

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI “Federico II”

**Dipartimento di Teorie e Metodi delle Scienze Umane e Sociali
TEOMESUS**

TESI

Dottorato di Ricerca in Studi di Genere - XXIV ciclo



***Il corpo come espressione di sofferenza psichica. Una
ricerca su tre campioni clinici: anoressiche, anoressici
inversi, obesi.***

**Relatore
Ch.ma Prof.ssa Adele Nunziante Cesaro**

**Candidato:
Dott. Lorenzo Rocco**

**Coordinatore:
Ch.ma Prof.ssa Caterina Arcidiacono**

ANNO ACCADEMICO 2010- 2011

Indice

Premessa pag. 6

PARTE I

CAPITOLO 1. Psicico e somatico

1.1 Introduzione pag. 12

1.2 Breve ricognizione sui vertici concettuali psicoanalitici
rispetto alla relazione psiche soma pag. 15

1.3 La nascita pag. 27

1.4 Genesi dell'apparato psichico sessuale pag. 29

1.5 Sovversione libidica pag. 32

1.6 Il corpo erotico pag. 35

1.7 Il corpo post moderno pag. 38

CAPITOLO 2. Alcuni snodi cruciali

2.1 L'oralità pag. 44

2.2 Le figure del vuoto e le condotte di addiction pag. 51

2.3 Il sessuale pag. 63

PARTE II

CAPITOLO 3. L'anoressia nervosa

3.1 Introduzione	pag. 70
3.2 Criteri diagnostici	pag. 73
3.3 L'ascetismo	pag. 79
3.4 La faccia sessuale	pag. 82
3.5 La pubertà	pag. 86
3.6 Anoressia Bulimia: dipendenza circolare	pag. 90

CAPITOLO 4. Ed il maschio?

4.1 Introduzione	pag. 96
4.2 L'ortoressia	pag. 99
4.3 La cultura del fitness	pag. 101
4.4 La reverse anorexia	pag. 105
4.5 Insoddisfazione corporea	pag. 109

CAPITOLO 5. L'obesità

5.1 Introduzione	pag. 113
5.2 Note epidemiologiche	pag. 116

5.3 Obesità come impossibilità al rifiuto	pag. 119
5.4 Obesità e depressione	pag. 123

PARTE III

CAPITOLO 6. Ricerca su tre campioni clinici: anoressiche, anoressici inversi, obesi

6.1 Le basi della ricerca	pag. 128
6.2 Selezione del campione	pag. 131
6.3 Strumenti: EDI 2, BUT, BEM	pag. 132
6.4 Analisi statistiche	pag. 139
6.5 Risultati	pag. 142
6.6 Discussione risultati	pag. 149
6.7 Considerazioni	pag. 166

Conclusioni generali	pag. 168
----------------------	----------

Bibliografia	pag. 174
--------------	----------

APPENDICI

Allegato A: fascicolo introduttivo ai questionari	pag. 185
Allegato B: scheda socio demografica	pag. 186

Allegato C: screening preliminare utilizzato per gli anoressici inversi secondo i criteri proposti da H.G. Pope	pag. 189
Allegato D: questionario EDI 2	pag. 191
Allegato E: questionario BUT	pag. 194
Allegato F: questionario BEM	pag. 197
Allegato G: tabelle (1- 10) caratteristiche sociodemografiche	pag. 201
Allegato H: tabelle (11-15) EDI 2	pag. 206
Allegato I: tabelle (16- 20) BUT	pag. 209
Allegato L: tabella (21) BEM	pag. 212

Premessa

Questo lavoro nasce dalla volontà di presentare una visione unitaria rispetto a concetti che fino ad oggi mi hanno tenuto impegnato sia dal punto di vista della ricerca psicoanalitica sia dal punto di vista clinico: quelli dei rapporti tra psiche, corpo ed identità.

Il presente lavoro, componendosi di più parti, cerca di costruire un percorso armonico che riesca a tracciare il difficile rapporto tra lo psichico ed il somatico nel vasto panorama della letteratura psicoanalitica, cercando di mettere in evidenza alcuni nodi cruciali per chi si interessa allo studio dei disturbi del comportamento alimentare, quali i concetti di “oralità”, come fase di sviluppo psicosessuale, di “vuoto” e di “sessualità”.

Andando con ordine, nella prima parte si evidenzierà come, nel pensiero psicoanalitico, il rapporto tra psichico e somatico è sempre stato complesso e dibattuto oltre che onnipresente. Partendo da Freud possiamo considerare che il suo intento, fin dall'inizio, attraverso gli “Studi sull'isteria”, opera che Freud scrisse con Breuer (1892-1895)¹, fosse quello di scoprire cosa si celasse dietro la conversione somatica isterica. Seguendo questa prospettiva, la teoria freudiana delle nevrosi attuali è di grandissima importanza per gli sviluppi del pensiero freudiano; infatti Freud distingue le psiconevrosi, di cui l'isteria è il paradigma, dove il coinvolgimento del corpo si realizza attraverso il meccanismo della conversione isterica, e le nevrosi attuali, dove l'eziopatogenesi risiederebbe invece, in una insufficiente elaborazione psichica dell'energia sessuale somatica. A questo proposito Freud negli “Studi sull'isteria” scrive: “alla nevrastenia corrisponde propriamente un quadro clinico monotono in cui, mostravano le

¹ Freud S., Breuer J., (1892-1894), “Studi sull'Isteria”, in Opere vol. 1, Boringhieri.

analisi, non entrava alcun meccanismo psichico”². In particolare le nevrosi attuali, per Freud, non erano considerate di “origine e significato psicologico”, ma determinate da una “devastazione del metabolismo sessuale”³. Le nevrosi attuali sarebbero dominate per Freud da un meccanismo somatico; una crisi d’angoscia, ad esempio, non ha passato poiché non c’è alcun lavoro psichico del soggetto, ma questi semplicemente lo rigetta, lo accantona. Nell’isteria, invece, il soggetto compie un lavoro psichico tale da poter trattare la sua condizione.

Un punto essenziale secondo noi è che “Freud non si occupò mai dettagliatamente degli aspetti somatici della malattia psichica ma il suo convincimento che il fondamento della patologia psichica stesse nelle vicissitudini della sessualità infantile e la nozione stessa di pulsione, come concetto limite tra lo psichico ed il somatico, rivelano quanto fosse certo della implicazione, anche se non sempre manifesta del corpo nella psicoanalisi” (Conrotto, F., 2008)⁴.

Vedremo, inoltre, come a partire dalla lettera a Fliess (1897)⁵ il corpo assumerà un significato per cui lo psichismo intrattiene con esso, non soltanto un legame simbolico, ma anche un valore fondativo.

A questo proposito considereremo il concetto di “appoggio” (Freud, 1905) che chiarisce l’articolazione tra le pulsioni sessuali e quelle di autoconservazione. Infatti Freud scrive che: “l’attività sessuale si appoggia in primo luogo a una delle funzioni che servono alla conservazione della vita, e solo dopo se ne rende indipendente”⁶. Con questo concetto Freud si riferisce alla relazione tra il pulsionale e l’autoconservativo, e rappresenta il punto di congiunzione tra il corpo biologico e quello divenuto pulsionale, in seguito, appunto, all’appoggio, a

² Idem Op. Cit. Freud, Breuer, (1892-1895) p. 396

³ Laplanche, J. (1987) “Nuovi fondamenti per la psicoanalisi”, Borla, Roma, (1989) p. 23

⁴ Conrotto, F., (2008), in Cotrufo, P., a cura di “Corpo e psicoanalisi”, Borla, Roma.

⁵ Freud S., (1897), “Lettera 139”, in “Lettere a Wilhelm Fliess 1887-1904, Boringhieri.

⁶ Freud, S., (1905) “Tre saggi sulla teoria sessuale”, In Opere, Vol. 4, Boringhieri, p. 492

partire dal quale si svilupperebbe la relazione mente corpo, che a noi interessa maggiormente.

Nel corso del lavoro, ci soffermeremo, inoltre, sulla straordinaria portata innovativa che introduce Laplanche con la “Teoria della seduzione generalizzata”, e vedremo come la nascita psicologica sarebbe, secondo questa prospettiva, prodotta dall’incontro tra un organismo biologico umano neonato e privo della dimensione inconscia ed un mondo adulto regolato dai derivati inconsci.

Successivamente analizzeremo i concetti di “oralità”, “vuoto” e di “sessualità”

Per quanto riguarda il primo punto ci rifaremo inizialmente alla nozione di Freud di fase psicosessuale orale, secondo cui l’oggetto originario del desiderio sessuale del bambino è il seno materno da cui riceve soddisfacimento attraverso l’atto del poppare. Vedremo, inoltre, come questa azione non soddisfi solo il bisogno di nutrimento, ma procura anche piacere di per sé.

Considereremo anche l’apporto della Klein che, attraverso percorsi differenti da quelli freudiani e cioè partendo dalla clinica dei bambini, giunge almeno in parte, alle stesse conclusioni di Freud. Nel saggio “Comportamento nel primo anno di vita” (1952)⁷ infatti la Klein individua differenti atteggiamenti, varianti, riguardo la suzione del cibo ad opera dei lattanti, che vanno da “un’apparente assenza di brama all’avidità estrema”.

Ci soffermeremo, poi, sul concetto di “vuoto”, partendo dai termini di “senso di vuoto e di pieno”, prendendo come punto di riferimento prevalentemente i contributi di E. Gaddini, R. Gaddini e di Winnicott.

Vedremo come nel bambino, nei primissimi mesi (allorché zone e punti corporei sono ancora poco differenziati), si vada formando l’illusione che esista qualcosa che può servire a chiudere e mantenere il senso di pieno e di sé unitario, come

⁷ Klein M., (1952), “Comportamento nel primo anno di vita”, In Scritti (1921-1958), Bollati Boringhieri

forma chiusa⁸. Considereremo anche i concetti di “clinica della mancanza” e di “clinica del vuoto”, partendo da un Convegno del 2010 dal titolo “Le figure del vuoto ed i sintomi della contemporaneità: anoressie, bulimie, depressioni e dintorni”⁹, che ha visto come relatori psicoanalisti italiani e francesi.

Analizzeremo come nei nuovi sintomi, e di qui il nome “clinica del vuoto” e “figure del vuoto”, assistiamo come dice Recalcati (2002) alla “disarticolazione del legame dialettico tra vuoto, mancanza e desiderio”¹⁰. Il nuovo vuoto non è più una mancanza, un mancato soddisfacimento pulsionale, ma questo vuoto si solidifica e si presenta come dissociato dal desiderio.

Successivamente analizzeremo i concetti di “sessualità perversa”, di “sessuale in sé” che è impossibile da comprendere per un infante prematuro che non è in grado di riconoscerlo, ma può essere ritrovato attraverso lo sguardo materno, attraverso l’Io del bambino che, in quanto infans, è narcisistico, e di “sessuale per sé” che per Laplanche è il “sessuale-pre-sessuale”; questa dimensione non è ancora riconosciuta dal soggetto che, invece, avviene attraverso lo sguardo materno.

Nella seconda parte analizzeremo nello specifico le patologie di nostro interesse (anoressia nervosa, anoressia inversa, obesità), alla luce dei concetti analizzati nei capitoli precedenti.

Nella terza parte, presenteremo la nostra ricerca alla quale siamo giunti dopo un’attenta analisi sui disturbi del comportamento alimentare sia dal punto di vista teorico che dal punto di vista della pratica clinica.

Infatti, dalle nostre osservazioni cliniche, su pazienti anoressiche, obesi, ed anoressici inversi, e dallo studio sistematico della letteratura in merito ai disturbi del comportamento alimentare è nata l’idea di questa ricerca.

⁸ Gaddini R., (1978) “Pieno vuoto e identità”, Rivista di psicoanalisi, 1978, pp. 241-257.

⁹ Convegno proposto dal “Centro Napoletano di Psicoanalisi”, tenuto presso l’ Istituto italiano per gli Studi Filosofici.

¹⁰ Recalcati M., (2002), “Clinica del vuoto”, Franco Angeli, Milano, p. 24

In questo lavoro di ricerca ci siamo posti l'obiettivo di verificare se nell'anoressia nervosa, nell'anoressia inversa, e nell'obesità fossero presenti determinati indici comuni alle patologie, per verificare se queste tre patologie presentassero uno stesso nucleo psicopatologico. In particolare si è cercato di indagare se esistessero delle somiglianze tra i tre gruppi clinici per quanto riguarda la gravità dei sintomi sia specifici che psicopatologici generali.

Ciò da cui siamo stati affascinati, nel corso dei nostri studi, è stata la particolarità di come l'anoressia inversa fosse, dal punto di vista nosografico, del tutto simile all'anoressia nervosa, sebbene le caratteristiche comportamentali dei due gruppi di soggetti, risultassero apparentemente opposte.

Abbiamo notato, inoltre, che era possibile costruire dei parallelismi tra le due patologie anoressiche. In particolare, l'allenamento in palestra ed il parallelo regime dietetico, che spesso finiscono per compromettere la vita socio-lavorativa ed affettiva degli anoressici inversi, ci sono apparsi come caratteristiche del tutto simili a quelle delle anoressiche e, per certi aspetti, simili anche ai soggetti obesi dove, tutta la preoccupazione risiede, appunto, nel corpo.

Per tutte queste ragioni ci è sembrato interessante, oltre che stimolante e di grande interesse, cercare di approfondire, con l'aiuto di alcuni questionari, se le nostre osservazioni cliniche su questi 3 gruppi (150 soggetti, 50 anoressiche, 50 obesi, 50 anoressici inversi) potessero realmente supportare la nostra ipotesi che i tre campioni clinici potessero avere delle caratteristiche simili e presentare uno stesso nucleo psicopatologico.

Capitolo 1

Psichico e Somatico

Capitolo 1 Psicico e somatico

1.Introduzione

Si può sostenere senza particolari difficoltà che, nel pensiero psicoanalitico il rapporto tra lo psichico ed il somatico è stato da sempre molto controverso e dibattuto.

Riteniamo che addentrarsi nella discussione su questo oggetto di studio, è senza dubbio arduo, difficile e necessariamente incompleto data la vastità di materiale presente in letteratura ed i differenti punti di vista assunti ora da alcuni, ora da altri. L'intento di questo lavoro su "psichico e somatico" è per noi, però, funzionale al discorso più generale portato avanti da questo scritto che si pone come obiettivo di rintracciare le radici dei disturbi del comportamento alimentare, a partire, proprio, dalle prime formulazioni freudiane sull'isteria, fino ad arrivare ai più recenti contributi psicoanalitici.

Partendo da Freud possiamo considerare che il suo intento, fin dall'inizio fu quello di trovare la spiegazione di alcuni sintomi somatici, presenti nella malattia isterica, e di proporre un metodo di cura del tutto nuovo ed originale. Infatti nell'isteria il coinvolgimento somatico, non soltanto era evidente, ma richiedeva delle spiegazioni, che Freud, attraverso il suo metodo, cercò di mettere in luce.

La prima formulazione al riguardo è stata la distinzione operata da Freud verso la metà degli anni '90 del 1800 tra le psiconevrosi, delle quali l'isteria era il paradigma e le nevrosi attuali. Le psiconevrosi sono caratterizzate dall'essere espressione simbolica di conflitti inconsci, dove il coinvolgimento del corpo si realizza attraverso il meccanismo della conversione somatica del conflitto

psichico. Nelle seconde, l'eziopatogenesi risiederebbe, invece, in una insufficiente elaborazione psichica dell'energia sessuale somatica; "alla nevrosi (nevrosi attuale) corrispondeva propriamente un quadro clinico monotono in cui, come mostravano le analisi, non entrava alcun meccanismo psichico" (Freud, 1892-1895)¹¹.

Nelle nevrosi attuali, una crisi d'angoscia ad esempio, non ha passato poiché non c'è alcun lavoro psichico del soggetto ma, questi, semplicemente rigetta, evacua la sua angoscia. Nell'isteria invece, e da qui l'interesse di Freud, ed attualmente il nostro c'è mentalizzazione, e cioè il soggetto compie un lavoro psichico tale da poter trattare la sua condizione. In prospettiva, il riferimento eziopatogenetico costituirà il nucleo della teorizzazione della malattia psicosomatica secondo la Scuola Psicosomatica di Parigi di Marty, de M'Uzan, Fain e David.

"Freud non si occupò mai dettagliatamente degli aspetti somatici della malattia psichica ma il suo convincimento che il fondamento della patologia psichica stesse nelle vicissitudini della sessualità infantile e la nozione stessa di pulsione, come concetto limite tra lo psichico ed il somatico, rivelano quanto fosse certo della implicazione, anche se non sempre manifesta del corpo nella psicoanalisi" (Conrotto, F., 2008)¹².

Probabilmente è grazie al concetto di "Es" che Freud cercò di evidenziare come il pulsionale si proietta nello psichico, generando per differenziazione anche l'Io. L'unità psiche soma, la si deve anche al concetto fondamentale di "appoggio", che, proposto per la prima volta nei "Tre saggi sulla teoria sessuale" (Freud, 1905), mostra la stretta connessione tra le sfere dello psichico e del somatico e, quindi, le loro reciproche ricadute; questo concetto, insieme a quello di "pulsione" sarà fondamentale in tutto il nostro discorso.

¹¹ Freud, S.; Breuer J., (1892-1895) "Studi sull'isteria", in Opere vol.1. Boringhieri, p. 396.

¹² Conrotto F., (2008), in Cotrufo F., (a cura di), "Corpo e Psicoanalisi", Borla, Roma, p. 7

Nel nostro discorso ci rifaremo, inoltre, alle teorizzazioni di Dejours (1987)¹³ di “sovversione libidica” e di “seduzione generalizzata” (Laplanche), e quindi come la sessualità venga edificata nel bambino da parte dell’adulto, rispetto al quale egli è oggetto inerme.

¹³ Dejours C., (1987), “Recherches psychosomatique sur le corps. Répression et subversion en psychosomatique. Payot, Paris.

1.2 Breve ricognizione sui vertici concettuali psicoanalitici rispetto alla relazione psiche soma

Per nostra scelta accenneremo solamente ad alcune posizioni che, riteniamo importanti nella discussione ma non centrali, mentre ci soffermeremo su alcuni autori, che saranno poi, fondamentali nell'elaborazione del nostro discorso.

Abbiamo notato, nello studio di diversi autori post freudiani, che, quando si affronta la questione psiche soma, ci si imbatte in una molteplicità di percorsi teorici talora molto differenti anche se ancorati alla medesima base freudiana che conducono a diversi approdi, talvolta molto differenti. Questo probabilmente deriva, secondo Assoun (1997)¹⁴, dalla ricchezza del lavoro di Freud, che sebbene molto articolato, non presenta una categoria omogenea di corpo. Abbiamo ad esempio, come illustra bene la Ferraro (2011)¹⁵ posizioni che appaiono inconciliabili e che l'autrice definisce "opposte": da un lato Chiozza (1991)¹⁶ la cui tesi centrale è che *il reale inconscio è il somatico*, e dall'altro quella di Green (1991)¹⁷ che, privilegia il concetto di "rappresentanza psichica" secondo il quale ciò che sancisce l'ingresso nello psichico è la rappresentazione, quale efficace nozione di sostituto. (Ferraro, 2011). Secondo la Ferraro, quindi Green ha una concezione del "somatico come privo di significato e, ancora più radicalmente, della malattia somatica come fuori dal campo di influenza della psicoanalisi"¹⁸.

¹⁴ Assoun P.L., (1997), "La clinica del corpo. Lezioni psicoanalitiche", Franco Angeli, Milano (2004).

¹⁵ Ferraro F., (2011), "La clinica del corpo", Rivista di Psicoanalisi, 2011, LVII, 2.

¹⁶ Chiozza L., (1991), in Bruti C., Maffei G., Parlani R., a cura di "Organsprache Linguaggio d'organo". Quaderni di Psicoterapia infantile, 23, Borla, Roma.

¹⁷ Green A., (1991), in Bruti C., Maffei G., Parlani R., a cura di "Organsprache Linguaggio d'organo". Quaderni di Psicoterapia infantile, 23, Borla, Roma.

¹⁸ Ferraro F., (2011), "La clinica del corpo", Rivista di Psicoanalisi, 2011, LVII, 2, p. 251.

Una posizione importante nel discorso psicoanalitico è quella espressa dalla Scuola psicosomatica di Parigi attraverso le concettualizzazioni di Marty, de M'uzan e David (1963)¹⁹: questi autori sono ispirati da un dualismo psicosomatico, nonostante il rifiuto espresso in relazione alla tradizione culturale dualista, che affonda le sue radici nel pensiero di Platone arrivando fino a Descartes. Questi autori sembrano delineare uno scenario nel quale la malattia somatica esprime tutto ciò che sfugge alla messa in senso psichica ma che tuttavia origina nella psiche. Come sopra detto, per Freud (1892-1895)²⁰ la malattia del corpo è considerata espressione di due linguaggi: un linguaggio isterico, tipico delle neuropsicosi da difesa, ed uno strettamente somatico, tipico delle nevrosi attuali. Quindi, secondo questi autori, la malattia sul corpo, dalla dermatite al cancro è stata considerata attraverso l'utilizzo di una negazione, come non appartenente ad un corpo nevrotizzato, o in altre parole ad un corpo istericamente espressivo. (Cotrufo, 2008)²¹.

Una posizione interessante a proposito delle nevrosi attuali è quella assunta dalla Mc Dougall (1989)²², che considera appunto, “le nevrosi attuali come anello mancante tra stati isterici e psicosomatici”(Ferraro, 2011)²³; l'autrice analizza le esplosioni psicosomatiche in pazienti diversi da quelli tipicamente “operatori”, intendendo con questo termine proprio le condizioni “attuali”, nelle quali l'analizzabilità deve tendere all'isterizzazione di queste, affinché si possano creare le condizioni per l'analizzabilità. La Mc Dougall propone il concetto di “isteria arcaica” che si costituisce a partire dai “legami somatopsichici

¹⁹ Marty P., De M'Uzan, David C., (1963), “L'investigation psychosomatique”, P.U.F., Paris.

