



**SAPIENZA**  
UNIVERSITÀ DI ROMA

**Facoltà di Medicina e Psicologia**

Corso di Laurea in  
Discipline della Ricerca Psicologico Sociale  
Scienze e Tecniche Psicologiche

**Cattedra di Psicologia Clinica**

Prova finale

**La “sostenibile leggerezza dell’essere”:  
il paradosso anoressico**

**Relatore**

Chiar.ma Prof.ssa  
Stefania Marinelli

**Candidata**

Francesca Sacchelli  
Matr. 1129802

# INDICE

## Introduzione

### 1. L'anoressia mentale: profilo storico-teorico

1.1.Premessa

1.2.Cenni storici

1.3.Dalla psichiatria all'approccio psicodinamico

1.3.1.Modelli psicoanalitici: una cornice teorica

1.3.1.1. Freud: anoressia tra nevrosi e psicosi

1.3.1.2. Klein: l'equazione cibo-madre

1.3.1.3. Bion: la relazione contenuto-contenitore

1.3.1.4. Teoria delle relazioni oggettuali: la dipendenza dall'oggetto

1.3.1.5. Winnicott: il falso Sé compiacente

1.3.1.6. Kohut: la relazione tra il Sé e gli oggetti-Sè

1.3.2.Bruch: la Teoria dispercettiva

1.3.3.Il contributo di Selvini Palazzoli

1.3.4.Il modello sistemico-relazionale, cenni

### 2. Quadro attuale

2.1.Dietro al sintomo: un fenomeno complesso

2.2.Cenni nosografico-descrittivi

2.2.1.Premessa

2.2.2.Criteri diagnostici

2.3.Cenni epidemiologici

2.4.Questioni aperte

2.5.Note conclusive



### **3. La soluzione anoressica: i volti del desiderio e i percorsi dell'ambivalenza**

- 3.1. (an) Orexis: dialogo muto tra volontà e desiderio
- 3.2. La soluzione ingannevole, una questione di sopravvivenza
- 3.3. Anoressia e l'oggetto, tre prospettive cliniche:
  - 3.3.1. Il controllo onnipotente
  - 3.3.2. La dipendenza ambivalente
  - 3.3.3. La relazione con l'Altro
- 3.4. Anoressia e la sofferenza del sé, alcune ipotesi interpretative:
  - 3.4.1. All'origine del disvalore: "L'eclissi del Sé"
  - 3.4.2. "L'esperienza deprivata del Sé"
  - 3.4.3. "L'oggetto-Sé vicario"

### **Conclusioni**

### **Bibliografia e Sitografia**

## Introduzione

*“Tutto ciò che è necessario, che è atteso, che si ripete. Tutto ciò è muto.”*

*Milan Kundera (“L’insostenibile leggerezza dell’essere”, 1989)*

Questo lavoro è motivato da, e allo stesso tempo impulso a, un percorso di approfondimento e rielaborazione di un vissuto personale, sul versante dell’anoressia mentale.

Partendo dal presupposto che il sintomo non esaurisce la malattia, ma costringe a interrogarsi sui possibili fattori coinvolti nella sua genesi e sviluppo, sul disagio profondo che nasconde e rivela, e senza dimenticare l’unicità che colora di sé ogni storia di vita, il significato individuale che il sintomo stesso riveste per la persona, si tratterà di ancorare la riflessione ai nodi irrisolti, alle vicende intrapsichiche e relazionali dell’esperienza evolutiva del soggetto, dal processo di costituzione e integrazione del sé nel periodo infantile alla ricerca di un’identità più matura in epoca adolescenziale, al crocevia dell’incontro con l’Altro.

L’ipotesi di ricerca che si cercherà di sviluppare, da un vertice di osservazione prevalentemente psicodinamico, riguarda l’esplorazione del nesso tra l’inespresso sentimento di inadeguatezza, angoscia, inesistenza, confusione o vuoto identitario che pervade il vissuto soggettivo - insieme alle sue possibili cause - e la “qualità” della soluzione anoressica, il valore del sintomo come tentativo di cura di sé ed autoaffermazione, manovra attiva e disperata di affrancamento dall’Altro da sé, dalla condizione di bisogno e dipendenza, attraverso il rifiuto del cibo e dei suoi sostituti simbolici, insieme all’esercizio di una ferrea disciplina, ostinata e cosciente, sul corpo. Cercheremo di mettere in luce come il rapporto problematico o conflittuale che il soggetto intrattiene con l’Altro, nella doppia veste di Altro rifiutato-rifiutante, e nella diversa accezione e valenza attribuibile al termine, a seconda del modello teorico considerato o delle sue articolazioni interne (Altro simbolico - Altro oggetto - Altro

reale) possa essere rintracciato, con tagli concettuali diversamente orientati, tanto all'origine evolutiva del disturbo quanto nelle manifestazioni sintomatiche, a patologia conclamata. Così ad esempio, confrontando ambiti interpretativi diversi, se nella prospettiva dispercettiva della Bruch l'incongruo rapporto madre (Altro reale)-figlia si pone a fondamento del deficit di sviluppo della personalità (vero nucleo evolutivo della patologia) e il negativismo anoressico, il rifiuto dell'Altro da sé, si configura come derivato secondario, corollario sintomatico e pratica difensiva, autoriparativa di quell'esperienza carente del sé in lotta per l'autonomia, nei contributi che si richiamano alla psicoanalisi Lacaniana, il rifiuto dell'Altro (simbolico) è strutturale, inconscio e fondante la posizione soggettiva, alberga al cuore stesso del disagio e alla superficie del sintomo, informando di sé l'uno e l'altra (Cosenza, 2008). Ancora ed anche, restando all'interno della matrice psicoanalitica ma da una diversa angolazione di ispirazione kleiniana, nella visione della Selvini Palazzoli, la dimensione del rifiuto è collocata nuovamente in posizione centrale investendo questa volta il vissuto corporeo e concretizzandosi nel rinnegamento del corpo stesso, Altro da sé, rappresentante reale del cattivo introietto materno (Altro-oggetto), nell'equazione fondamentale corpo-madre.

Il nascosto sentimento di impotenza e passività che affonda le proprie radici nel rapporto primario con l'Altro e, a seconda del punto di vista intrapsichico o relazionale adottato, nell'incapacità del soggetto a gestire vicende pulsionali, emozionali, affettive, e a simbolizzarle, per esperienze "vissute" come intollerabili, sopraffacenti, invasive o rifiutanti, oppure nel fallimento di risposte esterne contentive, rispecchianti, convalidanti i bisogni originali del bambino, potrebbe trovare espressione ed essere "riparato" dal tentativo ingannevole ed ambivalente, di separazione e affermazione di un sé - fragile, incompiuto, difettoso o addirittura mai nato -, e dal sentimento di (onni)potenza e padronanza che il soggetto sperimenta nel sintomo, agito in opposizione all'oggetto-Altro da sé, sia esso cibo, corpo, madre, famiglia. La tensione verso l'individuazione che orienta il soggetto alla difesa di un sintomo e nel tentativo di sottrarsi a un'identità confusiva con l'Altro, nella ricerca di un senso d'identità (Brusset, 1998), si muove sul terreno accidentato dell'ambivalenza: la lotta - illusoria e fallimentare - per l'indipendenza rende il soggetto ostaggio del suo stesso bisogno di dipendenza e nell'apparente condizione di

equilibrio si rinnova la paura della perdita e della crescita (Jeammet, 2004).

In questa prospettiva, l'anoressia mentale potrebbe allora essere considerata come una patologia del controllo e della dipendenza, una manovra di rivendicazione di sé e di svincolo, per affrancarsi dal vissuto di confusione paralizzante e, in ultima analisi, un disturbo della relazione, della difficoltà a trattare il legame (ambivalente) con l'Altro. Il sentirsi esistere senza confini, sopraffatti e ingabbiati nel sentimento di disvalore, può trovare contenimento e rassicurazione, in modo fallace ma tangibile, nel corpo oggetto - concreto - più facilmente gestibile, specchio parlante e significativo di una mancanza e di desiderio, amico e nemico, vertice di resistenza-opposizione-conquista, linguaggio concreto non altrimenti espresso né pensabile. Nel corpo si apre il varco, realizzabile, della possibilità di "trattare" con la propria sofferenza e, sul registro del rifiuto dell'Altro da sé, il compito nuovo in cui impegnarsi, la difesa del sintomo, e l'obiettivo concreto da perseguire, la propria emaciazione (Selvini Palazzoli, 1963).

Seguendo l'approccio psicoanalitico, quale ancoraggio teorico e guida per articolare la riflessione critica, attraverso un tentativo di lettura in parallelo di alcuni contributi teorici e clinici che muovono dall'orientamento delle relazioni oggettuali - nelle sue diramazioni interne di stampo kleiniano, bioniano, winnicottiano - all'insegnamento di Lacan, fino alla psicoanalisi kohutiana - proveremo a interrogare i possibili significati che lo statuto del sintomo riveste per il soggetto e come il tema centrale del legame e del rifiuto dell'Altro da Sè, specchiato nel sintomo e con valore di soluzione ad angosce insostenibili, possa articolarsi assumendo valenze peculiari, ma anche sfumature comuni, all'interno dei diversi indirizzi teorici: nell'ottica delle relazioni oggettuali, la soluzione anoressica nella dimensione del rifiuto può essere letta come difesa dall'angoscia della condizione indifferenziata e della dipendenza ambivalente, come indice della difficoltà a trattare simbolicamente le esperienze di perdita, di separazione e di legame con l'Altro; nel solco dell'insegnamento di Lacan, il rifiuto dell'Altro è di spessore diverso, declinando la posizione stessa del soggetto nel movimento di separazione o totale distacco dall'Altro-simbolico, per sfuggire alla presa del significante, nella doppia oscillazione di difesa del e dal desiderio; nell'impostazione di matrice Kohutiana, la fuga dal legame affettivo e lo sganciamento dall'Altro (inaffidabile e deludente) insieme alla volontà di autosufficienza, può organizzarsi come strategia difensiva, in ripiegamento narcisistico, a protezione della

fragilità del sé e in risposta a fallimenti empatici degli oggetti-Sé in epoca infantile.

La soluzione patologica, scelta e difesa, interroga poi, e in un certo senso riflette, i modi in cui la dimensione del desiderio e della sua negazione si declinano nella storia personale del soggetto e, illustrando i singolari percorsi dell'ambivalenza tra ricerca e volontà di autodeterminazione e timore di vivere senza dipendere, bisogno di amare ed essere amati e paura degli investimenti affettivi, lotta per l'espressione di sé e incapacità di riconoscere e manifestare un sé separato e creativo, continua a chiamare in causa il rapporto con l'Altro rendendo conto di come la patologia possa organizzarsi o comunque venire vissuta, in funzione omeostatica tra dentro e fuori, dove il fuori è gestito sul registro dell'opposizione e della resistenza, del rifiuto e del controllo, mentre il dentro su quello della confusione rispetto ai confini del sé, della sopraffazione e della dipendenza. L'anoressia sarebbe in questo senso strumentale alla regolazione definitiva di un rapporto problematico, del legame disfunzionale e ambivalente che il soggetto vive con gli oggetti, interni ed esterni, Altro da sé. (Selvini Palazzoli, 1963; Jeammet, 2004; Comelli, 2005). L'equilibrio tollerabile si gioca allora su quella sfumata linea di frontiera, tra interno ed esterno: dalla condizione (interna) di bisogno e impotenza dipendente alla condizione (esterna) di (pseudo) autonomia e padronanza, attivata dal sintomo e dal suo mantenimento, attraverso la ricerca e il rifiuto del legame con l'Altro.

La soluzione adottata, strutturandosi intorno al disagio e riflettendolo, trova espressione operativa in adolescenza, periodo prevalente di esordio del disturbo che, con le profonde modificazioni psico-biologiche e i compiti evolutivi implicati, rappresenta un banco di prova per il soggetto nel tentativo di acquisizione di un'identità matura, obbligandolo a confrontarsi con il debole o mancante senso di sé insieme al proprio corpo sessuato. Questo vulnerabile periodo di transizione, investendo la rielaborazione della propria immagine corporea e costringendo a un faticoso lavoro psichico di disinvestimento dagli oggetti d'amore parentali, può costituire terreno fertile, innesco al manifestarsi del disturbo e alla concretizzazione del disagio nel corpo (Brusset, 1979). Inoltre, nello stretto collegamento con epoche di sviluppo precedenti, consente una lettura a ritroso del percorso evolutivo e una chiave interpretativa, nel doppio versante interno ed esterno alla persona, del paradosso fondamentale del comportamento anoressico: la continua tensione tra il bisogno di



legami affettivi dipendenti e la paura di dipendere, di vedere occupati spazi privati, di essere minacciati o invasi, rifiutati, sfruttati o ancora confusi con l'Altro da sé (Jeammet, 2004).

Riassumendo, il disturbo che il soggetto non subisce ma di cui fa esperienza come uno strumento originale e vigoroso di autocura (Selvini Palazzoli, 1963), protesta muta e tenace nel tentativo di risolvere problemi psicologici insostenibili, si configura come risposta significativa e personale, rimedio ingannevole ma necessario, funzionale alla sopravvivenza, che “parlando” all'Altro rifiutato e/o rifiutante, può colorarsi di significati particolari, non necessariamente alternativi, nella dimensione di pluralità funzionale del sintomo: movimento ambivalente, in bilico tra individuazione e bisogni fusionali (Jeammet, 2004; Brusset, 1979); espressione di una posizione emotiva di lotta rispetto all'Altro-familiare desoggettivante (Comelli, 2005); difesa “stenica” dall'impotenza e opposizione, sul piano intrapersonale, per la conquista del potere e dell'autonomia nei confronti dell'Altro invadente e impervio (Selvini Palazzoli, 1963); difesa dal desiderio e dai moti pulsionali, godimento “autistico” ed esclusione totale dell'Altro nel versante psicotico oppure difesa del desiderio, nell'oscillazione isterica-dialettica, tentativo di separazione e richiesta inconscia del segno d'amore (Cosenza, 2008), per sganciarsi dalla domanda asfissiante dell'Altro, per essere e sentirsi visibile, riconoscersi ed essere riconosciuti nella propria singolarità, separati, unici e dunque visti, come soggetti desiderabili e desideranti, nella rinuncia (Recalcati, 1997); risposta difensiva e oggetto-Sé sostitutivo per sostenere, difendere o compensare un sé deficitario e deprivato che interroga la sua sofferenza, la ferita narcisistica, all'interno delle relazioni primarie infantili (Di Luzio, 2010).

Allo scopo di sostenere l'ipotesi di ricerca, si tenterà di tratteggiare un quadro “sintetico” del percorso ambivalente anoressico iscritto in un'ipotesi di circolarità: dal mancato o insufficiente sviluppo di un sano e integrato senso di sé a fronte di “esperienze” infantili - fantasmatiche o reali - a vario titolo carenti o soffocanti, al vissuto di inadeguatezza e all'impossibilità di viverci come soggetti desiderabili e separati dall'oggetto - interno e/o esterno - per arrivare ad “agire” un desiderio di autogoverno, concretizzato nel corpo e sul registro del rifiuto dell'Altro da sé, attraverso la ricerca attiva e cosciente della propria emaciazione (la sostenibile leggerezza), e finire poi confinati in un tempo sospeso, all'angolo della dipendenza

impotente (Selvini Palazzoli, 1963; Jeammet, 2004; Brusset, 1998).

