

Psicopatologia del comportamento alimentare: decostruzione semantica e auto-narrazioni tra Wittgenstein, Binswanger e Bruch

Paola Pennisi

Dipartimento di Patologia Umana dell'Età Adulta e dell'Età Evolutiva "Gaetano Barresi",
Università degli Studi di Messina
ppennisi@unime.it

Abstract Eating disorders are a rapidly increasing reality. In this essay we will try to show that they are a special case of linguistic psychopathology. Unfortunately, clinical treatments for these disorders, which typically prescribe diets and/or simple lifestyle changes, often prove ineffective. Even today, the therapies that appear most effective in managing these pathologies are those centered around the recalibration of personal self-narratives. This especially pertains to how patients describe themselves and their bodies, and the meanings they attribute to food. The essay will briefly trace the historical narrative of the concept of anorexia nervosa from the Middle Ages to the early psychoanalytic theories. Subsequently, Wittgenstein's criticism of the psychoanalytic approach will be used to illustrate its limitations in understanding eating disorders. Secondly, a new critical analysis of the famous case of Ellen West will be proposed, attempting to demonstrate the relevance of the anthropoanalytic approach for understanding some specific dynamics typical of eating disorders and how it still partially persists in some clinical practices. In this regard, the work of Hilde Bruch will be analyzed, highlighting how the combination of the anthropoanalytic method on the de-stratification of meanings in the minds of patients and a medical approach that considers those self-narratives leading to dysfunctional behaviors as pathological appears to be the most effective form of treatment. Finally, the delicate question of the existence or otherwise of free will in the nutritional field will be discussed.

Keywords: eating disorders, psychopathology, self-narratives, semantics, anthropoanalysis

Received 02 04 2024; accepted 24 06 2024.

0. Brevi cenni alla nozione storica del concetto di anoressia

Storicamente la "scoperta" dell'anoressia nervosa viene attribuita ai due medici WW Gull e EX Laseque che operarono nella seconda metà del XIX secolo rispettivamente in Inghilterra e in Francia. Tuttavia sono sempre più numerose le ricostruzioni storiche che identificano in alcuni racconti biografici, dei potenziali casi di anoressia nervosa, anteriori alla codificazione della psicopatologia entro la nosografia medica. Per esempio, Julie Hepworth (1999) riorganizza le narrazioni dell'anoressia in tre filoni principali: partendo dal Medioevo delinea una fase religiosa, una fase prettamente medica e una fase di ri-

narrazione della patologia in chiave femminista. Nessuna delle tre sembrerebbe tuttavia prendere totalmente le distanze dall'altra.

Il caso più famoso riscontrato nel Medioevo (fase religiosa) è quello di Caterina da Siena (1347-80) che all'età di quindici anni iniziò a mangiare esclusivamente pane, verdure crude e acqua; a venticinque anni masticava erbe amare per poi risputarle e infine smise di bere acqua, morendo poco più che trentenne. In questo primo periodo del Medioevo le donne che digiunavano tendevano ad essere circondate da un alone di santità poiché riuscivano a prescindere dalla materialità del corpo. Tuttavia queste donne erano in grado di fare qualcosa di precluso ai più, pertanto il digiuno rappresentava anche una piccola minaccia per l'ordine sociale e il "dono del digiuno" si trasformò in realtà in un potere diabolico. Emblematico è il caso di Jane Balan, che –stando al racconto di Pedro Mexio (1613, book VI, ch 8)– visse senza cibo per tre anni. Questo prodigio aveva sì un'aura religiosa, ma stavolta la connotazione era quella negativa del potere diabolico ricevuto in dono da un'altra donna (una strega?) attraverso una mela incantata.

La seconda fase sarebbe quella seguita agli scritti di Gull e Laseque, ovvero quella della patologizzazione del disturbo, e viene descritta dalla Hepworth come perfettamente in linea con la tendenza alla medicalizzazione dei disturbi mentali del XIX secolo e all'isolamento dei pazienti psichiatrici rispetto al resto della società, fenomeni del resto ben descritti da Foucault (2011). Stando alla ricostruzione della Hepworth uno dei problemi di questa fase della narrazione dell'anoressia era l'inspiegabile ma inscindibile legame che la vedeva collegata all'isteria. In effetti, Gull sconfessa chiaramente il legame tra isteria e anoressia:

We might call the state hysterical without committing ourselves to the etymological value of the word, or maintaining that the subjects of it have the common symptoms of hysteria. I prefer, however, the more general term 'nervosa,' since the disease occurs in males as well as females, and is probably rather central than peripheral (Gull 1874:501).

Inoltre egli descrive genericamente l'anoressia come una perversione dell'ego delle pazienti (Gull 1888). Tuttavia, questo legame era percepito come evidente e fortissimo, tant'è che Gull stesso inserì "apepsia hysterica" e "anorexiahysterica" nel titolo del suo articolo. Secondo la Hepworth la consacrazione del legame tra anoressia e isteria sarebbe avvenuta definitivamente con Freud. In realtà, il modo in cui Freud usa il termine "anoressia" è molto diverso dal modo in cui lo usa Gull. Per Freud l'anoressia è uno dei possibili sintomi dell'isteria e la cura non è, come invece si evince dagli scritti di Gull, la somministrazione di pasti alla paziente fino al raggiungimento di un certo peso, ma l'emersione conscia e la ri-narrazione (mediante racconti spontanei o mediante ipnosi) della causa scatenante di un ipotetico trauma fisico o di un collegamento simbolico creato dal paziente tra il cibo e un dolore psichico. In questa prospettiva c'è da dubitare che Freud potesse considerare terapeutica la somministrazione forzata di pasti alla paziente in quanto ciò avrebbe comportato un aumento di associazioni negative legate al cibo. A supportare questa visione Freud portava alcuni casi di sintomi isterici legati al cibo, scomparsi dopo la terapia: così in *Il meccanismo psichico dei fenomeni isterici* Freud (1893) racconta di una paziente che vomitava sistematicamente a seguito dell'aver subito un'umiliazione; o di diversi pazienti che avevano manifestato anoressia in relazione all'essere obbligati a mangiare a tavola con qualcuno che odiavano. Per esempio, una paziente aveva sviluppato una forma di anoressia a seguito di diversi traumi legati al cibo vissuti durante l'infanzia: tra questi possiamo citare l'abitudine della madre di costringerla a mangiare il cibo lasciato a mezzogiorno diverse ore dopo l'ora di pranzo, anche se questo aveva ormai assunto un aspetto disgustoso; o il fatto che per anni fu costretta a mangiare

a tavola con un parente tubercolotico che sputava abitualmente nella sputacchiera all'ora dei pasti.