²⁰ Freud, S, (1892-1895), “Studi sull'isteria” in Opere vol. 1, Bollati Boringhieri; Freud,S., (1916) “Nervosismo Comune”, (lezione 24) in Opere, Vol. 8, Boringhieri

²¹ Cotrufo P., (2008), “Corpo e Psicoanalisi”, Borla, Roma

²² Mc Dougall, J., (1989), “Teatri del corpo”, Milano, Cortina, (1990)

²³ Ferraro, F., “La clinica del corpo”, Rivista di Psicoanalisi, 2011, LVII, 2. p. 353

preverbalì”²⁴; in particolare l’autrice cerca di evidenziare le differenze tra i quadri prettamente isterici e quelli psicosomatici che appaiono troppo “drasticamente distinti in base alla carenza o meno di attività fantasmatica” (idem, op. cit, Ferraro, 2011).

Il corpo, la mente ed i loro legami costituiscono, quindi, il nostro essere, determinando salute e malattia, benessere e malessere, costituendo quell’unità definita “Io”.

Una teorizzazione molto importante rispetto al tema di nostro interesse è “L’Io sono” di Winnicott che, rappresenta proprio la tendenza dell’essere umano a raggiungere l’unità della psiche con la totalità delle funzioni corporee. “Gli studi di Winnicott si sono svolti a partire dall’esigenza di affrontare il problema del processo di costruzione di uno spazio interno e della sua relazione con l’esterno” (Genovese, 2008)²⁵. Il punto di partenza winnicottiano è l’idea di un processo maturativo che va dall’assoluta dipendenza dall’ambiente, cioè dalla funzione materna, da parte del neonato, verso la sofferta conquista di spazi di indipendenza (Genovese, 2008).

A questo proposito ci richiamiamo allo sviluppo di due modelli funzionali sviluppati da Gaddini: “psicosensoriale e psicorale che sembrano determinare in modo distinto, fin dall’origine, il duplice modo di disporsi verso gli oggetti, individuato da Freud come “ciò che si vorrebbe essere” e “ciò che si vorrebbe possedere” (Nunziante Cesàro, A., 1996)²⁶. Nunziante Cesàro continua presentando la posizione winnicottiana rispetto ad una duplice disposizione verso l’oggetto inteso come “elemento femminile puro” ed “elemento maschile puro” (Winnicott, 1971)²⁷. “La fase definita dall’autore inglese come fase “del

²⁴ Ferraro, F., “La clinica del corpo”, Rivista di Psicoanalisi, 2011, LVII, 2

²⁵ Genovese C., (2008), “La soluzione patologica. Manovre psichiche e crollo somatico”, in Cotrufo P., (a cura di) “Corpo e Psicoanalisi”, Borla, Roma. p. 62

²⁶ Nunziante Cesàro, A., (1996), “Del genere sessuale”, Liguori, Napoli, pp. 5 s.

²⁷ Winnicott, D.H., (1971), “Sugli elementi maschili e femminili scissi”, in Esplorazioni psicoanalitiche, Cortina, Milano, (1994).

sostenere”, in cui l’elemento femminile puro entra in rapporto con l’oggetto, sembra avere forti analogie con ciò che Gaddini definisce come l’aspetto psicosensoriale del rapporto con l’oggetto” (Nunziante Cesàro, 1996)²⁸; mentre nella concezione dell’area “psico-orale, si ravvisa una certa analogia con Winnicott quando distingue l’elemento maschile nel suo entrare in rapporto con l’oggetto. Quindi mentre Winnicott definisce due modalità di entrare in relazione con l’oggetto, “elemento femminile puro”, ed “elemento maschile puro”, alle quali fanno da correlato la madre oggetto e la madre ambiente, Gaddini le definisce come due modelli funzionali, psicorale e psicosensoriale. (Nunziante Cesàro, A., 1996).

Ora, la celebre formulazione winnicottiana: “il bambino trova il seno proprio là dove lo crea”, secondo Genovese consiste nel fatto che, se la funzione materna è adeguata alla dipendenza totale ed oggettiva del bambino inerme, corrisponde, appunto, un’esperienza soggettiva di tipo magico onnipotente: “trovare il seno *proprio* là dove lo crea”. Genovese osserva inoltre che l’autore usa la parola seno dal punto di vista dell’osservatore, non nel senso di un oggetto altro da sé; ciò che il neonato sperimenta come creazione magica è il sollievo che egli prova rispetto ad una persona *assente*, la quale, se troppo prolungata ed eccessivamente ripetuta, si potrebbe tradurre in “annichilimento” (idem, op. cit. Genovese, 2008). Gaddini, dal canto suo (1969)²⁹, mette in evidenza che l’infante nelle prime settimane di vita, percepisce modificando il proprio corpo in relazione agli stimoli, percepisce, cioè, non lo stimolo in quanto tale, ma la propria modificazione corporea. In questo contesto, la madre ha una grande importanza perché dispensatrice di bisogni o di frustrazioni; se ad esempio la madre dovesse risultare assente, per un periodo relativamente lungo, il bambino, per fronteggiare le sensazioni pensose derivanti dall’assenza dell’oggetto, lo “allucina”, e lo

²⁸ Nunziante Cesàro A., (1996), “Del genere sessuale”, Liguori, Napoli.

²⁹ Gaddini E. (1969), “Sull’imitazione”. In Gaddini (1989), Scritti. 1953-1985. Cortina, Milano

“esperisce, cioè, nel linguaggio gaddiniano, come un oggetto presente, mediante una “fantasia nel corpo”(Nunziante Cesàro, A., 1996)³⁰.

La nascita secondo Winnicott, quindi, ha dei rischi, in particolare il termine “annichilimento” sembra essere cruciale per questo autore, perché, se generalmente con questo termine ci si riferisce alle rappresentazione fantasmatiche ed angosciose infantili (Freud, 1925)³¹, Genovese ritiene che l’accento vada messo sul significato letterale di “crollo psicofisico”, con il risultato potenziale della morte biologica vera e propria (Genovese, 2008). Seguendo questa prospettiva vediamo come in “Inibizione, sintomo e angoscia” (1925) Freud fa risalire la natura dell’angoscia e la sua origine al modello originario della nascita, quando cioè il bambino è alle prese con il passaggio tra la vita intrauterina e quella neo-natale.

Winnicott, invece, ritiene che inizialmente non esista il lattante, ma un’unità madre-bambino, per cui in un’epoca della vita nella quale il somatico e lo psichico sono fortemente interdipendenti, all’eventuale venir meno della madre, non può che corrispondere il pericolo dell’annientamento del bambino; nel lavoro su “La preoccupazione materna primaria”³² Winnicott afferma che: “La prima organizzazione dell’Io deriva dall’esperienza delle minacce di annichilimento che non sfociano nell’annichilimento, e dalle quali ripetutamente ci si risollewa. Superando tali esperienze la fiducia nella possibilità di risollevarsi comincia ad essere qualcosa che conduce ad un Io ed alla sua capacità di far fronte alla frustrazione”. L’instaurarsi di una fiducia di base, secondo questo autore, è possibile, quindi, attraverso il superamento (il “risollevarsi”) delle minacce di annichilimento. Secondo Gaddini (1984) però, non sempre le cose vanno in questo modo, infatti per questo autore, poiché l’annichilimento è

³⁰ Nunziante Cesàro A.,(1996), “Del genere sessuale”, Liguori, Napoli, p. 95.

³¹ Freud S.,(1925) “Inibizione sintomo ed angoscia”. In Opere Vol. 10, Boringhieri.

³² Winnicott D. W., “La preoccupazione materna primaria” p. 304 , in Winnicott (1958), “Dalla pediatria alla psicoanalisi”. Martinelli, Firenze, (1975).

soltanto l'ipotesi estrema, sarebbe possibile che, una separazione molto precoce dalla madre, intesa come figura fornitrice di senso ed "amorevolmente preoccupata per il suo bambino" possa, "condurre ad una condizione preagonica, sperimentata o come sconnessione psicosomatica (depersonalizzazione) oppure come crollo parziale o mutilazione o rottura del sé"³³ (idem, op. cit., Genovese, 2008)

Inoltre, lo sviluppo infantile in Winnicott, viene indicato come risultato proprio del processo di depersonalizzazione debitoro alle funzioni materne dell'holding e dell'handling che, sono termini che racchiudono quella base psico-somatica e quelle radici corporee, visualizzabili, anche dall'osservatore comune nell'attitudine della madre che "tiene" il bambino e lo "maneggia" (Ferraro, 2011)³⁴. Ne "L'intelletto e il rapporto con lo psiche-soma", Winnicott, infatti, sottolinea come nei bambini piccoli la psiche non sia distinguibile dal soma e come la distinzione possa essere semplice differenza di prospettiva; quindi l'interrelazione tra psiche e soma costituisce il centro da cui può svilupparsi il senso di sé. L'autore inoltre sottolinea che per lo sviluppo di uno psiche-soma primitivo vi sia bisogno di un ambiente "sufficientemente buono", il cui graduale venir meno è compensato dall'attività mentale del bambino. In merito a questo Gaddini (1980)³⁵ usa il concetto freudiano di "appoggio" pur senza menzionarlo, ipotizzando un continuum corpo-mente esplorabile nella direzione opposta a quella evolutiva. "La distinzione di "fantasie nel corpo" e "fantasie sul corpo" è, di conseguenza, un prezioso apporto al nostro tema, nella misura in cui individua quel transito cruciale tra un funzionamento a dominanza sensoriale,

³³ Gaddini E. (1984) "Trauma della nascita e memoria della nascita", in Gaddini (1989) "Sull'imitazione"

³⁴ Ferraro, F., (2011), "La clinica del corpo", in Rivista di Psicoanalisi, 2011, LVII,2, p. 360

³⁵ Gaddini E., (1980), "Note sul problema mente-corpo", in Gaddini E., (1989) Scritti. 1953-1985. Cortina, Milano.

potenziato ad oltranza come ritiro dal rapporto oggettuale, e l'avvio di potenzialità rappresentative innescate dall'immagine" (Ferraro, 2011)³⁶.

Dopo questa breve panoramica su alcuni tra i più importanti esponenti di marca psicoanalitica, vorremmo sottolineare, come, l'opera freudiana sia ricca di riferimenti al corpo su cui gli studiosi si devono, come abbiamo visto, confrontare; ed è proprio all'interno di questo stretto rapporto con la base somatica, che Freud ha pensato allo psichismo. Inoltre a ben guardare, nell'opera di Freud, "non c'è il tentativo di proporre uno statuto metapsicologico del corpo", ma, la direzione dell'inventore della psicoanalisi è stata, fin dal principio, quella "di inserire le scoperte psicoanalitiche all'interno di una conoscenza preesistente, all'epoca molto approssimativa, sul corpo biologico" (Cotrufo, 2008)³⁷. Secondo noi è attraverso la famosa lettera a Fliess (1897) sull'abbandono dei "neurotica" e l'introduzione di una "sessualità infantile" (perversa e polimorfa "innata") che il corpo assume quel valore per cui, l'apparato psichico intrattiene con il corpo non solo, un legame di natura simbolica ma anche, una relazione di "natura ontologica"³⁸; ed è proprio attraverso queste nuove teorizzazioni che la teoria psicoanalitica compie una svolta, "incompiuta" secondo Laplanche (1992)³⁹ che considera la teoria freudiana come "una rivoluzione copernicana incompiuta". Infatti secondo una lettura freudiana, lo psichico sboccerebbe da un corpo biologico che parrebbe essere costituito proprio a questo scopo; c'è da considerare però il concetto di "appoggio" (Cotrufo, 2008)⁴⁰ che, chiarisce l'articolazione tra psicosessualità ed autoconservazione. Infatti Freud scrive che: "l'attività sessuale si appoggia in

³⁶ Ferraro, F., (2011), "La clinica del corpo", in Rivista di Psicoanalisi, 2011, LVII,2. p. 362

³⁷ Cotrufo, P., a cura di (2008) "Corpo e psicoanalisi", Borla, Roma, p. 104 s.

³⁸ idem. Op. Cit. Cotrufo, 2008.

³⁹ Laplanche J., (1992), "La rivoluzione copernicana incompiuta", In "il primato dell'altro in psicoanalisi, La biblioteca, Bari-Roma.

⁴⁰ Cotrufo, P., a cura di (2008), "Corpo e psicoanalisi", Borla, Roma, p. 104 - 105.

primo luogo a una delle funzioni che servono alla conservazione della vita, e solo in seguito se ne rende indipendente”⁴¹.

È qui, in questa frase, la questione centrale del rapporto psiche soma, che a noi interessa maggiormente. In questa frase che si evidenzia la sfasatura tra il portato biologico, precedente l'appoggio, ed il serbatoio pulsionale, seguente l'appoggio. Inoltre seguendo Dejours, è possibile tracciare due idee differenti di corpo, uno biologico istintuale, ed uno divenuto erotico, a seguito delle seduzioni adulte, frutto di un portato sessuale, o come dice Laplanche (2004), frutto di un portato inconscio infantile. Freud sempre nei “Tre saggi sulla teoria sessuale” scrive che: “I rapporti del bambino con la persona che ha cura di lui sono per lui una fonte inesauribile di eccitamento e di soddisfacimento sessuale a partire dalle zone erogene, tanto più che tale persona - di regola dunque la madre - riserva al bambino sentimenti che derivano dalla vita sessuale di lei, lo accarezza, lo bacia, lo culla: lo prende con evidente chiarezza come sostituto di un oggetto sessuale in piena regola”⁴².

Già Ferenczi (1932)⁴³ torna sul problema della seduzione traumatica, superato da Freud ma del tutto, ed a questo proposito egli scrive: “Se ai bambini che attraversano la fase della tenerezza si impone più amore o amore di altra specie di quello che essi desiderano, ciò può avere conseguenze altrettanto patogene della frustrazione amorosa, su cui fino a oggi si è quasi esclusivamente insistito”. Ferenczi parte dal presupposto, quindi, che la lingua del bambino (lingua della tenerezza) sia differente da quella dell'adulto (lingua della passione). Il bambino sostiene Ferenczi, non è in grado di comprendere il linguaggio adulto sessuale, né tanto meno di tradurlo: esso (il linguaggio) quindi si innesterà ed il bambino lo intenderà, dunque, come un messaggio portato nella unica lingua che egli

⁴¹ Freud, S., (1905) “Tre saggi sulla teoria sessuale”, In Opere, Vol. 4, Boringhieri, p. 492

⁴² Idem op. cit., Freud (1905), p. 528

⁴³ Ferenczi S., (1936), “Confusione delle lingue tra adulti e bambini”, in Fondamenti di Psicoanalisi, Vol. II, Guaraldi, Firenze, p. 423

comprende, quella della tenerezza. Ciò che vogliamo sottolineare, ora, è che i messaggi dell'adulto sono incomprensibili "enigmatici" (Laplanche, 2004)⁴⁴, perché "compromessi" dai residui "inconsci infantili" (Laplanche, 2004), non essendo l'infante attrezzato della lingua (sessuale) necessaria per dotare questi messaggi di un significato. I messaggi adulti, che come abbiamo visto passano attraverso il corpo, le cure, e le manipolazioni materne, si vanno ad incistare nel bambino, come traumi inelaborabili ed intraducibili, poiché portati da un inconscio adulto, ed in quanto tali incomprensibili per il bambino, che è necessariamente impreparato ed inerme per poterli affrontare.

È qui che, secondo noi, è evidente la perversione di quell'adulto, presente in lui come un resto non integrato in una sessualità genitale adulta. Tuttavia però sappiamo che un bambino non si relaziona solo ad adulti perversi e stupratori, incontra però certamente persone portatrici di un inconscio, ed è qui, che, secondo noi, si inserisce la straordinaria portata innovativa che introduce Laplanche con la "Teoria della seduzione generalizzata", secondo cui la relazione adulto-infans (situazione antropologica fondamentale) "confronta, in un dialogo simmetrico/dissimmetrico, un adulto che ha un inconscio sessuale (essenzialmente pregenitale) ed un infans che non ha ancora costituito un inconscio, né l'opposizione inconscio preconsciouso. [...] I messaggi dell'adulto sono messaggi preconsciousi-consci, sono necessariamente compromessi (nel senso del ritorno del rimosso), dalla presenza del disturbo inconscio. Questi messaggi sono dunque enigmatici" (Laplanche, 2004)⁴⁵. La nascita psicologica, sarebbe, secondo questa prospettiva, prodotta dall'incontro tra un organismo biologico umano neonato e privo della dimensione inconscia ed un mondo adulto regolato dai derivati inconsci dei suoi singoli membri. La psiche quindi, sarebbe una

⁴⁴ Laplanche J., (2004), "Tre accezioni del termine inconscio nella cornice della Teoria della Seduzione Generalizzata", Rivista di Psicoanalisi, 2004, L, 1.

⁴⁵ Laplanche, J., (2004), "Tre accezioni del termine inconscio nella cornice della Teoria della Seduzione Generalizzata", Rivista di Psicoanalisi, 2004, L, 1, p- 14

funzione che può svilupparsi a partire da un corpo che ne sorregge biologicamente il funzionamento; infatti la psiche può esistere solo se esiste un corpo, e non il contrario⁴⁶. Secondo Cotrufo, il nostro corpo è un corpo biologico, animale, che potrebbe andare avanti così per tutta la vita, come accade per gli altri corpi; tuttavia il nostro corpo è immerso in un contesto umano che non è regolato esclusivamente dalle leggi della natura. Questo corpo è oggetto di attenzione da parte dell'adulto che se ne prende cura: queste cure sono solo in piccola misura rispondenti ai bisogni del bambino, mentre per la maggior parte queste cure sono rispondenti ai desideri della madre umana, sono cure "compromesse dall'inconscio di quella madre" (Laplanche, 1987). Al bambino, non ancora dotato di uno psichismo spetterà quindi, il compito di "tradurre" questi messaggi compromessi, e quindi per loro natura "enigmatici". Ciò che emerge dalla teoria di Laplanche è proprio lo sfasamento tra il portato biologico autoconservativo del piccolo umano, che è semplicemente dotato di un corpo, e la comunicazione adulta, caratterizzata dalla perversione, in senso lato. (Cotrufo, P., 2008).

Il seno che nutre il bambino, ad esempio, è per il bambino una mammella che serve a fornirgli nutrimento, mentre per la madre è una delle sue più importanti zone erogene. Quel seno è perverso, nel senso che durante il corso della vita di quella madre, attraverso le seduzioni e le traduzioni di quei messaggi enigmatici cui ella stessa fu esposta è diventato tale. Il bambino però, ha un unico codice (biologico) per poter tradurre il messaggio enigmatico, e questo codice è insufficiente ad operare una traduzione; tuttavia il corpo fornisce comunque un vocabolario affinché egli possa tradurre in un linguaggio comprensibile ciò che non lo è. In questo senso il corpo diventerebbe il primo aggancio alla realtà attorno a cui prende avvio la costituzione dello psichismo e del suo compito

⁴⁶ Cotrufo, P., a cura di (2008), "Corpo e psiconalisi", Borla, Roma.

fondamentale: il lavoro psichico. A questo proposito Anzieu (1985)⁴⁷, ritiene che nelle prime fasi dello sviluppo, il bambino si serve della funzione cutanea (somatica) per cominciare a rappresentare se stesso come un Io che contiene i contenuti psichici e dà vita alla funzione (psichica) dell'Io pelle.

Un altro concetto sul quale desideriamo soffermarci, e che sarà utile nel prosieguo della lettura, è quello di “sovversione libidica”, così come proposto da Dejours (1987)⁴⁸. Questo concetto, è secondo noi, inscindibile da quello della seduzione di Laplanche (1987)⁴⁹. Secondo questa prospettiva la sessualità verrebbe edificata nel bambino a partire dalla seduzione da parte dell'adulto, rispetto alla quale egli è oggetto inerme. Quindi la seduzione per un verso impone “all'infans” un messaggio enigmatico, compromesso dall'inconscio sessuale dell'adulto, e dall'altro instaurerebbe nell'infans, proprio attraverso le manovre di cura (desideri) infiltrate di sessualità, un codice sessuale attraverso cui operare la traduzione. Ne i “Tre saggi sulla teoria sessuale”, Freud descrive nel bambino le zone erogene, ad esempio la bocca; ora Dejours (1987) illustra, attraverso il concetto di “appoggio”, come quella bocca, inizialmente deputata alla suzione del latte materno, attraverso le cure materne, si trasformi in una zona erogena, fonte di un piacere erotico; nasce in questo modo la pulsione parziale. Freud postula che per sua natura questa è perversa, nasce infatti da un perversimento dell'ordine istintuale: la bocca non serve più a succhiare il seno (per nutrirsi), ma arriva a produrre piacere anche succhiando un dito, dando un bacio, fumando una sigaretta. (Freud, 1905).

“Grazie a questa edificazione della sessualità psichica e del corpo erotico, il soggetto riesce ad affrancarsi parzialmente dalle sue funzioni fisiologiche, dai suoi istinti, dai suoi comportamenti automatici o riflessi, perfino dai suoi ritmi

⁴⁷ Anzieu D., (1985) “L'Io-Pelle”, Borla, Roma, (1994).

⁴⁸ Dejours C., (1987) “Reserches psychanalytiques sur le corps. Répression et subversion en psychosomatique”. Pautot, Paris.

⁴⁹ Laplanche J. (1987), “Nuovi fondamenti per la psicoanalisi”, Borla Roma, (1989).

biologici. È così che la sessualità umana riesce a prendersi gioco, in una certa misura, dei ritmi endocrino-metabolici. Nella donna, per esempio, la sessualità non segue più il ciclo mestruale e non si ferma con la menopausa. Grazie all'appoggio, il registro del desiderio instaura il suo primato su quello del bisogno, la pulsione si libera parzialmente dell'istinto" (Dejours, 2002)⁵⁰. La definizione freudiana di pulsione, come concetto limite tra psichico e somatico diviene ora, probabilmente, più chiara.

⁵⁰ Debray R., Dejours C., Fédida P., (2002) "Psicopatologia dell'esperienza del corpo", Borla, Roma, (2004), p. 81

1.3 La nascita

Il bambino inizia la propria vita come un corpo, dopo essere stato parte di un altro corpo nel quale si era “insediata una psiche” (nel senso dato da Laplanche). La nascita avviene quindi per separazione, successivamente l’incontro tra madre e bambino e il legame che si crea tra loro sarà fondamentale al bambino per la sopravvivenza psicosomatica.