Il presente elaborato è diviso in tre parti. Dopo una prima esposizione, funzionale all'inquadramento dell'anoressia mentale all'interno di una cornice storico-teorica che valga a tracciarne il profilo lungo la linea di sviluppo dei principali modelli interpretativi, seguirà un rapido sguardo al quadro attuale del disturbo attraverso un recente contributo di indirizzo sistemico che, oltre a configurare l'anoressia mentale come fenomeno complesso a eziologia multifattoriale, permetta anche di rilevare alcuni significativi aspetti sul versante psicodinamico individuale che riprenderemo, nell'ultima parte dell'elaborato e da un vertice di osservazione psicoanalitico, indagando il tratto ambivalente e paradossale della posizione anoressica, tra desiderio di individuarsi e necessità di dipendere (Jeammet, 2004; Brusset, 1979). Seguirà un breve ritratto descrittivo-epidemiologico e, per concludere, un accenno ad alcune questioni rimaste a tutt'oggi aperte. Nella terza ed ultima parte si affronterà, nel solco interpretativo psicodinamico, attraverso apporti teorici e clinici ascrivibili al modello delle relazioni oggettuali da un lato e alla clinica lacaniana dall'altro, non mancando tuttavia di considerare anche il diverso e significativo contributo della Bruch, il tema del dialogo (muto) tra volontà e desiderio nell'ambivalente agito anoressico. Si cercherà di comprendere quali volti possa mostrare questo statuto e come possa riflettere, alla superficie o al cuore del disagio, il rapporto problematico che il soggetto intrattiene con l'Altro da sé. Allo scopo sceglieremo un cammino a ritroso che muovendo dal sintomo aiuti a cogliere i contorni di significato della sofferenza nascosta per poi proseguire, seguendo il percorso inverso e mutando prospettiva, lungo la direttrice della psicologia del Sé, dalle possibili cause alla comprensione di come le stesse si trovino specchiate nelle spigolosità del sintomo.

## **1. L'anoressia mentale: profilo storico-teorico**

### **1.1. Premessa**

L'odierna configurazione dell'anoressia come disturbo del comportamento alimentare, una patologia psichiatrica fondata sull'identificazione di sintomi psico-fisici e specifici criteri diagnostici, è il risultato di un lungo cammino di studio risalente alla seconda metà del XVII secolo e sviluppatosi intorno all'originaria, controversa questione dell'origine organica o psichica del disturbo. Nel corso del tempo, si è passati da tentativi di individuazione delle cause biologiche secondo un modello medico, al riconoscimento della centralità delle componenti psichiche, fino alla considerazione della patologia, nella nosografia psichiatrica ufficiale, come entità clinica a sé stante. Parallelamente al problema dell'inquadramento nosografico-descrittivo, nell'indagine sul fondamento etiopatogenetico dell'anoressia, si sono avvicendati negli anni diversi modelli teorici interpretativi che hanno tentato di far luce sui meccanismi causali coinvolti, chiamando in causa e privilegiando fattori eziologici diversi, o diversamente interagenti: psico-biologici individuali, familiari, socioculturali.

### **1.2. Cenni storici**

In questo paragrafo, lungi dal presentare una rassegna esaustiva dell'evoluzione storica nello studio dell'anoressia mentale nel corso delle varie epoche e da diversi punti di vista, ci limiteremo a segnalare alcuni passaggi significativi che hanno dato impulso a tentativi sempre più "moderni" di inquadramento e comprensione del fenomeno.

Risale al medico inglese R. Morton, nel 1689, la prima descrizione dell'anoressia come patologia autonoma, una sindrome da deperimento di origine nervosa, diversa da un'affezione organica e definita "consunzione nervosa". Alla fine del XIX sec., Lasegue in Francia e Gull in Inghilterra, offrono le prime rigorose descrizioni del quadro clinico - dimagrimento autoprovocato da ostinato rifiuto del cibo, iperattività fisica nonostante l'evidente emaciazione, amenorrea - attribuendo il meccanismo patogenetico a turbe mentali e definendo rispettivamente l'anoressia isterica (dovuta a un trauma emotivo) e l'anoressia nervosa (causata da un'anomalia dell'Io), un tipo di disturbo causato da alterazioni psichiche. Oltre a rilevare lo stato psicopatologico di

base delle manifestazioni cliniche, entrambi gli autori denunciano l'importanza del contesto familiare nel condizionare lo sviluppo di malattia insieme alla negazione della condizione e alla volontà di non guarigione da parte del paziente. Queste considerazioni sono state in seguito riprese e assunte come aspetti caratterizzanti il disturbo che oggi conosciamo. La patologia viene ribattezzata da Huchard nel 1883 "anoressia mentale", termine da allora adottato dagli autori di scuola francese e italiana, per indicare una patologia psichiatrica con disturbi mentali. La dizione "anoressia nervosa" continua invece ad essere usata nei paesi di lingua Inglese, in Russia e in Germania (Selvini Palazzoli, 1963; Bruch, 1973; Ruggieri & Fabrizio, 1994; Clerici & all., 1996; Faccio, 1999; Curi Novelli, 2004).

Dopo una parentesi temporale, dal 1915 al 1930, dovuta alla scoperta da parte del medico inglese Simmonds della "cachessia ipofisaria", durante la quale l'origine psichica della malattia viene dimenticata e riaffermata invece una patogenesi di tipo organico con i segni clinici riconducibili a lesioni endocrine, si avviano e si succedono nel corso degli anni, ipotesi etiopatogenetiche di orientamento psicoanalitico che, a partire dalle teorie di Freud, forniscono nuovi argomenti a favore del carattere fondamentalmente mentale della patologia. (Selvini Palazzoli, 1963; Bruch, 1973; Clerici & all., 1996; Curi Novelli, 2004). Le diverse interpretazioni psicodinamiche nella spiegazione dell'anoressia mentale, fino agli '40-'50 circa del secolo scorso, hanno prevalentemente ruotato intorno alla componente orale del disturbo e al suo significato simbolico, secondo il modello classico conflittuale Freudiano, in termini di difesa nei confronti di desideri istintuali, rifiuto della sessualità e regressione a stadi di sviluppo pre-edipici. Successivamente, come illustreremo meglio nei prossimi paragrafi, diversi approcci psicoanalitici hanno cominciato a considerare gli ostacoli legati al processo evolutivo di separazione-individuazione, le disfunzioni dell'Io e i deficit di personalità quali elementi eziologici implicati. Il cibo-seno finirà per simboleggiare l'unione fusionale con la madre idealizzata e onnipotente, e l'anoressia sarà considerata, in linea generale, espressione di una distorta relazione oggettuale.

Negli anni '60, con il Simposio internazionale di Gottingen sull'anoressia mentale viene riconosciuta alla patologia la configurazione di struttura specifica di personalità ed aperta definitivamente la strada al suo successivo inserimento, come categoria clinica autonoma, all'interno della nosografica psichiatrica ufficiale. In questa

occasione si assiste a un cambiamento di prospettiva nella lettura dell'anoressia mentale con uno slittamento del baricentro di interesse dalla questione orale e dalle dinamiche pulsionali-fantasmatiche, tipiche del paradigma psicoanalitico classico, alla problematica del vissuto corporeo e delle trasformazioni critiche dell'età puberale. Lo spostamento dell'asse interpretativo nelle ipotesi etiopatogenetiche dell'anoressia mentale, dall'atto alimentare alla relazione con il corpo, agli aspetti legati al narcisismo e all'identità, all'interno della relazione primaria madre-figlia, riconosce una fondamentale spinta propulsiva nel lavoro clinico della Bruch, psichiatra americana e indiscussa autorità in materia di disordini alimentari che, con i suoi studi trentennali sulla patologia, ha contribuito a chiarire diversi meccanismi psicopatologici coinvolti e fornito nuove indicazioni al trattamento di cura. Esamineremo l'importante contributo teorico di questa studiosa dopo aver accennato ai principali modelli psicoanalitici elaborati nel corso del tempo a spiegazione del fondamento evolutivo dell'anoressia mentale.

### **1.3. Dalla psichiatria all'approccio psicodinamico**

#### **1.3.1. Modelli psicoanalitici: una cornice teorica**

Nel tentativo di diagnosi interpretativa-esplicativa dell'anoressia mentale, al di là della questione nosografica, nello studio sull'origine psicogenetica della malattia, sulle dinamiche psicopatologiche implicate, l'orientamento psicoanalitico, nelle sue varie declinazioni, ha rappresentato fino agli anni '70 circa del secolo scorso, l'approccio prevalente all'analisi del fenomeno. All'interno di questo orientamento si sono succedute e integrate nel tempo prospettive diverse: dal modello del conflitto pulsione-difesa di matrice Freudiana, alla teoria delle relazioni oggettuali, alla psicologia del Sé. Questo percorso trasformativo particolarmente impegnativo e articolato, reso possibile anche grazie ai mutamenti evolutivi dello scenario teorico e socioculturale, ha consentito il passaggio da interpretazioni legate alle dinamiche individuali intrapsichiche delle pulsioni e della libido, con una centratura sulla componente orale del disturbo insieme al suo significato simbolico e al conflitto pulsionale, a versioni psicoanalitiche relazionali maggiormente orientate alla comprensione del processo degli investimenti oggettuali e al loro modo di articolarsi nei rapporti interpersonali,

alle dinamiche disfunzionali dell'Io e alla deficitaria costituzione del sé a partire da epoche di sviluppo precoci (Bruch, 1973; Clerici & all., 1996; Ruggieri & Fabrizio, 1994; Curi Novelli, 2004).

Di seguito seguirà una breve rassegna di alcune delle principali teorie psicoanalitiche quale ancoraggio teorico per orientare il successivo sviluppo e articolazione della riflessione critica.

#### **1.3.1.1. Freud: anoressia tra nevrosi e psicosi**

Elemento ricorrente alle diverse teorie afferenti la prospettiva psicoanalitica tradizionale, secondo il modello pulsionale conflittuale freudiano, è la tendenza a ricondurre le varie forme di patologia dell'adulto a "fissazioni" o "regressioni" alla fase libidica orale, all'incapacità da parte del soggetto di abbandonare questo periodo evolutivo (Clerici & all., 1996). Ad essere privilegiata è la componente orale del disturbo e il suo significato simbolico. In generale, il sintomo viene spiegato come rappresentazione di una funzione dell'inconscio, espressione simbolica di un compromesso tra realizzazione di desideri inconsci e meccanismi di difesa che vi si oppongono. Freud (1892), nei suoi primi lavori, si riferisce al rifiuto del cibo come a un sintomo di conversione, dove lo spostamento dallo psichico al somatico avviene in funzione del legame simbolico tra funzione alimentare e il rappresentante ideativo rimosso, e paragona l'anoressia nervosa ad una forma di isteria (nevrosi), in cui conflitti di natura sessuale comportano una rimozione dell'erotismo orale. Dopo la fase di latenza, attraverso il riemergere della libido in epoca adolescenziale, le pulsioni legate alle fantasie sessuali rimosse si riattivano predisponendo ai disturbi alimentari (Faccio, 1999). Dalla sessualizzazione delle funzioni alimentari dipenderebbe dunque la perdita dell'appetito e l'insorgenza della patologia. In quest'ottica il rifiuto del cibo e la rimozione dell'appetito simboleggiano un rifiuto della sessualità e il sintomo anoressico-isterico è indice, ad un tempo, della fissazione e della rimozione della pulsione orale. Successivamente Freud assocerà l'anoressia ad una forma di melanconia, sul versante psicotico delle nevrosi narcisistiche, dovuta alla mancata evoluzione della sessualità. L'arresto del soggetto alle fasi precoci, pregenitali dello sviluppo psicosessuale spiega la melanconia come effetto del lutto per la perdita della vita pulsionale libidica (Freud, 1895). Perdita dell'appetito equivalente a perdita della libido. Nei "Tre saggi sulla teoria sessuale", Freud (1905) si riferisce all'alimentazione e alla sessualità come elementi strettamente collegati: la meta libidica della fase orale consiste nell'incorporazione distruttiva dell'oggetto e il rifiuto del cibo è da intendersi alla luce dei fantasmi cannibalici che caratterizzano questo stadio (Curi Novelli, 2004). A fronte di un'incompiuta sessualità, si assiste al ritiro autistico della libido: la rimozione non riguarda più la spinta pulsionale ma la realtà esterna con una regressione dell'investimento oggettuale alla fase orale contraddistinta da un'organizzazione narcisistica. In continuità con il modello conflittuale freudiano, i teorici della Psicologia dell'Io interpretano la manifestazione patologica come manifestazione di desideri infantili e di meccanismi difensivi contro gli stessi. A. Freud, ad esempio, considera l'anoressia una forma di difesa ascetica (rifiuto delle pulsioni avvertite come minacciose) tipica dell'adolescenza. In questa corrente teorica centrale è l'idea del rifiuto di soddisfacimento pulsionale da parte del soggetto anoressico e, in generale, la concezione del sintomo come rappresentante del desiderio (represso) e della sua negazione (Curi

Novelli, 2004). Il modello pulsionale di Freud e la sua concezione discontinuista-strutturalista delle nevrosi-psicosi vengano ripresi anche da alcuni autori contemporanei. In particolare Recalcati (1997, 2003, 2006), muovendo nel solco della psicoanalisi Lacaniana e dalla concezione dell'anoressia come un disturbo della relazione con l'Altro-simbolico, ripropone il doppio versante dell'anoressia mentale: da una parte l'anoressia isterica come espressione della necessità di difendere il desiderio separandolo dalla dimensione del bisogno e dalla domanda asfissiante dell'Altro, per farsi desiderare dall'Altro-del-desiderio aprendo in esso una mancanza ad essere, mangiando il niente; dall'altra parte l'anoressia melanconica, una difesa dal desiderio stesso, in mancanza di simbolizzazione e sul registro del primato pulsionale, manifestazione della spinta adesiva, impossibile all'Oggetto perduto del primo soddisfacimento, implicante la nullificazione del desiderio e il godimento mortifero della Cosa. In quest'ultimo senso il rifiuto e la ricerca del vuoto nelle anoressie rappresentano la purezza del circuito pulsionale, tra lo psichico e il corporeo, il rianimarsi dell'attività degli impulsi intorno al vuoto della perdita, impossibile da soddisfare attraverso l'incontro con un oggetto. Nella visione di Recalcati bulimia e anoressia rappresentano nuove forme del disagio contemporaneo, due facce di una stessa medaglia che incarnano la "metamorfosi della mancanza in vuoto" (Recalcati, Zuccardi Merli, pag. 15, 2006) caratterizzante la nostra epoca, con la spinta al consumo e al soddisfacimento immediato degli oggetti insieme all'ideale del corpo magro: se è la condizione di mancanza a far sorgere il desiderio, il vuoto rappresenta un contenitore da riempire (bulimia) o da rappresentare (anoressia) e, conseguentemente, uno spengimento del desiderio stesso.