L'altra influenza di Freud nello sviluppo degli studi sull'anoressia è per la Hepworth quella di aver presentato lo sviluppo della sessualità delle donne come un elemento predisponente all'irrazionalità. In effetti nella sua lezione dedicata alla femminilità Freud descrive lo sviluppo psicosessuale della donna come un processo estremamente complicato e per molti aspetti oscuro. In particolare, a distinguerlo dallo sviluppo psicosessuale maschile, ci sarebbe una fase di cambio del bersaglio delle attenzioni da parte del bambino: se il bambino maschio sviluppa direttamente un interesse per la madre che sfocia nel complesso di Edipo, la bambina femmina sviluppa prima un interesse per la madre e poi re-direzionerebbe le sue attenzioni verso il padre sviluppando il complesso di Elettra e cominciando a sviluppare sentimenti ostili verso la madre (cfr. Freud 1931). Questo aspetto della teoria di Freud, unito alla sua idea che molte delle esperienze sessuali traumatiche riportate dalle pazienti in terapia fossero in realtà delle fantasie, avrebbero – secondo la Hepworth – incoraggiato i neofreudiani a sposare la tesi per cui la causa principale dell'anoressia fosse da ricercarsi nel rifiuto dello sviluppo psicosessuale, nel mantenimento corporeo e psichico di uno stato infantile e di una relazione disfunzionale con la madre.

Sempre secondo la ricostruzione della Hepworth una narrazione alternativa dell'anoressia nervosa è stata proposta dalle scrittrici femministe (analisi nello specifico le teorie di Susie Orbach, Kim Chernin e Shelila MacLeod) che, se da un lato ebbero il merito di sottolineare le dialettiche sociali che predispongono le donne allo sviluppo di problemi alimentari e di dare maggiore voce e più sfumature all'autoanalisi femminile, dall'altro si sarebbero limitate a ricalcare il paradigma medico riproponendo il *topos* della relazione disfunzionale tra madre e figlia (Orbach 1986; Chernin 1986; MacLeod 1981). Ed in effetti le povere madri sono state bersaglio critico di diversi teorici (i.e. Winnicott 1964; Sours 1968; Guiora 1967).

1. La critica di Wittgenstein alla psicoanalisi

Benché Wittgenstein non abbia mai dedicato uno scritto specificamente al tema della psicoanalisi, è noto che egli ne rimase particolarmente colpito e più volte nei suoi testi ricorrono commenti su quest'ultima. Jacques Bouveresse (1991) ha pazientemente raccolto e analizzato tutti questi riferimenti. Stando alla complessa ricostruzione di Bouveresse, Wittgenstein non era del tutto esente dal fascino della psicoanalisi, ma il potere di attrazione di questa pratica era legato essenzialmente alla sua natura fortemente suggestiva. Da un punto di vista più strettamente analitico le critiche principali mosse dal filosofo alla psicoanalisi erano essenzialmente due, entrambe espresse in maniera piuttosto chiara in un passaggio delle *Lectures* (Wittgenstein 1979:39-40) citato e analizzato per intero da Bouveresse: Wittgenstein evidenziava una confusione concettuale tra ragioni e cause nell'interpretazione dell'inconscio. Egli sosteneva che attribuire motivazioni inconsce al comportamento umano non rappresentasse necessariamente una vera e propria scoperta di regioni inesplorate della mente o un modo nuovo di descriverne il funzionamento, ma piuttosto una nuova convenzione linguistica (cfr. sull'argomento anche il *Libro blu*). La seconda forte obiezione wittgensteiniana alla psicoanalisi era la mancanza di una verifica sperimentale delle interpretazioni proposte da Freud per spiegare i comportamenti umani bersaglio dei suoi studi.

Purtroppo queste due critiche risultano tutt'oggi valide non soltanto verso la psicoanalisi; in generale il problema della mancanza di prove empiriche a sostegno delle tesi avanzate per spiegare le varie forme di psicopatologia (e tra queste naturalmente quelle legate ai disturbi alimentari) causa la continua ricerca di una ri-narrazione delle patologie (in chiave medica, in chiave sociale, in chiave religiosa, in chiave femminista, etc.). Spesso queste ri-

narrazioni colgono aspetti veri, ma insufficienti a rendere conto dei comportamenti psicopatologici che tentano di spiegare. Queste teorie sono nella maggior parte dei casi seducenti perché colgono alcuni aspetti della realtà, senza tuttavia poterne mai dimostrare la relazione causale con la patologia.

La percezione che queste teorie colgano aspetti della realtà è legata probabilmente al riconoscimento del lettore di fenomeni psichici internamente sperimentati. Tuttavia questa percezione che le teorie siano efficaci a spiegare la patologia può risultare falsa per due ragioni: (a) i fenomeni psichici sperimentati possono non essere causalmente legati alla patologia che si sta studiando; (b) o altrimenti essi possono non essere legati con la causalità indicata dal teorico.

Poniamo il caso di un teorico che ipotizzi l'anoressia essere legata a un rapporto disfunzionale tra la paziente e la madre. Il primo problema è che descrizioni accurate, ricche di sfumature psicologiche e forse persino un po' involontariamente romanzate possono cogliere aspetti reali dell'effettiva relazione della paziente con la madre, tuttavia ciò non significa che questi aspetti siano effettivamente legati alla patologia. Secondariamente è anche possibile che il lettore riconosca parte di queste dinamiche nella propria vita e questo riconoscimento sarà involontariamente seducente; indurrà il lettore smaliziato a credere alla veridicità di quanto affermato sull'anoressia.

La mancanza di un fondamento empirico delle teorie sulle diverse forme psicopatologiche si traduce in un drammatico avvicendamento di teorie che inizialmente appaiono efficaci, ma che—poste alla prova dei fatti in fase terapeutica—si dimostrano molto spesso inefficaci o comunque non universalmente adatte a tutti i pazienti che ricadono entro una precisa categoria diagnostica.

Il problema che la Hepworth mette in evidenza quando critica alcune teorie femministe di avere sostanzialmente riproposto il modello medico spostando di poco il focus principale d'attenzione, si può in effetti estendere alla gran parte delle teorie psicologiche che tentano di rendere conto delle psicopatologie legate ai disturbi alimentari. Disturbi che, in effetti, oggi non riusciamo ancora spesso a spiegare e tantomeno a curare.

