di manifestazione fenomenologica. Un sistema costruttivo di altro tipo potrebbe dunque percepire le ragazze come molto differenti o molto simili per qualche altro aspetto. Come le pazienti più devote ho anch'io in parte assunto il punto di vista dello psichiatra orientando il mio sguardo alla ricerca di una similitudine istituzionalmente permessa e legittimata: quella sintomatologica. Non è a caso che in un sistema che fonda la sua funzionalità sul riconoscimento del sintomo i pazienti vengano percepiti simili proprio in virtù dei sintomi. Il qualche modo le pazienti, immerse in un sistema istituzionale che dà senso alla loro sofferenza, che rappresenta una chiave di lettura del disturbo (utilizzando un sistema di significati originali basati su costrutti solidificati e autorevolmente supportati) facilmente finiscono per fare proprie le aspettative e le anticipazioni del sistema ed attiveranno una sorta di comunanza iniziando a costruire in modo molto simile l'esperienza che vivono; questo meccanismo è intuitivamente amplificato nelle istituzioni.

Tutto ciò ha a che fare col concetto di ruolo. Kelly ci suggerisce che per avere un ruolo nei processi sociali con un'altra persona è necessario non tanto costruire gli eventi nello stesso modo, ma costruire il modo di vedere gli eventi dell'altra persona. Kelly poi sostiene che l'individuo gioca il proprio ruolo alla luce della propria comprensione della prospettiva altrui. La paziente anoressica che si affida allo psichiatra, nel tentativo di costruire il suo sistema costruttivo (come solitamente accade nella relazione terapeuta paziente) sussume tutta una serie di costrutti prelativi e costellatori tramite i quali intuisce chiaramente i limiti e le possibilità del suo movimento. Da questo punto di vista la paziente, all'interno della relazione terapeutica, farà le sue scelte alla luce della propria comprensione del sistema costruttivo dello psichiatra. In questo modo continuerà a giocare un ruolo sociale con lui. Per il fatto che lo psichiatra fonda la sua comprensione e il suo intervento su un sistema diagnostico sintomatologico, le pazienti regoleranno la loro relazione di ruolo proprio esercitando delle scelte sui sintomi: saranno i sintomi i criteri fondanti della relazione terapeutica e sarà sui sintomi che avverranno dei cambiamenti. In termini teorici le pazienti, nel giocare un ruolo sociale nella relazione terapeutica con lo psichiatra, finiranno per canalizzare i loro processi psicologici all'interno del campo di pertinenza dei costrutti condivisi nella relazione.

In questo senso la relazione con lo psichiatra potrà finire per essere antiterapeutica poiché finirà per validare e confermare il disturbo offrendo come unica prospettiva di "guarigione" il movimento lungo le dimensioni dominanti, dal "polo patologico" al "polo sano" (non mangiare-mangiare, sottopeso-normopeso rigidità mentale-flessibilità,...) con scarsa possibilità di fare esperienza al di fuori da tale campo.

Così l'unica possibilità di cambiamento per le anoressiche consisterà nel diventare ex anoressiche. In termini kellyiani l'unico cambiamento possibile all'interno di relazioni di questo tipo si configura come uno spostamento all'interno delle medesime dimensioni di significato che sorreggono il disturbo e non come l'elaborazione di una costruzione ortogonale alternativa. Così lo psichiatra continuerà, con molta fatica, a chiedere alle pazienti tutto ciò che in virtù del loro disturbo non riescono a fare (come mangiare, rispettare una dieta ipercalorica,

raggiungere un indice di massa corporea adeguato) e, di fronte alla loro resistenza, si appellerà al concetto di gravità del disturbo. Di fatto chiedere ad una anoressica di mangiare a tutti i costi, significa rendere rilevante all'interno della relazione il costrutto sottopeso-normopeso e in ultima analisi significa confermare alla paziente che il peso (che sia sotto o sopra la norma) sia davvero qualcosa da tenere sotto controllo, qualcosa di davvero determinante. Il tentativo quindi dello psichiatra di portare la paziente ad un peso nella norma, ha come esito ultimo quello di confermare (validare) un costrutto centrale del disturbo. In termini kellyiani un cura davvero efficace non consiste tanto nel far passare la paziente dal polo "sottopeso" al polo "normopeso" ma nel proporre, all'interno della relazione un costrutto ortogonale, alternativo, diverso.

Kelly precisa che non necessariamente vi è una comunanza tra i sistemi costruttivi delle persone coinvolte in un processo sociale di ruolo. Nel nostro caso, non sempre le anoressiche finiscono per costruire il loro disturbo in maniera simile a come lo costruisce lo psichiatra. Potremmo dire però che questa evenienza è altamente probabile. A questo proposito Salvini (1998) ha giustamente osservato che attraverso la capacità di anticipare il punto di vista del terapeuta, di ridefinire i propri problemi attraverso il suo linguaggio, i suoi schemi narrativi e interpretativi il paziente acquista una capacità di oggettivazione, controllo e riorganizzazione delle parti di sé problematiche.

A prescindere dal costituirsi o meno di tale comunanza, agli occhi dello psichiatra una paziente comunque non potrà che cambiare rispetto alle dimensioni che utilizza per comprendere il disturbo quindi rispetto al peso, alla presenza-assenza delle mestruazioni, alla rigidità mentale, al controllo, ecc... In questo senso valutazioni e relazioni terapeutiche strutturate attraverso le stesse rigide dimensioni di significato possono risultare molto simili

Secondo questa linea di ragionamento è possibile pertanto che la somiglianza fra le pazienti anoressiche sia almeno in parte da ricondurre alla somiglianza delle relazioni di ruolo che abitualmente si instaurano tra psichiatri e pazienti. L'omologazione delle manifestazioni sintomatologiche è conservata dalla medesima prassi medico-psichiatrica che propone un iter standardizzato di valutazione e cura basato sui medesimi presupposti.

Dove sta quindi l'anoressia?

## **Bibliografia**

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. The American Psychiatric Association, Washington (trad. it.: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Masson, Milano, 2000).

FACCIO E. (1999). *Il disturbo alimentare. Modelli, ricerche e terapie*. Carocci, Roma.

GORDON R. A. (1991) *Eating Disorders. Anatomy of a Social Epidemic*. (trad. It.: *Anoressia e Bulimia. Anatomia di un'Epidemia Sociale*, Raffaello Cortina Editore, Milano)

KELLY G. (1955). *The psychology of personal constructs*. (trad. It.: *La Psicologia dei Costrutti Personali*, Raffaello Cortina Editore, Milano)

SALVINI A. (1998). *Argomenti di psicologia clinica*. Upsel Domeneghini, Padova.