

ALCUNE CONSIDERAZIONI PSICANALITICHE SULL'ANORESSIA

Cinzia Zangari

Abstract

Some psychoanalytic considerations on anorexia.

Over the past 50 years, anorexia has been the center of several studies the aim of which is not only to investigate the underlying causes, but also to find a therapeutic method capable of overcoming the powerful resistances that patients oppose to treatment. During their research, most researchers have increasingly drifted away from the psychoanalytic theoretical foundations, considering them to be inadequate and reductive. Through this article, the author will give evidence of how a return to Freud's original thought, and to the sexual etiology of eating disorders, leads to a profoundly explanatory theoretical response to a complex phenomenon such as anorexia.

Keywords: *anorexia, bulimia, self-preservation, sexuality, libido, drive, rejection, symptom, emptiness, lack.*

1. Introduzione

A partire dagli anni '60 la diagnosi di anoressia, prima considerata una sindrome rara,¹ è dilagata come un'*epidemia*² attirando l'attenzione degli specialisti del

¹ L'anoressia prima degli anni Sessanta era considerata una diagnosi molto rara. Gli studiosi hanno imputato questa esplosione improvvisa al fatto che fattori sociali e culturali abbiano iniziato a premere sulle donne moltiplicando le loro situazioni conflittuali. Tra le possibili cause vengono enumerate: l'entrata della donna nella società con la possibilità di svolgere ruoli che prima erano solo maschili, le molteplici richieste sociali per essere considerata una donna-madre modello e di successo, nonché la tendenza della moda a spingere verso un ideale di magrezza, la pressione della propaganda di diete e farmaci dimagranti, ecc. Bisognerebbe però capire se per caso non si sia trattato anche di un dilagare di diagnosi e di falsi positivi.

² Il gran vociferare di quegli anni ha contribuito a fornire un'immagine allarmante del problema, ovvero di una piaga sociale da combattere e fermare, ma che dilagava nonostante i tanti sforzi per contenerla. Anche alcuni titoli di libri sono particolarmente rivelatori di questo atteggiamento generale: vedi Gordon R. A. (2004), *Anoressia e bulimia. Anatomia di un'epidemia sociale*. Vedi anche Costantino L. (2008), *L'anoressia. Storia, psicopatologia e clinica di un'epidemia moderna*.

settore, e quella pubblica attraverso trasmissioni televisive, articoli su riviste e documentari.³ A suscitare un tale interesse collettivo hanno contribuito soprattutto i numerosi casi clinici ostinati i quali, in pochissimo tempo, hanno conferito a questa affezione il primato di malattia mentale con il più elevato tasso di mortalità.⁴

Data la portata del problema, molti studiosi si sono mobilitati per trovare una spiegazione scientifica e sociale a questo particolare fenomeno del mondo occidentale, e la produzione letteraria degli ultimi quaranta anni su questo argomento è stata considerevole.

Alcuni autori si sono interessati all'anoressia attraverso dettagliate analisi storiche per mettere in luce le similitudini con gli ideali ascetici delle sante digiunatrici;⁵ altri autori hanno considerato l'anoressia un sintomo di altre affezioni; alcuni hanno dedicato anni di studio giungendo a ritenere l'anoressia una vera e propria sindrome a sé stante; altri ancora l'hanno giudicata una manifestazione sintomatica isterica, melanconica, psicotica o perversa. Ne è risultato che, visti i pareri discordi, ad oggi non esiste ancora una spiegazione unanime sul problema.

Oltre a tentare di inquadrare l'anoressia in una categoria diagnostica, moltissimi medici, psichiatri, psicanalisti, psicologi e psicoterapeuti, seguendo il proprio orientamento teorico, si sono attivati per scoprire le cause soggiacenti a questo caparbio comportamento alimentare e, vista la riluttanza delle pazienti a farsi curare, per avvalersi dell'intervento terapeutico più efficace.

Ma nonostante tutti questi sforzi, e a causa della grande confusione che si è costituita intorno a questo disturbo, alcuni interrogativi di ordine generale sono a mio parere ancora rimasti senza risposta. Ad esempio: l'anoressia è un sintomo o una sindrome a sé? Che relazione ha con gli altri stati morbosi e con la bulimia? Le diverse teorie proposte sono tutte veramente capaci di fornire risposte appropriate ai dati clinici che emergono dall'indagine su questi soggetti? E perché colpisce soprattutto le donne?

Ovviamente a questi interrogativi se ne potrebbero aggiungere anche altri ma qui mi preme solo sottolineare che senza una concezione eziologica comune è

³ Non si può non notare che anche l'influsso mediatico ha contribuito ad alimentare il fenomeno diffondendolo. Tutta questa pubblicità indiretta ha donato all'anoressia una sorta di alone di fascino e ha fornito una visione della malattia come estremamente particolare attirando le attenzioni di genitori, docenti e degli adulti in generale.

⁴ La mortalità dell'anoressia è infatti compresa tra il 5 e il 15% dei casi ed è una tra le maggiori cause di mortalità tra le giovani ragazze e tra le malate psichiatriche. Recenti studi riportano una mortalità annua dello 0,5%. Ciò significa che dopo 20 anni di malattia si registrano in media 10 casi di decesso ogni 100 ragazze malate. La morte avviene per suicidio o come conseguenza del grave stato di malnutrizione.

⁵ Vandereycken W., van Deth R. (1995), *Dalle sante ascetiche alle ragazze anoressiche*.

molto difficile dare risposte coerenti e adeguate, a maggior ragione quando le teorie esplicative sono molteplici e concettualmente distanti una dall'altra.

Non è comunque tanto mia intenzione discutere qui sulla validità o meno delle diverse teorie che orbitano intorno a questo disturbo alimentare quanto richiamare l'attenzione sul fatto che un ritorno alla psicanalisi freudiana può far luce su fenomeni complessi come quello anoressico.

Oggi l'orientamento psicanalitico dominante nei casi di anoressia è quello lacaniano che è tornato alla ribalta dopo che la psicanalisi è stata da molti abbandonata perché ritenuta troppo riduttiva e con marcati limiti nella gestione delle pazienti anoressiche.

Non condivido la concezione lacaniana sull'anoressia ma non posso neppure dar torto a chi si è espresso in questi termini nei riguardi della psicanalisi perché l'abbandono, da parte degli epigoni di Freud, degli assunti fondamentali della sua metapsicologia in favore di altre tesi, e la segmentazione teorica che ne è derivata in seno alla psicanalisi, hanno distrutto il lavoro freudiano originario e ridotto la capacità esplicativa di questa scienza.

In questo articolo, quindi, seguendo il pensiero originario di Freud cercherò di restituire alle dinamiche pulsionali, e soprattutto alla sessualità, il ruolo che Freud ha sempre attribuito loro nell'eziologia delle patologie psichiche. Reintrodurre questo elemento per la spiegazione dei comportamenti e delle manifestazioni dei soggetti anoressici può fornirci, infatti, una risposta teorica profondamente esplicativa su un problema psichico così controverso.

2. Descrizione clinica dell'anoressia

Casi di anoressia sono stati osservati da moltissimo tempo e la descrizione clinica che i vari medici hanno fornito è stata sino ad oggi sempre la stessa: si tratta di ragazze borghesi, ubbidienti, scrupolose, che eccellono nell'attività scolastica e fisica, che non hanno mai dato problemi in famiglia ma che presentano un *ostinato rifiuto ad alimentarsi*.⁶ Bisogna prestare molta attenzione a questo aspetto perché non si tratta di una perdita dell'appetito – così come la parola anoressia potrebbe far pensare – ma di uno smodato controllo sulla fame e di una caparbia rinuncia a soddisfarla. La Selvini Palazzoli e la Bruch, nelle loro descrizioni cliniche, hanno infatti sottolineato che queste pazienti sentono lo stimolo della fame,

⁶ Il rifiuto di nutrirsi produce tutta una serie di alterazioni di tipo metabolico, endocrino e organico come: la bradicardia, la bradipnea, l'ipotermia; la caduta dei capelli, l'insufficienza renale, le alterazioni cardiache e cardiovascolari e l'osteoporosi (solo per citarne alcune). La prima conseguenza è l'amenorrea seppur l'assenza del ciclo non desti la benché minima preoccupazione nelle ragazze. Tutte queste disfunzioni e complicazioni hanno richiesto per l'anoressia un'integrazione delle terapie psicologiche con quelle mediche.

e anche tenacemente, ma lo tengono lontano con ostinazione.⁷ Si tratta perciò di una vera e propria lotta contro la fame.