Il bambino per sopravvivere ha bisogno di persone per la quali la sua sopravvivenza è importante, ha bisogno di essere amato, e di qualcuno che si prenda cura di lui. Tutto ciò è importante non soltanto per la sopravvivenza fisica, ma successivamente per la possibilità di *riconoscersi come persona* (Boschan, P., 2006)⁵¹. L’investimento d’amore, di aspettative, di proibizioni, di ideali determinerà il modo in cui il bambino si costituirà come soggetto nel mondo. Nel momento della nascita, infatti, secondo Boschan, gli affetti hanno un registro puramente corporeo, nella fase iniziale della vita la realtà coincide pienamente con gli effetti che produce sul corpo. Per tutta la vita l’essere umano conserverà queste risposte corporali nonostante la loro trasformazione in processi mentali, i quali, si integreranno e tradurranno le nostre sensazioni corporali in mentalizzazioni. Le risposte del corpo saranno quindi, i correlati corporei degli affetti: se ci arrabbiamo, siamo felici, siamo tristi, gioiamo per qualcosa il nostro corpo risponderà attraverso delle trasformazioni come il pianto od il sorriso. Normalmente questi due fenomeni correlati, psichico e somatico hanno una corrispondenza.

Ad esempio generalmente quando si sperimenta la paura si hanno le palpitazioni. È chiaro a tutti che la manifestazione psichica (la paura), dipende da quella

⁵¹ Boschan P., (2008), “Corpo, Mente e Legami”, In Cotrufo P., (a cura di), “Corpo e psicoanalisi”, Borla, Roma.

corporea (le palpitazioni). Questo perché il messaggio corporeo è stato tradotto. Quando ciò non avviene significa che c'è un difetto di mentalizzazione⁵² e che il passaggio da un registro somatico ad uno mentale è difettoso. In questo modo quindi le risposte del corpo appaiono prive di ogni registro psichico ed indecifrabili. Quindi il soggetto sperimenterebbe solo le palpitazioni ma non la consapevolezza di avere paura. Boschan (2006) sostiene che questo uomo potrebbe incontrare un amico che gli dice che sperimenta le palpitazioni perché è spaventato. Quindi di fronte a ciò la persona potrebbe reagire diventando consapevole della propria paura oppure denegandola. Nel primo caso, sostiene Boschan il soggetto ha una reazione somatica, nel secondo caso c'è una dissociazione psicosomatica, e quindi una “vulnerabilità psicosomatica”

Nei fenomeni psicosomatici quindi si assiste ad una dissociazione di questa comunicazione tra somatico e psichico. Facciamo un esempio. Molte persone riconoscono le menzogne. Questo non perché chi le riconosce sia bravo ma poiché il comportamento corporeo ed il corrispettivo mentale del menzognero sono discordanti. Le si riconosce quindi perché il soggetto è in grado di tradurre un comportamento nel correlato psichico che quel comportamento gli evoca. La relazione psicosomatica rappresenta quindi la corrispondenza tra psiche e corpo. “Quando questa relazione è dissociata, e quindi non c'è integrazione tra questi livelli assistiamo ad una vulnerabilità psicosomatica”. (Boschan, 2006)⁵³

⁵²Secondo Ferraro (“La clinica del corpo”, Rivista di Psicoanalisi, 2011, LVII,2) La scuola Psicosomatica di Parigi attraverso i suoi più importanti esponenti (Marty, de M'Uzan, David e Fain) “postula che sia la qualità del funzionamento psichico a garantire l'integrità di un funzionamento somatico”. Questo significa che, in particolare la nozione di funzionamento mentale e, attraverso questo, di mentalizzazione è una acquisizione fondamentale che prospetta una soluzione complessa rispetto alla ipotesi di una componente psicogenetica delle malattie somatiche.

⁵³ op. cit, p. 33

1.4 Genesi dell'apparato psichico

Riteniamo che il ricorso alla Teoria della seduzione generalizzata teorizzata da Laplanche possa esserci di aiuto nello sviluppo del concetto di “genesi dell'apparato psichico”. “La teoria della seduzione generalizzata vuole rendere conto della genesi dell'apparato psichico sessuale dell'essere umano a partire dalla relazione interumana.”(Laplanche, J., 2004)⁵⁴.

Per questo autore la seduzione non è una condizione contingente e patologica ma si fonda sulla situazione a cui nessun essere umano può sfuggire: “la situazione antropologica fondamentale ” che rappresenta la “relazione adulto- infans”.

L'autore sostiene che ogni adulto ha un inconscio sessuale (così come descritto da Freud) fatto principalmente di residui infantili. La relazione adulto, portatore di un inconscio sessuale, con un infans, che non ha ancora costituito un inconscio è carica di messaggi che sono necessariamente “compromessi” (nel senso del ritorno del rimosso). Questi messaggi sono enigmatici sia per l'adulto che li emette sia per l'infans che li riceve. Quindi mentre in un dialogo normale (verbale e non verbale) esiste un codice condiviso e la traduzione è immediata, nella comunicazione originale il messaggio dell'adulto non può essere colto nella sua interezza. Il bambino deve quindi, per far fronte a questa comunicazione enigmatica, costituire un nuovo codice, ha bisogno di tradurre il messaggio enigmatico. (Laplanche, J., 2004). Al bambino quindi, spetterà il compito di tradurre questi messaggi enigmatici compromessi dall'inconscio; la questione ora è se questo infans avrà la capacità di decodificare questi messaggi. Ovviamente la risposta è no. Questo perché la relazione adulto (portatore di un inconscio) e l'infans (che non ha ancora sviluppato un inconscio) è sfalsata; questo significa

⁵⁴ Laplanche, J., (2004), “ Tre accezioni del termine inconscio nella cornice della Teoria della Seduzione Generalizzata”, Rivista di Psicoanalisi, 2004, L,1, p. 11

che il bambino aveva, fino a quel momento, il momento della relazione con l'adulto, solo un portato biologico, autoconservativo, ma la comunicazione adulta, è invece impregnata di messaggi derivanti dall'inconscio sessuale adulto (Laplanche), e per questo motivo incomprensibile e quindi, intraducibile per l'infans.

La questione, quindi, è che il bambino per far fronte al messaggio enigmatico ha, a disposizione solo il suo corpo biologico che, da solo, è insufficiente ad operare traduzioni complesse che necessitano di ciò che Laplanche (2004) definisce *il codice del mito complesso*.

La traduzione, quindi, per forza di cose, sarà sempre fallimentare. Laplanche a questo proposito distingue tra il fallimento parziale della traduzione, che rende conto dell'inconscio classico, nevrotico-normale, ed accanto ad esso fa prendere posto “ad un fallimento radicale della traduzione. Niente è tradotto, il messaggio originale resta così com'è nell'apparato psichico, impiantato o intromesso”⁵⁵; egli lo chiama “inconscio intercluso”. Laplanche sostiene che l'inconscio intercluso resta “a fior di coscienza”, e “la modalità di difesa principale non è la rimozione/traduzione ma il diniego”⁵⁶. Secondo Laplanche, inoltre, l'inconscio intercluso non è appannaggio solo del fallimento radicale della traduzione; a questo proposito l'autore ricorda che nel modello nevrotico, la traduzione avviene sempre in due tempi, in cui il primo è quello di latenza del messaggio dell'altro, in uno stato non tradotto, in attesa. “Esisterebbe non solo nel bambino ma in ogni essere umano, una sorta di stock di messaggi intradotti: alcuni praticamente impossibili da tradurre, altri provvisoriamente in attesa di traduzione; questa traduzione però non si innesca improvvisamente, ma ha bisogno di una riattivazione”⁵⁷. L'inconscio intercluso può essere un luogo di

⁵⁵ Idem. Op. Cit. p. 18 s.

⁵⁶ Laplanche, J., (2004), “Tre accezioni del termine inconscio nella cornice della Teoria della Seduzione Generalizzata”, *Rivista di Psicoanalisi*, 2004, L, 1, p. 19

⁵⁷ Idem op. Cit. (Laplanche, 2004), p. 18

“stagnazione” o un luogo di “attesa”, una sorta di “purgatorio” dei messaggi in attesa.

Freud nel (1938)⁵⁸ descrive l’esistenza nello stesso individuo di due meccanismi: quello nevrotico della rimozione e quello perverso o psicotico del diniego. Laplanche però, propone che, ciò che Freud descrive come presente soltanto in alcuni individui, di generalizzarlo, ad ogni essere umano; quindi, seguendo questa prospettiva, lo “psichismo di ogni essere umano comprenderebbe due parti, che si ignorano l’un l’altra, ma non prive di passaggi dall’una all’altra”⁵⁹. Tra queste due parti il limite (tra l’ inconscio nevrotico, e l’ inconscio intercluso) è “fluttuante”, e può essere valicato, in particolar modo quando si innesta un nuovo processo traduttivo. Quindi, i messaggi dell’altro, in un primo tempo vengono ad iscriversi nell’ inconscio intercluso, e successivamente sono “ripresi e ripartiti tra una traduzione preconsocia e dei resti inconsci”.

Ora, ritornando al bambino che deve far fronte ai messaggi dell’adulto compromessi dall’ inconscio, e dunque enigmatici, intraducibili con i soli messi a sua disposizione (quelli dei codici autoconservativi), il bambino (l’ infans) deve ricorrere a nuovi codici, “ma non li inventa dal nulla”, infatti, sostiene Laplanche che “grazie al suo ambiente culturale generale”, ben presto troverà dei codici parziali che gli permetteranno di tradurre almeno in parte i messaggi enigmatici; per gli altri messaggi lo spazio in cui si installeranno sarà l’ inconscio intercluso, fino ad una prossima traduzione. Questo incontro quindi, tra un organismo biologico umano (l’ infans), che in sé non è portatore di una dimensione inconscia, ed un adulto, od un mondo adulto, che è regolato dai derivati inconsci, produce una nascita psicologica.

⁵⁸ Freud, S., (1938) “La scissione dell’Io nel processo di difesa”, in Opere vol. 11, Boringhieri.

⁵⁹ Laplanche, J., (2004), “Tre accezioni del termine inconscio nella cornice della Teoria della Seduzione Generalizzata”, Rivista di Psicoanalisi, 2004, L, 1, p. 18

1.5 Sovversione libidica

Un concetto di grande importanza, profondamente ispirato al pensiero freudiano, è quello di “sovversione libidica” così come proposto da Dejours(1987)⁶⁰.

Ne i “Tre saggi sulla teoria sessuale” (1905) Freud introduce il termine “appoggio” definendolo così: “Da principio, il soddisfacimento della zona erogena era associato al soddisfacimento del bisogno di nutrizione. L’attività sessuale si appoggia in primo luogo a una delle funzioni che servono alla conservazione della vita e solo in seguito se ne rende indipendente”⁶¹. Questa operazione diventerebbe, secondo noi, fondativa della sessualità psichica.

Dal messaggio enigmatico (Laplanche) il bambino sovverte (Dejours) eroticamente la sua bocca che diventa erogena e fonte di un piacere erotico, nasce così la pulsione parziale. La bocca gli serve per succhiare, baciare, mordere, ed il bambino si servirà della bocca non unicamente perché ha fame, ma anche per il suo piacere erotico. La pulsione parziale appena nata, come sostenuto da Freud, è per sua natura perversa, nasce infatti da un pervertimento dell’ordine istintuale: la bocca non sarà quindi, solo deputata al mangiare il cibo ma sarà fonte di un piacere erotico “appoggiandosi ” a questa funzione che serve alla conservazione della vita. Nel corso dello sviluppo, quindi, alcune alcune funzioni che servono alla conservazione della vita vengono perturbate dallo psichismo divenendo così anche funzioni sessuali.

Infatti per il bambino, il seno della madre non è solo una fonte di nutrimento ma rappresenta invece un fonte di eccitazione che è il frutto del perturbamento di quel seno che, fino a quel momento, e cioè prima dell’allattamento,

⁶⁰ Dejours C., (1987), “Recherches psychanalytiques sur le corps. Répression et subversion en psychosomatique”, Payot, Paris.

⁶¹ Freud, S. (1905) “Tre saggi sulla teoria sessuale”, in Opere vol. 4, Boringhieri, p. 492

rappresentava, per quella donna, esclusivamente una fonte di eccitazione, una zona erogena. Per quella donna il suo seno non era semplicemente una mammella ma primariamente un seno erotico e quindi fonte di eccitazione per sé stessa e per altri. Questa donna, ora divenuta madre ha dovuto, essa stessa, far fronte nel corso della sua vita alle seduzioni e alle traduzioni di messaggi enigmatici cui è stata esposta.

Quindi quel seno pervertendosi nel corso della vita della donna, avrà ora anche un'altra funzione e cioè quella di allattare il suo bambino e, seguendo questa prospettiva, i messaggi che la madre invierà al figlio saranno per forza di cose enigmatici per il bambino, poiché compromessi dall'inconscio sessuale materno. Gradualmente diverse parti del corpo serviranno da zone erogene, soprattutto le parti del corpo che delimitano l'interno con l'esterno: organi di senso, sfinteri, pelle. "Queste zone saranno strappate progressivamente ai loro naturali ed originari padroni che sono le funzioni fisiologiche, per essere poco a poco trasformate a vantaggio della costruzione di quello che chiamiamo il corpo erotico". (Dejours, C., 2002) La persona riesce a liberarsi, in questo modo, almeno parzialmente, dalle sue funzioni fisiologiche, "grazie all'appoggio il registro del desiderio instaura il suo primato su quello del bisogno [...] la pulsione si libera parzialmente dall'istinto". Dejours quindi, così designa questo concetto: "La nozione di sovversione libidica è una generalizzazione teorica dei concetti di appoggio e di erogeneità che si trova in Freud, a proposito della teoria sessuale.[...] La sovversione libidica sarebbe il principio immanente dei rapporti tra corpo biologico e il corpo erotico "; il corpo erotico, che è secondario, vale a dire non innato ma acquisito, nasce dal corpo biologico per effetto della "seduzione" dell'adulto . Il corpo che ha beneficiato della sovversione libidica diventa "corpo pensante". E di conseguenza, ogni pensiero troverebbe la sua origine in uno stato del corpo del quale si fa in un certo senso "rappresentante", "delegato" o ambasciatore dello psichico. "Se come

sostengo con l'ipotesi della sovversione libidica dell'ordine biologico, è il corpo prima di tutto, all'inizio del pensiero (il corpo che sperimenta se stesso, e non il cervello), allora ogni pensiero è pensiero del corpo" (Dejours, 202)⁶²

La questione di "sovversione libidica", quindi, come sostenuto precedentemente diviene, nel nostro discorso inscindibile da quella della "seduzione generalizzata", infatti è a partire da questa che si genererebbe la sessualità infantile ed il corpo erotico. La questione, ora, è che questo secondo corpo (erotico) è costruito, non soltanto a partire dall'altro (adulto seduttore), ma anche a partire dal corpo biologico, per le cure che derivano dall'autoconservazione. "C'è davvero, all'inizio della genesi di questo secondo corpo, un incontro tra l'altro-adulto e il suo inconscio sessuale da una parte, il corpo del bambino e la sua pulsione di comprendere e tradurre dall'altra"⁶³. Secondo Dejours, in principio, il momento seduttivo (adulto) ed il corpo biologico (infantile), che in partenza, sono due entità differenti, "si fondono grazie ad un processo che sovverte l'ordine biologico per installare un nuovo ordine: l'ordine erotico (= sovversione libidica)"⁶⁴ La sovversione libidica sarebbe quindi un fenomeno straordinario, grazie al quale il corpo si raddoppia, da una parte corpo biologico e dall'altra corpo erotico. Dejours considera inoltre, che la sovversione libidica si iscrive in un "monismo immanente", generato dalla situazione che lo precede, "la situazione antropologica fondamentale" messa in luce da Laplanche. Quindi, sostiene Dejours, che " [...] il problema epistemologico dei rapporti tra corpo ed anima, prende inizio soltanto quando il secondo corpo avviene".

⁶² Debray R., Dejours C., Fédida P., (2002), "Psicopatologia dell'esperienza del corpo", Borla, (2004), p. 81- 83.

⁶³ Idem, Op. Cit.

⁶⁴ idem. Op. Cit.

1.6 Il corpo erotico

Gli essere umani a differenza degli animali hanno sviluppato un ambiente che non dipende unicamente dalle regole della natura. Ne “Il disagio della civiltà” (1929)⁶⁵, Freud si interroga sulle ragioni dell’infelicità umana, sostenendo che la civiltà si è potuta sviluppare solo a costo della infelicità dei singoli. Il programma della civiltà richiede che si abbandoni la pretesa pulsionale immediata a vantaggio dei limiti imposti dalla realtà sociale. Ogni essere è, quindi, immerso fin dalla nascita, in un contesto umano che ha delle leggi, norme, limiti, necessari affinché le comunità possano esistere.

È quindi ovvio che in un contesto si fatto l’essere umano, appena nato divenga immediatamente oggetto di attenzione di chi se ne prende cura. Queste cure, come abbiamo precedentemente detto, sono solo per piccola parte derivanti dai bisogni del bambino, che, a differenza degli altri animali diviene oggetto dei desideri (consci ed insonsci) della madre, e che hanno a che vedere con ciò che Laplanche (1987) ⁶⁶ definisce cure “compromesse dall’inconscio” che hanno la loro origine nell'inconscio sessuale della madre.

Questo nuovo corpo diventato un corpo perturbato, diviene un corpo che comunica poiché è un corpo in cui si è insediata una psiche, dove è presente un inconscio sessuale. Questo diviene così un corpo erotico, che seduce, un corpo caratteristico di ogni interazione umana.

⁶⁵ Freud S., (1929) “Il disagio della civiltà”, In Opere, Vol. 10, Boringhieri

⁶⁶ Laplanche J., (1987), “Nuovi fondamenti per la psicoanalisi”, Borla, Roma (1989).

Questo corpo è il corpo che Cotrufo (2008) chiama “corpo istrionico” che accetta il suo aggancio alla sessualità psichica e “produce una sorta di monismo psicosomatico, un’alleanza psicosomatica in nome del sessuale che li unisce”⁶⁷.

Freud definendo il termine “appoggio”⁶⁸ accetta che le funzioni del corpo siano prese a prestito dal sessuale per eccitare, eccitarsi e soddisfare il piacere erotico che si appoggia a queste. Allo stesso modo Dejours con il termine di “sovversione libidica”, mutuato dal termine “appoggio” sostiene che parti del corpo possano diventare non soltanto fonte di un piacere sessuale ma anche oggetto di quel piacere proprio a causa di un inconscio sessuale che ha perturbato il soggetto.

La teoria di Laplanche sulla “seduzione generalizzata” ed il concetto di “situazione antropologica fondamentale” e quello di “sovversione libidica” di Dejours determinerebbero secondo noi, uno scarto dal punto di vista teorico, rispetto alla teoria freudiana della sessualità infantile. Mentre per Freud la sessualità esiste a priori, è esogena, innata, per questi autori, la sessualità si insedia su un corpo a partire proprio dalla seduzione dell’adulto e alla contingente sovversione libidica, attraverso il processo di traduzione. Questo è proprio ciò che Laplanche definisce il “fuorviamento biologizzante”⁶⁹ della teoria freudiana successivo alla lettera del 21 settembre 1897 a W. Fliess⁷⁰. L’inconscio (della prima topica), l’Es (della seconda) hanno da questo momento in poi, “una origine ereditaria, nasciamo con l’Es”⁷¹. Questo sfocamento dell’oggetto della psicoanalisi è il motivo che induce Laplanche a dire che la teoria freudiana è come “una rivoluzione incompiuta”. Ora non vogliamo addentrarci in un

⁶⁷ Cotrufo P., (2008) “Corpo e psicoanalisi”, Borla, Roma, p. 124.

⁶⁸ Freud S., (1905), “Tre saggi sulla teoria sessuale” in Opere, Vol. 4, Boringhieri

⁶⁹ Laplanche J., (1992) “La rivoluzione copernicana incompiuta”, in “Il primato dell’altro in psicoanalisi”, La Biblioteca, Bari-Roma, (2000).

⁷⁰ Freud S., (1897) “Lettera 139”, in “Epistolari. Lettere a Wilhelm Fliess 1887-1904”, Bollati Boringhieri, Torino (1986).

⁷¹ Cotrufo P., (2005) “Anoressia del sessuale femminile”, Franco Angeli, Milano

questioni particolarmente delicate, anche se il problema non sembra essere di secondo ordine.

Ciò che è bene chiarire però, è che secondo la prospettiva emersa da questi ultimi autori è che la sessualità sarebbe edificata proprio a partire dalla seduzione da parte dell'adulto, rispetto al quale l'infans è oggetto inerme ⁷², e non deriverebbe da una condizione innata, tale per cui, un bambino sarebbe già portatore, nel momento in cui viene al mondo di una propria sessualità. La seduzione si manifesta al bambino attraverso il messaggio enigmatico proveniente dall'inconscio sessuale dell'adulto attraverso il processo di cure materne e in un secondo momento richiede che il bambino operi una codifica di quel messaggio, appunto il processo di traduzione di cui parla Freud.

La risultante diviene il corpo erotico, o semplicemente nevrotico, dove c'è una dialettica costante tra desiderio e frustrazione, ed è proprio ciò che chiamiamo nevrosi, che è la capacità di abitare il corpo erotico affettivamente ed eroticamente.

⁷² Cotrufo, P.,(2008) "Corpo e Psicoanalisi", Borla, Roma.

1.7 Il corpo postmoderno

Riteniamo che non si possa prescindere, nell'esaminare un fenomeno, da ciò che lo circonda, dal contesto in cui sono inseriti i fenomeni appunto. Attualmente viviamo in un'epoca in cui c'è decadenza di valori etici e dove la pretesa pulsionale è debordante. Così come sosteneva Freud ne "Il disagio della civiltà" (1929)⁷³, integrarsi nella civiltà implica il rispetto di norme, leggi, limiti, dentro i quali la vita di una società può svolgersi. Freud riteneva che la civiltà fosse la causa di un disagio perché era la causa di un conflitto tra le esigenze pulsionali ed i limiti posti dalla società. Quindi la condizione per far parte di una comunità, implicava la rinuncia parziale del pulsionale in favore di una condotta moralmente accettabile. "Per essere civile devi rinunciare all'animale, devi rinunciare all'appagamento senza freni delle tue pulsioni!"⁷⁴. Parafrasando Freud si può sostenere che l'imperativo che reggeva la civiltà era quello del dovere, attraverso la rinuncia pulsionale. Attualmente invece, le cose sembrano profondamente cambiate, infatti alla rinuncia al soddisfacimento immediato si è sostituito il dovere al soddisfacimento. "L'imperativo del dovere è stato sostituito con l'imperativo del godimento come dovere" (Recalcati, M., Zuccardi Merli, U., 2006)⁷⁵.