Nel prossimo paragrafo, cercherò di presentare i punti di forza dell'approccio adottato da Binswanger nel trattamento del celebre caso di Ellen West. Binswanger, infatti, riuscì a trovare un riscontro empirico delle sue idee nell'analisi dettagliata del linguaggio della paziente. In effetti, il gioco di rimandi linguistici e di immagini mentali studiato con il procedimento antropoanalitico da Binswanger, si è effettivamente rivelato attendibile. Poiché l'analisi che ne è venuta fuori mostrava un uso sistematico di parole e significati della paziente, esso ci restituisce un ritratto della patologia di Ellen West profondo come pochi altri se ne sono letti nella storia della psicoterapia dei disturbi alimentari. Come vedremo successivamente e come del resto dimostra la drammatica morte di Ellen West, l'approccio antropoanalitico non era tuttavia esente da problemi; ma il punto su cui si tenterà di porre l'accento in questa sede, è che l'analisi del linguaggio del mondo dei significati dei pazienti, può essere un oggetto attendibile per la ricerca empirica.

2. L'antropoanalisi e lo studio del linguaggio dell'individuo

In questo paragrafo tenterò di spiegare l'utilità dello studio del linguaggio dei pazienti affetti da disturbi dell'alimentazione.

Lasciarsi morire di fame, o al contrario abbuffarsi fino all'esaurimento delle forze, o ancora abbuffarsi e poi trascorrere l'intera giornata con il solo obiettivo di eliminare dal proprio corpo le calorie acquisite sono tutti comportamenti apparentemente privi di senso e certamente disfunzionali in termini di salute dell'individuo che li mette in pratica. Purtroppo il solo principio del piacere non spiega l'esistenza di tali comportamenti: i sintomi della fame sperimentati quotidianamente dalle anoressiche non provocano piacere; vomitare o allenarsi fino all'esaurimento fisico del corpo non sono

comportamenti piacevoli e perfino abbuffarsi, oltre un certo limite, diventa tanto sgradevole da assomigliare più a un comportamento autolesionistico piuttosto che alla ricerca del piacere. Ma se in una prospettiva esterna al sé tutto ciò sembra privo di senso, nella mente del paziente che mette in pratica tali comportamenti essi hanno un significato, anche se questo non è sempre manifesto nemmeno a loro stessi.

Binswanger cercava questo significato nelle parole dei suoi pazienti e lo ha fatto anche con Ellen West. Ellen West venne ricoverata nella casa di cura Bellevue a Kreuzlingen dal 14 gennaio al 30 marzo 1921. I sintomi erano una ossessione per la magrezza, una compulsione a mangiare continuamente e tentativi continui di eliminare quanto ingerito con attività, lassativi, purganti e diuretici. La paziente era stata in terapia psicoanalitica per la prima volta nel 1920, con Victor von Gebattel; poi lo stesso anno per tre mesi con Hans von Hattingberg e infine presso la clinica Bellevue. La paziente si suicidò tre giorni dopo aver lasciato la clinica di Binswanger, all'età di 31 anni. Il caso è stato pubblicato per la prima volta nel 1945.

Binswanger criticava alla psicoanalisi di trattare i fenomeni linguistici come sintomi di qualcosa che si presenta in essi, piuttosto che considerarli dati storici attraverso cui il paziente può mostrare se stesso al terapeuta; al contrario, l'approccio psicoterapeutico e analitico che propone lui, ovvero l'antropoanalisi:

penetra nel senso e nel contenuto dei fenomeni linguistici e di ogni altro fenomeno espressivo e in base a essi interpreta il mondo e l'essere-nel-mondo come storicamente dati, e dunque intende l'essere-uomo come *si mostra in* quei fenomeni qual è in se stesso (Binswanger 2001, trad. it.: 150-151).

In effetti, la scelta di Freud di interpretare i discorsi e i vissuti dei pazienti alla luce delle sue costruzioni teoriche è un allontanamento dall'unico dato empirico di cui disponeva per studiare veramente le nevrosi o le psicosi dei suoi pazienti: ovvero i loro racconti, le loro narrazioni. Mentre ciò che dice il paziente di sé è un dato storico, il significato che il terapeuta dà a queste narrazioni è assolutamente un atto interpretativo.

Certamente, una fase di interpretazione dei dati è presente anche negli studi delle cosiddette scienze esatte; tuttavia, l'approccio di Binswanger nel trattare il dato linguistico come un mezzo attraverso il quale il paziente si manifesta (e non si nasconde, come in ultima analisi suggerisce la psicoanalisi) riduce significativamente il divario tra interpretazione e aderenza ai fatti, molto più di quanto facciano la psicoanalisi o qualsiasi altra interpretazione psicologica che presuppone complesse teorie di riferimento per attribuire un significato al dato linguistico.

Il tipo di analisi che svolge Binswanger sulle parole dei pazienti è quello di cercare i significati dei loro discorsi, dei loro sogni, delle loro immagini mentali, delle loro autonarrazioni attraverso la ricodifica di un sistema di corrispondenze tra tematiche ricorrenti e significanti. Lo sforzo di Binswanger è quello di trovare il significato dei comportamenti della paziente attraverso l'analisi sistematica di tutto il campo dei significati che entrano in relazione con la sfera del cibo e del corpo. E Binswanger è in grado di provare, in fondo in maniera soddisfacente, che le interpretazioni psicoanalitiche (queste osservazioni sono tranquillamente estendibili a moltissime teorie psicopatologiche più recenti) si fermano proprio laddove ci sarebbe bisogno di una spiegazione più efficace. Per rendere più chiara la differenza tra l'antropoanalisi e gli approcci classici alla comprensione della psicopatologia, egli analizza il modo in cui Pierre Janet spiega il caso di Nadia, una paziente che oggi verrebbe diagnosticata come anoressica. In *Obsession de Psychasténie*, Janet (1903) mostra attraverso le parole della sua paziente che la motivazione esplicita nell'autonarrazione ch'ella aveva di se stessa era che la sua paura di ingrassare fosse analoga a quella di prendere altezza; ella non voleva assomigliare a una donna, ma a una