#### **1.3.1.2. Klein: l'equazione cibo-madre**

Il contributo della Klein alla psicoanalisi è di fondamentale importanza per i suoi successivi sviluppi ed anche nella comprensione psicodinamica dell'anoressia mentale (Curi Novelli, 2004). Con l'idea della pulsione - libidica e aggressiva - strettamente legata all'oggetto e da essa indissolubile, di un Io primitivo presente alla nascita e capace di relazionarsi con l'oggetto attraverso le prime esperienze di nutrizione, di provare angoscia e sviluppare difese e fantasmi (fantasia inconscia), la Klein apre alla teoria delle relazioni oggettuali. Pur non abbandonando l'impianto pulsionale di Freud, sceglie una visione continuista tra le strutture cliniche: la psicosi rappresenta un arresto del normale processo evolutivo e rivela un difetto dell'Io nelle organizzazioni difensive della scissione. Nell'ottica della studiosa l'anoressia si configura come una permanenza del soggetto nella posizione schizo-paranoide, una fissità nella condizione di primitiva relazione d'oggetto, minata dall'angoscia persecutoria e dalla pulsione distruttiva. Nell'incapacità di superare questa fase, in cui la relazione fantasmatica si instaura con oggetti scissi e parziali (seno buono introiettato/seno cattivo proiettato), e risolverla con la successiva posizione depressiva, in cui la mobilitazione della qualità ripartiva dell'angoscia derivante dalla paura di aver distrutto l'oggetto buono consente di integrare le parti scisse, gratificanti e frustranti, nell'oggetto totale (madre) così da poterlo separare da sé, l'equilibrato sviluppo psico-fisico del soggetto viene compromesso (Klein, 1946). Attraverso il meccanismo dell'identificazione proiettiva, il soggetto anoressico rifiuta il cibo nel timore che l'oggetto cattivo incorporato possa distruggere l'oggetto buono introiettato. In quest'ottica il disturbo alimentare si organizzerebbe come difesa dall'angoscia paranoide risultante del fallito tentativo di introiezione dell'oggetto buono per paura che questo, una volta incorporato, possa trasformarsi in oggetto persecutorio che attacca dall'interno il corpo (minacciando l'Io). Nel timore

di ritorsioni da parte del seno svuotato, i bisogni di avidità e di possesso vengono inibiti (Faccio, 1999). In generale, rispetto al modello freudiano, per la Klein e gli autori che si rifanno alla sua teorizzazione, il sintomo anoressico dipenderebbe più dalla fantasia inconscia della relazione oggettuale interna, con il cibo rappresentante la condizione fusionale, il ritorno alla madre-indifferenziata ricercato e temuto - nell'equazione cibo-madre e madre-cibo -, che non da spinte pulsionali e aggressive (Curi Novelli, 2004). Anche la Selvini Palazzoli, riprendendo la teoria Kleiniana, sottolinea la presenza costante nella patologia anoressica di un vissuto di natura fusionale con la madre, l'incapacità del soggetto a distaccarsi dall'oggetto narcisistico idealizzato (immagine della madre onnipotente) con cui continua ad essere solidale (Ruggieri & Fabrizio, 1994; Faccio, 1999).

### **1.3.1.3. Bion: la relazione contenuto-contenitore**

L'elaborazione teorica di Bion, riprendendo e ampliando la concezione dell'identificazione proiettiva in termini di comunicazione interpersonale, concettualizzando la funzione di rêverie materna, come dono di pensiero e significato, stato mentale ed emotivo della madre capace di entrare in profonda sintonia con l'infante, intuire il suo bisogno di essere pensato e dare senso a esperienze emotive primitive e incomprensibili accogliendole e metabolizzandole al posto suo (1962 Bion, pagg. 68 e 69, 2009), e la più generale idea della relazione contenuto-contenitore, una funzione che opera nell'apparato psichico legando i suoi elementi in una relazione dinamica reciproca, apporta un fecondo contributo all'analisi dei meccanismi sottesi ai disturbi psicotici e offre innovative indicazioni per il trattamento analitico. Mentre per la Klein la capacità di simbolizzazione si lega al lavoro del lutto per la perdita dell'oggetto grazie alla possibilità di raggiungere la posizione depressiva in cui la relazione si instaura con l'oggetto intero, in Bion centrale è il difetto di simbolizzazione derivante dal meccanismo dell'identificazione proiettiva (Bion, 1962). Si rileva cioè fallimentare il processo - fantasia onnipotente (1962 Bion, pag. 61, 2009) - con cui il bambino proietta parti indesiderate di sé (contenuto) nella madre (contenitore) affinché possano al suo interno "depurarsi" ed essere poi re-introiettate in forma digeribile per il suo pensiero. La madre riveste dunque la funzione (alfa) fondamentale di metabolizzare per il bambino i vissuti frammentati e caotici (elementi beta) accogliendoli in sé e trasformandoli in contenuti per lui pensabili. In un contesto favorevole la relazione contenuto-contenitore rappresenta quindi, oltre alla capacità di rêverie materna nei confronti del bambino anche la possibilità per il bambino stesso di acquisire la funzione del pensiero simbolico e di contenerla al suo interno (Bion, 1962). Nella misura in cui la relazione si inverte l'elaborazione delle emozioni fallisce, vuoi per intolleranza alla frustrazione del bambino o/e per impossibilità di ricevere della madre, e la funzione del pensiero non può costituirsi (i pensieri non sono pensabili) con effetti drammatici sullo sviluppo della personalità. In questa condizione la mente del bambino appare occupata da cose e sensazioni "concrete", persecutorie (non da oggetti interni simbolizzabili) che innescano meccanismi difensivi evacuativi e massicci, forieri di stati psicotici. Anoressia allora, da questo punto di vista, come possibile realizzazione sul versante somatico della funzione contenuto-contenitore invertita (Bruni, 2002; Marinelli 2004). Anche la Polacco Williams (1997), esponente di rilievo della Tavistock Clinic di Londra nell'ambito della psicoanalisi infantile kleiniana, richiamandosi in particolare alla relazione contenuto-contenitore teorizzata da Bion, esplora il tema del contenimento e della sua mancanza, il rovesciamento della relazione (una madre che invece di contenere richiede contenimento, fallendo



nella sua funzione di contenitore psichico e apparato metabolico delle angosce di frammentazione del bambino), illustrando i meccanismi di difesa utilizzati dai soggetti anoressici e concretizzati nel rifiuto del cibo, riflesso del rifiuto del legame, di prendere dall'Altro (invasivo). L'astinenza alimentare rivela lo scacco della funzione alfa materna e si organizza come difesa per proteggersi da quegli elementi angoscianti che, non essendo stati contenuti ma proiettati dalla madre nel mondo interno del bambino, nell'impossibilità di dare senso emotivo alle esperienze caotiche e renderle sostenibili, digeribili per il pensiero, vengono vissuti come corpi estranei, intrusivi e divoranti. In quest'ottica, a causa di input esterni intollerabili, deprivanti, o per il ricorso massiccio a meccanismi difensivi, o ancora, per alleanze negative interne, i disturbi del comportamento alimentare costituiscono modalità difensive (sindrome del divieto di accesso) dalla dipendenza dell'oggetto (materno) - inaffidabile e non interiorizzabile come oggetto buono -, nella paura di poter essere ricettacolo delle proiezioni persecutorie altrui, e testimoniano la difficoltà di prendere da un altro, di interiorizzare cioè un (vitale) legame di dipendenza

A partire dal fecondo contributo della Klein vengono poste le basi per un cambiamento di prospettiva nella comprensione psicodinamica dell'anoressia mentale: negli anni '60 molti psicoanalisti spostano il focus di interesse dal tradizionale livello edipico, con il sintomo espressione di pulsioni sessuali, al periodo pre-edipico in cui il comportamento anoressico viene considerato rappresentativo di modalità relazionali di controllo e sopravvivenza, emergenza della fantasia oggettuale interna. La relazione madre-figlia è adesso in primo piano insieme alla considerazione del cibo-madre come equazione fondamentale per la realtà psichica anoressica.

#### **1.3.1.4. Teoria delle relazioni oggettuali: la dipendenza dall'oggetto**

Diversamente dalla Klein, in cui l'accento è posto sulla fantasia inconscia intrapsichica, sul mondo interno del bambino dominato dalla pulsione di morte e dalla frammentarietà dell'esperienza, per i successivi teorici delle relazioni oggettuali, l'origine è una condizione simbiotica con l'oggetto materno in cui il neonato non si percepisce come separato dall'altro, e dalla quale l'Io si struttura in modo progressivo. In questa prospettiva, l'attenzione non è tanto rivolta al complesso edipico e al modello conflittuale quanto all'influenza esercitata dall'ambiente primario per il sano processo maturativo dell'individuo, alla comprensione delle relazioni interne tra le rappresentazioni di sé e quelle dell'oggetto (Gabbard, 2005). Le manifestazioni patologiche in questo modello teorico non vengono attribuite a una frustrazione pulsionale ma al fallimento della funzione materna in risposta ai bisogni fondamentali del bambino, a partire dalle fasi precoci di vita, cosicché i meccanismi difensivi si organizzano nei confronti dei fallimenti ambientali come vere e proprie strategie relazionali (Winnicott, 1965). In linea generale, i teorici appartenenti a questa corrente psicoanalitica, nel loro contributo alla spiegazione dell'origine evolutiva dell'anoressia, suggeriscono come denominatore comune alle diverse storie cliniche la natura simbiotica della relazione madre-figlia, originata dal fallimento del processo di separazione-individuazione-costanza delle relazioni oggettuali: un arresto evolutivo causato dalla permanenza nella fase simbiotica con l'oggetto materno produrrebbe un deficit strutturale dell'Io e, successivamente, questo Io carente potrebbe non essere in grado di affrontare i complessi compiti evolutivi tipici dell'epoca adolescenziale predisponendo all'insorgenza dei disordini alimentari (Clerici & all., 1996; Gabbard, 2005). Anche Masterson e Selvini Palazzoli notano, da prospettive diverse, come la fusione con la figura materna sia ricercata dalla paziente anoressica, regressivamente, e temuta nello stesso tempo.

Masterson (1977) ipotizza un fallimento nella relazione con la madre durante la fase di separazione-individuazione, con l'instaurarsi sul piano intrapsichico dell'introiezione dell'oggetto buono (madre che soddisfa bisogni regressivi di dipendenza) e dell'oggetto cattivo (madre rifiutante che non consente la separazione). A questi oggetti si contrappongono le rappresentazioni del sé buono (passivo che accondiscende) e del sé cattivo (ribelle nei confronti delle richieste genitoriali e che vuole separarsi). Questo apparato interno distorto implica un deficit nella formazione dell'Io connesso a un arresto evolutivo nella fase simbiotica con l'Altro materno. In questa logica, l'anoressia è manifestazione del bisogno di dipendenza, di permanenza in uno stadio infantile per evitare l'angoscia depressiva correlata alla paura della perdita dell'oggetto (materno) qualora l'individuo "lavorasse" per la propria individuazione (Clerici & all., 1996). Blos (1979), influenzato dalle idee di A. Freud e richiamandosi alla fase di separazione-individuazione teorizzata dalla Mahler si riferisce all'adolescenza, età tipica di esordio del disturbo anoressico, come a un secondo processo di individuazione, una sua riedizione, dove la regressione a relazioni oggettuali infantili permeate di ambivalenza mette l'Io non ancora maturo in una situazione intollerabile. Più recentemente, Brusset (1979), psichiatra e psicoanalista francese, guarda all'anoressia nella logica di una fissazione pre-edipica all'Altro-materno, caratteristica questa che varrebbe a specificarne la particolare, ambivalente, struttura clinica: il desiderio (regressivo) di un ritorno, ricercato e temuto, all'unità indifferenziata primitiva con la madre ristabilirebbe l'onnipotenza narcisistica del lattante non in grado di percepire l'oggetto separato da sé, tuttavia il fantasma della madre fusionale, incarnata nelle rappresentazioni del cibo e del corpo come luoghi di dipendenza dall'oggetto, minacciante l'integrazione e l'autonomia, deve essere controllato per l'angoscia di annichilimento, la perdita di identità, che il fonderi comporta.

#### **1.3.1.5. Winnicott: il falso Sé compiacente**

Con il prezioso contributo di Winnicott (1965, 1971) vengono forniti nuovi argomenti all'interpretazione psicodinamica della patologia e interessanti indicazioni al trattamento analitico nei termini, ad esempio, della creazione di uno spazio contenitivo-ambientale sufficientemente buono e trasformativo (Marinelli, 2004). Winnicott precisa e descrive l'importanza dell'ambiente materno nel consentire o viceversa ostacolare un equilibrato sviluppo del senso di sé del bambino, l'influenza della madre reale e dei suoi a/effettivi comportamenti nello psichismo infantile. Secondo l'autore, contrariamente a quanto teorizzato dalla Klein, la bontà del seno assume significato e dipende da come viene presentato dalla madre, dal suo stato di preoccupazione primaria, di sensibilità empatica: la madre "sufficientemente buona" saprà immedesimarsi con i bisogni autentici del bambino, risponderà sostenendolo, senza sostituire i propri gesti a quelli del figlio, servirà da sostegno e da contenimento psicologico (holding) alle parti non ancora integrate della personalità del bambino in modo che quest'ultimo possa riuscire a separarsi gradualmente dalla fase iniziale di totale dipendenza, attraverso lo sviluppo di una madre interiorizzata (oggetto interno) che svolga lo stesso tipo di funzione supportiva e permetta al bambino di contenersi dall'interno in modo autonomo (Winnicott, 1965). In mancanza di questa capacità di contenimento e della funzione di sostegno all'onnipotenza del bambino da parte di una madre (non sufficientemente buona) che chiede al bambino stesso di dare un senso al proprio gesto tramite la sua condiscendenza per appagare i propri bisogni narcisistici, non sarà possibile per il figlio resistere agli eventi negativi ed esprimere, in modo creativo, il proprio mondo interno. Scrive infatti Winnicott " questa

condiscendenza è lo stato primario precoce del falso Sé e dipende dalla capacità della madre a presentire i bisogni del figlio" (1965 Winnicott, pag. 184, 1974). Sarà inoltre compito della madre aiutare il bambino nel passaggio dall'illusione (rapporto con l'oggetto parziale seno sotto controllo) sperimentata nella condizione onnipotente di fusione primaria, alla disillusione (rapporto con l'oggetto intero madre non controllabile). In questo importante snodo evolutivo si colloca lo spazio potenziale che permette la differenziazione tra soggetto e oggetto, l'area intermedia di formazione degli oggetti transazionali che servono al bambino per separarsi in modo graduale ed essere indipendente senza provare l'angoscia dell'abbandono (Winnicott, 1971). La preoccupazione materna primaria permette quindi al bambino la costituzione di un sé integrato, creativo, autentico, equilibrato. Viceversa, il rischio è quello di sviluppare un falso Sé compiacente e adesivo che impedisce la crescita sana, lo sviluppo delle potenzialità e la graduale separazione dalla dipendenza materna. Secondo Winnicott la patologia, fra cui i disturbi del comportamento alimentare, si annida nell'oscuramento del vero Sé del bambino, rimasto incompleto o deformato in un ambiente responsivo deficitario, da parte di un falso Sé che va organizzandosi difensivamente contro l'angoscia di frammentazione e il dolore psichico (Winnicott, 1965). Questi concetti saranno successivamente ripresi più o meno direttamente da altri autori ed interpretati, da angolazioni concettuali diverse, a spiegazione del fondamento dell'origine evolutiva dell'anoressia. Fra questi, Masterson (1977) ipotizza nel rifiuto del cibo un moto di ribellione nei confronti del falso Sé compiacente alle aspettative genitoriali per affermare un vero Sé rimasto oscurato per lungo tempo o addirittura mai formatosi (Faccio, 1999).