Il godere sembra attualmente essere una nuova frontiera del dovere, il comportamento libertino è incentivato, comandato, richiesto.

La funzione guida dell'ideale, che giustifica la rinuncia al godimento immediato in favore di un progetto più ampio non esiste più, ma è presente una spinta

⁷³ Freud, S., (1929) "Il disagio della civiltà", in Opere, vol. 10, Boringhieri, p. 595

⁷⁴ Idem, Op. Cit.

⁷⁵ Recalcati M., Zuccardi Merli U., (2006) "Anoressia, Bulimia, Obesità", Bollati Boringhieri, p. 16

continua al godimento, al consumo di oggetti libidici offerti in modo illimitato, costante e globalizzato. Nel decadimento della funzione dell'ideale è possibile tracciare le linee guida di un indebolimento, fino ad una totale assenza della funzione paterna intesa come imposizione di limiti e regole imposte al bambino. Il declino non è appannaggio solo dei padri reali, e quindi della funzione psicologica del padre, ma anche della figura simbolica e quindi della funzione orientativa nella formazione dell'individuo. Il consumo di oggetti non conosce limiti e sazietà a causa del disconoscimento della "castrazione simbolica"⁷⁶. Sembra che l'oggetto libidico e quindi di godimento abbia soppiantato qualsiasi funzione guida, in grado di porre un limite all'accumulo incontrastato di beni, oggetti, esperienze. Per Freud, il padre, attraverso la funzione regolatrice, imponeva una civilizzazione delle pulsioni, che aveva come presupposto la deviazione degli istinti sessuali verso mete differenti. Questo è il concetto di "sublimazione" (Freud, 1905)⁷⁷ che è un meccanismo che sposta una pulsione sessuale o aggressiva verso una meta non sessuale o non aggressiva, che consente una valorizzazione delle pulsioni nell'ambito della ricerca, delle professioni o dell'attività artistica. L'impiego delle pulsioni verso mete differenti è possibile quindi, unicamente se è presente una forza simbolica, come quella del padre che tiene uniti il desiderio e la legge. Attualmente si assiste ad un sovvertimento dei presupposti, dove la figura del padre è stata sostituita da quella dell'imperativo sociale del godere ad ogni costo.

Si tratta quindi di consumare tutto senza trattenere nulla, vivendo in una costante corsa verso un obiettivo indecifrabile che è il vuoto, senza quindi poter apprezzare nulla di ciò che si ha, di ciò che si prende, delle esperienze che si fanno, arrivando poi, ad essere schiavi di una corsa senza fine, verso mete irraggiungibili ed indistinguibili. La drammaticità di questo è che questa fuga

⁷⁶ Idem, Op. Cit. p. 20

⁷⁷ Freud S., (1905) "Tre saggi sulla teoria Sessuale" In Opere, Vol. 4, Boringhieri

dalla realtà, perché di questo si parla, è senza fine, e non può avere una fine in virtù del fatto che le esperienze potenziali di una vita finita sono infinite.

Emblematico, a nostro avviso, sono ad esempio i giorni della festa intesi come giorni del riposo dalle fatiche del lavoro. Ebbene questi giorni che prima rappresentavano un momento in cui spesso si meditava, si chiacchierava in maniera spensierata avendo a disposizione del tempo, si sono trasformati in giorni in cui l'accumulo di esperienze è alla massima potenza. I centri commerciali che si riempiono di persone pronte ad acquistare ogni cosa rappresentano proprio la mancanza di un limite, il desiderio di oggetti, che non vengono comprati perché utili, belli, ma semplicemente perché funzionali ad un riempimento.

Questa è l'epoca in cui il pervertimento del corpo in ogni sua forma ha raggiunto i livelli più alti da quando è iniziata la vita. Ne sono un esempio, le miriadi di persone che ricorrono ad interventi di chirurgia estetica, le numerose persone che si bucano la pelle attraverso i piercing, o le altrettante persone che si dipingono la pelle con i tatuaggi. Mentre infatti, ad esempio, in culture precolombiane, queste forme di "abbellimento del corpo" avevano una funzione sociale, servivano ad evidenziare delle gerarchie o a creare un'appartenenza, attualmente invece, chi si applica piercing o si fa disegnare tatuaggi sulla pelle, lo fa in maniera individuale, autonoma e non simbolizza alcuna appartenenza.

È ovvio che in un'epoca siffatta la psiche che abita un corpo è esposta ad un lavoro eccessivo ed a volte irrisolvibile. Elaborare ad esempio la visione di un corpo mutilato, tatuato, è per la stessa persona che lo abita, e per chi lo osserva una visione che richiede un lavoro di elaborazione psichica arduo e non sempre risolvibile. Cosa dirà un nonno quando suo nipote gli chiederà il perché, il motivo ed il significato dei suoi tatuaggi? Come elaborerà quella visione quel bambino?

Attualmente gli ideali che avevano la funzione di orientare il desiderio, sono stati sostituiti dalle merci, dagli oggetti che rappresentano una stimolazione pulsionale alla quale la psiche non riesce a far fronte. La condizione attuale è quella in cui lo psichismo ha sempre più spesso una relazione con il corpo di natura autarchica (Chasseguet-Smirgel,2003)⁷⁸. Le pratiche comuni quali quelle descritte precedentemente sono espressione di un'idea secondo la quale il corpo è oggetto privo di una sua autonomia, e la psiche ne può disporre a suo piacimento. “Si praticano il piercing, le scarnificazioni, gli impianti, le marcature con il ferro rovente e interventi diversi, la maggior parte dei quali ha per oggetto il pene, la vagina, l'ombelico ed i seni e che vengono presentati come arte, come body-art” (Chasseguet-Smirgel, 2003).

“L'identità stessa ha sempre meno a che fare con il corpo e con le regole che questo, a partire dalla sua costituzione anatomica vorrebbe suggerire. Non è banalmente il caso del soggetto transessuale che considera il proprio corpo difforme dal genere cui egli ritiene di appartenere, ma è il caso della giurisprudenza, e dunque della comunità, che giunge a proporre un incredibile paradosso. La comunità considera la richiesta di riattribuzione di sesso da parte del transessuale come legittima; da ciò si deduce che è possibile un conflitto tanto radicale tra psiche e corpo; che è possibile che psiche e corpo non appartengano allo stesso genere sessuale e che, nel caso in cui dovesse accadere, è il corpo a dover chirurgicamente essere trasformato affinché si combini in maniera più armonica con la psiche che lo abita. Questo rovescia la relazione generativa tra corpo e psiche e sembra considerare che sia il nostro corpo ad essere una funzione della nostra psiche. Come se non fossimo noi umani ad essere un prodotto della natura ma addirittura il contrario”⁷⁹. Per questi “nuovi corpi” iper erotizzati la via del conflitto nevrotico non è più percorribile a causa

⁷⁸ Chasseguet- Smirgel J., (2003) “Il corpo come specchio del mondo”, Cortina, Milano (2005).

⁷⁹ Cotrufo P., (2009) “Corpo e Psicoanalisi”, Borla, p. 126 s.

dell'eccessivo di carico di lavoro pulsionale che la psiche è costretta ad elaborare; è necessaria quindi una tirannia psichica che soggioghi il corpo e sue le richieste pulsionali.

Capitolo 2

Alcuni snodi cruciali

Capitolo 2 Alcuni snodi cruciali

2.1 L'oralità

“Il mio problema è la fame, la fame che mi parte dallo stomaco arriva alla bocca, ed a questo punto sento il bisogno di mangiare tutto...come sarebbe bello se non avessi una bocca”. Questo uno stralcio di frase di una mia paziente anoressica. Chiunque si occupi di disturbi alimentari ha presumibilmente sentito molto spesso parole simili, parole che invocherebbero ed auspicherebbero una estirpazione chirurgica dello stomaco, della bocca, della fame. A questo proposito, in “Studi sull’isteria” (1892-1895)⁸⁰, Breuer riferisce a proposito della sua paziente Anna O: “Se già prima si nutriva pochissimo, adesso si rifiutava completamente di mangiare, però si lasciava imboccare da me così che il suo stato di nutrizione migliorava”

La bocca, l’apparato bucco-respiratorio e digestivo fino all’esofago e lo stomaco fanno parte di ciò che Freud identifica come zone erogene e che individua nella sessualità infantile. Lo stadio orale è dunque quello della preminenza di queste zone. Anche il gusto, l’olfatto, e la vista sono funzioni in relazione con l’oralità dato che queste percezioni implicano un’immissione nel sé di elementi appartenenti al mondo circostante. (Bergeret J., 1972)⁸¹.

Anche il tatto e la pelle appartengono allo stadio orale.(Anzieu D.,1985)⁸² Il bambino infatti appare nel primo anno di vita molto sensibile alle carezze, ai baci di cui la madre o chi per essa appare elargirne a volontà, soddisfacendo il bambino.

⁸⁰ Freud S., (1892), “Studi sull’isteria”, in Opere Vol. 1, Boringhieri, p. 350

⁸¹ Bergeret J., (1972), “Psicologia patologica”, Biblioteca Masson, Milano (1979)

⁸² Anzieu D., (1985), “L’Io- pelle”, Borla, Roma, (1994)

Freud (1905)⁸³ e successivamente Abraham (1916)⁸⁴ individuano due organizzazioni pregenitali, l'orale e l'anale della quale non ci occuperemo specificamente in questo capitolo.

L'oggetto originario del desiderio sessuale del bambino è il seno materno che soddisfa attraverso l'atto del poppare. Questa azione non soddisfa solo il bisogno di nutrimento, ma procura anche piacere di per sé.

Freud nei Tre Saggi sulla Teoria Sessuale parlando delle pulsioni sessuali infantili sostiene che fin dal principio il soddisfacimento della zona erogena delle labbra e della bocca era associato al soddisfacimento del bisogno di nutrizione, quindi "l'attività sessuale si appoggia in primo luogo a una delle funzioni che servono alla conservazione della vita, e solo in seguito si rende indipendente" (Freud, 1905)⁸⁵.

La manifestazione sessuale infantile, quindi, come abbiamo detto, sorge appoggiandosi ad una delle funzioni vitali del corpo, non conosce ancora un oggetto sessuale ed è autoerotica e la sua meta sessuale è dominata da una zona erogena.

Nell'organizzazione orale che Freud chiamò anche cannibalesca, la sessualità non è ancora separata dall'assunzione di cibo e come detto in precedenza : "l'oggetto di una attività è anche quello dell'altra, la meta sessuale consiste nell'incorporazione dell'oggetto." (Freud, 1905)⁸⁶.

Abraham (1916)⁸⁷ insiste sul fatto che in alcuni adulti si possano riscontrare delle fissazioni libidiche patologiche sulla zona orale. In alcuni adulti, infatti, persistono le caratteristiche pulsionali del lattante e la libido di questi adulti si

⁸³ Freud, S., (1995), "Tre saggi sulla teoria sessuale", in Opere Vol. 5, Boringhieri

⁸⁴ Abraham K., (1916) "Ricerche sul primissimo stadio evolutivo pregenitale della libido" in Opere, Vol. 1, Bollati Boringhieri,

⁸⁵ Freud S., (1905), "Tre saggi sulla teoria sessuale", in Opere Vol. 4, Boringhieri, p. 492

⁸⁶ Idem Op. Cit.

⁸⁷ Abraham K., (1916), "Ricerche sul primissimo stadio evolutivo pregenitale della libido", In Opere Vol. 1 Bollati Boringhieri.

presenta molto simile a quella dei lattanti. Inoltre alcuni adulti con un'oralità molto "forte" sono ipersensibili a contatti con regioni cutanee molto lontane dalle zone genitali.

Fin qui appare chiaro come Freud metta in stretta relazione il soddisfacimento libidico con l'incorporazione/ suzione di cibo e mettendo in relazione il comportamento del lattante con quello dell'adulto fissato allo stadio orale tutto ciò appare ancora più evidente. Il soddisfacimento sessuale dell'adulto legato all'incorporazione orale mostra quindi che "la sua libido ha subito una forte fissazione alla prima fase pregenitale orale o cannibalesca". (Abraham, 1916)⁸⁸. Il succhiare e l'incorporare servono al bambino, come all'adulto nel quale persiste una fissazione orale, sia come metodo di assunzione di cibo sia come soddisfacimento libidico; il primo obiettivo passa in secondo piano rispetto al secondo. La fissazione di cui parla Freud deriverebbe proprio dalla prima relazione con la madre, che è la base su cui il bambino struttura le proprie percezioni, il modo di riconoscere il suo corpo, i suoi sentimenti, gli altri e la realtà esterna. Il bambino, infatti, incorpora anche i legami che vengono stabiliti con lui e che diventeranno la base attraverso la quale egli entrerà in relazione con gli altri. Il bambino non incorpora solo il latte, sta anche incorporando un certo modo di relazionarsi al mondo, con il suo corpo e con il corpo degli altri, una sensazione elementare di identità. Ovviamente non esiste solo una madre, ma il bambino fin dalla nascita è già immerso in una rete di relazioni con desideri consci ed inconsci, desideri che esistevano già prima che venisse concepito. Tutto questo è ciò che la Aulagnier (1975)⁸⁹ chiama "spazio identificatorio" ed è proprio ciò che la mente del genitore ha creato per qualcuno che verrà.

Queste aspettative, desideri che riguardano il corpo del bambino verranno incorporati dal bambino stesso che le interiorizza a partire dal suo stesso corpo.

⁸⁸ Idem Op. Cit, p. 281

⁸⁹ Aulagnier P., (1975), "La violenza dell'interpretazione. Dal pittogramma all'enunciato" Borla, Roma, (1994)

Le qualità di queste interiorizzazioni, poi, determineranno alcuni dei fattori che, alcuni psicoanalisti, chiamano vulnerabilità psicosomatica, cioè la tendenza ad essere malati in risposta ad alcuni conflitti affettivi. (Boschan, 2006)⁹⁰

Un apporto considerevole alle teorizzazioni dei primissimi stadi dello sviluppo infantile si deve a Melanie Klein, che attraverso percorsi differenti da quelli freudiani e cioè partendo dalla clinica dei bambini, giunge almeno in parte, alle stesse conclusioni di Freud. Nel saggio “Comportamento nel primo anno di vita” (1952)⁹¹, Klein individua differenti atteggiamenti, varianti, riguardo la suzione del cibo ad opera dei lattanti, che vanno da un’apparente assenza di brama all’avidità estrema.

In particolare la Klein descrive lattanti che pur nutrendosi a sufficienza non sembrano particolarmente avidi, ma, sostiene l’autrice, manifestano segni “inequivocabili d’amore” dimostrando così, elementi costitutivi di una relazione oggettuale. Klein inoltre descrive bambini che interrompono frequentemente la suzione per giocare con il seno materno e per guardare la madre in viso. L’autrice ritiene che questo tipo di comportamento possa indicare che il soddisfacimento è tanto connesso all’oggetto che procura il nutrimento quanto lo è al nutrimento in sé. L’autrice sostiene inoltre che questi chiari segni di relazione oggettuale associata al piacere del nutrimento, costituiscono auspici promettenti per le future relazioni oggettuali soddisfacenti.

Dall’altro lato la Klein descrive invece situazioni in cui i lattanti non si soddisfano pienamente nell’atto della nutrizione. In particolare l’autrice ritiene che i disturbi dell’alimentazione che insorgono agli esordi della vita siano in relazione con l’angoscia persecutoria. In questo caso il seno materno si trasformerebbe in un oggetto vampiresco e divoratore e l’angoscia connessa a questa fantasia inibirebbe il desiderio di succhiare e di incorporare.

⁹⁰ Boschan P., (2006), “Corpo, Mente e Legami” in Cotrufo P. (2008) a cura di “Corpo e psicoanalisi”, Borla, Roma.

⁹¹ Klein M., (1952), “Comportamento nel primo anno di vita”, In Scritti (1921-1958), Bollati Boringhieri

La Klein a differenza di Freud quindi, utilizza il concetto “avidità” nello stadio orale, mentre Freud lo introdusse nello stadio anale. In particolare l’avidità per la Klein è strettamente legata all’angoscia persecutoria che secondo l’autrice è connessa al processo della nascita. Si ritiene interessante ai fini dello sviluppo di questo scritto fare un’ultima precisazione sulle considerazioni della Klein che seppure estreme rispetto a quelle di Freud non le riteniamo incompatibili ai nostri fini.

L’autrice come detto precedentemente, lega il concetto di avidità a quello dell’angoscia persecutoria. In particolare l’angoscia persecutoria presente dalla nascita sarebbe fondamentale sia nel senso di accrescere l’avidità del lattante ad alimentarsi ed a soddisfare i propri bisogni alimentari e libidici, sia nel senso di inibire il lattante nel proprio soddisfacimento. Quindi l’avidità in alcuni casi accrescerebbe l’incorporazione oggettuale ed in altri la inibirebbe. Questa conclusione a cui giunge la Klein è attualissima ed in linea con quelle di Freud poiché l’autrice sostiene che l’avidità, che è presente nei primi desideri diretti al seno, influenza il rapporto con la madre e successivamente le relazioni oggettuali, così come Freud sostiene che il succhiare e l’incorporare servono all’adulto, nel quale persiste una fissazione orale, sia come metodo di assunzione di cibo sia come soddisfacimento libidico.

Anche la clinica dei pazienti con disturbi del comportamento alimentare ci mostra come questi soggetti abbiano fantasie di incorporazione: il seno materno, la carne, il cibo sono costantemente al centro dei loro pensieri, In questi pazienti il mangiare sembrerebbe avere delle caratteristiche molto piacevoli; il mangiare però non sembrerebbe avere per i pazienti una colorazione sessuale immediatamente riconoscibile a causa della rimozione.

Nel 1914, tra le riflessioni teoriche sull’uomo dei lupi, Freud scrive: “Nelle giovanette all’epoca della pubertà o subito dopo può darsi una nevrosi in cui il rifiuto della sessualità si esprime in anoressia. Tale nevrosi può essere messa in

rapporto con questa fase orale della vita sessuale”⁹². Questo pensiero ci appare molto definitivo e riprende quanto egli aveva scritto quasi vent’anni prima nella minuta G indirizzata a Fliess : “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 [...] Perdita di appetito: in termini sessuali, perdita della libido” (Freud, 1895)⁹³. Questi due brani secondo noi sono estremamente importanti e mettono in evidenza l’idea freudiana rispetto al significato che la rinuncia alimentare nasconde. In tal modo un sintomo diviene significativo in una prospettiva psicoanalitica come veicolo, per quanto patologico, di un significato più profondo e pertanto, secondo Freud, inevitabilmente connesso alla dimensione pulsionale.

Ogni volta che negli scritti di Freud compare un riferimento all’anoressia essa è considerata un sintomo, talvolta anche molto importante, di altre patologie. In particolare egli si riferisce a due condizioni cliniche che possono presentare tra i propri sintomi il rifiuto alimentare: l’isteria e la melanconia. Nel primo caso per via del significato che il desiderio sessuale assume quando inibito e convertito nel somatico, nel secondo per via della regressione alla fase orale o cannibalesca. Non c’è bisogno, tuttavia di sottolineare quanto, queste due entità nosografiche, siano differenti tra loro, in particolare sono quadri clinici che, generalmente, poggiano su organizzazioni del carattere molto differenti, su una organizzazione triadico-edipica la prima, su una organizzazione narcisistica la seconda. (Cotrufo, 2005)⁹⁴

⁹² Freud S., (1914) “Dalla storia di una nevrosi infantile” (Caso clinico dell’uomo dei lupi)”, In Op. Vol. 7 Boringhieri, p. 578.

⁹³ Freud S., (1895) “Minuta G. La melanconia”, in Opere Vol. 2, Boringhieri, p. 30

⁹⁴ Cotrufo P., (2005) “Anoressia del sessuale femminile”, Franco Angeli, Milano

Ritornando al legame tra il cibo e la libido, Abraham (1916)⁹⁵ sostiene che i malati spesso si lamentano di “attacchi di fame” improvvisi e che “questi manifestano le più violente resistenze quando la psicoanalisi scopre il nesso tra “fame da lupo” nevrotica e libido rimossa”. Fin dall’inizio quindi la psicoanalisi ha sostenuto che il cibo è un soddisfacimento sostitutivo di attività frustrate della sua libido. Il mangiare in modo eccessivo, o il non mangiare affatto che avviene sotto una coazione morbosa, deve essere valutato quindi come un soddisfacimento sostitutivo della libido.

Tutto ciò ci mostra che le persone fissate al piacere infantile di succhiare sono spesso gravemente inibite nello sviluppo di una sessualità adulta genitale. Il nutrimento e la sessualità sono per loro intimamente intrecciati l’uno all’altra, e la loro sessualità non trova la via per una relazione d’oggetto matura, ma cerca il soddisfacimento attraverso l’assunzione di cibo.

Freud (1914)⁹⁶ parlando dell’anoressia, sostiene che va messa in rapporto con “la fase orale della vita sessuale”. Inoltre sostiene che “L’obiettivo erotico dell’organizzazione orale ricompare al culmine del parossismo amoroso (“...ti mangerei da quanto ti amo”) e nei rapporti di tenerezza con i bambini, in cui l’adulto si atteggia egli stesso come un bambino”. A questo proposito spesso nel linguaggio comune riscontriamo associare caratteristiche del cibo quali dolcezza, o la parola appetitoso riferite ad un oggetto d’amore, infatti si parla correntemente di un oggetto di amore “appetitoso”, e per descrivere una persona amata si dice che è “dolce”.

⁹⁵ Abraham K., (1916) “Ricerche sul primissimo stadio evolutivo pregenitale della libido”, in Opere Vol 1, Bollati Boringhieri, p. 270

⁹⁶ Freud S., (1914) “ Dalla storia di una nevrosi infantile (Caso clinico dell’uomo dei topi)”, in opere, vol. 7, Boringhieri, p. 578.

2.2 Le figure del vuoto e le condotte di addiction

Prima di addentrarci nell'analisi specifica di clinica del vuoto, quale clinica della mancanza, in contrapposizione alla clinica del vuoto, che come tale, non presuppone mancanza, cercheremo di delineare i concetti di “senso di vuoto e di pieno”, prendendo come punto di riferimento, prevalentemente i contributi di E. Gaddini, R. Gaddini, e Winnicott.