Dal punto di vista clinico questa caratteristica del *controllo* è estremamente significativa perché mostra che queste ragazze, attraverso un atto cosciente e volontario, vogliono tenere a bada uno stimolo pulsionale che, come è noto, se non viene soddisfatto non smette di farsi sentire.

Per coerenza ci si aspetterebbe che al rifiuto del cibo ne segua il disinteresse, invece le anoressiche instaurano un vero e proprio rapporto ossessivo con gli alimenti. Il cibo diventa un'idea fissa e occupa costantemente il loro pensiero, tant'è che si trasformano spesso in grandi intenditrici dei valori nutrizionali e calorie degli alimenti oppure in ottime cuoche che amano preparare piatti succulenti per i propri familiari per il solo piacere di vederli mangiare, senza però assaggiarne mai un boccone. Come si evince da questo comportamento si istituisce una vera e propria contraddizione nel rapporto tra lo stimolo pulsionale e l'oggetto in grado di soddisfarlo. Il valore fisiologico del cibo come mezzo di sopravvivenza perde di significato e viene sostituito da un investimento psichico straordinario, a condizione però che non venga usato per soddisfare lo stimolo pulsionale. Pulsione e oggetto vengono così tenuti ostinatamente separati.

Il misero pasto che si concedono viene consumato con una scrupolosa osservanza di prescrizioni rituali – tipica delle nevrosi ossessive – sia nell'assunzione del cibo (lo sminuzzano in microscopici pezzi e lo masticano a lungo), sia per il ricorso, dopo l'ingestione, al vomito autoindotto o ai lassativi. Il vomito è di solito un atto con valore disangosciante. Il senso di vuoto provato dopo l'espulsione del cibo contribuisce a sollevarle dalla colpa di aver mangiato. Ma quel che colpisce è la necessità che hanno queste ragazze di mangiare sempre da sole. Perché questa esigenza? Se da un lato può apparire una forma di chiusura narcisistica verso il mondo, dall'altro lato sembra anche implicare il desiderio di nascondersi per non farsi vedere da nessuno. Molto probabilmente questo rituale ossessivo è dotato di un senso molto più profondo di quel che si è creduto.

La caparbia ostinazione a non mangiare è giustificata attraverso la fobia di diventare grasse, e anche quando raggiungono uno spaventoso stato di emaciazione le anoressiche continuano a sostenere di essere troppo grasse. I *mass media* e gli studiosi hanno dato molta importanza a questa convinzione e hanno ritenuto l'influenza sociale prodotta dall'ideale del corpo magro un fattore scatenante dell'esplosione improvvisa del sintomo.

Ritengo però che, oltre l'ideale sociale (che vale da pretesto), la ricerca di un corpo asessuato e androgino derivi soprattutto dal rifiuto delle nuove forme corporee. La trasformazione puberale con l'aumento del seno, dei fianchi e

⁷ Vedi Selvini Palazzoli M. (2006), *Anoressia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare*. Vedi anche Bruch H. (2012), *La gabbia d'oro. L'enigma dell'anoressia mentale*.

delle natiche viene vissuta da queste ragazze, come risulta da alcune testimonianze cliniche, come insopportabile.⁸

Infatti, non solo perdono l'interesse per i rapporti sociali con i coetanei, ma hanno tutte una vita sessuale inesistente, non hanno mai un fidanzato – se ne hanno avuto uno è stato solo per pochissimo tempo – e presentano una forte inibizione e disinteresse verso tutto ciò che riguarda la sessualità. Si dovrebbe perciò riflettere sul perché proprio nell'età in cui matura la genitalità, e in cui l'interesse per i rapporti amorosi solitamente si intensifica, queste ragazze si paralizzino, ma soprattutto non si dovrebbe sottovalutare che la presenza di una totale inibizione di una funzione dell'Io è sempre un indice patognomico importante. Dalla letteratura emerge invece che l'interesse dei clinici per le problematiche sessuali delle anoressiche è andato sempre più scemando.⁹ Probabilmente questa svalutazione trae origine dall'allontanamento dalla teoria freudiana dell'eziologia sessuale delle nevrosi e delle fasi di sviluppo psicosessuale e dall'aumento di popolarità delle teorie relazionali, esistenziali, comportamentali, ecc.

Un esempio di questa evoluzione è già evidente nei lavori della Bruch e della Selvini Palazzoli – considerate le maggiori esperte di anoressia – le quali hanno spostato l'attenzione sul fattore relazionale.

Infatti, la Bruch ha indirizzato i suoi sforzi terapeutici verso la correzione dei turbamenti emotivi dovuti alla bassa autostima, alla mancanza di autonomia dai genitori e alla tendenza delle anoressiche ad essere troppo compiacenti con gli altri. Nel suo testo che raccoglie alcuni casi clinici si legge:

Nelle mie prime formulazioni, indicavo tre caratteristiche tipiche del disturbo anoressico: una falsa percezione quasi maniacale del proprio corpo (immagine corporea disturbata), una confusione circa le proprie sensazioni corporee, e un senso onnipervasivo di incapacità. Ora sono incline a considerare queste caratteristiche sotto un'etichetta più ampia, cioè come espressione di un concetto di sé deficitario, della paura di essere vuoti o malvagi interiormente, come un qualcosa che deve essere celato in ogni

⁸ L'idea che le trasformazioni fisiche del corpo abbiano un impatto profondo sulla psiche della giovane adolescente è condivisa da tutti gli autori, così come lo conferma anche l'età in cui solitamente appare la sintomatologia. Ma non è da escludere che l'ideale androgino sia a sua volta legato alle cause psichiche.

⁹ Viene da domandarsi se questo allontanamento dall'indagine sulla sessualità non dipenda anche da un'ormai diffusa tendenza degli stessi terapeuti a non discutere più di questo argomento con i propri pazienti. Dopo che Freud con la sua teoria della libido è stato in grado di spiegare l'eziologia delle psicopatologie, dopo che in seguito a ciò è stato accusato da molti di pansessualismo, e dopo il conseguente allontanamento dai fondamenti della sua metapsicologia, i terapeuti hanno trovato il modo di rendere nuovamente tabù qualcosa che tabù non dovrebbe certo essere.

circostanza. Gli anoressici riescono a nascondere queste sensazioni straordinariamente bene, perché sono ultracompiacenti verso i desideri degli altri.¹⁰

Per questa ragione, in entrambi i testi di Hilde Bruch, *Anoressia. Casi clinici e La gabbia d'oro*,¹¹ non si trova alcun accenno, in nessuno dei casi illustrati e commentati, alle problematiche sessuali delle giovani pazienti. Le analisi, seppur interessanti, si focalizzano principalmente sul recupero di una nuova immagine di sé, dell'autostima e dell'indipendenza dalle pretese e desideri delle figure genitoriali.

La Selvini Palazzoli, invece, oltre ad aver indicato come problema fondamentale delle anoressiche il rinnegamento e la paura del corpo, afferma:

L'esperienza di molti casi mi ha convinta come anche per le anoressiche mentali il problema sessuale non sia il problema di base. La maggioranza delle pazienti (e più che mai i rarissimi pazienti maschi) non è neppure arrivata alla genitalità in senso psicologico. La grave immaturità, le numerose rimozioni profonde degli impulsi libidici pregenitali, la debole e disintegrata struttura dell'Io mantengono questi soggetti a livelli molto infantili dello sviluppo personale. Il sorgere del problema sessuale connesso all'infrenabile sviluppo del corpo, agendo come scatenante di situazioni traumatiche, o più semplicemente di situazioni nuove e inattese, mette in evidenza la preesistente fragilità di questi soggetti. [...] Lo sviluppo sessuale costituisce dunque un'aggravante, la presa di coscienza della propria incapacità a risolvere adeguatamente, fra i molti non risolti, questo nuovo problema. [...] Il loro problema non è quello specifico del dominio sopra la sessualità, ma il problema del dominio sopra l'inammissibile sopraffazione delle esigenze corporee ravvisate primariamente negli stimoli della fame.¹²

Anche per la Selvini Palazzoli si evince che il problema sessuale non riveste un ruolo principale nell'eziologia del sintomo, ma ne ha solo uno secondario. Vorrei però sottolineare che la sessualità genitale non può essere considerata solo come un'aggravante, perché è il frutto di un percorso evolutivo della libido, pertanto, se dopo la pubertà si manifesta in modo patologico significa che qualcosa è andato storto nel corso del suo sviluppo. Freud ha sempre individuato nello sviluppo in due tempi della sessualità – insieme all'impotenza motoria presente alla nascita – uno dei principali fattori eziologici delle psicopatologie. Perciò proprio perché, come la Selvini Palazzoli stessa ha riconosciuto, in questi soggetti si sono verificati forti rimozioni degli impulsi libidici pregenitali, a maggior ragione sarebbe indispensabile indirizzare la terapia verso la risoluzione di questi blocchi dello sviluppo.