#### **1.3.1.6. Kohut: la relazione tra il Sé e gli oggetti-Sé**

Con la psicologia del Sé di Kohut il ruolo delle relazioni esterne per lo sviluppo dell'autostima e la coesione del Sé del bambino viene enfatizzato: esiste alla nascita un Sé nucleare, attorno al quale si delineano i rapporti con l'ambiente che possono favorire o svantaggiare la sua realizzazione. In questa prospettiva risulta ancora più evidente il passaggio dalla dimensione intrapsichica alla dimensione interpersonale (Gabbard, 2005) e la necessità, per un sano sviluppo del bambino, di precise risposte empatiche di validazione e conferma da parte di altre persone. Nell'analisi di Kohut (1985), basata sullo studio della fragilità narcisistica e sulla mancata o deficitaria coesione del sé, le varie forme di psicopatologia sono da attribuirsi a deficit nella struttura del Sé causati dalla disturbata, inadeguata relazione tra il Sé e l'oggetto-Sé. Il rapporto oggettivo è inteso nei termini di funzioni specifiche che gli oggetti hanno, riferite ai bisogni del Sé, in modo da garantirgli quelle strutture regolatrici essenziali a mantenere e rinsaldare la sua coesione. Per Kohut l'origine è uno stato di frammentazione del Sé che necessita di coesione e questa può essere garantita dalla funzione di sostegno e appoggio narcisistico degli oggetti-Sé rappresentati dalle figure parentali e successivamente interiorizzati. Così, se i genitori non sono stati capaci di offrire la funzione di oggetti-Sé rispecchianti (madre) e idealizzanti (padre), il bambino si ritroverà con un Sé carente o difettoso, il cui percorso di crescita risulta arrestato a uno stadio precoce esposto alla frammentazione (Gabbard, 2005). In mancanza di oggetti-Sé nella prima infanzia, garanti di un'equilibrata integrazione e sviluppo della personalità, si produrranno carenze strutturali del Sé sul piano emotivo-affettivo-cognitivo. In quest'ottica, l'anoressia potrebbe allora rappresentare un modo per supplire alle funzioni - vacanti - degli oggetti-Sé (Curi Novelli, 2004). Considereremo oltre come i concetti elaborati da Kohut, possano essere utilizzati quale ancoraggio teorico e chiave

interpretativa del difettoso concetto di sé individuato dalla Bruch a fondamento della patologia anoressica (Di Luzio, 2010a). La stessa autrice ha del resto riconosciuto la somiglianza tra il proprio approccio terapeutico e quello basato sulla psicologia del Sé (Gabbard, 2005).

### **1.3.2. Bruch: la Teoria dispercettiva**

Nel 1965, come precedentemente accennato, con il Simposio di Gottingen sull'anoressia mentale, al quale partecipano psicologi, psicoanalisti, psichiatri, endocrinologi provenienti da ogni parte del mondo, viene riconosciuta una caratterizzazione particolare e specifica alla patologia con la collocazione del conflitto fondamentale a livello del corpo rifiutato, insieme al riconoscimento dell'incapacità di assunzione del ruolo sessuale genitale e delle trasformazioni puberali. Questa svolta nella concezione psicopatologica del disturbo alimentare apre la strada all'inserimento dell'anoressia, come categoria nosografica a sé stante all'interno delle classificazioni psichiatriche, con una valutazione della malattia prevalentemente centrata su determinanti psico-comportamentali (Selvini Palazzoli, 1963; Ruggieri & Fabrizio, 1994; Clerici & all., 1996; Faccio, 1999; Curi Novelli, 2004). Il cambiamento di prospettiva è in gran parte da attribuirsi al lavoro compiuto dalla Bruch, le cui ricerche hanno contribuito a modificare l'orientamento psicoanalitico tradizionale pulsionale-sessuale e ad assegnare rilevanza alla dimensione narcisistica, alla relazione del soggetto con il proprio corpo insieme alla natura del rapporto interpersonale genitorifiglio a partire dalle esperienze di sviluppo precoci. La studiosa considera il tema della distorsione dell'immagine corporea, la mancata percezione e il riconoscimento degli stimoli provenienti dal corpo, tra cui la fame, e il sentimento di impotenza (paralizzante inefficienza che permea il vissuto di pensiero e di azione delle pazienti anoressiche) come i tre aspetti caratterizzanti il quadro morboso, definito "anoressia primitiva" e riconducibile a una forma di psicosi schizofrenica (Bruch, 1973). L'analisi condotta dalla studiosa verte sulla personalità premorbosa delle anoressiche insieme al modo in cui le relazioni interpersonali, soprattutto con la madre, vengono vissute fin dal loro inizio, spostando il focus dell'interesse sui comportamenti non direttamente collegati al cibo e senza sottovalutare il ruolo svolto dal contesto familiare e socioculturale di riferimento. Secondo l'autrice, i sintomi anoressici sono espressione di disturbi nel campo percettivo e concettuale, soprattutto l'incapacità di riconoscere la fame e le altre sensazioni fisiche e di discriminare tra bisogni corporei e

tensioni emozionali, associata alla scarsa consapevolezza del proprio corpo (Bruch, 1973). L'espressione patologica è dunque caratterizzata dal disconoscimento dei bisogni del proprio corpo (rinnegamento) e da una distorsione percettiva dell'immagine corporea, distorsione dovuta a un deficit di apprendimento precoce che investe la sfera emotiva e percettiva del soggetto e, rimandando al senso di identità individuale, è in stretta connessione con un perturbato, difettoso concetto di sé originatosi nella fallimentare relazione madre-figlia durante i primi anni di vita. E' questo disturbo basilare del concetto di sé a costituire, secondo la studiosa, il fondamento evolutivo dell'anoressia mentale mentre l'interesse riguardo il peso e il corpo ne rappresentano un'espressione tardiva, un repertorio sintomatologico significativo e secondario (Bruch, 1973, 1978). Con il sintomo la persona tenta un rimedio di autocura a difesa della fragilità dell'Io, per sentirsi unica, proclamare e rivendicare la propria autonomia e indipendenza, o anche per "arrestare il tempo, non crescere nelle dimensioni e nel comportamento" (1978 Bruch, pag.84, 2003), sostituendo una certezza corporea a una confusione emozionale, attraverso il controllo del peso e della funzione alimentare. L'autrice evidenzia come la maggior parte delle pazienti con anoressia nervosa, le classiche brave bambine ai tempi dell'infanzia, in epoca adolescenziale sviluppino atteggiamenti testardi, negativistici ed oppositivi, manchino di ogni senso di autonomia, siano confuse riguardo alle loro percezioni e sensazioni corporee insieme alla ferma convinzione di essere impotenti, inefficaci. Il proprio corpo viene esperito come separato da sé ed appartenente alla madre (Bruch, 1973, 1978). Una mancata corrispondenza affettivo-empatica da parte della madre rispetto ai moti originali del bambino, un atteggiamento materno troppo attento ai propri bisogni (narcisistici) ed incapace di riconoscere, convalidare, soddisfare e interpretare in modo rispettoso i desideri autentici della figlia, i suoi bisogni psicofisici, comporterebbero, oltre a un difetto di apprendimento nella capacità di riconoscere e discriminare le sensazioni corporee e gli stati emozionali, un'impossibilità per il bambino di percepirsi autonomo, sentire il proprio corpo appartenergli, con il conseguente instaurarsi di condotte compiacenti nei confronti delle aspettative e dei desideri genitoriali, soprattutto materni (Bruch, 1978). In epoca successiva tuttavia, nella ricerca adolescenziale di un'identità più adulta, le condotte "falsamente" compiacenti di queste ragazze si trasformano in negativismo e

atteggiamenti oppositivi (Bruch, 1978). Nell'ottica della studiosa quindi, un rapporto materno troppo soffocante o comunque incongruo che non lascia spazio alle iniziative autonome e creative del soggetto, starebbe al cuore di quel disagio, di quel vuoto o incompleto senso di Sé, e di quel desiderio di individuazione e potenza che la persona cerca di conquistare con la soluzione anoressica. (Clerici & all., 1996). Il riferimento alla compiacenza comportamentale premorbo esibita fino all'età dell'adolescenza, sebbene la Bruch non faccia riferimento diretto a Winnicott, consente una possibile chiave di lettura di queste condotte nel senso di un falso-Sé "in azione" o Sé adattivo (Di Luzio, 2010a), a spiegazione dell'origine del senso di inadeguatezza considerato dall'autrice stessa uno dei segni patognomici dell'anoressia mentale.

### **1.3.3. Il contributo di Selvini Palazzoli**

Più o meno negli stessi anni e per alcuni tratti in linea con quanto osservato dalla Bruch, nonostante il tema centrale del rinnegamento corporeo da parte delle anoressiche sia diversamente interpretato, si colloca l'elaborazione teorica di Selvini Palazzoli (1963) la quale, partendo da una comprensione psicodinamica dell'anoressia vicina alla teorizzazione della Klein ma distinguibile da questa per il ruolo centrale assegnato al vissuto corporeo piuttosto che alla paura e alla valenza simbolica del cibo approda, nella sua seconda formulazione teorica, al più recente orientamento sistemico con uno spostamento d'accento dalle dinamiche conflittuali intrapsichiche alla considerazione dei modelli familiari, del clima e della comunicazione all'interno del nucleo famiglia. Qui è l'Altro familiare ad essere chiamato in causa e non la dimensione soggettiva inconscia: il disturbo mentale rappresenta un adattamento (funzionale) a un sistema relazionale (disfunzionale). Occorre tuttavia segnalare che in seguito la stessa Selvini Palazzoli finirà per revisionare anche l'impostazione sistemico-familiare con una rivalutazione dell'importanza della dimensione individuale, abbracciando un'ottica etiopatogenetica multidimensionale (Selvini Palazzoli, 1963). Nel primo periodo di impostazione prettamente psicodinamica che stiamo qui considerando, l'autrice sottolinea invece il ruolo degli elementi pre-edipici nella genesi della patologia alimentare, soprattutto la relazione oggettuale con l'oggetto cattivo introiettato, richiamando e rielaborando in parte l'impostazione kleiniana. L'anoressia viene descritta come una forma di paranoia intrapersonale, una

psicosi monosintomatica, centrata sull'obiettivo della propria emaciazione, in bilico fra la condizione schizoparanoide e la depressione, in cui è il corpo - rinnegato - e non il cibo in sé, ad essere vissuto come minaccioso, pericoloso rappresentante (reale) del cattivo introietto materno (Selvini Palazzoli, 1963). L'atto del cibarsi va ad alimentare un corpo saputo come proprio ma percepito come Altro, nell'equazione fondamentale corpo-madre, attraverso un processo di concretizzazione dell'oggetto cattivo (il corpo non è semplicemente abitato dall'oggetto cattivo, è l'oggetto cattivo), con conseguente necessità di esercitare un ferreo controllo sullo stesso per separarlo da sé (Selvini Palazzoli, 1963). A causa della primaria difettosa relazione oggettiva, il problema fondamentale nell'anoressia è quindi rappresentato dal vissuto corporeo, dall'aver fuso il corpo stesso con la madre, nei suoi aspetti negativi e passivizzanti minaccianti l'Io. Dal riattivarsi, durante l'età puberale, del sentimento di impotenza orale sperimentato in epoca infantile, nel ritorno alla condizione di indifferenziazione primitiva (legame simbiotico) e nell'impossibilità, da parte di un Io debilitato reso impotente dall'oggetto impervio (madre) frustratore dei suoi bisogni, di far fronte ai nuovi compiti evolutivi e di investire narcisisticamente il corpo in trasformazione (non sentito come proprio), si organizza la difesa anoressica centrata sul rinnegamento corporeo, attraverso una scissione parziale dell'Io (Io incorporativo e Io identificativo) e la concretizzazione dell'oggetto cattivo stabilmente incorporato: l'Io incorporativo viene ulteriormente rafforzato per poter meglio dominare l'oggetto cattivo e il corpo, fuso con l'oggetto materno - intero e incorporato -(troppo forte per poter essere aggredito sul piano inconscio), viene vissuto realmente come indistinto dall'oggetto in modo da poter essere staccato dall'Io centrale. Quest'ultimo si de-identifica dalla madre reale e va a identificarsi con l'immagine corporea ideale desessualizzata. Le parti libidiche dell'Io rimangono legate al cattivo introietto e al bisogno d'oggetto, malvagio e attraente ad un tempo. In quest'ottica il cibo è rifiutato in quanto va ad alimentare il corpo-possedimento materno, e un corpo aumentato è a spese dell'Io, deve essere controllato e tenuto in rispetto data la natura ambivalente del rapporto con l'oggetto primario. Rispetto alla Bruch che considera il rinnegamento corporeo effetto secondario del deficit di personalità e naturale conseguenza delle confusioni percettive e concettuali a fronte del mancato apprendimento primario, nella Selvini Palazzoli il tema del vissuto corporeo è dunque centrale e basilico: è il corpo che spaventa in quanto

vissuto concretamente come l'oggetto materno nei suoi aspetti svalorizzanti, le sue pretese e bisogni devono rimanere inascoltati. Richiamandosi anche alla teoria interpersonale di Sullivan, l'autrice riconosce nella volontà dell'emaciazione del soggetto anoressico, nel rifiuto del soddisfacimento orale (bisogno biologico), una difesa dall'angoscia del sentirsi inadeguati, l'espressione dell'appagamento di un bisogno (psico-biologico) di sicurezza e potere frustrato nella sperimentata condizione di impotenza infantile. Oltre a non essere separate psicologicamente dalla madre, le ragazze anoressiche, in rapporto a una figura materna dominante particolarmente protettiva e impervia che non ha saputo interpretare i loro bisogni e assecondare i tentativi di sperimentazione infantile, mancano di una stabile percezione del proprio corpo. In questo modo la lotta per il potere si sposta dal piano interpersonale a quello intrapersonale e l'anoressia si configura come una soluzione che il soggetto inventa per rimediare al sentimento di disvalore e di impotenza, acquisire potere e autonomia (Selvini Palazzoli, 1963).