Il “dentro del corpo” ed il “fuori del corpo”, il “senso di vuoto e di pieno”, la visione della nascita fisica e quella psicologica come momento lacerante, costituisce un punto di interesse notevole che è necessario approfondire partendo proprio dagli stati neo natali.

Nel neonato l'oscillazione tra lo stato di pieno e di vuoto, di riempito o di lacerato è uno stimolo che provoca l'azione e la ricerca di un legame. (Gaddini, R., 1978)⁹⁷. Nel periodo neonatale, però, non si può ancora parlare di oggetto (di legame, di tramite, di ponte)⁹⁸. “Una distanza immensa separa il tempo in cui il bambino avrà una mente, e la capacità di pensare, e di elaborare simbolicamente, in questa mente, la fusione perduta, da questo primo momento neo natale o dei primi mesi, dove non vi è altro che sensorialità e sensualità, ed il bisogno impellente di integrarsi”⁹⁹. Nei primissimi mesi di vita, il bambino è protetto dalla madre, così come, prima della nascita, era contenuto e protetto nell'utero, ed in questo periodo, il “bambino non sa che il suo corpo è separato da quello della madre”¹⁰⁰. Ed è proprio in questo stesso periodo che per Winnicott è

⁹⁷ Gaddini R., (1978) “Pieno vuoto e identità”, Rivista di Psicoanalisi, 1978.

⁹⁸ Di tramite o di ponte nell'accezione winnicottiana si potrà parlare quando ci si riferirà all'oggetto “transizionale”, che tende a “riunire i processi mentali del bambino, il sé ed il non sé, attraverso lo spazio potenziale” che si sarà determinato con la separazione e con la perdita della madre, nella depressione e nel lutto. (Gaddini, R., 1978).

⁹⁹ Gaddini R., (1978) “Pieno vuoto e identità”, Rivista di Psicoanalisi, 1978, p. 243.

¹⁰⁰ Idem Op. Cit.

importante per la madre riflettere “empaticamente sé stessa al bambino”, per il quale egli usa il termine di “preoccupazione materna primaria”¹⁰¹.

Avvenute le integrazioni delle sensazioni primarie, in un tempo in cui il bambino è tutt’uno con la madre, per gradi comincia la consapevolezza che, “un certo stato di benessere mentale si associa con il capezzolo-lingua, che è duro¹⁰², e la bocca-seno, che è morbido”¹⁰³. L’autrice ritiene che il senso di “preziosa ripienezza” è fondamentale per la prima identità, ed ha origine in base alle ritmiche esperienze reciproche che hanno luogo tra la madre e il bambino, che “da corporee e sensuali diventano psicologiche e mentali”. L’alternativa a questa gelosa possessività è la rivalità. In contrasto con il senso di pieno, che crescerà poi in uno stato mentale di solidità e di benessere, c’è il senso di vuoto. Ciò che accade in queste situazioni è che il bambino sperimenta il duro e la separazione troppo bruscamente e troppo presto. Per il bambino, quindi, la confortante morbidezza (*materna*) è nei primi mesi l’elemento più importante per l’integrazione e per preservare la morbidezza, il duro (*paterno*) non-me viene sentito al di fuori. Ma allora questo “duro non me separato fa paura”.

Tutto questo fa pensare al concetto winnicottiano di “angoscia impensabile” e all’angoscia descritta da Gaddini E. (1978)¹⁰⁴, suscitata nel bambino dalla “madre estranea”, mostruosa e terrificante, che corrisponde alla prima percezione di un non-me.

“Se prendiamo in esame i primissimi modelli di sviluppo, l’imitazione e l’introiezione, possiamo dire che l’imitazione, cioè “essere” l’oggetto, è il modello di base della rivalità mentre l’introiezione, che significa “avere” l’oggetto, è il modello di base dell’invidia” (Gaddini, R. 1978). Gaddini come

¹⁰¹ Winnicott D.W., (1971), “Gioco e realtà”, A. Armando, Roma (1974).

¹⁰² Per Renata Gaddini il termine “duro” ed “intrusivo” rappresenta il maschile, “morbido” e ricettivo rappresenta il femminile. Allo stesso modo l’autrice associa il concetto di “pieno” con quello di “duro”, di “vuoto” con quello di “morbido”.

¹⁰³ Gaddini R., (1978) “Pieno vuoto e identità”, Rivista di Psicoanalisi, 1978-2, 241-257, p. 242

¹⁰⁴ Gaddini E., Scritti (1953-1985), Cortina, Milano (1989).

sostiene Nunziante-Cesàro (1996)¹⁰⁵ “sviluppa due modelli funzionali, psicosensoriale e psicorale che sembrano determinare il duplice modo di disporsi verso gli oggetti”; ed a questo proposito l’autrice propone un passo di Gaddini E.: “La primitiva percezione imitativa, sembra condurre all’immagine allucinatoria, alla fantasia di fusione mediante modificazioni del proprio corpo, ed alle imitazioni nella direzione di essere l’oggetto. L’incorporazione orale sembra condurre alle fantasie di fusione mediante incorporazione ed alle introiezioni, nella direzione di avere, possedere l’oggetto”. (Gaddini, 1969)¹⁰⁶

Gaddini R. sostiene che nel bambino, nei primissimi mesi (allorché zone e punti corporei sono ancora poco differenziati), si vada formando l’illusione che esista qualcosa che può servire a chiudere, e mantenere il senso di pieno e di sé unitario come forma chiusa; l’autrice riferendosi ad alcuni bambini, mostra come per “un bambino autistico di 5 anni, era il bottone, e secondo un altro paziente di 4 anni, era il tappo (due dita in bocca)”¹⁰⁷. Tale illusione di pieno continua Gaddini “ha verosimilmente origine per il bambino, da oggetti capezzolo-simili, che entrano nella bocca, e quindi la riempiono temporaneamente difendendola dal vuoto, quali il pollice, le dita, la tettina, il pugno”¹⁰⁸; inoltre esprime l’idea che non solo la bocca, ma anche altri orifizi corporei, in circostanze particolari, possano per il bambino di pochi mesi, diventare sede dell’illusione di pieno; ad esempio, “l’orifizio anale ripieno di feci può dare l’illusione di salvaguardare la completezza corporea, o al contrario, può minacciare di catastrofico svuotamento nel momento in cui esso perde il suo contenuto”¹⁰⁹.

Ora, la nostra suggestione ci indirizza direttamente al complesso edipico. La teoria freudiana, come sappiamo, non ci ha consegnato una spiegazione della

¹⁰⁵ Nunziante Cesàro A., (1996) “Del Genere Sessuale”, Liguori, Napoli, p. 5

¹⁰⁶ Gaddini E., (1969) “Sull’imitazione”. In Scritti, Cortina, Milano (1989), p. 134.

¹⁰⁷ Idem Op. Cit, p. 253

¹⁰⁸ Idem Op. Cit, p. 253

¹⁰⁹ Idem Op. Cit, p. 253

evoluzione psicosessuale della femmina altrettanto complessa di quella del maschio, in particolare ha posto al centro della teoria anche per la bambina, il fallo. “La differenza tra l’uomo e la donna in questo segmento dello sviluppo sessuale è una comprensibile conseguenza della diversità anatomica dei genitali e della situazione psichica che a ciò si collega, e corrisponde alla diversità tra un’evirazione compiuta e un’evirazione puramente minacciata” (Freud, 1925)¹¹⁰. Secondo Freud, quindi, la constatazione dell’assenza del “membro virile”, avvierebbe, il complesso di castrazione della bambina¹¹¹.

Secondo noi, alla base delle considerazioni precedenti, e sulla base del concetto di “profemminilità”¹¹² di Stoller, ci sembra che il desiderio della bambina di possedere anch’essa un pene, sia possibile leggerlo in un’ottica differente da quella freudiana. Infatti più che sul desiderio di avere un pene, ci sembra che la bambina desideri piuttosto mirare ad una più integrata corporeità, con meno fessure, meno aperture verso l’esterno, mantenendo in questo modo un’integrità maggiore rispetto al mondo esterno. Gaddini infatti ci consegna un modello di bambino nel quale nei primi mesi di vita, si va formando il desiderio magico che possa esistere qualcosa che serva a chiudere spazi aperti, mantenendo così e sviluppando quindi, un senso di sé unitario come forma chiusa.

Ovviamente non vogliamo addentrarci nella questione del “monismo sessuale fallico” freudiano, ma ci interessava far notare questa altra possibile lettura che meriterebbe, di essere discussa in un altro spazio, alla luce degli interessantissimi scritti proposti.

¹¹⁰ Freud, S. (1925), “Alcune conseguenze psichiche della differenza anatomica tra i sessi”, in Opere vol. 10, Boringhieri, p. 215.

¹¹¹ La castrazione secondo Freud è per il maschio la minaccia che lo guiderà ad abbandonare l’oggetto edipico incestuoso e, per la femmina, la constatazione di una mancanza la farà entrare nell’Edipo attraverso il cambiamento di oggetto: dalla madre al padre.

¹¹² Per Stoller (1985), la prima forma di relazione che l’infante di entrambi i sessi vive con la madre, in una condizione di indifferenziazione primaria, è caratterizzata da una simbiosi di genere che implicherebbe l’assunzione di aspetti connessi alla femminilità materna. (Nunziante Cesaro A., Valerio P., a cura di, 2006).

“Le figure del vuoto e i sintomi della contemporaneità: anoressie, bulimie, depressioni e dintorni” è stato il titolo di un convegno tenuto a Napoli nel novembre 2010, che ha visto come relatori psicoanalisti italiani e francesi.

In realtà la definizione di “figure del vuoto” ed in particolare di “clinica del vuoto” la si deve per lo più a psicoanalisti lacaniani che per primi differenziarono la terminologia di “clinica della mancanza” da quella di “clinica del vuoto” (Cotter, S., 1997)¹¹³.

Ricalcando Recalcati (2002)¹¹⁴ cercheremo di dare senso e spiegazione dei concetti quali “figure del vuoto” e “clinica del vuoto”, partendo dal significato di “clinica della mancanza”. La clinica della mancanza è la clinica propriamente della nevrosi così come Freud la intendeva, è una clinica del desiderio inconscio, della rimozioni e del ritorno del rimosso sotto forma di sintomi. Ciò che ne costituisce il fulcro è la pretesa pulsionale che richiederebbe una soddisfazione immediata ma che inevitabilmente viene frustrata.

La clinica del vuoto, che sostiene l’esistenza di una clinica differente da quella della mancanza non intende introdurre una nuova struttura rispetto al binomio psicosi e nevrosi ma un aspetto cruciale della clinica psicoanalitica contemporanea, i cosiddetti nuovi sintomi. Le figure del vuoto, anoressia, bulimia, tossicomania, alcolismo, depressioni, attacchi di panico, sembrano, seguendo questo punto di vista, non muoversi sui binari classici della nevrosi. Questi sintomi, sembrerebbero muoversi non sul binario del ritorno del rimosso, quanto da una problematica che investe la costruzione narcisistica del soggetto, che sembrerebbe escludere l’esistenza dell’inconscio, nel senso che il godimento non è inserito nello scambio con un oggetto, ma si configura come un godimento asessuato. Questo nuovo godimento sembrerebbe avere le forme di un godimento

¹¹³ Cotter S., (1997) “Gai savoir et triste vérité”, Revue de la Cause freudienne, n.35, Paris, 1997.

¹¹⁴ Recalcati M., (2002) “Clinica del vuoto”, Franco Angeli.

autistico che non ha bisogno dell'altro, e nello stesso tempo il godimento non può essere frustrato perché l'oggetto non esiste.

La clinica della mancanza è la clinica della nevrosi, si basa essenzialmente sul desiderio, sulla pulsione sessuale che richiede di essere soddisfatta ma, invece, finisce per essere frustrata. Di qui la formazione di sintomi. È il desiderio, è la pulsione all'origine delle frustrazioni e delle rimozioni.

Nei nuovi sintomi, e di qui il nome “clinica del vuoto” e “figure del vuoto”, assistiamo come dice Recalcati (2002) alla “disarticolazione del legame dialettico tra vuoto, mancanza e desiderio”¹¹⁵. Il nuovo vuoto non è più una mancanza, un mancato soddisfacimento pulsionale, ma questo vuoto si solidifica e si presenta come dissociato dal desiderio. Il vuoto tipico del soggetto melanconico è la risultante dell'essere rimasto impigliato all'interno del legame narcisistico, omofilico con l'oggetto, che preclude l'incontro con la sua diversità. L'esperienza di desiderio è così annientata in un vortice autoreferenziale che non conosce alterità.

La mancanza è ciò che costituisce l'essenza dell'essere umano, nella nostra epoca, ad esempio, assistiamo ad una “ metamorfosi”, quella “ dalla mancanza al vuoto”. L'esistenza dell'essere umano è composta da instabilità, inquietudine, mancanza appunto, e proprio la mancanza fa sì che sorga nell'essere il “desiderio”, ed in virtù di questo si generi un atto creativo, quindi la condizione per la quale si generi un atto creativo si deve proprio alla mancanza in grado di generare un desiderio. Se però questa mancanza è resa impossibile, ogni desiderio viene annullato e di conseguenza ogni creazione. La metamorfosi di cui parlano Recalcati e Zuccardi Merli (2006) rispetto a questa epoca storica consiste nella riduzione di questa mancanza ad un “vuoto” che può essere riempito. È ad

¹¹⁵ Idem, Op. Cit. p. 11

esempio ciò che accade per l'obesità che “riduce la mancanza dell'esistenza al vuoto anatomico dello stomaco che esige costantemente di essere riempito”¹¹⁶. Il desiderio, così finirà per estinguersi in favore di una condizione cronica di mancanza. La ricerca costante di oggetti rappresenta il leit motiv sociale dominante che come abbiamo visto precedentemente esigeva invece la rinuncia pulsionale in favore della morale civile¹¹⁷. Gli attacchi di fame compulsiva di obesità e bulimia rappresentano la trasformazione della mancanza in vuoto che non conosce limiti, e che non conosce alcuna “castrazione”. Se l'obesità e la bulimia rappresentano la patologizzazione degli oggetti, l'anoressia fa del corpo una sorta di rappresentazione di sé stessa attraverso l'immagine. L'anoressica sembra essere indipendente da ogni oggetto, e sembra apparentemente estranea alla dimensione “patologica del mercato” (Recalcati, 2002). In realtà se nelle abbuffate c'è il dramma di riempire un vuoto che non si estingue mai, nell'anoressia si evidenzia l'identificazione con questo vuoto che viene incarnato, e anzi questa sensazione di vuoto esistenziale e corporeo fa dell'anoressica una persona grandemente soddisfatta. Il godimento sta proprio nel sentire il vuoto che la pernea e che procura un piacere assoluto di indipendenza dagli altri, dalle cose, dagli oggetti, dalle relazioni. Questo vuoto, quindi, si sostanzia nella pienezza dell'assenza che rappresenta un nuovo Dio al quale consacrarsi. Questo nuovo Dio si ritiene essere proprio la psiche anoressica che mira, come detto precedentemente, ad una relazione con il corpo di natura autarchica. È quindi possibile trattare il corpo come una mera appendice, come un fardello di cui si può disporre come si vuole. Da questo di vista il vuoto non è sinonimo di nulla o di niente, ma è sempre qualcosa che “si configura attraverso processi di sottrazione e negazione: il meno ed il non ne sono gli operatori simbolici” (Pozzi, R., 2010).

¹¹⁶ Recalcati M., Zuccardi Merli U., (2006), “Anoressia, Bulimina, Obesità”, Bollati Boringhieri, p. 23

¹¹⁷ Freud S., (1930) “Il disagio della Civiltà”, in Opere Vol. 10, Boringhieri

In questo senso l'esperienza di "vuoto" è radicalmente differente da quella della "mancanza" che si esplica attraverso il desiderio conscio od inconscio, ma rappresenta una dispersione del soggetto che appare disorientato, perdendo il desiderio ed incanalandosi verso una angoscia senza nome (Recalcati, 2002)¹¹⁸

La clinica del vuoto è una clinica che rappresenta l'assenza di transfert. Infatti se è vero che non c'è desiderio, perché non c'è oggetto di desiderio, allora non ci può essere neanche transfert, perché l'incontro con l'oggetto non c'è ed il godimento sarà indipendente dall'oggetto. Ciò che abbiamo appena descritto, in particolare il controllo sui propri impulsi e l'assenza di transfert, sembrerebbe essere, più che reale, quasi una sorta di autonomizzazione attraverso la dipendenza dei "nuovi sintomi". In un intervento molto significativo al convegno sopra menzionato, la Chabert attraverso un caso clinico, ha parlato del vuoto come della necessità di ritrovare un posto perduto. Vuoto creato da un troppo pieno, da un eccesso di rappresentazioni e affetti, di ricordi e di sogni imbavagliati dagli effetti di una rimozione tanto massiccia da rasentare la scissione e il diniego. (Chabert, C., 2010) "In chiave psicoanalitica il vuoto, il ritiro, il difetto si produrrebbero per reazione ad un eccesso". (Pozzi, R., 2010) Questo eccesso noi crediamo che sia l'iper-erotizzazione del corpo, nel quale la via del conflitto nevrotico non è più percorribile come nel caso anoressico, in cui si evidenzia come sia in atto una dittatura psichica che soggioga il corpo e la sua pretesa pulsionale.

Si parla di dipendenza quando un comportamento che procura piacere, non può essere controllato in alcun modo dal soggetto, ma anzi, questi, ha la propensione a ripeterlo. La questione della dipendenza ha a che fare con i concetti di passività, di inermità e di inadeguatezza del rapporto con l'altro.

Si parla di dipendenze soprattutto in merito alla tossicomania, all'alcolismo, ma spesso si parla di addiction anche in merito al tabagismo, al gioco d'azzardo, alle

¹¹⁸ Recalcati M.,(2002), "Clinica del vuoto", Franco Angeli, Milano

spese compulsive. Nel 1945, la bulimia fu inclusa nelle categorie di “tossicomanie senza droga” dallo psicoanalista Otto Fenichel¹¹⁹. Anche la McDougall inserisce tra le dipendenze i disturbi alimentare, in particolare si riferisce alle dipendenze come soluzione-dipendenza ritenendo questa una soluzione al dolore psichico. (Cotrufo, P., 2005).

L'anoressica si trova in una relazione di dipendenza nel riguardi del suo comportamento, infatti ne è doppiamente dipendente: da un lato la protegge dalla paura di diventare grassa, dall'altro è funzionale al suo funzionamento psichico. Il comportamento anoressico può acquisire una funzione terapeutica per la paziente, apportandole una relativa tranquillità, proteggendola contro l'angoscia e la depressione, conferendole un'identità. (Jeammet., P. 2004)¹²⁰ È proprio la questione identitaria importante per questi pazienti, infatti attraverso il sintomo, il ricorso alla sostanza, o il ricorso all'assenza di sostanza che si possono sostanziare, identificandosi attraverso un'appartenenza che richiami un'idea di sé, l'essere tossico, l'essere anoressico.

Come per la droga, l'effetto terapeutico non è che un palliativo, non risolve i problemi, ma anzi questi tendono ad aggravarsi, obbligando il paziente, proprio in virtù di una, seppur precaria, ritrovata identità, a consolidare il proprio comportamento.

C'è da rilevare che la maggior parte delle dipendenze inizino soprattutto intorno ai vent'anni, a differenza di ciò che avviene per i disturbi del comportamento alimentare dove l'età d'esordio di questi disturbi, almeno per quanto riguarda la sintomatologia è più precoce.

In realtà c'è da rilevare anche, che i disturbi del comportamento alimentare non appartengono ad una specifica categoria nosografica e, l'associazione con le dipendenze, è molto utile per capire il fenomeno ma non per inquadrarlo

¹¹⁹ Fenichel O., “Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi”, Astrolabio, Roma, (1951).

¹²⁰ Jeammet P., (2004) “Anoressia Bulimia”, Franco Angeli, Milano (2006)

nosograficamente (come faremo più avanti), perché come tutti gli studi dimostrano, i disturbi del comportamento alimentare spaziano tra le strutture diagnostiche e psicopatologiche come vedremo nel prossimo capitolo.

L'associazione dipendenze-disturbi alimentari la si ritrova anche nel momento in cui si evidenzia una ripetizione di un comportamento nocivo in cui non c'è più la capacità di scegliere. Infatti ad esempio, l'anoressica può avere la sensazione che il suo comportamento corrisponda ad una scelta, contrariamente alla bulimica che ritiene di subirlo, ma in realtà questa scelta non è tale. Quindi allo stesso modo di un tossicomane, sono gli altri che devono porre dei limiti per lei, poiché lei, non è più in grado di farlo. E qui si evidenzia tutta la ripetizione che ha indotto, presumibilmente, i pazienti con disturbi del comportamento alimentare ad intraprendere questa strada. Lo svincolo dall'autorità genitoriale, ha indotto la paziente a fare a meno di tutto, dei genitori, del cibo, ma il cibo riconduce nuovamente ai genitori che si preoccupano in modo ancora più costante di lei. La McDougall descrive bene i modelli genitoriali che spesso si evidenziano in famiglie con figli che soffrono di disturbi del comportamento alimentare. In particolare si evidenzia come "le madri inibiscono il percorso autonomizzante del bambino, inibendone l'investimento narcisistico, riducendo così la loro capacità di essere soli in presenza delle madre e producendo nel neonato una relazione di dipendenza della sua presenza". L'adulto sarà così alla ricerca di un oggetto (droga, alcool, cibo, internet) che possa temporaneamente alleviare lo stress psichico e svolgere quella funzione materna che l'individuo non è in grado di fornire a se stesso. Il fallimento del ricorso a questi oggetti deriva dal fatto che questi, che dovrebbero svolgere una funzione transizionale, falliscono perché sono dei tentativi somatici e non psicologici di affrontare l'assenza ed il dolore" (Cotrufo, P., 2005)¹²¹.

¹²¹ Cotrufo, P., (2002) "Anoressia del sessuale femminile", Franco Angeli, Milano, p. 43

L'anoressia inoltre può essere considerata in parte e con i dovuti accorgimenti non soltanto come una “religione del corpo” ma anche come una “religione dell'Io” (Recalcati, 2002)¹²².