¹⁰ Bruch H. (1988), *Anoressia. Casi clinici*, p. 2.

¹¹ Bruch H. (2012).

¹² Selvini Palazzoli M. (2006), pp. 85-88.

Concludo ricordando altre due particolari caratteristiche delle anoressiche.

Queste ragazze hanno un impulso irrefrenabile a muoversi e a fare ginnastica di nascosto sottoponendosi a notevoli sforzi fisici. Sono in grado di raggiungere un vero e proprio faticismo con una resistenza incredibile al freddo, alla fatica e al sonno. Si sottopongono a tutte queste attività nonostante la perdita di energie dovute alla cachessia, con lo scopo, a loro dire, di perdere peso o comunque, di mantenere a tutti i costi il peso raggiunto.

Infine, risulta tipica la loro ostinata negazione del problema, in quanto reputano i propri comportamenti normali, coerenti e sensati. Questo disconoscimento è stato considerato da alcuni un tratto psicotico della personalità di queste malate. Il rifiuto a ogni trattamento di queste pazienti è stato anche causa di grossi problemi terapeutici¹³, ma nella mia esperienza clinica ho potuto notare che questa caratteristica è molto variabile. Nelle pazienti con una organizzazione psichica meno sviluppata (narcisistica) questo atteggiamento di negazione e rifiuto della cura è molto accentuato, mentre nei casi in cui il sintomo pertiene ad una organizzazione nevrotica (isterica o ossessiva) la chiusura verso la terapia e il misconoscimento del sintomo non sono così caparbi.

3. Sindrome o sintomo?

La diatriba degli scienziati sull'inquadramento diagnostico dell'anoressia è stata notevole. Alcuni l'hanno considerata una sindrome a sé stante, mentre altri un sintomo di altre psicopatologie, ma dopo le ricerche di Hilde Bruch¹⁴ e Mara Selvini Palazzoli,¹⁵ si è diffusa la convinzione che l'anoressia posseda uno statuto autonomo di disturbo psicologico. Infatti, anche nel DSM 5 i disturbi dell'alimentazione sono una classe a sé e l'anoressia, con l'elenco dei relativi criteri diagnostici, è stata inserita in questa categoria insieme alla bulimia.

Ciononostante vige ancora un acceso dibattito sull'inquadramento nosografico del disturbo.

Questa confusione trae sicuramente origine dall'importanza che è stata data all'anoressia come fenomeno clinico particolarmente singolare e bizzarro. Ma anche e soprattutto dalla tendenza della psichiatria di nominare tutti i sintomi per inserirli all'interno di categorie diagnostiche, finendo col segmentare troppo le poche categorie di massima veramente necessarie per fare una diagnosi in ambito psichico.

¹³ La negazione del sintomo rende queste ragazze difficilmente avvicinabili, diffidenti, scontrose e poco partecipative alla terapia.

¹⁴ Bruch H. (2000), *Patologia del comportamento alimentare. Obesità, anoressia e personalità*.

¹⁵ Selvini Palazzoli M. (2006).

Dei criteri diagnostici sono certamente validi come linea guida generale, ma sono dell'idea che in ambito psichico un'esagerata rigidità è tutt'altro che vantaggiosa perché le psicopatologie sono per lo più determinate da variabili individuali e sorgono all'interno di un contesto soggettivo. Molto probabilmente avvalendosi delle principali categorie nosografiche di psicosi, nevrosi, perversione e stato limite, senza operare uno scorporamento eccessivo delle stesse, è possibile avere una comprensione maggiore dei disturbi psicologici e delle loro molteplici caratteristiche. La psicanalisi, partendo dal presupposto che ogni sintomo ha un senso, è intrinsecamente collegato alla vita psichica del soggetto e va interpretato sulla base della storia del paziente, si è infatti sempre servita, rispetto alla psichiatria, di queste poche categorie diagnostiche.¹⁶

Nel caso dei disturbi alimentari tale sensibilità diagnostica risulta fondamentale perché le indagini cliniche dimostrano che sono presenti in ogni forma psicopatologica, seppur assumano connotazioni diverse. L'anoressia, ossia il *rifiuto del cibo*, è infatti un sintomo delle psicosi, della melanconia e delle psiconevrosi. Ciò che cambia è solo il modo in cui si manifesta.

Nello psicotico, ad esempio, non nutrirsi è una difesa, un modo per sottrarsi alle cattive intenzioni dei persecutori che il malato crede di avere, e trae origine dall'angoscia di annientamento e dalla paura di essere avvelenati e uccisi: il cibo è perciò veleno in sé.

Concordo con quanto nota Brusset nel suo testo sull'anoressia,¹⁷ quando sottolinea che il comportamento delle ragazze anoressiche si discosta dal comportamento psicotico perché risultano conservate le capacità intellettuali e il funzionamento psichico, non vi sono deliri, né disturbi del corso del pensiero o esperienze di depersonalizzazione, e che, solo eccezionalmente, i casi più gravi possono degenerare in una psicosi conclamata. L'unica caratteristica che si potrebbe avvicinare ad una struttura psicotica è l'irreale visione che le ragazze anoressiche hanno del loro corpo, ma non bisogna dimenticare che una distorta percezione corporea è anche una caratteristica delle organizzazioni isteriche.

Oltre ad essere un sintomo delle psicosi, l'anoressia è anche un sintomo degli stati melanconici. Nel caso di questa psicopatologia si è sempre ritenuto che il rifiuto ostinato del cibo fosse imputabile alla perdita di interesse per la vita di questi

¹⁶ Nella lezione 18, *La fissazione al trauma; l'inconscio di Introduzione alla psicoanalisi*, p. 440, Freud scrive: «Da questi sintomi una strada, che non si può non imboccare, porta alla convinzione che nella psiche esista l'inconscio; ed è proprio per questo che la psichiatria clinica, la quale conosce solo una psicologia della coscienza, non sa che altro fare dei sintomi, se non spacciarli per indizi di un particolare tipo di degenerazione».

¹⁷ Cfr. Brusset B. (1992), *L'anoressia mentale del bambino e dell'adolescente*, pp. 114 sgg.

malati, ma gli studi accurati di Karl Abraham¹⁸ hanno fornito un'ampia spiegazione sul senso inconscio di questo sintomo e anche dimostrato la derivazione da una fissazione alla fase orale descritta da Freud.

Freud stesso, nei primissimi anni del suo lavoro, aveva associato l'anoressia mentale alla melanconia affermando che la si può considerare la *nevrosi parallela*¹⁹ di questa malattia. In effetti, nelle ragazze anoressiche si possono osservare comportamenti tipici di questa patologia come la tendenza all'autodenigrazione, la presenza di una bassa autostima, l'autopunizione, la pedanteria, ecc. Credo perciò che i casi più ostinati di anoressia possano essere una manifestazione sintomatologica di una nevrosi narcisistica.²⁰

Nelle psiconevrosi, come l'isteria e la nevrosi ossessiva, sono invece presenti molte alterazioni del rapporto con il cibo che si manifestano in forme diverse e spesso mascherate, basti pensare ai sintomi di inappetenza, disgusto, vomito e nausea. Ciò non toglie però che, oltre a queste singole modalità, il disturbo alimentare si possa manifestare con la costellazione comportamentale descritta. Mentre infatti, come accennato prima, nelle anoressiche non si riscontrano conclamate caratteristiche psicotiche, è invece ampiamente rilevabile la presenza di un'organizzazione nevrotica, date le notevoli fobie e i tratti del carattere tipicamente ossessivo (preoccupazioni esagerate per l'ordine, la meticolosità, il perfezionismo, la ritualità, ecc.). Né può sfuggire al clinico esperto il legame con la struttura isterica²¹ viste alcune fondamentali peculiarità comuni: il corpo come

¹⁸ Vedi Abraham K. (1924), *Tentativo di una storia evolutiva della libido sulla base della psicoanalisi dei disturbi psichici*.