bambina per timore di essere meno amata dagli altri. Binswanger critica Janet di essersi fermato a questo livello molto superficiale di significato, che risulta insoddisfacente perché a-specifico. Ovvero esso non dà informazioni sulla peculiare presenza di Nadia, ovvero non accede al mondo dei significati individuali, quelli in cui è evidente la *presenza* (*Dasein*) dei pazienti. Secondo Binswanger, si tratterebbe esclusivamente di «prendere una persona per i suoi punti deboli. Ed essi consistono qui in quelle caratteristiche che permettono di riconoscere una deviazione dall'atteggiamento normale» (Binswanger 2001: 157). In effetti, la paura di non essere amati è universale, è iscritta nel patrimonio filogenetico dell'uomo, nessun bambino potrebbe sopravvivere se qualcuno non si prendesse cura di lui dalla nascita e quello di essere amati è assolutamente un bisogno di tutti gli individui, perfino quelli adulti, della specie umana. La ricerca di Binswanger vuole scavare più a fondo del mondo dei significati personali. La ricerca scientifica dell'antropoanalisi comincia proprio laddove Janet si ferma: Binswanger cerca il significato dell'angoscia di ingrassare attraverso cui la *presenza* (*Dasein*) di Nadia si manifesta; un significato completamente personale, che consente in qualche modo al paziente di esistere come individuo. Se la visione psicoanalitica ci vede spesso imbrigliati in dinamiche forse alla fine irrisolvibili, schiacciati dalla necessità di sopprimere alcune parti del nostro mondo psichico al fine di favorire la convivenza sociale; l'antropoanalisi binswangeriana considera invece l'individuo nella piena possibilità di fare delle scelte al fine di vivere secondo i propri valori e significati. In questo senso, la psicopatologia si caratterizza come una distorsione o una restrizione delle possibilità di essere *presenza* dell'individuo. Il *Dasein* umano è sempre situato in un contesto di relazioni e significati; questi ultimi influenzano l'esperienza del paziente e di conseguenza le sue scelte (o nei casi più gravi la sua possibilità di fare delle scelte). In effetti, la ricostruzione del mondo dei significati che Ellen West e Nadia danno all'angoscia di ingrassare porta Binswanger a concludere che se per la prima ingrassare significasse negare il suo ideale di Ebe (ideale personalmente scelto dalla paziente come bussola di vita) e di conseguenza accettare il declino della propria vita; per Nadia invece l'angoscia di ingrassare era un'angoscia per la sua esistenza corporale, ovvero per la condizione di essere visti e uditi.

Binswanger cerca l'unicità del mondo dei significati dei suoi pazienti. E poi l'accetta, senza tentare di considerarla in qualche modo deviata. Il punto forte di questo approccio è che si pone come obiettivo di comprendere l'unicità, la presenza, l'esistenza del paziente in quanto individuo; questo approccio consente di guardare al paziente ancora come a una persona da cui c'è qualcosa da imparare, una persona con cui il terapeuta può perfino mettere in discussione i suoi valori e crescere. L'aspetto critico è che l'*epoché*, ovvero la sospensione del giudizio, rischia di privare i pazienti di un aiuto terapeutico talvolta anche deciso che può fare la differenza nella loro vita. Nel caso di Ellen West, forse l'adozione di un paradigma medico normalizzante, che avesse considerato la persona Ellen West come deviante e che sarebbe condannato dagli studi che oggi criticano il paradigma medico (come ad esempio quello sopraccitato della Hepworth) avrebbe potuto fare la differenza tra la vita e la morte prematura della paziente. Binswanger infatti decise di dimettere Ellen West dalla clinica, pur sapendo che l'intenzione della paziente era quella di mettere fine alla propria vita. Egli sostiene che questa decisione, forse la più difficile della sua vita, nascesse dall'esigenza di lasciare che Ellen West potesse essere presente a se stessa, almeno per un momento, ovvero quello della scelta di porre fine alla sua vita:

Considerato alla luce dell'antropoanalisi, il suicidio di Ellen West si configura tanto come un «atto dell'arbitrio» quanto come un «evento necessario». Entrambe le asserzioni si fondano sul fatto che la presenza, nel caso Ellen West, era divenuta matura per la sua morte, in altri termini, che la morte, questa morte, costituiva il necessario adempimento del senso della vita proprio di questa presenza (*Ivi*: 93).

Ellen West aveva già tentato altre volte il suicidio ed era stata sempre fermata in tempo, ma secondo Binswanger questo tentativo premeditato meritava rispetto perché poteva essere letto come un atto di crescita della presenza della paziente:

Diversamente dei primi tentativi di suicidio originati da un moto affettivo, come reazioni a cortocircuito, il suicidio fu premeditato, fu deciso dopo matura riflessione. In questa decisione Ellen West non è cresciuta oltre se stessa, ma piuttosto ha trovato se stessa e ha scelto se stessa soltanto nella risoluzione di morire. La festa della morte è così stata la festa della nascita della sua esistenza. Quando però la presenza non può esistere che nella rinuncia alla vita, l'esistenza è un'esistenza tragica (*Ivi*: 98).

Dietro il continuo affannarsi a trangugiare avidamente ciò che trovava e poi sottoporsi a lunghe ore di attività fisica estenuante o uso di purganti, diuretici e altro si celava il rifiuto di essere presente a se stessa, ovvero di fare delle scelte e vivere secondo i propri valori. Ma Ellen West non voleva rinunciare ai piaceri della tavola e nemmeno al suo ideale di Ebe, pertanto l'unica soluzione per vivere assecondando entrambi questi desideri era quella di morire: morendo sarebbe rimasta magra e bella pur senza dover ogni giorno combattere con la rinuncia al cibo.

Binswanger ha anticipato una tematica ancora oggi dibattuta e irrisolta. Se non è possibile sostenere che egli abbia praticato un'eutanasia, certamente la vicenda di Ellen West assomiglia molto a quella di Noa Pothoven. Noa Pothoven nacque nel 2001, all'età di 16 anni pubblicò la sua autobiografia; in essa raccontava di essere stata stuprata più volte, di soffrire di disturbo post-traumatico da stress, depressione, anoressia e psicosi. Tentò diverse volte il suicidio, all'età di 16 anni chiese senza successo che le fosse praticata l'eutanasia. Dopo diversi fallimenti di tentativi terapeutici, ottenne dalla famiglia la promessa di non intervenire con le cure forzate. Dopo si lasciò morire di fame e di sete, all'età di 17 anni. La stampa di tutto il mondo ha riportato che la ragazza è morta con la famiglia e gli amici al capezzale. Questo caso di "assistenza passiva" è particolarmente impressionante perché la paziente aveva appena 17 anni al momento della morte; ma in Olanda e in Belgio l'eutanasia per disturbi psichici considerati incurabili è legale (anche se regolamentata).

3. La ristrutturazione del significato

L'approccio binswangeriano ebbe una grande influenza nel mondo della psichiatria. Non è obiettivo di questo lavoro farne una ricostruzione filologica; ma solo illustrare in che modo esso fosse stato declinato anche da psichiatri con un approccio classicamente medico, ovvero un approccio che avesse come obiettivo principale non la comprensione del paziente, ma la sua cura; ovvero un approccio che partisse dal presupposto classico – oggi molto criticato in diversi ambiti – che la patologia sia qualcosa da guarire.