Allo stesso modo della droga per il tossicomane, l'anoressia si configura come una droga dell'Io che potenzia le sue prestazioni. Infatti attraverso la via anoressica il soggetto ha l'illusione di raggiungere uno stato di beatitudine passeggera attraverso l'ideale del controllo corporeo che comporta un allontanamento dalla dipendenza pulsionale. L'anoressica raggiunge quindi, attraverso le sue condotte, una sorta di “narcotizzazione della vita”¹²³ al costo però, della mortificazione di sé stessa e del proprio corpo, anelando di raggiungere uno stato di apatia e di distanza profonda da ciò che è appunto la vita. L'apatia totale però, e quindi la soppressione della dipendenza pulsionale, non potrà mai essere raggiunta se non al prezzo della sua stessa vita.

Si ritiene che esitano però delle differenze sostanziali tra l'anoressia e le dipendenze. Innanzitutto riguardo all'oggetto di queste. Ciò che riteniamo fondamentale nel vissuto dell'anoressica è il suo tentativo di prendere le distanze nei confronti della sensazione di avere uno stimolo corporeo che sente come disorganizzante, la fame. L'anoressica è senz'altro vero che vorrebbe affrancarsi dal suo legame di dipendenza, tuttavia la sua dipendenza non è il cibo, ma la propria corporeità che sente essere discordante rispetto alla propria volontà. Il problema dell'anoressica, allora, diventa proprio il suo corpo e le sensazioni che il corpo le trasmette; l'anoressica quindi deve fare i conti con la dipendenza che sente come inaccettabile primariamente nei confronti della propria corporeità, ed a causa delle sensazioni del corpo, secondariamente con il cibo.

Nella tossicodipendenza esiste un oggetto concreto, la sostanza, che è spesso il sostituto di un altro oggetto, spesso la madre. Generalmente l'oggetto del

¹²² Recalcati, M., (2002) “Clinica del vuoto”, Franco Angeli, Milano

¹²³ Recalcati M., Zuccardi Merli U., (2006) “Anoressia, bulimia, obesità”, Bollati Boringhieri.

tossicomane è proibito, pericoloso, inaccettabile per la società sia legalmente che culturalmente. La tossicodipendenza secondo Freda rappresenta una soluzione e non un sintomo, questo perché il tossicomane ha la possibilità di affrancarsi dalla relazione di dipendenza con l'alterità attraverso la sostituzione "dell'Altro" con un oggetto che diviene, partner sicuro e controllabile (Freda, H., 2001)¹²⁴

Ciò che appare simile tra le anoressie e le dipendenze è l'alienazione del soggetto nella relazione con il suo oggetto, in cui il sintomo svolge una funzione che è quella di allontanare il soggetto dalle tensioni psichiche della sua esistenza utilizzando una soluzione somatica. Così l'anoressica ad esempio si allontanerà dalle relazioni, dal proprio corpo, dalla sessualità e punterà verso una scarnificazione, che è l'unica cosa che veramente tollera; il tossicomane utilizzerà la sostanza come sostituto di un oggetto d'amore che non ha, ma che attraverso questa sostituzione può fantasticare di possedere e controllare come vuole.

¹²⁴ Freda H., (2001) " Psicoanalisi e tossicomania", Mondadori, Milano.

2.3 Il sessuale

Negli anni '60 Foucault ha per primo operato una dissociazione tra il biologico ed il culturale a proposito dell'essere umano, scomponendo il processo di formazione dell'identità a partire dai singoli progetti identitari elaborati dalle singole culture. La natura umana, quindi, è dotata di plasticità e la formazione dell'identità parte, secondo questa prospettiva, da una serie di dispositivi che sono prodotti dalle trasformazioni del linguaggio, dei segni e dei simboli. “Il pensiero genealogico di Foucault induce a ritenere che l'identità umana non abbia contorni definiti, che dipenda dagli orientamenti [...] storici dei vari dispositivi, e che quindi si possa considerare un contenuto stabile” (Russo, L., 2009)¹²⁵.

Nella visione psicoanalitica l'identità è un processo senza fine, un lavoro continuo di formazione, di costruzione che avviene tra processi inconsci primari e processi secondari, che giunge di volta in volta alla consapevolezza di sé. L'identità è un processo che di volta in volta ciascun individuo va formando e trasformando nel corso della propria vita psichica e sociale.

Nei primi tempi della vita, l'infante sente rumori confusi, emette suoni incomprensibili e percepisce stimoli visivi. La cura della madre che lo contiene e lo nutre, lo guarda, lo accarezza e gli parla costituisce per il bambino la prima forma di identità. Solo la capacità di holding (Winnicott) e di rêverie (Bion) della madre salvano l'infante dal disastro, conducendolo verso la capacità di trasformare le sensazioni corporee brute in immagini.

La funzione dello sguardo materno offre, quindi, una prima forma all'essere informe ed indifferenziato dell'infante; una forma differenziata e sessuata di sé

¹²⁵ Russo L., (2009) “Destini delle identità”, Borla, Roma, p. 10

che Freud definisce narcisismo primario. Attraverso il rispecchiamento madre-bambino è possibile quell'iniziale processo di identificazione che porterà l'infans a strutturare una propria identità. Secondo Russo (2009) il rispecchiamento è dialettico nel senso che è mosso dall'idea di vedere qualcosa di sé nell'altro; inoltre secondo questo autore l'esempio più pregnante che illustra l'idea di rispecchiamento dialettico è quello dell'identità sessuale. Questa prospettiva introduce un concetto secondo cui non si è uomo o donna a partire dal proprio sesso biologico, ma a partire dai processi di identificazione primari, nei quali, l'infans incontra il sessuale materno ed il fallo. Questa visione implica il mettere tra parentesi il sesso biologico in favore di processi di strutturazione della personalità come processi in divenire e mai definitivi. Questa opzione quindi rinuncia a scelte definitorie e propende per un metodo capace di entrare nel registro di come si diventa se stessi, donna o uomo, ma anche del come “non si diventa se stessi, nonostante il sesso biologico”¹²⁶.

A questo punto è utile ricordare un concetto importante, già trattato precedentemente sotto altra forma, che implica la tesi freudiana di una sessualità originaria. Nell'opera di Freud ricorre con frequenza il concetto secondo cui la sessualità è il “rimosso per eccellenza”. (Russo, 2009) La sessualità che origina dalla perversione dell'istinto vitale (“appoggio”), è considerata spesso la causa della rimozione originaria. Il concetto di “appoggio” dell'istinto vitale è utilizzato da Freud per spiegare l'emergere e la genesi della psicosessualità. È un fenomeno che sostiene la pulsione, cioè il fatto che la sessualità al suo nascere si appoggia su un altro diverso processo, su una funzione vitale del corpo; la sessualità secondo Freud rappresenta proprio una “leggera deviazione rispetto alla funzione vitale”(Laplanche,1970)¹²⁷ definita “perversione” dovuta al fatto che essa si appoggia su di una prematurazione dell'organismo.

¹²⁶ Idem, Op. Cit.

¹²⁷ Laplanche J., (1970), “Vita e morte della psicoanalisi”, Laterza, Bari-Roma, (1972).

Laplanche ha rilevato come l'idea di "sessualità perversa" non debba intendersi da un punto di vista morale, infatti nei "Tre saggi sulla teoria sessuale" (Freud, 1905)¹²⁸ il termine perversione è utilizzato per descrivere la struttura originaria del soggetto come integrazione di due strutture, quella sessuale e quella dell'ordine vitale a cui quella sessuale si "appoggia". La "deriva pulsionale" sarebbe la risultante dell'integrazione tra l'istinto di vita e quello sessuale, in cui l'istinto di vita si perverte "deviandosi".

Laplanche (1970) in "Vita e morte della psicoanalisi" dà conto dei concetti di "sessuale-in sé" e "sessuale-per-sé". Il sessuale-in sé è impossibile da comprendere per un infante prematuro che non è in grado di riconoscerlo, ma può essere ritrovato attraverso lo sguardo materno, attraverso l'Io del bambino, che in quanto infans è narcisistico. Il sessuale-in sé è per Laplanche il "sessuale-pre-sessuale"; questa dimensione non è ancora riconosciuta dal soggetto che invece avviene attraverso lo sguardo materno. Prima dello sguardo materno il sessuale-pre-sessuale resta in attesa. Laplanche (2004) in "Teoria della seduzione generalizzata", come precedentemente descritto (Cap. 1), "vuole rendere conto della genesi dell'apparato psichico sessuale dell'essere umano a partire dalla relazione interumana". L'autore dice che ogni adulto ha un inconscio sessuale (così come descritto da Freud) fatto principalmente di residui infantili. La relazione adulto, portatore di un inconscio sessuale, con un infans, che non ha ancora costituito un inconscio è carica di messaggi che sono necessariamente "compromessi" (nel senso del ritorno del rimosso). Secondo Freud le cure materne sono il veicolo dell'intrusione traumatica (seduzione) di rappresentazioni sessuali dell'adulto nell'universo infantile prematuro. A questo proposito Freud scrive: "I rapporti del bambino con la persona che ha cura di lui sono per lui una fonte inesauribile di eccitamento e di soddisfacimento sessuale a partire dalle zone erogene, tanto più che tale persona - di regola dunque la madre

¹²⁸ Freud S., (1905), "Tre saggi sulla teoria sessuale", in Opere Vol.4, Boringhieri.

- riserva al bambino sentimenti che derivano dalla vita sessuale di lei, lo accarezza, lo bacia, lo culla: lo prende con evidente chiarezza come sostituto di un oggetto sessuale in piena regola. La madre probabilmente si spaventerebbe se le si spiegasse che con tutte le sue tenerezze risveglia la pulsione sessuale del suo bambino e ne prepara la successiva intensità”(Freud, F., 1905)¹²⁹. Freud utilizza il termine “risveglia” per evidenziare che la pulsione sessuale del bambino c’è sempre stata, “sessuale-pre-sessuale”(come la chiama Laplanche) ed a causa delle cure che la madre gli riserva questa si “risveglia”. (Russo, 2009).

A questo proposito Cotrufo (2005)¹³⁰ descrive con chiarezza il concetto di seduzione operato dalla madre: “Con il termine seduzione si intendono quei comportamenti sessuali adulti agiti nei confronti del bambino, tutte le stimolazioni che una madre può fare delle zone erogene di frontiera esterno-interno del corpo del bambino, nel carezzarlo, nel lavarlo e l’indugiare più o meno teneramente su una o un’altra area della sua pelle; per seduzione intendiamo tutti quei comportamenti che abbiano anche solo lontanamente a che fare con la dimensione dell’erotismo anche se agiti con tutt’altro fine, ma non solo. Intendiamo per seduzione tutto ciò che, ormai uscito dal contesto biologico ed autoconservativo, accade tra un adulto ed un bambino”.

La seduzione è proprio ciò di cui parla Laplanche a proposito dei messaggi enigmatici inconsci provenienti dall’adulto che l’infans non può tradurre e che favoriscono la sessuazione precoce del bambino. L’infans infatti, è impossibilitato ad operare una traduzione a causa dell’inadeguatezza del suo codice che è ancora sotto il primato dell’istintualità biologica.

Freud con la teoria della seduzione e con i concetti di appoggio e di posteriorità (après- coup) già aveva ipotizzato che l’infans fosse attraversato dai fantasmi seduttivi parentali, quindi dal desiderio e dal fallo materno. La fase fallica

¹²⁹ Freud, S., (1905), “Tre saggi sulla teoria sessuale”, in Opere vol. 4, Boringhieri, p. 528

¹³⁰ Cotrufo, P., (2005), “Anoressia del sessuale femminile”, Franco Angeli, Milano, p. 97

introdotta da Freud nel 1920, serve a dare conto di una particolare organizzazione psichica e delle esperienze mentali, affettive e pulsionali ad essa collegate. In questa fase il soggetto passa, infatti, alla logica binaria della differenza, dell'opposizione e della contraddizione che può essere rappresentata dalla formula "o fallico o castrato". In questa fase dello sviluppo psicosessuale il soggetto esperisce sé ed il mondo a partire dall'attributo fallico appunto, che però non deve intendersi come una qualità del soggetto, ma come un significante che funziona come valore di scambio. Il fallo ha un valore simbolico in quanto stabilisce una differenza e cioè quello della presenza o dell'assenza, e corrisponde "alla diversità tra un'evirazione compiuta nella femmina e un'evirazione puramente minacciata nel maschio" (Freud, S., 1925)¹³¹. La constatazione della assenza del fallo, avvia secondo Freud, il complesso di castrazione della bambina.

Il simbolo fallico ha una grande importanza perché, in quanto simbolo marca una differenza, quella degli opposti, l'assenza o la presenza. Quando Freud introdusse la fase fallica concepì, quindi, anche una logica fallica, cioè che tutti fossero in rapporto con questa, e che quindi, tutti fossero in rapporto con la funzione fallica che ammette la castrazione (Russo, 2009). Quando si pone un concetto universale, si deve necessariamente supporre che esista un termine di paragone che ne costituisce il limite, in questo caso, che esiste qualcuno che non è sottomesso alla logica fallica della castrazione. Il qualcuno in questo caso è "il padre della propria personale preistoria", un padre che non è il padre biologico, ma è il padre che rappresenta la castrazione simbolica e la differenza tra i sessi. Per Freud questo padre è insito nella memoria inconscia dell'umanità e che si trasmette all'infante attraverso i messaggi, le traduzioni e le interpretazioni forniti dalla madre (Russo, 2009). Ed è, sostiene Russo (2009), il mito del padre

¹³¹ Freud S., (1925), "Alcune conseguenze psichiche della differenza anatomica tra i sessi", In Opere vol. 10, Boringhieri, p. 215

immaginario dell'orda in "Totem e Tabù" (Freud, 1912-1913)¹³² al quale l'infante si identifica tramite lo sguardo della madre.

A questo punto riteniamo, ai fini del nostro più ampio discorso sui disturbi del comportamento alimentare, illustrare come Freud descrive le strade principali che si aprono alla bambina per il superamento del complesso edipico.

Nel saggio "Sessualità femminile" (1931)¹³³ Freud, considera lo sviluppo psicosessuale femminile a partire dal complesso di evirazione nella donna. Secondo Freud a partire da questo, si aprono tre vie di sviluppo. La prima "conduce all'abbandono totale della sessualità", la seconda possibilità è quella del complesso di mascolinità attraverso il diniego della castrazione, la terza "sboccia nella normale strutturazione della femminilità, ove il padre è assunto come oggetto ed è pertanto trovata la forma femminile del complesso edipico". Riteniamo che tra le varie possibilità le pazienti anoressiche appartengono in larga maggioranza alla prima via di sviluppo descritta da Freud, dove la bambina "rinuncia alla propria attività fallica e in generale alla sessualità, nonché a buona parte della propria mascolinità in altri campi"¹³⁴. In realtà in virtù delle caratteristiche anoressiche che portano questi soggetti ad essere dinamici dal punto di vista lavorativo, sarebbe meglio considerare l'anoressica su una posizione intermedia tra la rinuncia globale alla sessualità ed il complesso di mascolinità che la rende così competitiva.

¹³² Freud S., (1912-1913), "Totem e tabù", In Opere Vol. 7, Boringhieri.

¹³³ Freud S., (1931), "Sessualità femminile", In Opere Vol. 11, Boringhieri, p. 67.

¹³⁴ Cotrufo P., (2005), "Anoressia del sessuale femminile", Franco Angeli, Milano, p. 72

Capitolo 3

L'anoressia nervosa

Capitolo 3 L'anoressia nervosa

3.1 Introduzione

Abbiamo detto che l'istinto sessuale, nell'età puberale deve innestarsi in uno spazio che non è libero, ma saturo del "sessuale-pre-sessuale" (Laplanche, 1970)¹³⁵. "La sessualità quindi, trova nei genitali maturi il luogo privilegiato di appoggio, e da questi trae linfa ed energia che gonfia il serbatoio della pulsione. È in questo periodo che la ragazzina pre-anoressica deve fare i conti con un corpo che cambia, un corpo che si pone a denunciare la trasformazione in corso ed il pressante ritorno del sessuale." (Cotrufo, 2005)¹³⁶.

Il corpo che cambia è quello dell'adolescenza che segna un passaggio critico nello sviluppo del soggetto. Durante l'infanzia, infatti il bambino è un oggetto nelle mani degli altri, di chi si prende cura di lui, e dipende esclusivamente da questi. Il cucciolo umano, a differenza dei cuccioli di altre specie viventi è assolutamente dipendente da chi si prende cura di lui, ed il piccolo umano lo sarà ancora per molto tempo dopo la sua nascita. Chi si prende cura del bambino avrà necessariamente anche delle aspettative nei confronti di questi: sarà quindi, per quei genitori, oggetto di compensazione, di rispecchiamento ideale, di riscatto, di amore, di odio ecc.

Durante l'adolescenza la rete che si è costruita nei confronti del bambino si assottiglia fino a strapparsi e l'adolescente rivendica il suo diritto all'autonomia. L'adolescente infatti ha bisogno di separarsi dall'altro, di far valere la propria singolarità. Se, quindi nel corso dell'infanzia il bambino era in posizione

¹³⁵ Laplanche, J., (1970) "Vita e morte nella psicoanalisi", Laterza, Bari-Roma, (1972)

¹³⁶ Cotrufo P., (2005) "Anoressia del sessuale femminile", Franco Angeli, Milano p. 81

dipendente dall'altro, era cioè impotente di fronte alla potenza smisurata dell'altro da cui dipendeva in tutto e per tutto, durante l'adolescenza questa posizione dipendente si rompe, si rovescia, in favore di una posizione di potere. È proprio nel periodo adolescenziale che si collocano gli esordi della patologia anoressica; sembrerebbe quindi, che la forza speciale, la posizione di potere tanto ambita, in alcuni casi si manifesti attraverso il rifiuto anoressico. Privandosi del nutrimento il soggetto sfida l'altro, lo provoca, lo angoschia, lo getta nell'impotenza. (Recalcati M., Zuccardi Merli U., 2006)¹³⁷

Parlare di anoressia, di bulimia, così come di obesità è difficile, tanto quanto curare queste forme di sofferenza psichica. Infatti ciò che determina l'ingresso in queste patologie cambia da persona a persona, anche se apparentemente queste sindromi dai criteri diagnostici specifici sembrerebbero assomigliarsi tutti, ed infatti si assomigliano per il carico di sofferenza individuale che portano. Ciò che sembra simile è la danza continua e ripetuta nel tempo del cibo e del corpo. Dal punto di vista del comportamento rispetto al cibo queste tre forme di sofferenza sono molto simili, infatti simili tra loro sono i rituali, ma tutti diversi sono i risvolti intimi delle varie esistenze. Una cosa che sembra unire queste sofferenze, è che, sia nel caso di anoressia che in quello di bulimia, si tratta di una sofferenza femminile. A prima vista infatti sembrerebbe che di queste patologie si ammalinano solamente le donne, con una percentuale molto bassa di uomini; in realtà riteniamo di dovere considerare questa patologia più che una patologia al femminile una patologia del femminile e più avanti spiegheremo il perché.

L'individuazione clinica della anoressia come patologia mentale risale a circa tre secoli fa, anche se ci sono state numerose rivisitazioni sia dal punto di vista diagnostico che da quello clinico. La bulimia invece, è apparsa per la prima volta

¹³⁷ Recalcati M., Zuccardi Merli U., (2006) "Anoressia, Bulimia, Obesità", Bollati Boringhieri.

nel DSM-III¹³⁸ subito dopo uno studio di Russell che individuava questa sindrome come una variante dell'anoressia nervosa.

¹³⁸ American Psychiatric Association (1994), Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3th Edn.) (DSM III), The American Psychiatric Association, Washington, D.C.

3.2 Criteri Diagnostici

Il DSM IV TR ha una specifica sezione dedicata ai disturbi del comportamento alimentare. Questo strumento individua per la diagnosi di anoressia nervosa, che debbano essere soddisfatti i seguenti criteri:

- A. Rifiuto di mantenere il peso corporeo al di sopra o al peso minimo normale per l'età e la statura (per es. perdita di peso che porta a mantenere il peso corporeo al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto, oppure incapacità di raggiungere il peso previsto durante il periodo della crescita in altezza, con la conseguenza che il peso rimane al di sotto dell'85% rispetto a quanto previsto).
- B. Intensa paura di acquistare peso o di diventare grassi, anche quando si è sottopeso.
- C. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il peso o la forma del corpo, o eccessiva influenza del peso e della forma del corpo sui livelli di autostima, o rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso,
- D. Nelle femmine dopo il menarca, amenorrea cioè assenza di almeno 3 cicli mestruali consecutivi. (Una donna viene considerata amenorroica se i suoi cicli si manifestano solo a seguito di somministrazione di ormoni, per es. estrogeni).

² American Psychiatric Association (2004), Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th Edn. Text Revised, Masson, Bologna

Il DSM IV TR prevede inoltre un'ulteriore distinzione in due sottotipi di anoressia nervosa: il sottotipo restrittivo che prevede astinenza alimentare, ed il sottotipo con abbuffate e strategie compensatorie in cui si intraprendono abbuffate con il conseguente utilizzo di strategie atte alla espulsione/eliminazione del cibo ingerito.

Nel I tipo di anoressia quello restrittivo, i soggetti selezionano minuziosamente il cibo scegliendo con cura gli alimenti calcolando esattamente l'apporto calorico dei singoli alimenti. Questo diventa un rituale al quale i malati non possono rinunciare ed attorno al quale strutturano tutta la loro giornata.

Solitamente preparano essi stessi i pasti, sciacquando abbondantemente i cibi per eliminare qualsiasi traccia di impurità o di eventuale grasso. Questi soggetti mangiano quasi esclusivamente da soli non volendosi far vedere mentre mangiano, anche se spesso si riscontra una predilezione per la cucina e la preparazione di piatti per altre persone. Le anoressiche, infatti, sono "appassionate della tavola" (Jeammet, 2004)¹³⁹, non pensano che al cibo, conoscono perfettamente il potere calorico dei vari alimenti, ed adorano cucinare per gli altri, farli mangiare, dando letteralmente agli altri ciò di cui si privano.

Nell'altra forma di anoressia, quella con abbuffate e condotte compensatorie, non c'è restrizione di cibo. Il controllo delle forme e del peso corporeo è operato attraverso l'uso di mezzi "purgativi". Questi sono il procurarsi il vomito e l'uso di lassativi. Spesso si assiste anche ad anoressiche che praticano sport in maniera molto intensa per cercare di eliminare l'apporto calorico giornaliero.