¹⁹ Cfr. Freud S. (1895), *Minute teoriche per Wilhelm Fliess, Minuta G, Melanconia*.

²⁰ Alcuni studi hanno evidenziato nelle ragazze anoressiche la presenza di stati depressivi. Vedi Dowson J. (2004) "Associations of the severity of depressive disorders in women with psychogenic low weight". Vedi anche Ivarsson T., Rastam M., Wentz E., Gilberg I. C., Gilberg C. (2000), "Depressive disorders in teenageonset anorexia nervosa: a controlled longitudinal, partly community based study". In questo studio condotto su 51 adolescenti anoressiche osservate nell'arco di dieci anni l'85% dei casi aveva una diagnosi di disturbo depressivo.

²¹ Eminent studiosi di fine '800, quali Charcot, Lasègue e Janet, descrissero dei casi riconducendo l'anoressia alla struttura isterica. Lasègue parlò di *anoressia isterica* fornendo un accurato resoconto di una paziente che presentava le stesse caratteristiche delle anoressiche odierne e Janet ne parlò per indicare una malattia soggetta a complicazioni dovute al rifiuto sistematico del cibo. Osservò che queste malate non accettavano il loro corpo femminile. Più esattamente definì questo rifiuto la *honte de corps* per sottolineare che queste ragazze provavano vergogna del loro corpo. Era opinione di Janet che le malate tendessero a dissimulare il loro sesso perché desideravano essere asessuate e senza un corpo, che il rifiuto del cibo era solo l'espressione più evidente della loro non accettazione della femminilità e che la problematica sottostante era di

mezzo di azione sugli altri, la prevalenza prettamente femminile e l'insorgenza con lo sviluppo della sessualità genitale.

Non si tratta allora, come molte indagini epidemiologiche hanno cercato di dimostrare, di casi di comorbidità con gli stati depressivi, i disturbi d'ansia, il disturbo compulsivo-ossessivo, i disturbi di personalità e via dicendo, ma semplicemente di un sintomo che può presentarsi in tutte queste psicopatologie.

Dello stesso parere sono Siracusano, Troisi, Marino e Tozzi²² i quali, dopo aver esaminato vari studi presenti in letteratura sulla comorbidità tra i disturbi alimentari e le altre patologie, sono arrivati alla conclusione che sia necessaria una revisione delle attuali credenze perché tutti i DCA rappresentano molto più probabilmente un disturbo transnosografico, e cioè una manifestazione sintomatica presente in tutte le psicopatologie. Il loro studio contribuisce così a restituire all'anoressia, alla bulimia e agli altri disturbi dell'alimentazione il loro statuto di sintomo anziché di sindrome a sé.

Per concludere ritengo opportuno sottolineare che tutta questa confusione sui sintomi alimentari è stata originata soprattutto dalla perdita, nel tempo, di una teoria capace di spiegare in modo coerente l'eziologia e il significato di questo genere di sintomi.

4. La teoria freudiana e l'erotizzazione nei sintomi alimentari

In Freud non troviamo la descrizione di un caso che presenta tutte le caratteristiche delle anoressiche odierne, ma tutte le volte che fa riferimento al rifiuto alimentare lo considera un sintomo di altre patologie e lo imputa sempre ad un problema dello sviluppo della libido.

Le prime descrizioni cliniche di questo disturbo si trovano nei casi di Emmy von N. e Anna O. Entrambe rifiutavano di mangiare e bere, entrambe erano isteriche, entrambe avevano assistito a scene che avevano provocato in loro disgusto e ribrezzo. Nel caso della signora von N. si trattava di un'abulia dovuta all'esistenza di associazioni a forte tonalità affettiva non risolte, che si opponevano all'annodamento di nuove associazioni. Il meccanismo sottostante al rifiuto alimentare di queste pazienti era quindi per Freud uguale a quello delle paralisi isteriche. Derivava dall'impossibilità di liquidare un ammontare affettivo e dalla conversione dello stesso nella via somatica.²³

Nel 1895 Freud, nella Minuta G²⁴ indirizzata a Fliess, scrive:

natura sessuale.

²² Siracusano A., Troisi A., Marino V., Tozzi F. (2003), "Comorbidità nei disturbi della condotta alimentare: revisione critica della letteratura".

²³ Cfr. Freud S. (1892), *Studi sull'isteria*.

²⁴ Nella Minuta G Freud mette in relazione il modo in cui l'anestesia incide sulla melanconia. L'anestesia è per Freud un fattore costituente della melanconia e consiste nel

La nevrosi alimentare parallela alla melanconia è l'anoressia. La ben nota anorexia nervosa delle ragazze mi sembra essere (da osservazioni accurate) una melanconia che si verifica ove la sessualità non si è sviluppata. La paziente asseriva che non mangiava semplicemente perché non aveva appetito e per nessun'altra ragione. Perdita di appetito: in termini sessuali, perdita della libido.²⁵

Il rifiuto alimentare è quindi un sintomo che nasconde un significato profondo inevitabilmente connesso con la dimensione pulsionale. E nel caso dell'uomo dei lupi aggiunge:

È noto che in un'età ben più tarda (nelle giovinette all'epoca della pubertà o subito dopo) può darsi una nevrosi in cui il rifiuto della sessualità si esprime nella anoressia. Tale nevrosi va messa in rapporto con questa fase orale della vita sessuale.²⁶

Ecco l'idea di Freud in merito all'anoressia: si tratta di un sintomo che si può presentare nelle organizzazioni melanconiche e isteriche, dipende da un problema legato allo sviluppo della libido, è una espressione del rifiuto della sessualità e sorge in seguito ad una fissazione alla fase orale dello sviluppo. Sempre nell'uomo dei lupi scrive:

Sono giunto alla conclusione che la prima organizzazione sessuale riconoscibile è la cosiddetta fase cannibalesca o orale, in cui ciò che domina la scena è ancora l'appoggio originario che l'eccitamento sessuale trova nella pulsione di nutrizione. Non possiamo attenderci estrinsecazioni dirette di questa fase, ma possiamo osservarne gli indizi quando si sia instaurato un disturbo. La menomazione della pulsione di nutrizione [...] ci consente quindi di rilevare che l'organismo non è riuscito a padroneggiare l'eccitamento

fatto che vi è un indebolimento o una cessazione dell'eccitamento sessuale somatico. Propone quindi una distinzione tra l'anestesia che parte dall'organo e che comporta la frigidità perché, essendo l'eccitamento sessuale debole fin dall'inizio, giunge allo psichico in modo debole, e l'anestesia che sorge integra dall'organo terminale, ma che viene deviata e inibita prima di giungere al gruppo psichico. Freud riconosce all'anoressia isterica un'origine del secondo genere: «Tutto funziona bene in basso; ma la sensazione voluttuosa non è accettata nel gruppo sessuale psichico perché collegata in altra direzione (con disgusto-difesa). Questa è l'anestesia isterica, del tutto analoga all'anoressia isterica (disgusto)». Al contrario, per Freud la melanconia deriva dall'assenza/debolezza di eccitamento somatico e delle sensazioni voluttuose. Scrive: «l'anestesia è un indice di melanconia o una preparazione alla melanconia, perché il Gruppo sessuale psichico è indebolito tanto dall'assenza di sensazione voluttuosa quanto dall'assenza di eccitamento sessuale somatico». Freud S. (1985), pp. 29-35.

²⁵ *Ivi*, p. 30.