A tale proposito considereremo il caso di Betty, analizzato da Hilde Bruch. Hilde Bruch operò negli anni Sessanta, Settanta e Ottanta, trattando e curando centinaia di pazienti con disturbi alimentari. La sua idea di fondo era che tutti i disturbi alimentari fossero accomunati dall'incapacità di comprendere e/o di rispondere opportunamente ai segnali endogeni di fame e sazietà (Bruch 1974; 1978; 1988). La compresenza di questo problema con un ambiente sociale (sia a livello familiare che a livello più ampio di narrazioni sociali dei ruoli sessuali, delle dinamiche di potere e delle loro relazioni con i corpi) in qualche modo stressante per il soggetto portava quest'ultimo a sviluppare un'alterazione disfunzionale del mondo dei significati nel campo semantico del cibo e in quello corporale. Analizzando il mondo dei significati emersi dalle discussioni con i pazienti, la

Bruch porta diversi esempi, i.e. Betty, una giovane paziente anoressica, identificava il diritto di non mangiare con il diritto di avere un potere individuale (Bruch 1978); o ancora una giovane donna obesa¹ identificava l'essere magra con l'essere inutile e priva di importanza (come la madre in famiglia) e l'essere grassa nell'essere importanti e indaffarati (come il padre):

Sul piano cosciente combatto contro la grassezza, ma sul piano inconsapevole l'accetto. Dipende dal fatto che mio padre è grasso; mangia tutto quello che non dovrebbe ed è enorme. La mamma lo mette a dieta e lui ci sta qualche giorno, ma poi rinuncia. È stato sempre enorme fin da quando posso ricordare. Quando era giovane era piuttosto magro, ma poi, diventando un uomo importante, è ingrassato e da allora ha sempre mantenuto quel peso. Ha tutte le caratteristiche dell'uomo indaffarato e importante, non potrebbe essere anche snello. Io mi sono sentita sempre come lui e ho accettato che così bisognava essere se si era tanto importanti. Mia madre è stata sempre tanto attenta a quello che mangiava; non appena aumentava di un chilo o di mezzo chilo, si metteva a dieta, il che per me era la prova che «solo gente che non ha nient'altro da fare può continuare a fare una dieta». *Io* avevo da fare cose più importanti, sono come mio padre. Ho sempre considerato mia madre inutile e priva di importanza (Bruch 1974: trad. it.: 132).

La prima considerazione antropoanalitica di Binswanger su Ellen West fu che la paziente, sin da quando da bambina iniziò a rifiutare il latte, creò una linea di separazione tra il mondo della corporeità e il mondo circostante: «è possibile che a questa opposizione al mondo circostante già si affiancasse una resistenza al mondo della coesistenza, una resistenza a quelle persone che tentavano di opporsi alla singolarità di Ellen» (Binswanger 2001, trad. it.:55). Ellen West costruiva la sua vita sempre opponendosi alle proposte ambientali: «Questo nido non è un nido» (*Ivi*: 5).

Parimenti la Bruch elabora a partire dall'analisi di centinaia di pazienti l'idea che i disturbi alimentari si associno a uno scivolamento dei significati del campo corpo/cibo che porta il soggetto a vivere sempre in risposta agli stimoli ambientali e non in funzione del proprio temperamento, dei propri bisogni, dei propri desideri (conformismo o opposizione). Per spiegare meglio questa prospettiva, riportiamo il caso di Annette (Bruch 1988): Annette era una giovane anoressica in trattamento ormai da anni con la Bruch. Secondo l'interpretazione della Bruch la paziente si era sempre comportata in conformità ai desideri dei genitori. Il Sé era qualcosa da mettere a tacere e nascondere, la risposta agli stimoli endogeni doveva essere di rifiuto se questi si opponevano alle aspettative ambientali, i.e.: la fame doveva essere ignorata per rimanere esile perché le donne snelle sono belle; non si doveva mai mangiare per piacere ma bisognava comprare solo i cibi più economici (in linea con l'educazione ricevuta); non occorre esplicitare le proprie opinioni quando queste sono in contrasto con quelle del mondo circostante. Durante una seduta di terapia ormai in fase molto avanzata, quando la paziente era quasi del tutto rimessa, il discorso tra la psichiatra e Annette si focalizza sulla figura di una bambinaia che lavorava presso la casa della paziente quando aveva tre anni. Annette raccontò che la mamma la considerava una “cameriera efficiente”, ma che lei l'aveva sempre vista come una persona fredda, da cui si sentiva a stento tollerata e da cui imparò che una bambina non deve essere d'intralcio. Annette aveva 30 anni circa al momento in cui ebbe questa discussione con la Bruch, nonostante ciò la dottoressa le consigliò di raccontare a sua madre di questa divergenza

¹Normalmente, in ambito clinico viene considerato obeso qualsiasi paziente abbia un indice di massa corporea superiore a 30. In questa sede e in tutto il resto del saggio, con il termine “obesità” si farà riferimento alla condizione di origine psicogena che porta l'individuo a un indice di massa corporea maggiore di 30 per via di una sovra-alimentazione eccessiva e percepita come incontrollabile dall'individuo.

d'opinioni. In effetti un consiglio del genere può sembrare molto strano, sembrò strano perfino alla paziente. In fondo che senso ha parlare di una divergenza di opinioni su un argomento secondario risalente a circa 27 anni prima e che non ha più conseguenze materiali sulla vita dei protagonisti? Il punto è che secondo la Bruch la cura del paziente che soffre di disturbi dell'alimentazione passa attraverso la ristrutturazione del mondo dei significati. Questa ristrutturazione passa, a sua volta, attraverso un cambiamento dei comportamenti linguistici e non. In questo caso, secondo la Bruch, lo sviluppo dell'attitudine a trasformare in linguaggio collettivo il proprio pensiero avrebbe portato la paziente a considerare il suo Sé qualcosa di degno di essere ascoltato; al contrario, l'abitudine della ragazza di tacere la propria opinione avrebbe dato al suo sé il significato di oggetto che non deve essere d'intralcio allo svolgimento del mondo esterno.