L'anoressica inoltre, è persona iperattiva, che riesce molto bene in quello che fa, che va bene a scuola, è una persona che non ha mai dato problemi ai genitori, e questi si fidano di lei. Riteniamo che ciò che qualifica meglio l'anoressia nervosa e le conferisce il carattere marcatamente patologico è la negazione della magrezza da parte del soggetto e l'assenza totale di preoccupazioni riguardo alle

¹³⁹ Jeammet P., (2004), "Anoressia Bulimia", Franco Angeli, Milano, (2006).

ripercussioni che può avere sulla sua salute. Questi soggetti presentano quindi un contrasto evidente: da un lato sono riflessivi, brillanti a scuola ed in tutte le attività nelle quali si impegnano, mentre dall'altro mostrano un rifiuto di prendersi letteralmente cura di sé.

Questi soggetti si mostrano decisi, risoluti e molto sicuri di loro stessi, quindi, totalmente in contrasto con il loro aspetto fragile e dimesso. Questa caratteristica, evidentemente, serve solo a mascherare, l'aspetto, secondo noi, più terribile della condizione anoressica che è, invece, l'assoluto blocco dello psichismo. Appaiono bloccati nell'aver qualsiasi tipo di relazione sentimentale o affettiva apparendo totalmente estranei alla loro stessa vita.

Abbiamo visto, fin qui, come i criteri diagnostici del DSM IV TR evidenziano da un lato sintomi clinici e dall'altro sintomi psicopatologici. La questione che si pone è se il DSM possa realmente includere in questa classificazione diagnostica tutte le pazienti affette da anoressia nervosa. Questo strumento estremamente importante per un ricercatore, dal punto di vista clinico, invece, risulta spesso inadeguato. Infatti il DSM sembrerebbe più propenso ad indicare il livello di gravità della patologia e non la sua presenza. Nella pratica clinica notiamo come ci siano anoressiche che non raggiungono il livello di deperimento richiesto per la diagnosi ed in cui non è presente l'amenorrea, ma non per questo, si può sostenere che non siano anoressiche. Questo aspetto è molto importante perché significa fraintendere la malattia mentale con quella medica. (Cotrufo, 2005)

A questo proposito riteniamo di particolare rilevanza il fatto che, negli ultimi anni, stiamo assistendo ad un graduale cambiamento della sintomatologia anoressica che conduce spesso ad una differenziazione sintomatologica rispetto al passato, caratterizzato per una chiara ed inequivocabile strutturazione psicopatologica. Sempre più frequentemente, infatti, siamo testimoni di pazienti che, sebbene presentino chiari sintomi e problematiche anoressiche, raramente è possibile inquadrali sintomatologicamente in una posizione chiara rispetto ad

una strutturazione anoressica. Riscontriamo sempre più spesso un aumento dei pazienti che presentano una condizione “sub clinica” della patologia così come tutti noi la conosciamo, con una conseguente diminuzione di quei paziente che invece presentano una organizzazione dichiaratamente patologica. Con il termine “sub clinico” s'intendono quei pazienti che pur presentando una condizione patologica, e quindi una sofferenza psichica, non soddisfano però i criteri diagnostici per l'anoressia nervosa, così come proposti dai manuali diagnostici.

Questo comportamento, quindi, che apparentemente potrebbe sembrare migliorativo della condizione clinica, paradossalmente, invece, è una modificazione peggiorativa della situazione psicologica dei pazienti. In qualche modo il controllo che si esercita su di sé, sul proprio istinto, sulle proprie pulsioni, appare superiore e di conseguenza la strutturazione apparendo meno grave, difficilmente approderà al clinico.

L'anoressia, quindi, più che un insieme di sintomi dev'essere considerata un'organizzazione psichica, che non riguarda solo chi sviluppa il sintomo, ma interessa un numero sempre più ampio di persone che, però, non svilupperanno mai la patologia in una forma clinicamente rilevante. Questa organizzazione vede tra i suoi tratti distintivi la chiusura forzata degli orifizi oppure l'apertura a comando e che vede la psiche agire e governare il corpo in maniera autarchica.

Il DSM IV TR stabilisce che per la diagnosi di bulimia nervosa che siano soddisfatti i seguenti criteri:

A. ricorrenti abbuffate: una abbuffata è caratterizzata da entrambi i seguenti:

1. mangiare in un definito periodo di tempo (ad es. un periodo di due ore), una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo ed in circostanze simili;
 2. sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (ad es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare o a controllare cosa e quanto si sta mangiando);
- B. ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, enteroclistmi o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo;
- C. le abbuffate e le condotte compensatorie si verificano entrambe in media ameno due volte alla settimana, per tre mesi;
- D. i livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso corporei;
- E. l'alterazione non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

Lo strumento prevede inoltre due sottotipi di bulimia nervosa: il sottotipo con condotte di eliminazione nelle quali il soggetto adotta strategie per compensare le abbuffate quali il vomito autoindotto, l'uso di lassativi, diuretici ecc; ed il sottotipo senza condotte di eliminazione nelle quali il soggetto non elimina direttamente il cibo in seguito ad una abbuffata ma intraprende regimi dietetici o fa esercizio fisico eccessivo.

Le crisi bulimiche quindi, consistono in accessi di fame incontrollati e violenti, che provocano l'ingurgitare di grandi quantità di cibo a seguito delle quali troviamo o condotte di eliminazione o regimi dietetici eccessivi. Le crisi sopraggiungono inizialmente dopo un periodo di restrizione dietetica o nel momento dell'abbandono della condotta anoressica.

Anche per la bulimia si possono distinguere criteri strettamente clinici e criteri psicopatologici. La perdita di controllo bulimica è un elemento psicopatologico di grande importanza perché indica proprio una specifica condizione psichica, in cui il soggetto in balia di una compulsione abbandona lo stato di quiete ed, in preda ad un raptus, divora ogni cosa. Sappiamo che il controllo degli impulsi è una delle caratteristiche più tipiche delle anoressiche, attraverso questo controllo riescono a mantenere una fredda lucidità rispetto al cibo, al sesso, allo studio, al lavoro ed in ogni altro campo della vita. La perdita di controllo bulimica quindi, fa sì che il soggetto si abbuffi, senza questa, non ci sarebbe una simile condizione ed il soggetto potrebbe considerarsi anoressico.

3.3 L'ascetismo

La pratica del digiuno è stata per molti secoli, oltre che una pratica per riequilibrare il corpo, anche una esperienza mistico-religiosa. In questa ottica, la lotta contro i piaceri del cibo è anche la lotta contro i peccati della carne, per emanciparsi dalla materialità corporea. È con il misticismo cristiano che l'etica della rinuncia raggiunge il suo apice attraverso, ad esempio, la cultura della mortificazione del corpo a vantaggio di un più alto ideale divino. Ne sono un esempio di questa cultura, i santi cristiani attraverso la loro lotta contro il cibo, che li riduceva spesso ad una vera e propria consunzione anoressica. È anche difficile ripercorrendo la vita e le pratiche di questi santi, definire i confini tra asceti e masochismo, anche se nell'ideale del santo la mortificazione del corpo aspira al fine ultimo della salvezza dell'anima.

“Al nome di Gesù Cristo crocifisso e di Maria dolce” [...]

“E io vi dico, padre mio, e dicovelo nel cospetto di Dio, che in tutti quanti e' modi ch'io ò potuti tenere, sempre mi so' sforzata, una volta o due el dì, di prendere el cibo; e ò pregato continovamente e prego Dio e pregarò che mi dia gratia, che in questo atto del mangiare io viva con l'altre creature, s'egli è sua volontà, però che la mia ci è. E dicovi che assari volte, - quand'io ò fatto ciò ch'io ò potuto, e io entro dentro da me a conoscere la mia infermità e Idio, che per singularissima gratia m'abi fatto correggiare el vizio della gola, - dogliomi molto ch'io, per la mia miseria, non l'ò corretta per amore.”¹⁴⁰

¹⁴⁰ Caterina da Siena [Caterina Benincasa], “Epistolario di Santa Caterina”, a cura di Eugenio Dupré Theseider, vol. 1, Roma 1940, lettera n. 92.

Così Santa Caterina da Siena, giovane donna, nel 1373 dettò queste parole. Già allora era conosciuta per la sua grande santità, non mangiava quasi nulla, ed il solo atto di ingerire il cibo nello stomaco le procurava il vomito. Per questa vergine del tempo, la purificazione spirituale passava per le vie della penitenza e delle autopunizioni, attraverso l'annientamento della volontà personale.

La pratica del digiuno diventa una patologia solo a partire dal seicento e viene inquadrata nosograficamente nell'ottocento attraverso William Gull¹⁴¹ e Ernest-Charles Lasègue¹⁴². Rispetto all'esperienza mistica del rifiuto del cibo, nella questione anoressica viene totalmente persa l'esperienza di espiazione dei peccati attraverso la rinuncia per la salvezza ultraterrena. La carne nel misticismo, invece, è tentatore dei peccati, e l'esperienza ascetica prevede non soltanto il digiuno e la conseguente mortificazione del corpo, ma anche altre pratiche di rinuncia come la rinuncia al sonno, al sesso, ed altre forme di flagellazione corporale.

Il digiuno è stato praticato anche da altri popoli ed in altre epoche storiche; la questione che sottendeva le motivazioni alla base di una forma così estrema di comportamento però sono sempre da ricercare in questioni che attendono all'ultraterreno e quindi al divino. Esempi di digiuno sono presenti nella civiltà egizia, dove ad esempio il digiuno veniva praticato dopo la morte del faraone, l'incarnazione divina. Anche gli antichi greci usavano la pratica del digiuno quando consultavano gli oracoli ed attualmente le tre grandi religioni monoteiste, Giudaismo, Cristianesimo ed Islam prevedono giorni di digiuno rappresentando l'importanza della rinuncia ai bisogni terreni in favore della devozione divina.

¹⁴¹ Gull W. William, (1868), "The Address in medicine delivered before the Annual Meeting of the B.M.A. at Oxford, Lancet, 2. ; Gull W. William, (1888) *Apepsia hysterica. Anorexia Nervosa*, Oxford Lancet.

¹⁴² Lasègue C., (1874), "De l'anorexie hystérique", *Archives générales de médecine*, 21.

La questione della rinuncia per questi popoli assume un carattere essenziale; in varie epoche storiche quindi abbiamo la rinuncia al cibo, al sesso, assieme ad altre forme di privazione.

La questione che ora si pone è se il comportamento del nutrirsi e del mangiare, ha nelle culture umane un significato differente dal semplice nutrimento. Ovviamente noi riteniamo che sia così. Per il genere umano la nutrizione è un comportamento che origina da un bisogno che può trovare una gratificazione o una frustrazione e di questo bisogno se ne occupa una madre. L'oggetto cibo è connesso al bisogno ed a sua volta ad un organo di senso, il gusto connesso a sua volta alla bocca; la bocca è come sappiamo la prima zona erogena¹⁴³ del bambino. "La bocca quindi attraverso il gusto trasformerà l'iniziale bisogno del cibo in un bisogno sessuale, quindi erotizzato. Tutto ciò fa della nutrizione qualcosa di altro rispetto alla funzione che ha nelle altre specie animali. Lo stimolo della fame, l'oggetto cibo ed il piacere gusto hanno, nella storia dell'umanità, assunto dei significati che, in quanto metaforici della catena stimolo-oggetto-piacere hanno pervertito l'originaria natura autoconservativa dello stimolo della fame e le hanno fatto assumere un significato altro"¹⁴⁴ (Cotrufo, 2005).

La differenza tra misticismo ascetico ed anoressia forse sta proprio qui, l'asceta, il santo si eleva a Dio per ascendere al bene, l'anoressica sacrifica sé stessa, il proprio benessere per dimostrare di non aver bisogno di niente.

¹⁴³ Freud S., "Tre saggi sulla teoria sessuale", in Opere Vol. 4, Bollati Boringhieri.

¹⁴⁴ Cotrufo P. (2005) "Anoressia del sessuale femminile", Franco Angeli, Milano, p. 50

3.4 La Faccia sessuale

Le anoressiche dal punto di vista strettamente comportamentale perseguono un ideale preciso: la magrezza corporea. La questione è realizzare una scarnificazione del corpo che si propone di scalfire i rilievi, le forme, lo spessore femminile; attraverso dimagrimenti spettacolari la ragazzina anoressica riduce la sua faccia sessuale, l'ingombro sessuale, levigando e assottigliando le forme. Il corpo che ne viene fuori non può essere riconosciuto come appartenente ad un maschio piuttosto che ad una femmina. Quando parliamo di corpo, focalizzandoci esclusivamente su questo, operiamo la stessa scissione psichica dei soggetti che soffrono di questa sindrome, il corpo diviene appendice, fardello, o altre volte come vedremo un salotto da mostrare. Operando questa scissione, funzionale al nostro discorso, riproduciamo noi stessi il dilemma anoressico, il controllo del corpo, delirando anche noi verso qualcosa che, non è possibile controllare a meno di una assenza, a meno di non riconoscere il proprio corpo come appartenente a sé. È questo che ci ha sempre colpito dell'anoressia, e cioè l'idea anoressica di governare il proprio corpo, soggiogarlo, averne il controllo sadico, alla stessa maniera di come il bambino gioca con un bambolotto, curandolo, carezzandolo, ma anche martoriandolo ed umiliandolo. Il bambolotto è un appendice del bambino come lo è il corpo per l'anoressico.

Abbiamo visto, nei capitoli precedenti come, in queste condizioni, la cura di ogni particolare, dall'alimentazione, al tempo, agli esercizi fisici è totale. Questo sforzo immane, questa battaglia contro le proprie pulsioni che sfinisce il soggetto è continua e la soddisfazione provata di fronte al raggiungimento di un obiettivo di dimagrimento è sempre parziale; ci sarà sempre un pezzo di carne di troppo.

La fatica di cui parliamo può essere visualizzata come una diga che deve far fronte ad un fiume in piena che richiede il suo "letto"; la diga è la capacità di

tenere a bada i propri impulsi eretta a difesa di un pulsionale che richiede un soddisfacimento reclamato non più rinunciabile. Più “le acque aumentano a causa della repressione della diga”, più la scarica che ne verrà fuori sarà implacabile e distruggerà tutto ciò che dietro alla “diga” si era costruito. (Recalcati, 2002)¹⁴⁵

Ma quanto potrà durare tutto questo? Quanto si potrà domare un leone in gabbia, ormai sempre più preda egli stesso dei propri impulsi?

L'anoressica inevitabilmente, a meno della sua stessa morte scivolerà inesorabile verso la bulimia, verso un'orgia di cibo, che trascinerà via tutto lo sforzo profuso fino a quel momento, facendo piombare il soggetto verso la catastrofe. L'anoressica infatti fino a quel momento era grandemente soddisfatta dei risultati ottenuti, la privazione era totale, e la gioia ad ogni nuovo risultato, era massima. Ovviamente questa privazione continua, il controllo ossessivo da parte dell'anoressica di ogni cosa, inevitabilmente dovrà essere interrotto.

Nel paragrafo precedente abbiamo discusso l'idea di asceti mistica: liberare il corpo dalle passioni della carne attraverso uno stile di vita improntato alla rinuncia che ha come obiettivo ultimo la purificazione dell'anima e la vicinanza con il divino. La dimensione anoressica è differente, si tratta infatti di un'asceti senza Dio, irrinunciabile nell'esperienza mistica. Il corpo senza sesso, l'idea del misticismo, è la possibilità del soggetto di staccarsi dalle passioni pulsionali e di separarsi dal desiderio in tutte le sue forme. In realtà anche questo accade nei soggetti anoressici ma con alcune varianti, e cioè mentre la pratica mistica indebolisce l'Io attraverso un suo assopimento, al contrario l'anoressia lo rende iperattivo perché non c'è appagamento alcuno, o meglio, l'appagamento parziale nel vedere il proprio corpo sempre più magro c'è, ma è fittizio, non regge. Il mistico con il suo credo soddisfa il proprio bisogno di vicinanza a Dio, gioisce della pienezza della preghiera, ma il bisogno era soddisfatto. L'anoressica invece non soddisfa nulla, e la richiesta pulsionale sarà sempre più impellente, sempre

¹⁴⁵ Recalcati M., (2002), “Clinica del vuoto”, Franco Angeli, Milano.

più insoddisfabile, perché frustrata per un tempo insostenibile per un corpo giovane. Lo stato di beatitudine anoressico che spesso si riscontra in giovani donne, è il risultato del mettere a lato il turbamento libidico adolescenziale, retaggio inconscio delle connotazioni erotiche della relazione madre bambino. La concezione di Laplanche (2004)¹⁴⁶ rimarca il territorio del sessuale attraverso la tesi di messaggi (enigmatici) sessuali, già evidenziati da Freud, della madre nei confronti del bambino. Il turbamento del bambino a seguito di questa sessualizzazione, si riattualizza nell'adolescenza, e nella condizione anoressica assistiamo al suo ritiro. A questo proposito Dejours (2002)¹⁴⁷, sostiene che l'organizzazione del corpo "erotico" (già trattato nel Cap. 1), passa attraverso una operazione descritta da Freud (1905)¹⁴⁸ sotto il nome di "appoggio delle pulsioni" sulla "funzione fisiologica". Questa operazione che secondo Dejours è fondativa della sessualità psichica consiste in un processo sottile: "il bambino si sforza di mostrare ai genitori che la sua bocca, non gli serve unicamente da organo destinato alla funzione nutritiva. La bocca gli serve per succhiare, mordere, baciare"¹⁴⁹. Secondo Dejours, così facendo, il soggetto afferma una certa indipendenza dall'uso del suo organo, la bocca, rispetto alla sua "destinazione primaria." "Egli afferma che, se si serve della bocca, non è unicamente perché ha fame, ma talvolta anche per il suo piacere"¹⁵⁰. Secondo Dejours il bambino, tenterebbe di mostrare che non è "schiavo dei suoi istinti e dei suoi bisogni", che non è solo un organismo "animale", ma che cerca di diventare "soggetto del suo desiderio". L'autore ritiene che se il soggetto si

¹⁴⁶ Laplanche J., (2004) "Tre accezioni del termine inconscio nella cornice della teoria della seduzione generalizzata", *Rivista di psicoanalisi*, 2004, 1.

¹⁴⁷ Dejours C., (2002), "Il corpo, come esigenza di lavoro per il pensiero", in Debray R., Dejours C., Fédida P., "Psicopatologia dell'esperienza del corpo", Borla, (2004)

¹⁴⁸ Freud S., (1905), "Tre saggi sulla teoria sessuale", in *Opere* vol. 4, Boringhieri

¹⁴⁹ Dejours C., (2002) "Il corpo come esigenza di lavoro per il pensiero", in Debray R., Dejours C., Fédida P., "Psicopatologia dell'esperienza del corpo", Borla (2004), p. 81

¹⁵⁰ Idem Op. Cit, p. 81

spinge troppo oltre in questa direzione e afferma che “la bocca gli serve solo per il piacere: diventa allora anoressico per caricaturizzare il proprio affrancamento dal registro del bisogno”(Dejours, 2002)¹⁵¹ Questa operazione comporterebbe quindi, per il soggetto, un disprezzo della propria pesantezza biologica, rischiando ovviamente, di morire.

¹⁵¹ Idem Op. Cit, p. 81

3.5 La pubertà

“L’intenzione di mantenere la distanza è quasi palpabile. Tuttavia, non è possibile non percepire nell’adolescente anoressica il desiderio quasi conscio, represso ma non rimosso, di un contratto con qualcuno, e la sua speranza confusa che l’analista vada al di là di ciò che esprime per aiutarla a capire meglio ciò che succede in lei. Desidera essere compresa ma teme di essere privata di una parte della sua persona attraverso la comprensione stessa” (Kestemberg E., Decobert S., Kestemberg J.)¹⁵². Così viene descritta una caratteristica adolescenziale: da un lato la paura di essere trasparenti, accessibili, senza segreti, e dall’altra il desiderio di essere compresi.

L’adolescenza è un periodo della vita dell’essere umano caratterizzato da cambiamenti fisici e psichici che porteranno il soggetto da bambino ad adulto. È con lo sviluppo adolescenziale che la sessualità adulta, differente da quella infantile (già perversa e polimorfa), si innesta nel soggetto; la questione ora è che l’istinto sessuale adulto deve essere rappresentato per l’adolescente in uno spazio che non è libero, ma saturo di fantasmi sessuali e di ciò che Laplanche (1970) chiama “sessuale pre-sessuale”¹⁵³. Il corpo adolescenziale quindi, deve confrontarsi con la pulsione che rende il suo proprio corpo desiderante e desiderato ed il conseguente lavoro psichico di contenimento, in questa fase, diventa molto difficoltoso. In modo più specifico possiamo dire che durante la pubertà si assiste a dei cambiamenti corporei evidenti soprattutto nelle donne, in particolare si assiste a cambiamenti esogeni ed endogeni. Per quanto riguarda i primi, durante la pubertà si sviluppano le forme femminili, il seno, i fianchi, che rendono la giovane donna sessualmente desiderabile; infatti è a partire dagli

¹⁵² Kestemberg E., Decobert S., Kestemberg J., (1974) “La fame e il corpo”, Astrolabio, Roma, (1998), p. 103.

¹⁵³ Laplanche J., (1970), “Vita e morte della psicoanalisi”, Laterza, Bari-Roma, (1972).

sguardi dei coetanei che la ragazzina si rende conto di essere inserita in un mondo di relazioni differente da quello che caratterizzava la sua infanzia. O meglio, non si tratta di una differente realtà, sopraggiunta a causa della pubertà, ma il suo stesso sguardo, le sue proprie emozioni in relazione a quelle degli altri la mettono in contatto con le sue proprie emozioni, che prima non aveva. Queste emozioni, e sensazioni che la ragazzina sperimenterà nelle relazioni con gli altri, rappresentano l'aspetto endogeno del cambiamento; la giovane donna presterà maggiore attenzione agli stimoli provenienti dal suo corpo (Cotrufo, 2005)¹⁵⁴.