#### **1.3.4. Il modello sistemico-relazionale, cenni**

Nel più recente approccio sistemico-relazionale cambia in modo radicale la prospettiva interpretativa: l'analisi si sposta dall'intrapsichico con le sue dinamiche relazionali alla comprensione della patologia in chiave sistemica attenta alle relazioni interpersonali, familiari, contestuali (Ruggieri & Fabrizio, 1994; Clerici & all., 1996; Faccio, 1999). Minuchin (1978) tratta dell'anoressia come di una "sindrome psicosomatica" (1978 Minuchin S., Rosman B. L., Baker L., pag. 9, 1980), attraverso una lettura del sintomo come ascrivibile non più al singolo individuo ma all'intero ambiente di vita - "patologico" - della persona. La famiglia (psicosomatica)-contesto, con i suoi modelli interattivi, i processi di feedback e le dinamiche e i conflitti attuali che la caratterizzano, diventa luogo della patologia e il paziente la vittima designata. Nella prospettiva dello studioso, la famiglia dell'anoressica si presenta caratterizzata da modelli relazionali invischiati, rigidi, iperprotettivi, una famiglia senza confini interni ma chiusa nei confronti del mondo esterno, con un alto coinvolgimento dei membri, ciascuno dei quali tende a invadere spazi e pensieri degli altri. L'armonia patologica interna tende ad essere tutelata nei confronti di qualsiasi minaccia esterna e il disturbo anoressico si configura proprio come un modo, un'alternativa funzionale al



mantenimento di questo improduttivo equilibrio. La Selvini Palazzoli fa notare come una difficoltà tipica nelle famiglie anoressiche sia quella di stabilire e assumere ruoli di leadership: le decisioni dei membri non vengono attribuite a volontà personale ma a necessità situazionali (Selvini Palazzoli, 1981).

## **2. Quadro attuale**

### **2.1. Dietro al sintomo, un fenomeno complesso.**

Attualmente, la maggior parte degli autori, sia pure partendo da vertici di osservazione e basi concettuali diverse, riconosce all'anoressia la fisionomia di una patologia psico-fisica-relazionale complessa ad eziologia polifattoriale (Di Luzio, 2010b). Così nella genesi, evoluzione e cronicizzazione della patologia intervengono e interagiscono componenti di diversa natura: fattori psico-biologici individuali, familiari, socioculturali, fra loro interconnessi e diversamente articolati che, aderendo al vissuto personale di ciascun soggetto, giocano ruoli diversi a seconda del livello predisponente, scatenante e di mantenimento in cui vanno organizzandosi (Curi Novelli, 2004). A tal proposito è comunque utile sottolineare come autori di diverso orientamento, partendo da premesse teoriche diverse (psicoanalitiche, dispercettive, sistemiche), attribuiscono comunque rilevanza a quei fattori assunti come centrali o sovraordinati in altri modelli teorici. Già la Bruch e la Selvini Palazzoli ad esempio, nella loro comprensione dinamica dell'anoressia mentale coerentemente con la centralità assegnata alle componenti psicologiche individuali, non mancano di segnalare entrambe l'importanza giocata dagli elementi culturali e familiari. La Bruch attraverso un'analisi sociologica del disturbo e fornendo un ritratto tipico delle famiglie delle anoressiche (soprattutto della figura materna), La Selvini Palazzoli evidenziando le trasformazioni socioculturali e arrivando a considerare prioritarie le dinamiche familiari, tanto da virare, dopo una prima interpretazione della patologia in chiave psicoanalitica, verso il più recente approccio sistemico-familiare. D'altro canto e del pari, autori contemporanei come ad esempio Onnis (2004), all'interno dell'ottica sistemica, non trascurano ed anzi sottolineano il ruolo delle componenti psicodinamiche individuali nello sviluppo della malattia. In quest'ottica, tuttavia, le caratteristiche del mondo intrasoggettivo non potrebbero chiarirsi senza prendere in considerazione l'ambiente di vita familiare nel quale prendono forma e l'intreccio con il più ampio contesto socioculturale. L'autore propone di considerare l'anoressia mentale come un fenomeno complesso, espressione di una convergenza di influenze molteplici: culturali (la cultura sociale occidentale come cultura del consumo, del benessere, dell'efficienza insieme alla trasformazione del ruolo della donna nel

panorama contemporaneo), psicologiche (elementi psicodinamici specifici di ogni individuo, soprattutto problemi psicologici legati all'acquisizione dell'identità in età adolescenziale), familiari (caratteristiche, dinamiche relazionali, modelli interattivi e miti condivisi della famiglia di appartenenza). Questi fattori, che confluendo insieme trovano nel corpo il luogo e la forma del loro manifestarsi, valgono ad esprimere complessivamente un arresto delle capacità evolutive, una difficoltà di crescita, un tentativo di sospendere il tempo da parte dell'individuo e del suo contesto di vita. Sul versante intrapsichico, il disturbo anoressico rappresenterebbe un tentativo - illusorio - di sospensione del tempo, una risposta ambivalente perché le dinamiche di rifiuto, proprie peraltro della condotta adolescenziale, agite nella resistenza all'alimentazione e nel controllo del corpo, consentono alla persona di recitare l'opposizione all'autorità genitoriale (ingerente i propri spazi vitali) e al contesto familiare che ostacola i tentativi di individuazione e, contemporaneamente, di non abdicare ai bisogni fusionali infantili di dipendenza, come testimoniato dal sentimento di disvalore e inadeguatezza mascherato da comportamenti efficienti e iperattivi. Troviamo qui l'elemento del rifiuto dell'Altro da sé, la ricerca di un'identità separata e il tratto ambivalente e paradossale della posizione anoressica, tra desiderio di individuarsi e necessità di dipendere che riprenderemo, da prospettive diverse, nella prossima sezione.

## **2.2. Cenni nosografico-descrittivi**

### **2.2.1. Premessa**

Prima di completare e a corredo di questa parziale e rapida panoramica del quadro contemporaneo sull'anoressia, per considerare come ancora oggi resistano controversie sull'utilità o meno di una diagnosi di tipo nosografico-descrittivo in materia, sui limiti e i vantaggi di un approccio categoriale, riportiamo di seguito i criteri diagnostici previsti dal sistema di classificazione psichiatrico considerato attualmente punto di riferimento per la diagnosi dei disturbi mentali. I criteri diagnostici, soggetti a periodica revisione, sono stati sviluppati per consentire una classificazione omogenea delle patologie, una descrizione chiara ed accurata delle diverse categorie nosografiche al fine di limitarne le aree di sovrapposizione ed

agevolarne la diagnosi differenziale. Sebbene permettano a clinici e ricercatori l'utilizzo di un linguaggio comune e universale nello studio, comunicazione e diagnosi delle malattie mentali, si rivelano nella realtà della pratica clinica di dubbia utilità: non indagando le basi etiopatogenetiche delle varie psicopatologie né i possibili significati che il sintomo riveste per ogni singolo paziente finiscono per essere utilizzati a fini classificatori-statistici. Nello specifico dei disturbi del comportamento alimentare, nonostante l'attuale sistemazione categoriale dell'anoressia accolga alcuni elementi psico-comportamentali indicati a suo tempo dalla Bruch come segni patognomonic del disturbo, mentre gli aspetti comportamentali si prestano ad essere classificati in classi omogenee differenziate vista la loro ripetitività, gli aspetti psicologici sono fluidi e perciò difficilmente categorizzabili (Faccio, 1999).

### **2.2.2. Criteri diagnostici**

Nell'ambito della nosografia psichiatrica ufficiale la collocazione dell'anoressia come disturbo del comportamento alimentare (DCA) caratterizzato da particolari sintomi psico-fisici e categoria clinica autonoma è stata, come precedentemente accennato, oggetto di lungo dibattito e conquista recente. Per quanto rimangano aperte, come fra poco vedremo, alcune controversie riguardo l'inquadramento e la valutazione di questa patologia, attualmente i criteri diagnostici accettati dalla comunità scientifica internazionale e specificati dal DSM-IV – Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali – come aspetti necessari per una diagnosi di malattia, sono rappresentati dal rifiuto di mantenere il peso corporeo al livello minimo normale per l'età e la statura o al di sopra di esso; dall'intensa paura di ingrassare non attenuata dalla diminuzione ponderale; da un'alterata percezione dell'immagine corporea relativamente alle forme e al peso del corpo con influenza indebita di questa distorsione sui livelli di autostima; dal diniego della gravità dell'attuale perdita di peso; dall'amenorrea per almeno tre cicli consecutivi nelle donne che hanno già avuto il menarca. Il manuale, che contempla fra i disturbi del comportamento alimentare insieme all'anoressia anche la bulimia e i disordini alimentari non altrimenti specificati, individua e specifica poi due forme della patologia anoressica, il tipo bulimico e il tipo restrittivo, a seconda della presenza o meno di frequenti episodi di abbuffate e condotte di eliminazione durante l'episodio di anoressia (Faccio, 1999;

Curi Novelli, 2004; DSM IV-TR, 2000).

### **2.3. Cenni epidemiologici**

I disturbi del comportamento alimentare hanno registrato negli ultimi decenni una costante crescita nelle società occidentali tanto da far parlare alcuni autori di “disturbi etnici”, inerenti una determinata cultura (Faccio, 1999). In particolare, l’anoressia mentale si configura come patologia psichiatrica a netta prevalenza femminile, con una distribuzione relativamente omogenea nelle diverse classi sociali e ad esordio collocabile, prevalentemente, in età post-puberale o adolescenziale. I tassi di prevalenza nella popolazione a rischio – adolescenti e giovani adulti di sesso femminile dai 12 ai 25 anni, con un picco bimodale intorno ai 14 e ai 18 anni – sono stimati aggirarsi tra lo 0,5 e l’1%. L’anoressia, in particolare quella di tipo restrittivo, è la forma psicopatologica segnalata come prima causa di morte fra le malattie psichiatriche (Faccio, 1999; DSM IV-TR, 2000; Curi Novelli, 2004).

### **2.4. Questioni aperte**

Dopo questa panoramica storico-teorica-descrittiva nello studio dell’anoressia mentale possiamo osservare come, in generale, la maggior parte delle teorie interpretative di impostazione psicomotivazionale rintracci l’origine evolutiva del disturbo nella diade madre-figlia privilegiando, a seconda dell’indirizzo di pensiero, ora il mondo interno del bambino nelle prime fasi di vita in rapporto all’oggetto, ora le relazioni tra la rappresentazione interna di sé e quella dell’oggetto, gli “scambi” tra la dimensione individuale e le modalità di risposta ambientale, ora il percorso di sviluppo dell’intera personalità. Nel corso del tempo lo studio interpretativo della malattia si è arricchito con l’introduzione di un punto di vista psicologico e psicoanalitico nuovo, orientato in chiave relazionale/interpersonale che contraddice solo in parte il classico modello intrapsichico.

E’ utile precisare come a tutt’oggi permangono alcune questioni controverse sull’inquadramento dell’anoressia mentale e sulla sua caratterizzazione, in primis il coesistere di due orientamenti di pensiero: da un lato la tendenza a unificare sintomi e comportamenti anoressici nell’ambito di un quadro psicopatologico originale - posizione condivisa dalla maggior parte dei clinici - e dall’altro il tentativo di ricondurli a diverse strutture patologiche (Curi Novelli, 2004). Inoltre, a fronte della concordanza fra i vari autori circa l’etichetta nosografica-descrittiva dell’anoressia

mentale, resistono gli interrogativi sull'instabilità e utilità dei criteri diagnostici indicati così come diverse ipotesi interpretative sulle basi eziologiche del disturbo, sui diversi fattori e sui meccanismi psicopatologici implicati, e la possibilità, anche, di orientare risposte diverse e diversamente declinabili a seconda che il disturbo possa considerarsi generato nell'età adolescenziale durante la ricerca identitaria oppure, in epoche successive, in una "crisi di regresso" (Marinelli, 1997). In altri termini, sebbene l'apparente stereotipia comportamentale della manifestazione clinica abbia agevolato l'impostazione categoriale dei sistemi diagnostici di riferimento, questi ultimi non riescono a cogliere la complessità psicopatologica del disturbo e la natura composita dei diversi casi clinici. Altro elemento di confronto e discussione, che vede su fronti opposti diversi autori, concerne i rapporti tra l'anoressia e gli altri disturbi del comportamento alimentare, in particolare la bulimia, se cioè le due patologie possano considerarsi posizionate lungo il continuum di uno stesso spettro clinico come due facce della stessa medaglia (Recalcati, 2006), oppure debbano rimanere separate come sembra suggerire l'impostazione nosografica attuale.

## **2.5. Note conclusive**

Al di là del sintomo e dei caratteristici segni clinici, sottesi ad esso, agiscono i possibili moventi all'origine del disturbo che ne influenzano il processo evolutivo e la sua cronicizzazione e, soprattutto, ci consentono di intravedere e interrogarci sul significato del sintomo per chi lo sceglie, nell'economia di un vissuto personale e in relazione all'Altro. Concentrandosi sulle componenti individuali, intrapsichiche e/o interpersonali, il bisogno di controllo teso a salvaguardare una fragile o difettosa identità, la difficoltà ad affrontare il processo di separazione-individuazione, l'incapacità di comunicare verbalmente tensioni emotive sentite come insostenibili e perciò relegate all'aspetto più gestibile e rassicurante del cibo, riflettono il vissuto della persona ed aprono la strada alla scelta di un linguaggio analogico, implicito, quello del corpo. Come esplicitamente sottolineato da diversi autori, primi fra tutti la Selvini Palazzoli (1963) e la Bruch (1978), il soggetto fa esperienza del disturbo come rimedio scelto, soluzione in risposta alla sofferenza. La persona "crea" il sintomo per risolvere le problematiche psicologiche e l'angoscia che ne deriva, difendersi dal sentimento di inadeguatezza e vuoto originato da esperienze infantili a vario titolo