La Bruch conosceva Binswanger perché cita il caso Ellen West nel suo trattato sulla patologia del comportamento alimentare (Bruch 1974). Accetta e usa ampiamente l'approccio di accettazione e comprensione delle stratificazioni concettuali dei pazienti. Eppure opera cercando costantemente di cambiarli e in un certo senso riprogrammare il mondo dei significati legati al cibo e al corpo (e le auto-narrazioni del sé che da essi derivavano). La Bruch tuttavia aveva un atteggiamento clinico: considerava aberranti (e dunque da cambiare e normalizzare) quei significati che si associavano ai comportamenti disfunzionali. Inoltre poneva alcuni parametri medici al di sopra di qualsiasi tipo di lavoro psichico (per esempio non lavorava sui significati con i pazienti anoressici finché questi non avessero raggiunto un peso tale da consentire scioltezza di pensiero). Considerava importantissimo il mondo dei significati sociali attribuiti all'obesità, al grasso e alla magrezza.

Quando in letteratura viene analizzato il lavoro della Bruch, di esso viene soprattutto valorizzato l'accento sull'importanza che la psichiatra pose sugli aspetti sociali dei disturbi alimentari (anche la sopracitata ricostruzione della Hepworth per esempio considera prevalentemente questo aspetto del suo lavoro). Tuttavia la Bruch lavorava approfonditamente alla decostruzione e ricostruzione dei significati individuali e lo sfondo sociale da lei analizzato le serviva perché era il background comune entro cui le costruzioni patologiche si innestavano. Anche se cercava gli aspetti più universalistici dei disturbi alimentari, operava primariamente con il soggetto considerandolo un individuo unico e cercando di comprenderne quello che Binswanger avrebbe chiamato la sua *presenza*. Quindi il soggetto con disturbi dell'alimentazione tenderebbe a rispondere agli stimoli ambientali considerandoli primari rispetto a quelli endogeni e questo porterebbe a un deragliamento dei significati rispetto alla propria percezione e, a lungo andare, ad anomalie nella costruzione delle percezioni proprie. Bruch non lo esplicita chiaramente nei suoi scritti, ma l'analisi dei casi clinici da lei pubblicati e il suo *modus operandi* con i pazienti mostrano una propensione ad accettare l'idea dell'approccio antropoanalitico per cui il terapeuta debba mirare a comprendere l'essere-nel-mondo del paziente sia un prerequisito fondamentale per la guarigione autentica. Tuttavia, una volta capito e non giudicato il paziente, si dovrebbe tornare entro le categorie oggettivizzanti dell'approccio clinico e tentare di curare il paziente attraverso una ricalibrazione del mondo dei significati che consideri anche il Sé e gli stimoli endogeni parte della contrattazione sociale del significato.

4. Non si può dimenticare il corpo filogenetico

Ma quale è la base biologica per lo scivolamento del mondo dei significati? Come può un'alterazione linguistica provocare qualcosa di così profondamente pericoloso per il soggetto?

Il neurobiologo Stephen Guyenet spiega come nel cervello l'impulso a mangiare sia ridondante per convenienza evolutiva (Guyenet 2017). Hilde Bruch sottolinea più volte che nell'uomo la risposta allo stimolo della fame è appresa: il cucciolo umano per lunghissimo tempo mangia ciò che i genitori gli danno (Bruch 1974; 1978; 1988). La risposta allo stimolo della fame (o all'impulso di mangiare) è pertanto filogeneticamente molto ampia, ma ontogeneticamente orientata ed è plausibile pensare che l'ambiente giochi un ruolo di primo piano nell'innescare dei circoli viziosi tipici dei disturbi alimentari. In maniera molto efficace, lo psicologo evoluzionista Randolph Nesse (2019), dopo aver analizzato alcune delle teorie più comuni sulla genetica dei disturbi alimentari, dimostra come tutte le eziopatogenesi più frequentemente citate per spiegare l'insorgenza primaria di un disturbo dell'alimentazione non possano essere frutto dell'attivazione di geni anomali, ma al contrario, frutto di un ambiente anomalo rispetto ad alcune delle tante variazioni genetiche tendenzialmente innocue in ambienti salutarci. In che senso?

Quando l'*Homo sapiens* si è evoluto, le difficoltà principali cui doveva far fronte erano la fame, la carestia, la necessità di difendersi da predatori, dal freddo. Ogni sfida che si trovava ad affrontare era necessariamente favorita da un corpo tonico, scattante ma anche ben nutrito. I cibi rimediabili erano carne, pesce, verdura, frutta. Il cioccolato e le patatine non esistevano ancora! Per trarre i nutrienti essenziali e le vitamine che si trovano in un frutto l'individuo (o il branco cui apparteneva) doveva intanto individuarlo e raccoglierlo e doveva farlo in modi sempre nuovi, non andando sempre allo stesso scaffale del supermercato all'angolo sinistro della strada di casa. Mangiare carne o pesce richiedeva abilità ancora più complesse e spesso la collaborazione di un ampio gruppo che poi avrebbe suddiviso il bottino tra tutti i cacciatori e le loro famiglie. Il nostro corpo è dunque filogeneticamente settato per proteggerci dall'inedia più che dal sovrappeso. Oggi invece la maggior parte degli esseri umani può procurarsi cibi ipercalorici in qualsiasi angolo di strada e con pochi spiccioli; il tutto senza che ciò comporti un gran dispendio energetico o rischio per la propria incolumità. Questo ambiente, che i nostri progenitori più antichi avrebbero considerato un sogno, è in realtà tossico a lungo andare perché il nostro corpo non ha, al contrario, molte difese a sua disposizione per regolare il peso corporeo su un *set point* basso, per convincerci a non eccedere con gli zuccheri, i grassi e tutte le prelibatezze che l'industria alimentare da anni perfeziona per far impazzire i centri del piacere del nostro cervello. Questa prospettiva è ormai molto diffusa tra specialisti di diversi settori disciplinari che abbiano trattato l'obesità o il problema del generale aumento del sovrappeso nel mondo (Guyenet 2017; Nesse 2019; Popkin 2009; Nestle 2019; Brownell 2017, per citarne solo alcuni tra i più conosciuti).

Il problema di questa prospettiva è che spiega molto bene l'aumento di obesità e sovrappeso nel mondo, ma non spiega perché alcune persone riescano a rimanere in range di peso sani e soprattutto come sia possibile che anoressia e bulimia esistano e addirittura siano in aumento proprio nei paesi i cui ambienti alimentari siano più "tossici", ovvero nei paesi in cui il cibo è maggiormente affidato all'industria e alla produzione di massa e in cui l'attività fisica è maggiormente delegata alle macchine. È qui che entra in gioco il linguaggio.