²⁶ Freud S. (1914), *Dalla storia di una nevrosi infantile*, p. 578.

sessuale. La meta sessuale propria di questa fase non può essere che il cannibalismo, il mangiare.²⁷

Come si evince da questo passo le alterazioni alimentari derivano dall'incapacità di gestire l'eccitazione sessuale durante la fase orale poiché la pulsione sessuale inizialmente si *appoggia* alla pulsione di nutrizione. Infatti, mentre le pulsioni sessuali sono presenti fin dall'inizio e possono soddisfarsi anche autoeroticamente, le pulsioni di autoconservazione, che iniziano a farsi sentire dal momento della nascita, sono uno stimolo pulsionale che può essere soddisfatto solo attraverso un'azione specifica, e cioè attraverso un oggetto capace di soddisfarla: il seno materno. In *Pulsioni e loro destini* Freud descrive come questo primo stimolo metta in moto tutto il processo di sviluppo e genesi dell'Io e Silvana Dalto, in un suo articolo²⁸ mette in luce come per Freud la sostanza percettiva del vivente dica per la prima volta «Io» (*Io-reale primitivo*) riconoscendosi nel dispiacere provocato dallo stimolo della fame e aggiunge:

Questo primo processo costitutivo dell'Io-reale si svolge tutto a carico delle pulsioni di autoconservazione; le pulsioni sessuali, che già erano presenti nello stato fetale, svolgono una funzione vitale accessoria in questa fase costitutiva dell'Io-reale: dopo aver poppato il bambino ha ancora voglia di ciucciare per il piacere della bocca. Ma sono le pulsioni di autoconservazione, in quanto necessitano del soddisfacimento, che spingono a trovare l'oggetto, perché non ne hanno uno. L'apporto del soddisfacimento dirige quindi l'attenzione sugli oggetti.²⁹

Sono quindi le pulsioni di autoconservazione che, oltre ad assumere un ruolo fondamentale nell'iniziale costituzione dell'Io,³⁰ indicano la via alle pulsioni sessuali per il rinvenimento dell'oggetto. Il concetto di appoggio di Freud si basa proprio su questo assunto. All'origine le pulsioni sessuali si appoggiano sulle funzioni che servono alla conservazione della vita e solo successivamente si distaccano e diventano indipendenti. Le pulsioni di autoconservazione quindi guidano quelle sessuali verso lo sviluppo e forniscono loro il modello per il rinvenimento di un oggetto.

²⁷ *Ibid.*

²⁸ Dalto S. (2019), "Precisazioni sul processo di costituzione dell'Io nella metapsicologia freudiana".

²⁹ *Ivi*, p. 40.

³⁰ La fase orale è l'inizio di ogni sviluppo psichico. Si comprende allora come, nel momento in cui si verificano problematiche legate alla corporeità e alla struttura dell'Io, così come problematiche relative a tutta l'organizzazione sessuale, sia necessaria una approfondita indagine clinica su questa prima fase di sviluppo.

Per Freud perciò la pulsione sessuale non è inizialmente rivolta ad un oggetto esterno ma è autoerotica, la più primitiva manifestazione sessuale non è un fenomeno autonomo ma si appoggia alla funzione di ciucciare il cibo, e il raggiungimento del piacere è legato ad una zona erogena quindi, in origine, il bisogno di nutrirsi e la zona erogena non sono separabili uno dall'altra.

Karl Abraham, che ha approfondito le ricerche sulle vicende pulsionali della fase orale di Freud, afferma:

L'esperienza ci insegna che le persone ancorate al piacere infantile di succhiare, sono di regola gravemente inibite nello sviluppo della loro sessualità. Pulsione di nutrirsi e sessualità rimangono in loro, in una certa misura, intrecciate una con l'altra. La loro libido non trova in modo normale la via verso l'oggetto vivente, umano, ma cerca il suo soddisfacimento in primo luogo attraverso l'assunzione di sostanze succhiandole in bocca.³¹

Ciò significa che in caso di un'intensa fissazione su questa zona erogena, le pulsioni sessuali possono parassitare le pulsioni di autoconservazione producendo, nella psicopatologia, anziché un interesse per la funzione sessuale normale, una regressione alle attività autoerotiche orali. Per questa ragione, come ha giustamente sottolineato Abraham, le donne con attacchi bulimici o che rifiutano il cibo sono solitamente donne frigide, e i soggetti con forti impulsi libidici orali rimossi si ritrovano spesso a subordinare tutta la propria esistenza al bisogno morboso di nutrirsi.

La fissazione della libido allo stadio orale può allora produrre manifestazioni bulimiche ma, poiché gli infantilismi rimossi di questa fase possono essere rovesciati nel loro diretto contrario, anche rifiuto, vomito, nausea e disgusto.

Abraham ha altresì osservato che si possono verificare due fissazioni: una al succhiare il cibo e l'altra al ciucciarsi il dito. Chi resta ancorato al succhiare il cibo presenta, sotto una coazione morbosa, la tendenza a mangiare in modo eccessivo, e la sessualità di questi soggetti resta bloccata senza svilupparsi ulteriormente. Invece chi si ciuccia il dito fino a tarda età sviluppa più facilmente disgusto o rifiuto per il cibo, nausea e tendenza a vomitare ma, rispetto ai precedenti, giunge ad una fase più avanzata dello sviluppo, perché la loro libido riesce a procurarsi una maggiore indipendenza dalla pulsione di nutrirsi. In entrambi i casi però, poiché il ritorno all'autoerotismo limita gli altri tipi di investimenti libidici, vi sarà una problematica traslazione della libido sugli oggetti: si presenterà un marcato rifiuto sociale e una difficoltà nelle relazioni oggettuali genitali. In effetti, quanto più la zona genitale viene messa fuori uso come fonte di piacere tanto più gli individui si rivolgono nuovamente al piacere orale o anale e i sintomi patologici sono l'espressione di questa attività sessuale anormale. Tra l'altro, Freud evidenzia nei

³¹ Abraham K. (1916), *Ricerche sul primissimo stadio evolutivo pregenitale della libido*, p. 268.

*Tre saggi*³² che la caratteristica tipica dell'isteria è proprio l'accettazione erotica dell'oggetto con esclusione dei genitali, ossia in questi soggetti la meta sessuale normale, e cioè quella genitale, sottostà generalmente al rifiuto.

Non si può non collegare queste osservazioni con il comportamento delle anoressiche le quali, come è noto, evitano i rapporti sociali e provano un marcato disinteresse verso la genitalità.

Le considerazioni teoriche di Abraham inducono anche a fare un'ipotesi sull'anoressia e sulla bulimia perché i casi clinici dimostrano che, mentre l'anoressia si riscontra sia nelle strutture isteriche che in quelle ossessive, la bulimia sembra essere più una caratteristica delle organizzazioni ossessive. Probabilmente nei casi di isteria la regressione giunge alla fase in cui la libido ha ottenuto una certa indipendenza dalla pulsione di autoconservazione – il secondo tipo di fissazione sopra descritto³³ – e perciò si manifesta con rifiuto, disgusto, vomito e nausea. Al contrario, nei casi di nevrosi ossessiva la regressione si spinge fino allo stadio ancora precedente caratterizzato dal piacere erotico di succhiare il cibo.

Ovviamente tale confine può anche non essere così netto perché si osservano oscillazioni tra le due fissazioni. Alcune ragazze infatti restano per sempre anoressiche mentre altre, dopo anni di anoressia, si trasformano in bulimiche. Il confine tra i due sintomi è perciò molto esiguo, ma ritengo che la suddetta trasformazione possa dipendere anche da un crollo delle estenuanti difese anoressiche. Il controllo della fame è spossante, richiede energie, fatica e sofferenza e la volontà ferrea di queste ragazze a volte cede. In effetti durante il corso della malattia può accadere che le anoressiche perdano il controllo e si abbandonino a vere e proprie abbuffate che risolvono poi con il vomito autoindotto, i lassativi e i clisteri.

In un saggio dal titolo *I disturbi visivi psicogeni nell'interpretazione psicoanalitica* Freud sottolinea che quando un organo viene investito in modo abnorme per una funzione – nel nostro caso la bocca investita eroticamente – non è più in grado di svolgere le sue altre funzioni; afferma infatti:

Quanto più intima è la relazione che un organo dotato di simile duplice funzione stabilisce con una delle grandi pulsioni, tanto più si rifiuta all'altra.³⁴

Freud ci fornisce in questo modo anche una chiave di lettura per spiegare come mai le anoressiche e le bulimiche mangino sempre in solitudine. L'abnorme investimento erotico della bocca toglie al cibarsi la valenza di puro nutrimento o di scambio e comunicazione sociale, e mantiene solo più il significato di un piacere

³² Vedi Freud S. (1905), *Tre saggi sulla teoria sessuale*.