deprivanti o rifiutanti. Il disagio si sposta sul somatico, nel corpo, attraverso il suo controllo e il rifiuto di cibo, per rivendicare la propria indipendenza, agire la ribellione (muta) nei confronti di un potere Altro soffocante, contrastare e rimediare il sentimento di confusione e impotenza paralizzante. L'aspetto "attivo" del sintomo anoressico, voluto e difeso, ha dunque valenza curativa e/o adattativa rispetto a disagi intrapsichici e/o relazionali, è una soluzione funzionale - patologicamente - per il soggetto (dal vertice di osservazione psicodinamico) e per il nucleo familiare di appartenenza (dal vertice di osservazione sistemico): nel rifiuto si cerca (e si trova) un'autonomia illusoria dal bisogno (la sostenibile leggerezza), un'onnipotenza che permette di resistere alle richieste, arginare l'incontro con l'Altro, con emozioni e relazioni vissute come intollerabili o difficilmente controllabili. Questo spiegherebbe la tenacia con cui viene perseguito l'obiettivo della propria emaciazione e la resistenza ad abbandonarne la ricerca. Dinamiche infantili diverse, appartenenti al mondo interno del bambino e/o sollecitate da input esterni intollerabili, trasversalmente angoscianti, deludenti, frustranti, a partire dalla relazione primaria con l'Altro significativo, hanno interferito e ostacolato un sano sviluppo del sé dell'individuo. Il conflitto, inespresso a parole, si manifesta allora nella scelta di un sintomo cui è delegato, implicitamente, il compito di modificare un sistema disfunzionale, interno e/o esterno. Anoressia, allora, come progetto di autocura che permette al soggetto di fuggire da un male ad essere e, paradossalmente, cercare il proprio (e altrui) benessere: la meta da realizzare per stare bene, la propria emaciazione, trova realizzazione nel rifiuto di alimentarsi e nel dominio sul corpo attraverso la gestione del "desiderio" (Faccio, 1999). Quest'ultima considerazione apre a una riflessione e solleva la questione, centrale, dell'ambivalenza anoressica, nella logica del desiderio e della sua negazione, della ricerca e della paura del legame con l'Altro da sé. Cercheremo di sondare meglio questo aspetto nei prossimi paragrafi muovendoci prevalentemente all'interno della cornice teorica psicoanalitica, dalla corrente Lacaniana all'ambito interpretativo delle relazioni oggettuali, attraverso un tentativo di analisi a due vie (dal sintomo all'origine del disagio che in esso si incarna, e viceversa) che, nella considerazione della diversificata funzionalità del sintomo per il soggetto, consenta di evidenziare come un filo rosso, il binomio dipendenza-indipendenza, "separazione-individuazione" inscritto nell'ambivalente posizione anoressica ed anche una possibile declinazione della



dimensione desiderio-sua negazione, renda praticabile l'accostamento e la lettura in parallelo di alcuni contributi teorici e clinici, nel rispetto delle diverse appartenenze concettuali. Considereremo anche, nel tentativo di seguire il percorso che muova dalle possibili cause al sintomo ed usufruendo di interpretazioni diverse nell'ottica della psicologia del sé, come la soluzione anoressica possa ancora una volta incarnare un desiderio di affermazione di Sé, un Sé mai nato o oscurato, e nella logica del rifiuto parli ancora all'Altro, all' Altro dal quale tuttavia si continua a dipendere in qualche modo, che non ha saputo o potuto nutrire le potenzialità nucleari del soggetto rendendolo confuso rispetto alla propria identità e falsamente compiacente (Novelletto,1991).

### **3. La soluzione anoressica: i volti del desiderio e i percorsi dell'ambivalenza**

#### **3.1. (an) Orexis: dialogo muto tra volontà e desiderio**

Partendo dall'elemento precipuo del quadro clinico anoressico, la grave denutrizione, è possibile esplorare le dimensioni del desiderio (di amare ed essere amati, di alimentarsi, di entrare in relazione) e della sua negazione manifesta - incarnate nel sintomo che si fa corpo affamato e presidiato - come poli caratterizzanti l'anoressia mentale e che valgono a qualificarla come patologia del controllo e della dipendenza o più in generale, come patologia della relazione con l'Altro da sé, inscritta in una sorta di percorso dell'ambivalenza: dal desiderio alla sua negazione per "recitare" il desiderio, attraverso il vissuto di un legame dipendente, rifiutato e difeso, con l'Altro. Anoressia significa, letteralmente, mancanza di appetito (dal greco an= privo e orexis= appetito). Più autori ritengono ambigua l'etichetta usata per descrivere il fenomeno, matrice di un equivoco di fondo (Bruch, 1978; Selvini Palazzoli, 1963). La definizione non riesce infatti a cogliere, ed anzi confonde, la realtà biologica e psichica del soggetto che vive il disturbo, non riflette cioè né il sintomo né la sua causa. Il desiderio è presente all'origine e riconoscibile nel sintomo, nei risvolti psicologici e fisici che lo accompagnano. Nelle persone anoressiche, nonostante la drastica riduzione dell'ingestione alimentare, il pensiero rivolto al cibo è sempre presente, assillante, e con esso il senso di fame che accompagna la malattia in tutto il suo decorso a testimonianza, indiretta, del bisogno tenacemente combattuto (Selvini Palazzoli, 1963; Cosenza, 2008). Così, nella resistenza a mangiare o nell'ingestione di cibo seguita dalle condotte di eliminazione, risulta evidente il segno della condizione. In quest'ottica il concetto di appetito, di desiderio diventa una parola chiave: la persona anoressica desidera, nega, torna a desiderare. Desidera il cibo ma nega il desiderio rifiutandolo attivamente, controllando la condotta alimentare e con essa il corpo, rifugio arroccante e bersaglio da colpire, celato e ostentato ad un tempo (Brusset, 1998). Nel sintomo che si fa corpo la sofferenza è interpretata e il desiderio personificato. Da an-orexia a orexia.

#### **3.2. La soluzione ingannevole, una questione di sopravvivenza**

La scelta dell'emaciazione (Selvini Palazzoli, 1963), la ricerca implacabile della

propria eccessiva magrezza (Bruch, 1978), accettata e voluta in modo cosciente dal soggetto, diventa lo scopo desiderato al quale si accompagna per tutta la durata della malattia una sensazione pressante di fame, dissimulata e negata. In questa prospettiva che accomuna la Bruch (1973, 1978) e la Selvini Palazzoli (1963), il rifiuto del cibo si configura come la negazione di un desiderio non sopito, tanto forte da poter fare derivare la patologia stessa e accompagnarla nel suo decorso. Condanna del desiderio di soddisfacimento orale e, per contro, desiderio della magrezza come elementi caratteristici del disturbo alimentare. Il non concedersi di mangiare può configurarsi in prima istanza come una difesa contro la paura primaria di mangiare troppo, di non sapersi dominare, di desiderare troppo e non avere governo di sé (Bruch, 1978). Entrambe le autrici sottolineano, da prospettive diverse ma simili per molti aspetti, come il sintomo alimentare rappresenti per il soggetto una soluzione (esterna) a un problema psicologico (interno). In altri termini, la negazione del desiderio si configura come una volontà attiva di rifiuto del cibo che la persona difende pensando di pacificare conflitti psicologici, contraddizioni interne irrisolte. Secondo la Bruch l'anoressia si produce come tentativo di cura di sé, per sviluppare attraverso la disciplina del corpo e la manipolazione del cibo, un senso di individualità e di efficacia interpersonale. Il sintomo, dunque, nega il desiderio che lo causa e tenta di ristabilire un equilibrio: una capacità a fronte di un sentimento di inadeguatezza. La persona si sente adesso potente illudendosi di coprire un avvertito difetto di sé che impedisce di vivere come soggetto intero (Bruch, 1973, 1978). La Selvini Palazzoli (1963) riprende e contribuisce a chiarire questo aspetto configurando l'anoressia come un progetto di autocura che la persona crea per risolvere un disagio psichico concretizzato nel corpo, nell'illusione di controllare l'origine del proprio disvalore e sperimentarsi potente e autonoma. La lotta per il potere si sposta dal piano interpersonale a quello intrapsichico, tradotta nel vissuto corporeo (Selvini Palazzoli, 1963). Come precedentemente evidenziato, rispetto alla Bruch, il rinnegamento corporeo è centrale nella formulazione teorica della Selvini Palazzoli non presentandosi come corollario nel meccanismo difensivo della fragilità dell'Io ma come nemico minaccioso, reale del fantasma materno da controllare e separare da sé. Comelli (2005, 2010), riprendendo le idee di Bion sulle emozioni primitive comuni nei gruppi monosintomatici e in particolare l'assunto di base attacco-fuga, avanza

l'ipotesi di considerare la scelta del soggetto anoressico come soluzione di cura che, oltre la dimensione duale del rapporto con l'Altro significativo, assume valenza oppositiva rispetto a un gruppo di riferimento, familiare, desoggettivizzante. Da questo punto di vista la scelta anoressica, nel quadro delle patologie della contemporaneità (Comelli, 2010) contraddistinte da deficit di simbolizzazione per assenza di un efficace contenitore materno/familiare, è espressione di una posizione emotiva di lotta, una scelta di passaggio, di trasformazione della propria posizione rispetto a un gruppo che consente al soggetto di transitare da una condizione di dipendenza alla situazione emotiva di rifiuto verso il gruppo stesso, la famiglia in questo caso. Mentre dal punto di vista delle emozioni di gruppo l'anoressica manifesta un bisogno di differenziazione e distanziamento dall'ambiente costringente e rifiutante, attraverso il corpo che si fa sintomo, dal punto di vista individuale testimonia l'attaccamento patologico alla madre: la non tolleranza dell'assenza del seno non ha esitato in un'identificazione proiettiva evacuativa ma nell' "implosione" dei bisogni del soggetto nel proprio mondo interno a favore del soddisfacimento dei desideri Altrui. Il rifiuto del cibo dipenderebbe allora dall'incapacità da parte del soggetto di rinunciare al ruolo di figlio-seno che nutre, relazione invertita tipica dell'età premorbosa, e dalla necessità di salvaguardare la madre ad ogni costo (Comelli, 2005).

La soluzione patologica è "scelta" dal soggetto per arginare un sentimento di mancanza ed inefficienza disperante che ruota intorno a un appetito - arcaico - da dominare, per sentire di essere capaci ed essere, esserci. Dal meccanismo di difesa origina presto il desiderio rivolto al mantenimento e alla tutela di una soluzione che permette, nell'inganno, di sperimentarsi efficace e unico, di riconoscersi e farsi riconoscere in modo diverso. Il sintomo perciò non è subito ma voluto dal soggetto perchè questa scelta rappresenta una soluzione, la "sua" soluzione. Il sintomo va difeso attraverso un severo controllo sul corpo e sulla condotta di alimentazione nel tentativo di "legittimare" la propria autonomia ed opporsi all'Altro. Scrive la Marinelli "Se non c'è bisogno non ci sarà dipendenza. Tutto è cancellato. Il compito dell'anoressia è pronto" (Marinelli, pag.15, 2004). La scelta è quella di vivere rinunciando al desiderio e negando il legame, attraverso l'arrocamento in sé. Il sintomo può inoltre assicurare un'identità, quell'identità che al soggetto non è stato dato formarsi o integrarsi, è lo strumento per proteggere una propria distinta esistenza,

difendersi dalla confusione e dal vuoto della condizione indifferenziata, consentire un legame di appartenenza a un gruppo specializzato. (Marinelli, 2004).

### **3.3. Anoressia e l'oggetto, tre prospettive cliniche:**

#### **3.3.1. Il controllo onnipotente**

L'inanizione come tratto distintivo del fenomeno, non dipenderebbe perciò dall'inappetenza ma da un rifiuto attivo del cibo che ha proprio in un appetito di fondo, carico di vissuti "conflittuali", la sua ragione fondante. Non assenza di appetito quindi, ma al contrario un desiderio disperante di cibo - e dei suoi sostituti simbolici - al quale ci si oppone ingaggiando un'incessante lotta con sé stessi per non perdere il controllo e per arginare il vuoto (Marinelli, 2004). Riuscire a controllarsi significa esprimere il proprio potere e dare muta legittimazione al proprio sé. E' proprio la paura di perdere il controllo e lasciarsi andare alla sopraffazione dell'appetito che spaventa e alimenta la lotta, la sostiene. Ed anche qui, la Bruch (1978) e la Selvini Palazzoli (1963), si trovano da posizioni diverse sullo stesso fronte, sottolineando entrambe la dimensione del controllo e del sentimento di potere come tratti caratterizzanti il vissuto anoressico a conferma dell'utilità della soluzione creata. Con l'esercizio della volontà di emaciazione, controllando attivamente la funzione alimentare, si nega il soddisfacimento orale per acquisire una sensazione di padronanza, nuova e agita. Il dominio sul corpo equivale all'illusione di controllo della propria vita allorché un senso di inadeguatezza e paura la sovrasta, configurandosi presto come una risposta compensatoria, silenziosa e illusoria, al disagio che alimenta il disturbo (Bruch, 1978). Esplorando ciò che sta dietro e accompagna il sintomo anoressico troviamo quindi il desiderio di cibo - di amore, di potere - come presenza costante, e un controllo esasperato sul corpo. Il corpo, come oggetto Altro da sé saputo come proprio ma vissuto come estraneo, rappresentante del cattivo introietto materno, non va alimentato ma tenuto a bada e, nel gioco dell'ambivalenza, affamato ma non distrutto (Selvini Palazzoli, 1963). Al pensiero assillante del cibo e al terrore di esserne sopraffatti alimentandosi si accompagna, in risposta, un desiderio altrettanto forte di controllo, una necessità che trova godimento, un bisogno che - adesso - si può soddisfare, nel vedersi e sentirsi magre, magrissime. A questo appetito del niente ci si può lasciare andare, non è pericoloso ed anzi, nella sua potenza mortale, liberatorio. Per evitare l'incontro con relazioni ed emozioni vissute come intollerabili e incontrollabili, lo pseudo equilibrio si gioca nell'illusorio

controllo dell'oggetto corpo-cibo. Non mancanza di desiderio dunque ma negazione e suo controllo come facce di una stessa medaglia, rifiuto attivo del cibo nel tentativo - ingannevole - di pacificare un senso di angoscia e impotenza (Brusset, 1979). Il desiderio del cibo-oggetto è sconfitto nel quotidiano ma, paradossalmente, non è riflesso nell'incontro con lo specchio che rimanda un'immagine ancora distante dall'Ideale da raggiungere. Nella resistenza non c'è pacificazione, non assuefazione: l'esercizio del controllo e il sentimento di potenza non dominano quel desiderio primario che è ancora lì a premere, giorno dopo giorno, guardiano di ogni pensiero e azione. Anoressia, non come una patologia dell'appetito ma, semmai, del controllo, di una modalità relazionale di controllo (onnipotente) dell'oggetto: il disperato bisogno di tenere a bada o separare da sé il cibo-corpo trattabile concretamente, associato alla percezione di "essere" in un corpo nemico "rappresentante materno" (Selvini Palazzoli, 1963), oppure al timore di essere invasi da corpi estranei (Polacco Williams, 1997) o ancora, entro una cornice teorica diversa, alla sensazione di non appartenenza rispetto a qualcosa che non abbiamo imparato a conoscere, all'impossibilità di dipendere in modo vitale e creativo (Bruch, 1973).