Gli approcci allo studio dei disturbi alimentari, che partono dalla constatazione che obesità e sovrappeso sono in aumento per via della tossicità degli ambienti che viviamo, implicano una visione dell'essere umano privo di libero arbitrio riguardo al cibo. In altre parole, se c'è gelato alla crema disponibile, l'essere umano è inevitabilmente spinto a consumarlo, proprio come è inevitabile respirare. La metafora non è mia, è proprio in questi termini che si esprime, ad esempio Randolph Nesse:

Quando fornivo consulenze psichiatriche ai reparti di medicina e di chirurgia dell'ospedale, mi capitava ogni tanto di avere a che fare con chirurghi che si

rifiutavano di operare i pazienti obesi, persino nei casi di tumore, se prima non perdevano peso. Talvolta, quando un chirurgo mi diceva: «Mangiare è un atto volontario; non hanno che da smettere», gli rispondevo: «Le dispiacerebbe trattenere il respiro per un minuto mentre le spiego il meccanismo che regola l'assunzione del cibo?». Pochi stavano al gioco, ma il messaggio arrivava, anche se mi facevo qualche nemico (Nesse 2019, trad. it.: 260).

Effettivamente queste teorie colgono un aspetto centrale della questione: sì, alcuni comportamenti devianti in ambito alimentare sono legati alla tossicità dell'ambiente che viviamo. Nesse sostiene che l'abbuffata della bulimica è un atto necessario per lei esattamente come per tutti è necessario prendere un'enorme boccata di aria dopo avere trattenuto il respiro troppo a lungo. Tuttavia, contrariamente a quanto avviene per il respiro, il comportamento alimentare gode del privilegio di avere tempi più lunghi: la necessità di introdurre zuccheri o calorie nel nostro corpo non è costante e veloce come quella di introdurre ossigeno. Questo maggiore tempo di latenza dà al linguaggio la possibilità di manipolare alcune variabili al fine di evitare di vivere perpetuamente nella condizione della bulimica che deve abbuffarsi perché ha digiunato troppo a lungo. In che senso?

Contrariamente a ciò che avviene ai poveri ratti da laboratorio, cavallo da battaglia delle teorie deterministiche, l'essere umano ha la possibilità di manipolare, almeno parzialmente, il suo ambiente. Molto probabilmente è vero che una persona chiusa in una gabbia a digiuno da diverse ore e che abbia a disposizione solo patatine in busta per sfamarsi, anche se non è ancora in pericolo di vita e anche se sa che le patatine fanno male alla salute, è spacciata: le mangerà. Effettivamente, dato che il consumo di zuccheri favorisce il progressivo aumento del consumo di altri zuccheri (Alcock et al. 2014), una persona entrata nella spirale dell'uso eccessivo di zuccheri probabilmente ne aumenterà esponenzialmente e costantemente il consumo e gli studi sopracitati dimostrano in maniera efficace che l'ambiente sociale predispone a un consumo eccessivo di cibi troppo zuccherati o con altre caratteristiche (certe quantità di sale, determinate consistenze, etc.) disastrose per il nostro autocontrollo.

Tuttavia per fortuna normalmente non viviamo in questa condizione; il linguaggio struttura le nostre abitudini di vita e tutti sanno che, non tenendo patatine in casa, se ne mangeranno meno. Finché con il linguaggio strutturiamo abitudini di vita ragionevoli per il nostro corpo, il meccanismo omeostatico di mantenimento del peso funziona abbastanza bene.

Nesse sostiene che in effetti tutti i problemi iniziano quando si inizia a desiderare di perdere peso artificialmente, attraverso una dieta ipocalorica. Ciò avverrebbe perché se gli obiettivi in termini di deficit calorico giornaliero che il soggetto si pone simulano l'avvento di una carestia o portano l'organismo a soffrire della carenza di nutrienti fondamentali, le risposte dell'organismo saranno quelle filogeneticamente pronte a proteggerci dalla carestia e dalla malnutrizione. E così la bulimica che ha digiunato tutto il giorno, arriva all'ora di cena priva di libero arbitrio sul suo corpo e ingurgita in pochi istanti migliaia di calorie.

5. Conclusioni: la ristrutturazione linguistica dei significati per superare la patologica rinuncia al libero arbitrio

Già la stessa Hilde Bruch si rese conto che nella maggior parte dei casi, la spirale viziosa dell'anoressia e quella della bulimia hanno inizio con uno o più tentativi di perdere peso (Bruch 1974; 1988). Ogni paziente ha poi ragioni diverse per decidere di tentare di manipolare le sue abitudini di vita per raggiungere questo scopo e la terapia consiste

essenzialmente nel comprendere quali motivazioni hanno favorito lo sviluppo di certe narrazioni del sé e del mondo nel paziente e modificarne gli aspetti disfunzionali. In alcuni casi la terapia consiste nel far completamente allontanare il paziente dalla causa che ha scatenato il malessere; più spesso invece consiste nell'aiutare il paziente a ricalibrare il mondo dei significati relativi al sé, al corpo e al cibo. In ogni caso, la componente linguistica, ovvero l'identificazione della narrazione del mondo e del sé che porta il soggetto ad ammalarsi, sino ad ora è rimasta l'unica arma a disposizione del terapeuta che persegue l'obiettivo di una guarigione definitiva. All'identificazione della narrazione disfunzionale segue poi normalmente la richiesta del terapeuta di modificarla attraverso un atto performativo sulle proprie abitudini di vita (come nel caso dell'invito della Bruch rivolto alla sua paziente di parlare a sua madre dalla sua prospettiva sulla "cameriera efficiente" per dare spazio a una nuova visione del suo sé come di qualcosa di attivo e degno di importanza).

In altre parole, sì, l'obeso che rimane da solo con le patatine non ha molto libero arbitrio; il bulimico che ha digiunato per ore non ha molto libero arbitrio. Il caso dell'anoressia è un po' diverso. L'anoressico che ruba dolci di nascosto per sopravvivere ancora un giorno alla morte per inedia sta semplicemente cedendo all'automatismo corporeo di preservazione del sé e questa scelta non può essere considerata l'affermazione della propria *presenza*, ma solo istinto di sopravvivenza. Tuttavia anche l'anoressico che invece giunge a morire di fame per non cedere a quest'ultimo impulso di resistenza alla consunzione per inedia non sta tuttavia scegliendo la sua *presenza*, perché il suo desiderio non era morire, era solo quello di essere magro. Si trova ancora una volta intrappolato tra significati e valori incompatibili tra loro che lo spingono a rinunciare alla sua *presenza*.