³³ Si pensi ad esempio al caso di Dora descritto da Freud. Dora era stata fino a tarda età una grande ciucciatrice del pollice.

³⁴ Freud S. (1910), *I disturbi visivi psicogeni nell'interpretazione psicoanalitica*, p. 293.

di carattere sessuale. Un caso descritto da Abraham nel suo saggio *Ricerche sul primissimo stadio evolutivo pregenitale della libido* mostra molto bene questa relazione della pulsione sessuale con l'organo.³⁵

Infine, la teoria freudiana può fornire una spiegazione plausibile anche sul significato del rituale con cui le anoressiche consumano il pasto.

Rappresentando una vera e propria attività autoerotica, il rituale riproduce tutti gli *step* tipici di un atto sessuale: i preliminari con la preparazione della tavola e del pasto, l'atto in sé attraverso il cibarsi lento o vorace (in caso di bulimia), il piacere finale attraverso il vomito.

Infatti, alcune ragazze ex anoressiche ed ora bulimiche, ogni giorno compiono lo stesso rituale del quale non possono assolutamente fare a meno, pena un'angoscia fagocitante e l'impossibilità di coricarsi. Fanno la spesa, preparano tutto il cibo acquistato, addobbano la tavola, si siedono, si abbuffano con ogni genere di alimento,³⁶ dopo di che si procurano il vomito. Il vomito è l'atto finale, ciò che consente loro di poter andare a letto soddisfatte. Questo perché il coricarsi è legato ad alcune loro attività erotiche infantili. Il vomito acquisisce un significato disangoscante perché rappresenta sia l'atto finale voluttuoso, c'è la scarica, sia il preservarsi dalle tentazioni sessuali che il coricarsi reca con sé.

Ma nonostante la coerenza intrinseca alla teoria freudiana, il concetto di appoggio e l'importanza delle pulsioni di autoconservazione sono scomparse dalle elaborazioni teoriche degli epigoni di Freud. L'allontanamento dalla dimensione esclusivamente pulsionale di Freud – fame e sesso – ha favorito la nascita di teorie che forniscono principalmente una ricostruzione metafisica dei disturbi alimentari perché basate sul concetto di *vuoto*.

Questo concetto trae origine dal pensiero di Melanie Klein la quale, anziché partire come Freud da una concezione biologica, si focalizza sulla relazione d'oggetto, e questo processo assume un ruolo basilare per spiegare sia la costituzione dell'Io-corpo che la struttura psichica in generale.

Secondo la Klein infatti nei disturbi alimentari è possibile trovare una radice paranoide poiché il timore di aver svuotato e distrutto il seno con la propria avidità può causare nel bambino un trattenimento sia dell'impulso a mangiare che dall'introiettare l'oggetto di nutrimento. Il seno svuotato introiettato assume in fantasia i caratteri di un oggetto minaccioso aprendo così la via al timore persecutorio di poter essere da lui annientato e distrutto.

Questa angoscia paranoide, secondo la Klein, sta alla base di tutti quei disturbi, comprese l'anoressia e la bulimia, che hanno a che fare con la paura di avere

³⁵ Abraham K. (1916), pp. 275-277.

³⁶ Qualsiasi cibo va bene. Soprattutto le bulimiche, durante le loro orge alimentari, mangiano dolce e salato insieme e comprano ogni genere di cibi di cattiva qualità perché per loro non è affatto una questione di gusto, ma solo di soddisfare la bocca come zona erogena.

dentro di sé qualcosa di ostile e cattivo capace di deteriorare l'Io. Si tratta di un processo di introiezione fallito poiché predominano gli oggetti parziali interni cattivi che vengono proiettati nel cibo. Ne deriva che l'anoressica-bulimica deve coattivamente inghiottire tutto quello che può e poi immediatamente liberarsene perché l'oggetto buono incorporato può trasformarsi immediatamente in un oggetto persecutorio capace di danneggiare il corpo dal di dentro.³⁷

Nel pensiero kleiniano, per via di queste fantasie, l'Io viene identificato principalmente con l'interno del corpo, con lo stomaco, con il luogo in cui viene immesso il cibo. Di conseguenza se il cibo è oggetto buono nutre e sviluppa il corpo, se non lo è, lo divora. Sulla base di questa concezione, in cui l'Io corpo viene visto come un luogo che va riempito affinché possa assumere una sua configurabilità (con le annesse possibilità che gli oggetti cattivi predominino su quelli buoni), il concetto di *vuoto* inizia ad acquisire importanza e viene ritenuto fondamentale per spiegare le anoressie e bulimie.

È del tutto evidente, se si segue in modo rigoroso una costruzione kleiniana, come questo vuoto si presenti in maniera persecutoria e come, anzi, la persecutorietà del vuoto sia la condizione sostanziale affinché un Io si determini. Un vuoto da riempire in una qualsiasi maniera, purché ve ne sia una, appare come qualcosa da tenere continuamente a bada perché la sua spinta a inghiottire ogni cosa è presente continuamente.³⁸

Tale concezione, come si può ben notare, considera l'aspetto fantasmatico, la realtà psichica del soggetto, ma traslascia il percorso evolutivo del bambino tanto caro a Freud per poter spiegare lo sviluppo del soggetto e della sua pulsionalità.

Sulla stessa linea delle idee kleiniane si sviluppa il pensiero di Lacan, secondo il quale il *vuoto* (la clinica del vuoto) e il concetto di *manca* sono in grado di spiegare i disturbi alimentari.

Recalcati nel suo testo *L'ultima cena* definisce l'anoressia la malattia dell'amore e scrive:

Lacan ha affermato che amare significa donare all'Altro la nostra mancanza; *dare all'Altro ciò che non si ha*. Il dono dell'amore, quando c'è effettivamente amore, è passare all'Altro non qualcosa, non cibo, non ciò che si ha, ma ciò che ci manca, è passare all'Altro la nostra mancanza, il segno della nostra mancanza. È far sentire all'Altro che l'Altro a cui si indirizza l'amore è precisamente ciò che può scrivere in noi la sua mancanza. Questo è il nucleo più essenziale del discorso amoroso: far sentire all'Altro che l'Altro è ciò che sa scrivere dentro di noi la sua propria mancanza; è dare all'Altro il segno della nostra mancanza per poter scavare, in questo modo, una mancanza in seno all'Altro.³⁹

³⁷ Vedi Klein M. (1988), *La psicoanalisi dei bambini*.

³⁸ Voltolin A. (2003), *Melanie Klein*, pp. 87-88.

³⁹ Recalcati M. (2007), *L'ultima cena: anoressia e bulimia*, pp. 105-106.

Recalcati, quindi, seguendo il pensiero di Lacan, afferma che ciò che è mancato all'anoressica-bulimica è proprio l'amore, cioè la disposizione dell'Altro di offrire la sua mancanza. Le madri di queste ragazze hanno sì risposto all'esigenza del bisogno delle proprie figlie, nutrendole con sollecitudine e dando loro ogni genere di cibo, cure e altro, ma così facendo hanno dato loro solo ciò che hanno e non ciò che non hanno, ovvero la propria mancanza.

Questo comportamento ha reso impossibile creare quel posto particolare al soggetto che consta nel valere qualcosa per l'Altro, di fare mancanza nell'Altro.