### **3.3.2. La dipendenza ambivalente**

Rifiutare, tutto e tutti, non significa non desiderare alcunché, ed anzi, ne è il riflesso: si nega desiderando e perché si desidera. Perché è proprio di quel desiderio rinnegato che si ha appetito, di quel desiderio che si fa sintomo si è dipendenti, non c'è sostituto (interno) che possa eliminarlo, cancellarne le tracce. L'oggetto-cibo desiderato e negato e l'oggetto-corpo controllato e affamato sono i rappresentanti (esterni) di un desiderio interdetto, il desiderio di essere riconosciuto, convalidato, rispettato dall'Altro significativo (nella visione della Bruch), non invaso, dominato o confuso con esso (nella teorizzazione della Selvini Palazzoli), di sentirsi autonomi, potenti e separati (nella prospettiva di entrambe) e, astraendo, il desiderio di amare ed essere amati senza annullarsi, senza dipendere (Jeammet, 2004; Brusset, 1979), senza sentirsi un'appendice o, peggio, il contenitore-ricettacolo di qualcun Altro (Polacco Williams, 1997). E' difficile accettare qualcosa che non si sente come proprio, che non si è riusciti ad elaborare come appartenerci, ma sembra derivare da chi, quel desiderio ha in primis negato in funzione dei propri narcisistici bisogni. Si impara a non fidarsi di

quello che si desidera e allora, nel dubbio, si rifiuta. Si continua però a rimanere dipendenti dal “cibo”, e non solo, nella mente e nel corpo. Nel tentativo di individuarsi, ed è qui l’autoinganno, si perpetua l’assoggettamento: sferrare l’attacco alla dipendenza da un desiderio creando un nuovo desiderio da servire, significa ritornare al punto di partenza, creare una nuova dipendenza, ancor più pericolosa perché considerata originale e risolutoria. Il cerchio non può chiudersi, non c’è crescita, non nel rifiuto, non nella dipendenza. Secondo Jeammet (2004), psichiatra e psicoanalista francese, studioso delle problematiche dell’adolescenza, i disturbi del comportamento alimentare possono considerarsi come vere e proprie patologie della dipendenza, al pari della tossicomania, dove il bisogno di opposizione e il rifiuto servono alla regolazione del legame dipendente e ne sono il riflesso. L’autore, in particolare, sottolinea come il comportamento restrittivo nell’anoressia sia un modo per risolvere il conflitto ritrovando un contatto con ciò che si rifiuta: l’oggetto-cibo rappresenta l’oggetto sostitutivo necessario a calmare l’angoscia derivante dalla mancanza dell’oggetto significativo a fronte di un’insufficiente sicurezza interna che renda possibile tollerare la separazione. In questo senso l’anoressica con il caratteristico atteggiamento rifiutante non farebbe altro che mantenere un contatto con l’oggetto cibo-madre rifiutato ma, allo stesso tempo, mostrando di non esserne dipendenti ed anzi di dominarlo. Tuttavia quel desiderio mancante è pressante e la situazione di dipendenza permane: il rifiuto viene nutrito dall’insoddisfazione che a sua volta viene alimentata dalla mancanza di ciò che manca. Nella visione psicodinamica dell’autore il comportamento anoressico, anche qui visto come un rimedio di autocura, avrebbe la funzione - illusoria - di arginare lo sconforto e la dipendenza dall’Altro assente, si configurerebbe come una difesa dai bisogni affettivi fondamentali e dalla paura di essere invaso dall’Altro (Jeammet, 2004) e, in ultima analisi, varrebbe ad esplicitare il paradosso tipico dell’adolescenza insieme alla caratteristica ambivalenza di questi disturbi: “ciò di cui ho bisogno è ciò che mi minaccia” (Jeammet, pag. 43, 2006). Nel precario equilibrio tra minaccia dell’assenza dei legami e minaccia di intrusione nell’Io, tra bisogni di dipendenza ed opposizione, la condotta anoressica garantisce un compromesso: il legame con i genitori permane ma confinato nella loro impotenza. Il richiamo alla dipendenza, nel ritorno alla condizione di indifferenziazione primaria, all’identità fusionale con la madre (Brusset,



1979) che non permetterebbe un sano sviluppo di sé, come probabile fattore-matrice del disturbo, darebbe conto e potrebbe trovare “riscatto” nella risposta sintomatica - rovinosa - di tentata individuazione e separazione da ciò che verrebbe percepito come Altro da sé in quanto Altro in sé (Selvini Palazzoli, 1963). Anche per la Bruch e la Selvini Palazzoli, nel rispetto delle loro differenti impostazioni teoriche, all’origine del disturbo si porrebbe una relazione problematica con l’Altro materno. Per entrambe le studiose le anoressiche si percepirebbero come non separate, un’estensione della madre. Ed ecco che ritorna la diade fondamentale, madre-figlia, come dato fondamentale nella genesi del disturbo, elemento chiave, per la maggior parte delle ipotesi interpretative psicodinamiche dell’anoressia.

### **3.3.3. La relazione con l’Altro**

Di desiderio e godimento mortifero parla anche Recalcati (1997), da una prospettiva, psicoanalitica, diversa. Il binomio desiderio-negazione del desiderio che rimanda all’appetito originario dominato e dissimulato dal comportamento anoressico, anche qui si indirizza all’Altro, all’Altro-simbolico del desiderio nella visione dell’autore. Rifacendosi all’insegnamento di Lacan offre un quadro suggestivo in cui, da un lato la dimensione anoressica si configurerebbe come difesa dal desiderio nella costante tensione a ritrovare, ad essere un tutt’uno con la Cosa perduta - nel taglio significativo - il fantasma del seno e, dall’altro, costituirebbe una difesa del desiderio stesso, un modo per aprire una mancanza nell’Altro, sfuggire al suo godimento, movimento di separazione nel tentativo di svincolare la dimensione del desiderio da quella del bisogno e della domanda. Da quest’ultimo punto di vista, il rifiuto della persona anoressica è il rifiuto dell’oggetto-cibo, sul versante del registro dell’avere perpetuato dall’Altro materno. Non si può avere ciò che si desidera e allora si rifiuta tutto e divenendo niente, mangiando il niente, si cerca di farsi desiderio per aprire nell’Altro la mancanza del desiderio stesso. Si desidera l’Altro del desiderio, quell’Altro che non ha saputo dare il dono d’amore e dal quale si continua a dipendere, quell’Altro che ci ha resi oggetto di godimento - e non di desiderio - in funzione di bisogni propri. L’appetito è un appetito dell’amore che si sottrae alla logica dello scambio e del debito da restituire, secondo il significato della celebre frase di Lacan: “l’amore è donare quello che non si ha”. Se l’Altro offre ciò che sente non appartenergli non può

chiedere niente in cambio, non esiste vincolo, assoggettamento, ma un campo simbolico che sancirà il riconoscimento dell'altro permettendogli di diventare un soggetto. In questo senso, una madre incapace di amare in modo disinteressato, donando la vita al figlio, vivrà il rapporto in funzione delle proprie aspettative e desideri, farà in modo che il figlio avverta il peso del debito e agisca in modo compiacente rendendogli così impossibile diversificarsi, pena la rottura di quel patto di reciprocità che gli è stato trasmesso. L'anoressia si configurerebbe allora come un tentativo, corretto nell'intento ma fallimentare nell'attuazione, di uscire da questa situazione di stallo e assoggettamento: sulla spinta inconscia all'individuazione il figlio cercherà di sottrarsi alla logica materna ma non sarà in grado di riconoscerne l'inautenticità di fondo, non arriverà a conquistare la propria soggettività. Il cibo diventerà allora il rappresentante ideale, l'emblema di quanto trasmesso dalla madre e l'affermazione di sé, il tentativo di individuarsi attraverso il rifiuto di questo oggetto non potrà che fallire, inserito com'è, ancora una volta, nella logica materna dello scambio e del rifiuto. Se il dono d'amore è confuso con lo scambio di oggetti, la logica è ancora una volta quella dell'asservimento, della dipendenza (Recalcati, 1997). Dal primo punto di vista, il desiderio di ritorno e unione con la Cosa perduta per sempre, l'anoressia e la dipendenza dal cibo deriverebbe dal bisogno del fantasma del seno. La dipendenza si perpetua e con essa la sensazione di angoscia. Nei soggetti anoressici la relazione simbolica viene soffocata nel sintomo e l'angoscia che lo accompagna dipende dal confronto del soggetto con l'assenza dell'oggetto d'amore, di quell'oggetto che non può nutrire di solo cibo. Alimentandosi di niente allora, l'anoressica ribalta la relazione di dipendenza confinando l'Altro materno nella posizione di impotenza. Non può avere quello che desidera e allora rifiuta tutto ripiegandosi in una condizione narcisistica, regressiva, in cui il desiderio come mancanza ad essere lascia il posto al godimento mortifero e impossibile della Cosa. In questo modo tuttavia dalla dipendenza dall'onnipotenza materna si approda alla dipendenza dalla propria - fragile - onnipotenza. Il cibo come solo strumento di relazione tra madre e figlia, il soddisfacimento di un bisogno di nutrizione (derivante dal seno) si sostituisce al soddisfacimento simbolico (insoddisfazione della relazione). La scelta della dipendenza, del sintomo anoressico può così diventare funzionale alla creazione di uno spazio sicuro, conosciuto, all'interno del quale il soggetto, pur nella

sofferenza, non fatica a muoversi con la sensazione di onnipotenza che ne deriva (De Clercq, 1990). Anche da questa prospettiva, anoressia non come patologia dell'appetito ma semmai della dipendenza e in ultima analisi della relazione con l'Altro.

Per tentare di capire da dove origini il dialogo muto tra volontà e desiderio, da dove nasca e tragga linfa la sfaccettata bramosia - di nutrizione, di legame, di amore, di individuazione - insieme al parallelo bisogno di negarla e farsi potente, occorre interrogare i significati nascosti del disagio, il percorso, intrapsichico e relazionale, che precede e articola le dinamiche disfunzionali della soluzione anoressica e che risente inevitabilmente della variabilità individuale, della singolarità dell'esperienza. Cercheremo di approfondire ulteriormente la questione nel prossimo paragrafo, ancorando la riflessione ad alcune ipotesi interpretative che, da un vertice di osservazione in linea con la psicologia del Sé, illustrino l'importanza della funzione di rispecchiamento, di risposte genitoriali convalidanti e supportive alle iniziative originali del bambino, gettando luce sulle deprivazioni del sé, sullo sviluppo della personalità, che potrebbero essere implicate nell'instaurarsi della patologia. Lo spostamento dell'angolo interpretativo può offrire una chiave di lettura funzionale alla comprensione di quell'avvertito difetto di Sé considerato dalla Bruch la costante fondante il disturbo e fonte del senso di inefficacia pervasivo, tipico del vissuto premorbo, mascherato dalla condotta iperattiva e autosufficiente del soggetto anoressico.

### **3.4. Anoressia e la sofferenza del Sé, alcune ipotesi interpretative:**

#### **3.4.1. All'origine del disvalore: "l'eclissi del Sé"**

Di Luzio (2010a), trattando dei disturbi alimentari psicogeni (DAP), così chiamati per dare rilevanza al coinvolgimento dell'intera personalità nella patologia, avanza un'ipotesi interessante sull'origine psicodinamica della comune percezione di deficit da parte delle pazienti anoressiche, definita dall'autore "sentimento negativo del Sé", e corrispondente al senso costante e pervasivo di inadeguatezza variamente declinato nei racconti dei vissuti soggettivi e già ampiamente ed efficacemente descritto tempo addietro dalla Bruch. La studiosa, come ribadito dall'autore pone l'accento sul

sentimento di inefficacia, disvalore, insieme alla distorsione percettiva dell'immagine corporea come elementi caratterizzanti il vissuto anoressico ascrivendoli a un disturbo della personalità, in conseguenza di inadeguato accudimento genitoriale a partire dalle fasi precoci di vita del bambino. Nell'ipotesi dell'autore una particolare configurazione strutturale del sé sottende il sentimento negativo del Sé pervasivo e centrale: "Eclissi del Sé". La metafora sta ad indicare un deficit strutturale del Sé attorno al quale si organizzerebbe la fenomenologia anoressica con la percezione da parte del soggetto di sentire oscurato, mancante e perciò inibito, il nucleo del Sé autentico (il vero Sé creativo di Winnicott) che sostiene l'individuazione e il senso di identità e di autostima, ad opera di un Sé adattivo svalorizzato che non concede spazio al potenziale sano della persona e determina il sentimento negativo del Sé. In questo modo al soggetto, per disturbate esperienze arcaiche di rispecchiamento (genitori non rispecchianti affettivamente ma ipercritici e svalutanti che, incapaci di riconoscere le proprie emozioni insieme a quelle del figlio, favoriscono una confusione percettiva fisica ed emozionale utilizzando ad es. il cibo come rimedio tout court), non è dato sentire come proprie capacità e qualità positive: il Sé potenziale non viene rispecchiato e la bambina avverte se stessa mancante, difettosa, il suo Sé fragile non può essere alimentato perché non riconosciuto e rimane la percezione del deficit. Per sopportare il vissuto negativo di mancanza di esistenza, di incapacità, lo spostamento del sentimento negativo di Sé dallo psichico al somatico, all'immagine corporea svalutata, si configura come un meccanismo difensivo ad opera del Sé carente che cerca di dirottare e confinare questo sentimento per renderlo affrontabile, nell'autopercezione dell'immagine fisica negativa. La lotta per la conquista del senso di identità è condotta nel corpo attraverso il controllo alimentare: "il Sé inadeguato diventa un corpo inadeguato brutto, grasso...il vuoto psichico un vuoto fisico" (Di Luzio, pag.10, 2010a) e la soluzione consiste nella ricerca del corpo ideale magro, al Sé ideale perfezionistico è delegato il compito di riparare il Sé imperfetto. Considerando l'adolescenza lo snodo critico per l'insorgenza dei disturbi alimentari, d'accordo la Bruch, l'autore guarda all'anoressia come un tentativo di sottrarsi alla partita evolutiva di questo periodo, arroccandosi in modo regressivo nello spazio concreto e maggiormente gestibile del corpo e del cibo (Di Luzio, 2010b). Nell'ottica etiopatogenica multifattoriale dell'autore, a seguito di un periodo infantile

predisponente, il Sé deficitario che è andato costituendosi si trova nell'incapacità di gestire i compiti di sviluppo dell'adolescenza, il vissuto imperfetto del Sé viene proiettato nell'immagine corporea che concretizza l'esperienza dell'immagine fisica negativa e quest'ultimo vissuto, nel tentativo di porvi rimedio, apre al controllo dell'ingestione alimentare.