Spesso i pazienti con disturbi dell'alimentazione manipolano il loro ambiente al punto da trovarsi in situazioni in cui saranno gli automatismi corporei regolati dalla nostra storia filogenetica a decidere per loro. Sono pazienti rimasti bloccati dentro un loop di valori discordanti e di significati incompatibili tra loro, esattamente come lo era Ellen West quando trangugiava cibo senza trarne piacere e poi si sforzava di eliminare immediatamente le calorie assunte. È un rifiuto di essere *presenti* nel senso che è un rifiuto di fare delle scelte coerenti con i propri valori. L'obeso che trangugia patatine non sente il sapore del cibo che sta mangiando. È compito del terapeuta lavorare con l'obeso cercando di capire perché, benché egli sostenga di voler dimagrire, sceglie di non manipolare il suo ambiente al fine di evitare gli eccessi di cibi sbagliati, ovvero quale narrazione del suo sé e del suo mondo lo portano a trovarsi nella situazione di assenza di libero arbitrio, o meglio di rifiuto della propria *presenza*. Parimenti è inutile e probabilmente controproducente impedire a un bulimico di abbuffarsi dopo che ha digiunato per ore, il terapeuta cercherà al contrario di capire cosa succede nelle ore in cui il linguaggio può ancora aiutare il paziente a scegliere come strutturare il suo ambiente ed evitare di affamarsi all'eccesso.

La ricerca di queste narrazioni disfunzionali del sé, del corpo, del mondo e del cibo, per essere comprese, necessitano che il terapeuta tuttavia non consideri il linguaggio uno strumento attraverso cui il paziente nasconde se stesso a se stesso e al mondo (come implicato dall'approccio psicoanalitico), ma al contrario uno strumento attraverso cui il paziente rivela se stesso a se stesso e al mondo, come illustrato dall'antropoanalisi binswangeriana. Ovvero, le sedute terapeutiche cominciano a funzionare quando il paziente verbalmente esternalizza e rende chiare ed esplicite le narrazioni che lo hanno spinto a manipolare le sue abitudini di vita e il suo ambiente al punto da lasciare che la potenziale tossicità dell'ambiente che viviamo possa essere attiva sul suo corpo.

Bibliografia

Alcock, Joe, Maley, Carlo, Aktipis, Athena (2014) «Is Eating Behavior Manipulated by the Gastrointestinal Microbiota?: Evolutionary Pressures and Potential Mechanisms», in *BioEssays*, 36 (10), 1 ottobre 2014, pp. 940-49.

Binswanger, Ludwig (2001), *Il caso Ellen West*, trad. di S. Mistura, Einaudi, Torino 2011.

Bouveresse, Jacques (1991), *Philosophie, mythologie et pseudo-science: Wittgenstein lecteur de Freud*, Editions de l'éclat, Paris (*Wittgenstein reads Freud: The myth of the unconscious*, trad. di C. Cosman, Princeton University Press, Princeton 1995).

Brownell, Kelly, Walsh, Timothy (2017), ed. by, *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, Guilford Publications, New York.

Bruch, Hilde (1974), *Eating Disorders. Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*, Basic Books, New York (*Patologia del comportamento alimentare. Obesità, anoressia mentale e personalità*, trad. di L. Dann Treves, Feltrinelli, Milano 1977).

Bruch, Hilde (1978), *The Golden Cage. The Enigma of Anorexia Nervosa*, Harvard University Press, Cambridge (MA).

Bruch, Hilde (1988), *Conversations with anorexics*, Rowman & Littlefield Publishers, Lanham.

Chernin, Kim (1986), *The Hungry Self: Daughters and Mothers, Eating and Identity*, Perennial Library, New York.

Foucault, Michel (1972), *Histoire de la folie d l'âge Classique*, Éditions Gallimard, Paris (*Storia della follia nell'età classica*, trad. di M. Galzina, Rizzoli, Milano 2011).

Freud, Sigmund (1931), *Sessualità femminile*, in *Opere*, a cura di C. L. Musatti, Boringhieri, Torino 1979.

Freud, Sigmund (2011), *Psicoanalisi dell'isteria e dell'angoscia*, Newton Compton, Roma.

Freud, Sigmund (1893), «Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene» in *Wiener medizinische Presse*, 34; trad. it. di Balducci, Celso e Ozzola, Alessandra, *Il meccanismo psichico dei fenomeni isterici*, in Freud, S. (2011).

Guiora, Alexander (1967), «Dysorexia: A psychopathological study of anorexia nervosa and bulimia» in *American Journal of Psychiatry*, 124(3), pp. 391-393.

Gull, William (1888), «Anorexia nervosa», in *The Lancet*, 131(3368), pp. 516-517.

Gull, William (1874), «Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica)», in *Trans. Clin. Soc.*, 7, pp. 22-28.

Guyenet, Stephen (2017), *The Hungry Brain*, Flatiron Books, London (*Il cervello affamato*, trad. di G. Mazza e D. Palmerini, Newton Compton, Roma 2017).

Hepworth Julie (1999), *The social construction of anorexia nervosa*, Sage Publications, London-Thousand Oaks-New Delhi.

Janet, Pierre (1903), *Les obsessions et la psychasthénie: Études générales*, in *Les obsessions et la psychasthénie. Études cliniques et expérimentales sur les idées obsédantes, les impulsions, les manies mentales, la folie du doute, les tics*, F. Alcan, Paris, pp. 1-322.

MacLeod, Shelia (1981), *The Art of Starvation*, Virago, London.

Mexio, Pedro (1613), *The Treasure of Ancient and Modern Times*, W. Jaggard, London.

Nestle, Marion (2019), *Food politics: How the food industry influences nutrition and health*, University of California Press, Berkeley.

Orbach, Susie (1986), *Hunger Strike: The Anorectic's Struggle as a Metaphor for Our Age*, Routledge, London.

Popkin, Barry (2009), *The world is fat: the fads, trends, policies, and products that are fattening the human race*, Penguin, London.

Nesse, Randolph (2019), *Good Reasons for Bad Feelings. Insights from the Frontier of Evolutionary Psychiatry*, Penguin, London (*Buone ragioni per stare male: la nuova frontiera della psichiatria evoluzionistica*, trad. di E. Grasery, Bollati Boringhieri, Torino 2020).

Sours, Jack, (1968), «Clinical studies in anorexia nervosa syndrome», in *New York State Journal of Medicine*, 68(11), pp. 1363-1369.

Winnicott, Donald Woods(1964), *The Child, The Family and the Outside World*, Penguin, London.

Wittgenstein, Ludwig (1958), *The Blue and Brown Books*, Basil Blackwell, Oxford (*Libro blu e Libro Marrone*, trad. di A. Conte, Einaudi, Torino 1983 e 2000).

Wittgenstein, Ludwig, (1979), *Wittgenstein's Lectures. Cambridge 1932-1935*, Prometheus Books, New York.