Ne deriva che, con il suo rifiuto, l'anoressica vuole respingere tutto quel che viene dall'Altro nel registro dell'avere, con lo scopo di riuscire a creare nell'Altro questo posto particolare che non ha ottenuto. L'anoressica si lascia morire di fame per amore, per poter scavare una mancanza nell'Altro perché quando si ama qualcuno gli si domanda, non qualcosa nel registro dell'avere, ma dei segni, i segni della mancanza.⁴⁰

Questa concezione origina dal fatto che per Lacan il soddisfacimento pulsionale non coincide con quello del bisogno perché la pulsione è intrecciata sin dall'origine con l'Altro, e non richiede il semplice appagamento del nutrirsi (cibo, cure o altro) ma il soddisfacimento della domanda orale, cioè dei segni della mancanza. L'idea di Lacan della pulsione e del suo oggetto è infatti diversa da quella di Freud. Nel pensiero lacaniano la pulsione orale non scaturisce da un programma genetico-biologico predefinito, ma gira intorno ad un vuoto e il suo soddisfacimento consta nella ripetizione intorno al vuoto dell'oggetto, poiché il primo oggetto di soddisfacimento, e cioè il seno materno, è un oggetto perduto per sempre. La pulsione quindi possiede un deficit intrinseco dovuto all'impossibilità di poter ripetere il godimento collegato al primo oggetto di soddisfacimento, il godimento della Cosa. La pulsione perciò non avrà mai a che fare con la Cosa in sé ma sempre con surrogati, sostituti del godimento assoluto da sempre perduto che la Cosa evoca. Per questa ragione l'oggetto della pulsione diventa una cavità, un vuoto occupabile da qualunque oggetto conoscibile solo nella forma dell'oggetto perduto (a), ed è la ricerca dell'oggetto perduto, chiamato oggetto (a) minuscolo che dà origine al desiderio nell'essere umano.⁴¹ Questa idea fa dire a Lacan che il desiderio è una *mancanza ad essere*.

Come si evince, partendo da questa diversa concezione della pulsione, e da tutto ciò che ne consegue, nel pensiero lacaniano l'approccio evolutivo di Freud viene completamente estromesso in favore di una concezione strutturalista che reca con sé una visione, come dicevo, metafisica dello psichico. Teorie come quella kleiniana e quella lacaniana si allontanano completamente da una concezione naturalistica dell'essere umano. Inoltre, dando spazio ad una teoria che fonda l'or-

⁴⁰ Vedi Recalcati M. (2007).

⁴¹ Per approfondimenti sulla concezione di pulsione di Jacques Lacan, vedi Lacan J. (2003), *Il seminario. Libro XI. I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi*.

ganizzazione e la strutturazione del soggetto sulle dinamiche relazionali, la libido resta nello sfondo e perde quell'importante valore che Freud le ha conferito per spiegare lo sviluppo dell'individuo.

5. Un sintomo femminile

Il fatto che le anoressiche presentino una forte inibizione e disinteresse verso la sessualità non dovrebbe essere considerato, così come è accaduto, l'indice di un'assenza di problematiche sessuali ma, al contrario, dovrebbe spingere i clinici verso un'accurata indagine sulle motivazioni che hanno prodotto questo arresto dello sviluppo. Infatti, è risaputo che più l'Io è inibito in una sua funzione, più la portata del problema sottostante è notevole; pensare che non sia così è assolutamente fuorviante per la riuscita di qualsiasi terapia psichica.

Inoltre, gli stessi tre termini capaci di descrivere il sintomo anoressico, *rifiuto*, *negazione* e *controllo*, la dicono lunga sulla relazione che intercorre tra il soggetto e la sua attività pulsionale.

Siamo di fronte al *rifiuto*, perché la pubertà apre definitivamente la via alla sessualità che queste ragazze respingono. *Negazione*, perché queste ragazze negano alla pulsione ogni soddisfacimento. *Controllo*, perché, nel caso in cui si siano verificati rifiuto e negazione, le anoressiche con un potente atto di volontà tengono lontano da loro ogni genere di richiesta (appetito) pulsionale.

Questi tipici atteggiamenti trovano una conferma nelle parole di Zoe,⁴² una giovane anoressica che ha scambiato una lunga corrispondenza con uno psicanalista sconosciuto, e che in questo brano descrive le sensazioni provate al momento della trasformazione puberale del suo corpo.

Giorno dopo giorno il mio corpo iniziò a prendere forma, si modellava a donna senza il mio consenso e giorno dopo giorno presi sempre più ad odiarlo, a temerlo, a scruutarlo timorosa davanti ad ogni specchio, a nascondere dentro maglioni extra-large, a sperare un giorno di poterlo ridimensionare. La parte di me più ingombrante era il seno. Era troppo, attirava gli sguardi, suscitava commenti e mi spiattellava davanti l'impossibilità di sottrarmi ad una sessualità che nella mia testa aveva a che fare con lo sporco e con il peccato.⁴³

Non si può non rimanere colpiti da queste parole: «era troppo, attirava gli sguardi, suscitava commenti e mi spiattellava davanti l'impossibilità di sottrarmi ad una sessualità che nella mia testa aveva a che fare con lo sporco e con il peccato». Zoe non accetta che il suo corpo diventi un corpo sessuato, un corpo

⁴² Queste manifestazioni di odio verso il proprio corpo e di rifiuto della sessualità, perché vista come qualcosa di sporco e sudicio, sono presenti in molti casi clinici.

⁴³ Cotrufo P., Zoe (2016), *Mia madre odia le carote. Corrispondenza psicoanalitica tra sconosciuti. Anoressia, corpo, sessualità*, pp. 36-37.

femminile desiderato, un corpo pronto a rapporti sessuali, ma soprattutto non sopporta un corpo che non le lascia alcuna via d'uscita, che le toglie la possibilità di scegliere.

Sono le stesse parole che proferiscono moltissime anoressiche quando esprimono il loro rifiuto della sessualità e gli stessi vissuti che, anche quando non lo dicono espressamente, manifestano attraverso il rifiuto del cibo, comportamento quest'ultimo indispensabile per poter mortificare e ridurre ai minimi termini le forme del proprio corpo.

Freud nei *Tre Saggi* scrive:

Con la pubertà subentrano i cambiamenti che debbono condurre la vita sessuale infantile alla sua definitiva strutturazione normale. [...] Poiché la nuova meta sessuale indica ai due sessi funzioni molto diverse, a questo punto il loro sviluppo sessuale diverge largamente. Quello dell'uomo è più coerente, mentre nella donna si ha perfino una specie di involuzione.⁴⁴

Il fatto che l'anoressia sia un sintomo prevalentemente femminile ci fornisce di per sé un'indicazione importante. Le fasi di sviluppo del bambino e della bambina secondo la teoria freudiana sono identici fino all'arrivo alla fase fallica, dopodiché si differenziano. Si può ritenere questa fase come un fattore patogenomiconico dello sviluppo dell'anoressia perché ci indica che, se questo sintomo non si verifica nei maschietti (o molto raramente), allora è proprio nella fase evolutiva che li differenzia (quella fallica) che accade qualcosa capace di dar il via a questo particolare sintomo nelle femmine.

Secondo Freud, il rifiuto della sessualità nella donna può derivare da una fissazione alla fase fallica, e più precisamente dal fatto che l'invidia del pene produce, nella bambina, un ostinato rifiuto ad accettare la mancanza del membro maschile. Il riconoscimento da parte della bimba dell'evirazione come un fatto compiuto, e la ferita narcisistica che ne deriva, può infatti farle sviluppare un forte complesso di inferiorità nei confronti del maschio e, dopo la rimozione della fase fallica, può rimanere nel suo inconscio un forte desiderio di voler essere un uomo.

Secondo Freud l'invidia del pene può condurre la bambina a tre diversi sviluppi: 1) la normale strutturazione della sessualità femminile in cui il padre è assunto come oggetto del desiderio e viene ritrovata la forma femminile del complesso edipico; 2) una rinuncia alla sessualità; 3) la manifestazione del complesso di mascolinità e il mantenimento nel tempo della speranza di avere un pene.

Le anoressiche, dato il loro totale disinteresse e inibizione della sessualità genitale, molto probabilmente non pervengono allo sviluppo normale con una strutturazione della sessualità femminile, ma il loro sviluppo prende una delle altre due vie.

⁴⁴ Freud S. (1905), p. 514.

Di primo acchito, vista l'ostinazione con cui ogni appetito sessuale viene tenuto lontano, si potrebbe pensare che le anoressiche ricadano nel secondo tipo di scelta, ovvero nella rinuncia alla sessualità, ma è tuttavia vero che anche il terzo caso, la manifestazione del complesso di mascolinità con la speranza prolungata nel tempo di avere un pene, potrebbe essere uno dei possibili destini della sessualità di queste ragazze.