### **3.4.2. L'esperienza deprivata del Sé**

Per certi aspetti vicina all'impostazione di Di Luzio è l'elaborazione teorica di Novelletto (1991). L'autore, trattando della patologia adolescenziale, traccia un quadro dell'anoressia mentale alla luce della psicologia del Sé e, tentando un'integrazione con i concetti winnicottiani di falso Sé/vero Sé, considera la personalità delle anoressiche contraddistinta da una scissione stabile e persistente all'interno del sistema del Sé, espressione di un deficit strutturale originatosi da un rapporto disfunzionale con i genitori-oggetti Sé, indispensabili ma frustranti, tale per cui, al pari di altre patologie in cui è presente uno sdoppiamento della personalità, si osservano parti diverse del Sé alternarsi sul piano identitario: da una parte un Sé esterno e adattivo e dall'altra un Sé interno e segreto. Il Sé esterno è configurabile come una struttura difensiva formata attraverso l'identificazione con il falso Sé dei genitori e avente la funzione di negare e mascherare la natura del Sé segreto, le sue esigenze, precludendone l'evoluzione, mentre il Sé interno si presenta strutturalmente deformato e atrofico ma anche investito di cariche narcisistiche suscettibili di essere dirette su oggetti-Sé (in questo senso potrebbe ancora essere capace di evoluzione e vitalità nell'ambito di un contesto terapeutico facilitante). La scissione che vede il Sé esterno organizzarsi difensivamente per occultare il Sé interno, vero, la parte più profonda dell'identità, riflette nell'anoressia la scissione tra il sé corporeo enterocettivo umiliato (ma investito narcisisticamente e tenuto segreto) e il Sé corporeo percettivo-motorio particolarmente abile e iperattivo. Il problema centrale nell'anoressia è dunque rappresentato dallo stato di pesante immaturità del Sé segreto, la sua incapacità ad esprimersi, rappresentante di un deficit strutturale derivato da un insufficiente sviluppo narcisistico nella prima infanzia. Secondo l'autore, la genesi di questa mancata strutturazione del Sé risiederebbe nei segnali ambigui, confondenti, inviati al bambino dalla madre (a propria volta con un Sé immaturo a causa di un disturbo narcisistico d'identità), nella fase di rispecchiamento tra infante-genitore. Superata apparentemente la fase di separazione-individuazione, il falso Sé identificatosi con le richieste genitoriali, diventa maggiormente adattato (le condotte compiacenti delle classiche brave bambine illustrate dalla Bruch) ma in esso è incubata la scissione che diventerà palese nella vulnerabile fase adolescenziale. Per la paziente anoressica, i vari tentativi da parte del Sé esterno di adattamento (ribellione o compiacenza nei confronti

del falso Sé dei genitori) finiscono solo per confonderla circa la propria identità, non riuscendo a garantire un senso di identità consistente e spendibile, né l'elaborazione sana delle esperienze, spettante invece alla parte più genuina di Sé. Anche i Kestenberg e Goodsitt, autori richiamati dallo stesso Novelletto, si riferiscono ai meccanismi di scissione, nella comprensione della patologia anoressica, da diverse angolazioni: i primi, individuando una struttura simile a quella indicata da Winnicott come falso-Sé, separato dall'Io corporeo e funzionante alla superficie delle attività cognitive e motorie, scisso da un Io primitivo, indifeso e impossibilitato ad evolversi e integrare le spinte pulsionali; il secondo, di ispirazione kohutiana, considera l'anoressia come un disturbo del Sé e ne rintraccia il fondamento eziologico nel mancato superamento della fase di separazione-individuazione, per carenze strutturali di autoregolazione dovute all'inadeguato riconoscimento materno del Sé del bambino in periodo infantile. L'arresto dello sviluppo al legame simbiotico con i genitori impedirebbe al soggetto di riconoscere il proprio Sé come nucleo dell'identità personale favorendo invece un falso adattamento. In questa condizione il Sé, esposto al pericolo della frammentazione, arruolerebbe meccanismi di difesa controllanti il proprio corpo e l'ambiente in modo da compensare il senso di impotenza (Novelletto, 1991).

### **3.4.3. “L' oggetto-Sé vicario”**

Sempre rifacendosi alle concezioni della psicologia del Sé precedentemente richiamate, è possibile considerare L'anoressia un tentativo di vicariare agli oggetti-Sé manca(n)ti (Di Luzio, 2010b). Le varie funzioni dell'oggetto-Sé, dal rispecchiamento all'idealizzazione, fondamentali per lo strutturarsi di un Sé coeso e autentico in grado di evolversi in modo autonomo e di affermarsi creativamente, sembrano, nel caso del vissuto anoressico, essere state mancanti o eccessivamente carenti. Le figure genitoriali non hanno cioè saputo offrire alla futura anoressica quelle esperienze di oggetti-Sè validanti e arricchenti che le avrebbero permesso di sentirsi riconosciuta e confermata come soggetto capace, unico, desiderato, visibile. Il senso di vuoto, di impotenza, di disistima (il Sé nucleare bloccato e deprivato) non esprimibile, sperimentato in un contesto relazionale così “deprimente”, va sedimentandosi ed alimenta in modo progressivo il bisogno di aggiustare qualcosa di avvertito come

impresentabile: il problema si sposta allora dallo psichico al somatico, sul controllo dell'immagine corporea (negativa) concretizzante il Sè e sulla sua riparazione (il corpo magro). I nuovi oggetti-Sé relazionali-adolescenziali (Di Luzio, pag.5, 2010b) vengono sostituiti, regressivamente, con gli elementi più rassicuranti e gestibili del cibo e del corpo (ideale) ai quali ci si affida e in cui ci si ritira, al riparo di rapporti interpersonali. Ed ecco che l'anoressia può rappresentare una soluzione, un alleato: l'oggetto-Sé di autoaccudimento che guarisce il Sé depotenziato.



## Conclusioni

Rifiuto, controllo degli oggetti altro da sé, incarnano un rimedio nuovo, un progetto originale - la soluzione anoressica - che la persona crea e difende per motivazioni profonde, di diversa natura e variamente interpretabili: per risolvere conflitti psicologici, per incapacità ad affrontare ed elaborare vissuti dolorosi di inefficienza paralizzante, per sfuggire al vuoto ingoiante, per uscire da una confusione d'identità, affermare o cercare di esprimere il proprio Sé, per opporsi e continuare a dipendere dall'Altro, per liberarsi dall'angoscia e, in generale, poter sopravvivere, psichicamente prima di tutto. La dimensione del rifiuto dell'Altro da Sé si annoda sul bisogno disperante e temuto del legame, interroga la "struttura" profonda del rapporto con l'Altro e, nel gioco ambivalente degli specchi si consuma, tra dentro e fuori, la tensione tra volontà e desiderio: anoressia come ultima frontiera di gestione di un appetito negato che investendo cibo e corpo rimanda inevitabilmente al "legame di nutrizione", nel senso più ampio del termine, con l'Altro-significativo.

Una riflessione: il tentativo - fallimentare - di autocura permette anche di creare spazio per appetiti diversi: accogliere il sintomo come nuovo desiderio, gestito e difeso, può significare indulgere in una posizione regressiva, difensiva, rassicurante, onnipotente, narcisistica, ma anche, paradossalmente, aprirsi alla possibilità di veicolare un desiderio che, sia pure con difficoltà, possa essere comunicato, farsi messaggio. L'emaciazione potrebbe allora essere funzionale da un lato, all'obiettivo del sentirsi unico, riconoscibile, separato, potente e, dall'altro, alla necessità di "agire" un messaggio non altrimenti esprimibile o pensabile. Il corpo quindi come avamposto di sofferenza privatamente dominato ma anche manifesto pubblico, segno tangibile da esporre allo sguardo dell'Altro, Altro da cui si dipende e dal quale ci si vorrebbe affrancare ma anche di qualcun-Altro che potrebbe aiutare, sostenere, specchiare, accogliere. Ecco che il desiderio originario si ritrova nel sintomo, segno tangibile, linguaggio trasferibile e possibile via per un percorso di guarigione, di simbolizzazione, per aprirsi all'altro.

Scrivono la De Clercq: "...se tu non mi guardi io non esisto...non erano le mie parole che voleva, come non voleva il cibo. Era una richiesta di attenzione, di presenza. Era uno sguardo, il mio, quello che desiderava...uno sguardo di accoglienza che le riconosce

insieme al loro bagaglio di emozioni” (1990 De Clercq, p.195, 2010). Il percorso per accettare di essere accettati, riconosciuti, è però un percorso difficile, da apprendere ed elaborare. Quel vuoto-pieno di impotenza e confusione, dal quale si cerca di fuggire deve trovare un contenimento, un contenitore, uno specchio, per non perdersi nella paura del nuovo sconosciuto, della crescita. Occorre avvertire su di sé lo sguardo di chi è capace di riconoscerci, di chi desidera vedere. Nello stadio dello specchio teorizzato da Lacan, il bambino impara a riconoscersi tramite l'aiuto dell'Altro e solo grazie a questa mediazione riesce a costruire la propria “identità” sperimentando un vissuto di padronanza e godimento. C'è bisogno di una duplicazione, di vedere nell'Altro e nella sua immagine il proprio riflesso (Recalcati, 1997). In Winnicott lo specchio è il viso materno attraverso cui il bambino intuisce se stesso, In Kohut è una funzione dell'oggetto-Sé-materno di cui il bambino necessita per esprimere un sé coeso. Per accettare di desiderare e riconoscersi occorre allora essere visti, legittimati come soggetti, dichiarati unici dallo sguardo amorevole. Il dialogo tra volontà e desiderio nella dimensione anoressica parla allo specchio dell'Altro, che è poi il proprio, all'incontro che non c'è stato o è stato insostenibile. Il corpo in cambiamento, un corpo mai troppo magro però, è una possibile via d'uscita, permette di intuire una trasformazione e sostenerla, verificare il potere di controllo. E ancora al corpo, nemico e compagno di lotta, può essere delegato il compito di corrispondere con un “pieno” concreto, le ossa, al vuoto di identità interno. Il corpo si può affamare, punire, ma anche controllare, dominare nella sua concretezza, toccare. L'immagine e lo specchio però sono ingannevoli e il troppo poco potrebbe non bastare, nella paura o incapacità a incontrare se stessi. Serve allora uno specchio nuovo, uno specchio-faccia che aiuti a riflettere la costruzione di un sé creativo (Winnicott, 1971), l'occasione della crescita e del cambiamento e non lo scenario statico di un tempo sospeso (Onnis, 2004), uno specchio che rimandi l'immagine di un percorso di separazione e individuazione praticabile a fondamento di un'autonomia autentica, non ripiegata illusoriamente sul sintomo ma giocata sull'affrancamento - sano - dall'Altro significativo, materno e familiare, senza negare ma riconoscere il valore positivo della dipendenza, della capacità cioè di prendere dagli altri (Williams, 1997).

Serve insomma uno specchio altro che non rifletta “la sostenibile leggerezza

dell'essere" ma la sua liberazione nello spazio trasformativo, e pensabile, delle possibilità.

## Bibliografia e Sitografia

- Andreoli V., Cassano G. B., Rossi R., a cura di, (2000). *DSM-IV-TR*, Elsevier Masson Ed., 2002.
- Bion W. R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*, Armando Ed., Roma, 2009.
- Bloss P. (1977). *L'adolescenza come fase di transizione*, Armando Ed., Roma, 1993.
- Bruch H. (1978). *La gabbia d'oro*, Feltrinelli Ed., Milano, 2003.
- Bruch H. (1973). *Patologia del comportamento alimentare*, Feltrinelli Ed., Milano, 1977.
- Brusset B. (1998). *Psicopatologia dell'anoressia mentale*, Ed. Borla, Roma, 2002.
- Brusset B. (1979). *L'anoressia mentale del bambino e dell'adolescente*, Ed. Borla, Roma, 1992.
- Clerici M., Lugo F., Papa R., Penati G. (1996). *Disturbi alimentari e contesto psicosociale*, Franco Angeli Ed., Milano, 1996.
- Comelli F. (2005). Gruppi monosintomatici con pazienti anoressico bulimiche e assunti di base: la dimensione somatica delle pazienti e la posizione dell'analista. In: Gruppo con pazienti anoressiche: fattori terapeutici, *Funzione gamma*, n° 14, 2005.
- Comelli F. (2010). Generazioni di analisti, generazioni di pazienti: la distruttività non simbolizzabile nella contemporaneità. In: Anoressia, Adolescenza, Gruppo, *Funzione gamma*, catalogo n°24, 2010.
- Cosenza D. (2008). *Il muro dell'anoressia*, Casa Editrice Astrolabio, Roma, 2008.
- Curi Curi Novelli M., a cura di, (2004). *Dal vuoto al pensiero*, Franco Angeli Ed., Milano, 2004.
- De Clercq F. (1990). *Tutto il pane del mondo*, Bompiani Ed., Milano, 2010.
- Di Luzio G. (2010a). Disturbi alimentari psicogeni: eclissi del sé ed esperienza del corpo. In: *International Journal of Psychoanalysis and Education*, www.psychedu.org, vol. II n° 2, 2010.
- Di Luzio G. (2010b). Individuazione del Sé e disturbi alimentari in adolescenza. In: Anoressia, Adolescenza, Gruppo, *Funzione gamma*, catalogo n°24, 2010.
- Faccio E. (1999). *Il disturbo alimentare*, Carocci Ed., Roma, 2008.
- Freud S. (1905). *Tre saggi sulla teoria sessuale*, Bur Rizzoli Ed., Milano, 2010.
- Gabbard G. O. (2005). *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina Ed., Milano, 2007.

- Jeammet P. (2004). *Anoressia Bulimia*, Franco Angeli Ed., Milano, 2006.
- Klein M. (1946). *Scritti 1921-1958*, Bollati Boringheri Ed., 1978.
- Kohut H. (1985). *Seminari. Teoria e clinica della psicopatologia giovanile*, Astrolabio Ed., 1989.
- Marinelli S. (2004). *Il gruppo e l'anoressia*, Raffaello Cortina Ed., Milano, 2004.
- Marinelli S. (1998). Anoressia, o l'invivibilità del bisogno: trattamento nel gruppo monosintomatico a finalità analitica. In: *Psychomedia Telematic Review*, Risposta al disagio - Anoressia e Bulimia, www.psychomedia.it, 1998.
- Masterson J. (1977). Primary Anorexia Nervosa in the Borderline Adolescent, an Object-Relations View. In: *Borderline Personality Disorders*, Edited by Peter Hartcollis, International University Press, 1979.
- Minuchin S., Rosman B. L., Baker L. (1978). *Famiglie psicosomatiche. L'anoressia mentale nel contesto familiare*, Astrolabio Ed., Roma, 1980.
- Novelletto A. (1991). L'anoressia mentale alla luce della psicologia del sé. In: *Psichiatria Psicoanalitica dell'adolescenza*, Borla Ed., Roma, 1991.
- Onnis L. (2004). *Il tempo sospeso*, Franco Angeli Ed., Milano, 2004.
- Polacco Williams G. (1997). *Paesaggi interni e corpi estranei*, Mondadori Ed., Milano, 1999.
- Recalcati M. (1997). *L'ultima cena*, Mondadori Ed., Milano, 2007.
- Recalcati M. (2003). *Introduzione alla psicoanalisi contemporanea*, Mondadori Ed., Milano, 2003.
- Recalcati M., Zuccardi Merli U. (2006). *Anoressia, bulimia e obesità*, Bollati Boringheri Ed., Torino, 2006.
- Ruggieri V., Fabrizio M. E. (1994). *La problematica corporea nell'analisi e nel trattamento dell'anoressia mentale*, Edizioni Universitarie Romane, Roma, 1999.
- Selvini Palazzoli M. (1963). *L'anoressia mentale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2006.
- Winnicott D. W. (1971). *Gioco e realtà*, Armando Ed., Roma, 1974.
- Winnicott D. W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando Ed., Roma, 1974.
- Winnicott D. W. (1988). *Sulla natura umana*, Raffaello Cortina Ed., Milano, 1989.