La trasformazione del corpo infantile, infatti, può produrre un ulteriore trauma perché la speranza inconscia di avere un pene, e tutte le fantasie ad essa connessa, subiscono con la pubertà uno smacco definitivo da parte della realtà. Come ha scritto Zoe: «mi spiattellava davanti l'impossibilità di sottrarmi ad una sessualità».

Da qui al sintomo il passo può essere breve. Il rifiuto della propria sessualità si può trasformare nel rifiuto di ogni appetito, di ogni richiesta pulsionale del corpo. La regressione alla fase orale, e la sostituzione del rifiuto della sessualità con il rifiuto di nutrirsi, diventa così una formazione di compromesso per cercare di annullare, distruggere e ripristinare una situazione antecedente in cui il corpo rappresentava meglio l'ideale mascolino ed era quello di una fanciulla asessuata.

Come si può ben comprendere non si può sottovalutare questo periodo dello sviluppo, né sminuire la complessità del percorso evolutivo della sessualità femminile perché la bambina attraversa una fase pre-fallica in cui la zona genitale direttiva è il clitoride, predomina una impostazione sessuale attiva e mascolina, e il rapporto con la madre ha una durata molto lunga prima di giungere al padre e all'impostazione edipica. Quindi, rispetto ad un maschietto nella bambina, così come Freud ha mostrato nei suoi saggi sulla sessualità femminile,⁴⁵ si devono verificare determinate condizioni affinché si strutturi una organizzazione genitale normale: l'investimento sessuale deve essere spostato da un organo ad un altro e cioè dal clitoride alla vagina; l'oggetto della pulsione deve essere mutato e cioè l'investimento deve passare dalla madre al padre; e, nel corso di tutte queste vicende, gli impulsi passivi devono avere la meglio su quelli attivi per consentire il passaggio da una posizione mascolina ad una femminile.

Appare quindi chiaro che il raggiungimento dell'organizzazione genitale femminile è molto tortuoso e che l'invidia del pene ha una forza tale da minare, la maggior parte delle volte, la possibilità per una donna di accettare la propria sessualità. Nelle anoressiche, e su questo sono molti gli autori che concordano, lo sviluppo della genitalità non è mai raggiunto del tutto proprio perché si sono verificati molteplici forti rimozioni che hanno compromesso il buon esito dell'organizzazione genitale definitiva.

6. Conclusioni

Comprendo che si potrebbe dire ancora molto su questo bizzarro sintomo e sulla modalità con il quale si presenta, così come sarebbe opportuno descrivere, oltre alle problematiche sessuali, anche una serie di interessanti aspetti metapsi-

⁴⁵ Cfr. Freud S. (1931), *Sessualità femminile*; Freud S. (1932), *Introduzione alla psicoanalisi (nuova serie di lezioni), Lezione 33*.

cologici dell'anoressia. Meriterebbero infatti una profonda riflessione, attraverso la teoria freudiana, sia le implicazioni narcisistiche sottostanti a questo disturbo, sia il sopravvento della pulsione di morte su *Eros*.

Con questo articolo però ho voluto solo dimostrare, poiché in letteratura non ve n'è più alcuna traccia, che alcune caratteristiche dell'anoressia possono trovare una corretta spiegazione solo se si tiene conto della sessualità e del suo sviluppo. Ignorarla quando sono proprio gli impulsi pulsionali (fame e amore) ad essere presi in causa significa, a mio modo di vedere, negarsi la possibilità di comprendere veramente questo fenomeno patologico.

In ogni caso è evidente che il pensiero di Freud è molto più attuale di quanto si pensi, perché con la sua teoria evolutiva offre sempre la possibilità di scorgere nei vari stadi di sviluppo della libido i passaggi attraverso i quali si struttura e si organizza la vita di un individuo, e di comprendere, senza però discostarsi mai da una idea naturalistica dell'essere umano, tutta una serie di fenomeni che altrimenti non potrebbero essere chiariti.

Sintesi

Negli ultimi cinquant'anni l'anoressia è stata al centro di numerosi studi volti non solo ad indagarne le cause sottostanti, ma anche a trovare un metodo terapeutico capace di superare le potenti resistenze che le malate oppongono alla cura. Durante le loro ricerche, la maggior parte degli studiosi si è sempre più allontanata dai fondamenti teorici psicanalitici considerandoli inadeguati e riduttivi. Attraverso il presente articolo verrà invece dimostrato come un ritorno al pensiero originario di Freud, e all'eziologia sessuale dei disturbi alimentari, consente di dare una risposta teorica profondamente esplicativa ad un fenomeno complesso come quello anoressico.

Parole chiave: *anoressia, bulimia, autoconservazione, sessualità, libido, pulsione, rifiuto, sintomo, vuoto, mancanza.*

Bibliografia

- Abraham K. (1916), *Ricerche sul primissimo stadio evolutivo pregenitale della libido*, in Opere, vol. I, Bollati Boringhieri, Torino.
- Abraham K. (1924), *Tentativo di una storia evolutiva della libido sulla base della psicoanalisi dei disturbi psichici*, in Opere, vol. I, Bollati Boringhieri, Torino.
- Bruch H. (1988), *Anoressia. Casi clinici*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bruch H. (2000), *Patologia del comportamento alimentare. Obesità, anoressia e personalità*, Feltrinelli, Milano.
- Bruch H. (2012), *La gabbia d'oro. L'enigma dell'anoressia mentale*, Feltrinelli, Milano.
- Brusset B. (1992), *L'anoressia mentale del bambino e dell'adolescente*, Borla, Roma.

- Costantino L. (2008), *L'anoressia. Storia, psicopatologia e clinica di un'epidemia moderna*, Liguori, Napoli.
- Cotrufo P., Zoe (2016), *Mia madre odia le carote. Corrispondenza psicoanalitica tra sconosciuti. Anoressia, corpo, sessualità*, Mimesis Edizioni, Milano.
- Dalto S. (2019), "Precisazioni sul processo di costituzione dell'Io nella metapsicologia freudiana", in *Metapsychologica – Rivista di psicanalisi freudiana*, 2019/1, pp. 35-50.
- Dowson J. (2004) "Associations of the severity of depressive disorders in women with psychogenic low weight" in *J. Affect. Disord.*, 78, pp. 279-84.
- Freud S. (1892), *Studi sull'isteria*, in OSF vol. I, Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1895), *Minute teoriche per Wilhelm Fliess, Minuta G, Melanconia*, in OSF vol. II, Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1905), *Tre saggi sulla teoria sessuale*, in OSF vol. IV, Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1910), *I disturbi visivi psicogeni nell'interpretazione psicoanalitica*, in OSF vol. VI, Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1914), *Dalla storia di una nevrosi infantile*, in OSF vol. VII, Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1915-1917), *Introduzione alla psicoanalisi*, in OSF vol. VIII, Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1931), *Sessualità femminile*, in OSF vol. XI, Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1932), *Introduzione alla Psicoanalisi (nuova serie di lezioni)*, in OSF vol. XI, Bollati Boringhieri, Torino.
- Gordon R. A. (2004), *Anoressia e bulimia. Anatomia di un'epidemia sociale*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Ivarsson T., Rastam M., Wentz E., Gilberg I. C., Gilberg C. (2000), "Depressive disorders in teenageonset anorexia nervosa: a controlled longitudinal, partly community based study", in *Compr Psychiatry*, 41, pp. 398-403.
- Klein M. (1988), *La psicoanalisi dei bambini*, Psycho di G. Martinelli, Firenze.
- Lacan J. (2003), *Il seminario. Libro XI. I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi*, Giulio Einaudi Editori, Torino.
- Recalcati M. (2007), *L'ultima cena: anoressia e bulimia*, Paravia Bruno Mondadori Editori, Milano.
- Selvini Palazzoli M. (2006), *Anoressia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Siracusano A., Troisi A., Marino V., Tozzi F. (2003), "Comorbilità nei disturbi della condotta alimentare: revisione critica della letteratura", in *NÓOς*, 1, pp. 7-26.
- Vandereycken W., van Deth R. (1995), *Dalle sante ascetiche alle ragazze anoressiche*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Voltolin A. (2003), *Melanie Klein*, Paravia Bruno Mondadori Editori, Milano.