Questi cambiamenti non sono totalmente sconosciuti al soggetto, ma riconoscibili attraverso ciò che Laplanche definisce la “situazione antropologica fondamentale”¹⁵⁵; ciò che succede, in questo contesto puberale è che le dinamiche preedipiche (situazione antropologica fondamentale, con la relazione adulto infans) ed edipiche si riattualizzano, e che l'eccitazione sessuale latente fino a questo periodo, acquista un nuovo significato rispetto al periodo infantile, proprio perché sorretta da un corpo adulto, che è diventato in grado di comprendere. Nella situazione antropologica fondamentale, attraverso la seduzione generalizzata, la funzione espressiva del corpo è stata tagliata fuori dalla messa in senso dell'infans attraverso l'incapacità di questo ad operare la traduzione del messaggio enigmatico e sessuale che i genitori gli hanno rivolto ad esempio, in occasione dei giochi sul suo corpo. Freud nei “Tre saggi” così si esprime: “[...] la madre riserva al bambino sentimenti che derivano dalla vita sessuale di lei, lo accarezza lo bacia, lo culla: lo prende con evidente chiarezza come sostituto di un oggetto sessuale in piena regola”.

Queste cure materne di cui parla Freud, potranno essere tradotte dal bambino, attraverso l'unica lingua che egli conosce, quella della tenerezza (Ferenczi,

¹⁵⁴ Cotrufo P., (2005), “Anoressia del sessuale femminile”, Franco Angeli, Milano.

¹⁵⁵ Laplanche J., (2004) “Tre accezioni del termine inconscio nella cornice della teoria della seduzione generalizzata”, Rivista di psicoanalisi, 2004, 1.

1932), e non attraverso una traduzione differente, quella che l'adulto è in grado di operare, che avviene invece dalla pubertà.

Quindi, proprio nella pubertà, le problematiche pre-edipiche, a proposito dell'intraducibilità di alcuni messaggi enigmatici, si riattualizzano, ed ora possono avere un senso rispetto al periodo infantile, proprio perché sorrette da un corpo biologicamente maturo che è in grado di comprendere.

“Nell'anoressia, attraverso la perdita di appetito sessuale, assistiamo ad una risposta seguente la trasformazione puberale, la risposta coinvolge in modo non secondario il corpo, in particolare è possibile declinare il corpo anoressico e scarnificato come il significante di un rifiuto della sessualità femminile”¹⁵⁶.

“L'onnipotenza propria dell'anoressica, è, infatti, diniego della realtà, del limite, della separazione, della morte ed è anche non opzione per un'identità sessuata, affermazione di essere tutto ed infine negazione autarchica del bisogno.”¹⁵⁷

L'ideale anoressico è quello di un corpo indifferenziato, il ritorno ad una indifferenza maschile/femminile; “se differenza può esserci questa non poggia su temi sessuali genitali ma, su temi sociali, quali i vestiti, il taglio di capelli, i giochi preferiti, gli sport e gli svaghi” (Cotrufo, 2005)¹⁵⁸.

Nel periodo adolescenziale, quindi, la sessualità divenuta adulta dovrebbe trovare nei genitali maturi il luogo privilegiato di appoggio: infatti se nel periodo di latenza si assiste ad una relativa tranquillità pulsionale, nell'adolescenza il soggetto deve fare i conti con un corpo che, invece, richiede la sua pretesa pulsionale attraverso un ritorno del pulsionale. La desessualizzazione anoressica è, invece, la risultante di un corpo che si ferma, che ha paura delle sensazioni provenienti dall'interno del corpo e che auspica una chiusura forzata dei propri orifizi, e dei propri desideri. Il corpo sessuato per la ragazzina anoressica è divenuto un dato di realtà, ed è a questo punto che “parte un massiccio rigetto

¹⁵⁶ Cotrufo P., (2005), “Anoressia del sessuale femminile”, Franco Angeli, Milano, p. 78.

¹⁵⁷ Nunziante Cesaro A. (1996), “Del genere sessuale”, Guida, Napoli, p. 122

¹⁵⁸ Cotrufo P., (2005), “Anoressia del sessuale femminile”, Franco Angeli, Milano, p. 78

che ha per oggetto il desiderio sessuale (e dunque, in ragione dell'appoggio, quello alimentare) e, quindi, un rinnegamento del corpo sessuato.” (Cotrufo, 2005)¹⁵⁹

¹⁵⁹ Cotrufo, P., (2005) “Anoressia del sessuale femminile”, Franco Angeli, Milano p. 81

3.6 Anoressia Bulimia: dipendenza circolare

Se descrivessimo l'evoluzione di anoressia e bulimia potremmo notare che in entrambi i casi l'esordio tende ad assumere forme genericamente anoressiche, nel senso che il soggetto manifesta inizialmente il proprio disagio applicando severe restrizioni alle proprie abitudini accompagnato anche da un'attenzione sempre maggiore nei confronti delle forme e del peso corporeo. Questo comportamento può prendere le forme poi, di una vera e propria anoressia: ossessione per la propria immagine, rifiuto del cibo, iperattività, amenorrea, ecc. In questa fase della malattia, quella propriamente anoressica il soggetto sperimenta uno stato di benessere, un appagamento, e sembra essere soddisfatto. Attraverso l'ingresso nell'anoressia il soggetto ha trovato il modo per controllare la fame, le pulsioni, le emozioni ed i rapporti con gli altri; per questi motivi "il suo umore è euforico perché ha trovato una soluzione efficace al proprio dolore"(Recalcati, M., Zuccardi Merli, U., 2006)¹⁶⁰. Questa fase è caratterizzata da un entusiasmo narcisistico, da onnipotenza; il soggetto riesce a dominare le sue pulsioni, ha l'illusione di essere forte, e va fiero della sua magrezza.

Il problema sta nel fatto che questa fase di euforia è destinata a rovesciarsi nel suo contrario, infatti alla determinazione narcisistica di bastarsi da sé, seguirà inevitabilmente, la fase bulimica. La bulimia infatti nasce quasi sempre dal fallimento della posizione anoressica, diventata insostenibile per il soggetto perché, ormai, saturo di una pulsione debordante: infatti se l'anoressia è una posizione antivitale, impossibile da mantenere nel tempo, a meno che attraverso

¹⁶⁰ Recalcati M., Zuccardi Merli U., (2006) "Anoressia, bulimia, obesità", Bollati Boringhieri.

la morte, la fase bulimica rappresenta il “comportamento orgiastico”(Jeammet, 2004)¹⁶¹ di un soggetto diventato libero.

La crisi bulimica è vissuta dal soggetto come un fallimento personale, è il non essere riuscito a mantenere una posizione di privazione sana, a vantaggio di una esperienza liberatoria e di godimento. Per questo motivo il soggetto dopo ogni crisi bulimica ha la sensazione di essere inadeguato, si sente mortificato, spesso fino alla depressione. Tutto ciò è aggravato dal fatto che il soggetto fino a poco prima sperimentava l'astinenza con grande appagamento e soddisfazione; questo non poteva reggere in eterno e lo scivolamento verso una posizione bulimica era inevitabile. Il mangiare bulimico non è un godere di ciò che si mangia, ma un godere dell'attività infinita del mangiare stesso, ben al di là del semplice piacere del gusto. Il desiderio di mangiare, infatti non sembra essere così presente nella crisi bulimica, sembra esserci, invece, una “spinta compulsiva che induce il soggetto a ripetere infinitamente l'atto del mangiare, come se il soddisfacimento non fosse relativo a quello che si mangia, ma al fatto di non smettere di farlo”(Recalcati, 2002)¹⁶². Questo secondo noi vale sia nelle crisi bulimiche, che per l'obesità, in cui non è importante cosa si consuma ma il consumo in sé.

Questa descrizione del disastro anoressico attraverso l'illusione di poter controllare tutto, di fare degli oggetti e del proprio corpo ciò che si vuole al di là delle regole della “natura” sovvertendo completamente l'ordine naturale delle cose, attraverso l'illusione onnipotente, ed il conseguente ed inevitabile scivolamento verso la posizione bulimica, ci fa rendere conto che queste due patologie apparentemente tanto diverse, opposte per certi versi, sono in realtà contigue. Riteniamo che non ci sia bulimia senza anoressia e non ci sia anoressia senza bulimia. (Recalcati M., Zuccardi Merli, 2006).

¹⁶¹ Jeammet P., (2004) “Anoressia Bulimia”, Franco Angeli, Milano, (2006).

¹⁶² Recalcati M., (2002) “Clinica del vuoto”, Franco Angeli, Milano

Non ci può essere controllo senza l'idea stessa di perdita di questa; gli opposti in quanto tali devono necessariamente essere contemplati affinché ci possa essere paragone. Il pensiero anoressico infatti prevede, come da DSM IV TR, tra i criteri diagnostici la paura intensa di diventare grasso; questo significa che il pensiero è sempre rivolto verso una caduta improvvisa delle difese imposte dal soggetto; la stessa cosa avviene nel soggetto bulimico che spesso ha il ricordo piacevole di quando riusciva a contenersi ed a fare a meno di tutto, del cibo, del sesso, delle relazioni con gli altri (Recalcati; Zuccardi Merli, 2006). Riteniamo che ci sia una continuità di fondo tra anoressia e bulimia, e che queste siano solo apparentemente due posizioni opposte, ma in realtà sono “due facce della stessa medaglia” (Cotrufo, 2005) drammatica di una stessa patologia.

La nostra visione è quella di un concatenamento di anoressia e bulimia, in cui la prima vede i propri bisogni pulsionali come una minaccia alla sua integrità e quindi li contrasta perché altrimenti non vi sarebbero più limiti; “l'anoressica sente la sua fame come una fame bulimica”¹⁶³. La bulimica invece sente che la precedente posizione anoressica che aveva assunto rappresenta la soluzione ideale che, però, era riuscita a mantenere solo per un periodo limitato di tempo, di qui la sua dannazione.

Da questa descrizione non possiamo non considerare anoressia e bulimia come due facce di una stessa medaglia, dove la mancanza assume una posizione centrale sia nell'una come nell'altra forma.

Oggi quindi si assiste, secondo noi, a quadri clinici “misti” in cui non è sempre possibile definire il quadro clinico prevalente, ma sono presenti casi clinici che evidenziano invece una “dipendenza circolare di anoressia e bulimia” (Recalcati M., Zuccardi Merli U., 2006). Tutto ciò quindi, non deve far dimenticare che anoressia e bulimia non sono diagnosi cliniche di struttura, ma descrizioni fenomeniche psicopatologiche; infatti non esistono sindromi

¹⁶³ Recalcati, M., Zuccardi Merli, U., (2006) “Anoressia, bulimia, obesità”, Bollati boringhieri

anoressiche al singolare, ma esistono persone ciascuna con una struttura di personalità propria. Per questi motivi Recalcati (2006) propone non soltanto di nominare queste sindromi “anoressia-bulimia”, “per evidenziare la stretta correlazione clinica tra queste due posizioni soggettive, ma anche declinare questa scrittura sempre al plurale”¹⁶⁴: “anoressie-bulimie”. Esistono infatti diversi tipi di “anoressie-bulimie”, infatti anche se il lato fenomenico è facilmente riconoscibile (abbuffate, iperattività, calo ponderale, amenorrea, ecc.), il lato strutturale ha bisogno di essere scovato ed approfondito clinicamente.

La psicoanalisi infatti individua tre strutture cliniche fondamentali: nevrosi, psicosi, perversioni. Esistono quindi anoressici, bulimici, obesi con caratteristiche nevrotiche, psicotiche e perverse. Queste classificazioni strutturali, sono ovviamente molto importanti per l’indirizzo terapeutico da dare al trattamento di queste patologie, ma in questo lavoro, non sono di primaria importanza, per questo motivo descriveremo solo brevemente le varie differenze strutturali.

Ricalcando Recalcati (2006) possiamo quindi distinguere due forme fondamentali di anoressia e di bulimia, in particolare su una “diversa declinazione di un’esperienza centrale dell’anoressia-bulimia: il rifiuto”¹⁶⁵. Si possono quindi distinguere due forme di rifiuto anoressico e bulimico: quella propriamente nevrotica e quella psicotica.

Nella forma nevrotica si evidenzia come il rifiuto del soggetto, anche quando si mostra in modo radicale, per esempio, portando il soggetto verso la morte, è in relazione all’altro. È un “rifiuto finalizzato a smuovere l’altro, a mobilitarlo, a bucarlo, cioè ad aprire una mancanza nell’altro”¹⁶⁶. Questa prima versione del rifiuto è dialettica, nel senso che il soggetto è mosso dall’idea di vedere qualcosa

¹⁶⁴ Recalcati M., Zuccardi Merli U., (2006), “Anoressia, bulimia, obesità”, Bollati Boringhieri.

¹⁶⁵ Idem Op. Cit.

¹⁶⁶ Idem. Op. Cit.

di sé nell'altro (Russo, 2009)¹⁶⁷: il rifiuto non è fine a sé stesso ma è il mondo in cui il soggetto fa appello all'altro, è l'ultima speranza che il soggetto ripone per rendersi visibile. In questo senso, sostiene Recalcati (2002), “dietro il “no” ostinato di un'anoressica ci può essere il sì in latenza. Il soggetto si manifesta attraverso il rifiuto, ma solo per coinvolgere l'altro, per farsi ascoltare da lui, per renderlo mancante. Attraverso questo rifiuto cerca di far emergere il desiderio nell'altro, la mancanza, cerca di essere lui l'oggetto che manca all'altro fino al limite della provocazione, sino a spingere i genitori ad esempio, all'angoscia” (Recalcati, 2002) ¹⁶⁸.

Possiamo definire questa manovra del soggetto come ricattatoria, infatti, egli utilizza il proprio corpo per far emergere nei genitori, ad esempio un segno, un segnale, in definitiva per rendersi visibile agli occhi dell'altro.

La seconda declinazione del rifiuto, è quella che possiamo definire “psicotica”. Qui il rifiuto anoressico si declina in maniera del tutto differente, rispetto a quella nevrotica. Il rifiuto in questo caso, quindi non è più “dialettico” (Russo, 2009)¹⁶⁹, non è più in rapporto con l'altro, ma sembra “fondarsi su una sorta di odio puro, di odio per gli altri e la vita. Questa dimensione porta il soggetto a un congelamento del suo proprio essere” (Recalcati, 2006)¹⁷⁰. In questa declinazione la pulsione di morte si impone a senso unico su quella di vita, e l'anoressia non emerge tanto come una difesa del desiderio, ma come una sterilizzazione della vita, come un suo annientamento. Ciò che troviamo qui, non è allora un conflitto con l'altro, come nella declinazione nevrotica, ma il suo rigetto, il suo rifiuto senza appello. Il rifiuto, in questo caso esprime una rottura netta del rapporto con l'altro, del legame sociale, civile, amoroso con l'altro. (Recalcati, 2006)¹⁷¹

¹⁶⁷ Russo L., (2009) “Destini delle identità”, Borla, Roma.

¹⁶⁸ Recalcati, M., (2002), “Clinica del vuoto”, Franco Angeli, Milano.

¹⁶⁹ Russo L., (2009), “Destini delle identità”, Borla, Roma.

¹⁷⁰ Recalcati M., Zuccardi Merli U., (2006) “Clinica del vuoto”, Franco Angeli, Milano

¹⁷¹ Idem, Op. Cit.

Capitolo 4

Ed Il Maschio?

Capitolo 4 Ed Il maschio?

4.1 Introduzione

I disturbi del comportamento alimentare classici, anoressia nervosa e bulimia nervosa, sono da sempre stati attribuiti al genere femminile; attualmente però accanto alle sindromi “classiche”¹⁷² si iniziano ad affiancare sintomatologie che non riguardano prettamente il genere femminile, ma anche quello maschile.

Recentemente, quindi, per descrivere la grande varietà di disturbi del comportamento alimentare non si parla più solo di ragazzine adolescenti, ma anche di uomini che loro malgrado, iniziano ad essere coprotagonisti di un più ampio spettro dei disturbi del comportamento alimentare.

Il titolo stesso di questo capitolo, con la classificazione al maschile, ci impone di riflettere sulla condizione di esclusione del maschio rispetto a questo tipo di disturbi. Riteniamo che questa esclusione non è riferibile a nessun'altra area della nosografia psicologica e psichiatrica; questo quindi ci ha portato a riflettere sulle cause che avessero escluso il genere maschile da queste sindromi, come se i disturbi del comportamento alimentare potessero essere considerati patologie genere-specifiche.

Nonostante quindi, i disturbi del comportamento alimentare siano connotati da una maggiore prevalenza nel genere femminile, anche gli uomini sono affetti da queste sindromi.

La maggior parte dei lavori su queste sindromi concordano su un aumento dell'incidenza dei disturbi del comportamento alimentare nel maschio, Andersen

¹⁷² Per sindromi classiche si intendono due sindromi universalmente conosciute: l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa.

(2001)¹⁷³, in particolare ritiene che gli uomini anoressici e bulimici sarebbero il 20-25% della popolazione totale.

Inoltre le caratteristiche cliniche presentate dai maschi anoressici sono del tutto sovrapponibili a quelle femminili.

Riteniamo comunque che questa emarginazione maschile, evidente anche nei criteri diagnostici del DSM IV TR, possa essere fatta risalire, ai primi studi condotti su questi disturbi. Bell nel suo lavoro sulla “santa anoressia” (1985)¹⁷⁴, ci fa notare come i primi casi descritti riguardino esclusivamente donne entrate in diversi ordini religiosi risalenti al Medioevo. L’autore, inoltre, attribuisce la prima descrizione clinica dell’anoressia nervosa ad un medico inglese Morton, che, nel 1694 presentò anche un caso di anoressia maschile. Gli studi che seguirono non videro più la presenza di casi al maschile¹⁷⁵, e da allora in avanti i disturbi del comportamento alimentare furono considerati come manifestazioni fenomeniche attribuibili esclusivamente alle donne.

Anche l’opera freudiana ha ribadito attraverso gli “Studi sull’isteria” la specificità femminile di queste sindromi; inoltre gli studi di Abraham, focalizzati sullo sviluppo pulsionale, ipotizzavano che l’anoressia costituisse uno stato pulsionale caratterizzato dalla fissazione allo stadio orale, tipicamente femminile. Solo recentemente i ricercatori, attraverso le ricerche scientifiche, e gli psicoanalisti, gli psicoterapeuti e gli psichiatri, nella pratica clinica, hanno iniziato ad occuparsi dei disturbi del comportamento alimentare nei maschi.

Riteniamo che è importante a questo proposito menzionare il contributo di Hilde Bruch (1973)¹⁷⁶ che ha, probabilmente per prima, considerato queste sindromi

¹⁷³ Andersen A. E., (2001), “Progress in eating disorders research”. American Journal of Psychiatry 2001; 158 (4): 515-517.

¹⁷⁴ Bell R.M., (1985) “La santa anoressia. Digiuno e misticismo dal medioevo a oggi”, Laterza, Bari-Roma.

¹⁷⁵ Alcuni casi di disturbi alimentare nel maschio sono attribuiti solo a Whytt (1764), Willan (1790) e Gull (1873)

¹⁷⁶ Bruch H., (1973) “Patologia del comportamento alimentare. Obesità, Anoressia Mentale e Personalità”. Feltrinelli, Milano. (1993)

come disturbi più profondi del Sé, sottolineando l'importanza delle tematiche identitarie. Il suo contributo comprendeva anche una descrizione di casi maschili considerati come “disturbi atipici”, per i quali l'autrice ipotizzava differenze dai casi femminili, sia per quanto riguarda la fenomenologia clinica sia per quanto riguarda l'eziopatogenesi. Infatti l'autrice proponeva una distinzione tra “anoressie primarie”, caratterizzate da una preoccupazione eccessiva per il peso e la magrezza, tipiche della condizione femminile, e “anoressie atipiche” per le quali la magrezza appariva secondaria, tipiche della condizione maschile.

È invece, a partire dall'inizio degli anni '90 che iniziano a comparire ricerche che hanno come oggetto gli uomini; in particolare la letteratura scientifica si arricchisce di “nuove sindromi” cliniche con tassi di prevalenza più elevati negli uomini: “l'ortoressia” e “la reverse anorexia”

Utilizziamo la definizione di “nuove sindromi”, poiché questi quadri clinici attualmente non sono ancora stati inseriti in alcun manuale diagnostico, poiché si tratta di fenomenologie cliniche recenti, ma che crediamo verranno presto categorizzati.

4.2 L'ortoressia

Sebbene il nostro discorso, sia più incentrato rispetto alla “reverse anorexia”, riteniamo che sia utile soffermarci anche sulla sindrome dell'ortoressia che ha in comune con le anoressie, il controllo ossessivo di ciò che si mangia rispetto sia alla quantità del cibo, sia e soprattutto alla qualità di questo.

Etimologicamente la parola ortoressia deriva dal greco *orthos* che significa giusto, corretto, e *orexia* che vuol dire appetito.

Probabilmente uno dei primi lavori, se non il primo su questa sindrome, è stato quello di Bratman e Knight (2001)¹⁷⁷ secondo cui gli “ortoressici” ricercerebbero per i loro pasti cibo puro e non contaminato, controllando ossessivamente gli alimenti che assumono. Gli autori li definiscono “drogati di cibo sano”, i quali sarebbero terrorizzati dalla possibilità di contrarre malattie attraverso l'alimentazione; per queste ragioni adottano un regime dietetico che li porta a controllare i cibi, mangiando solo cibi biologici poveri in grassi.

Un comportamento comunemente associato a questa sindrome è l'abitudine di questi soggetti a discutere per ore sul cibo, sul modo corretto di cucinare le pietanze, e sul come acquistare i cibi puri.

Questi soggetti presentano secondo gli autori, il più delle volte, comportamenti di rinuncia rispetto al proprio lavoro ed alle relazioni sociali; infatti hanno bisogno di programmare sempre i propri pasti e di conoscere ogni singolo ingrediente contenuto negli alimenti assunti, motivo per cui le occasioni sociali e lavorative diventano facilmente momenti di crisi. Nella maggior parte casi cercano di evitare situazioni nelle quali possano consumare i cibi in ambienti esterni non cucinati da loro stessi.

¹⁷⁷ Bratman S., Knight D., (2001) “Health food junkies. Orthorexia Nervosa: overcoming the obsession with healthful heating”, Broadway Books, New York.

Sembrerebbe che la convinzione di questi soggetti risieda nel fatto che il cibo debba essere assunto con l'unico fine di far sentire meglio e non debba essere in nessun modo fonte di piacere. Gli ortolessici provano disgusto infatti, nel mangiare sostanze non naturali e nei loro comportamenti emerge il desiderio continuo di depurarsi ed un profondo timore di contaminare il proprio corpo. Tutto ciò è spesso all'origine di fobie rispetto ai piatti, alle posate, alle pentole ritenute fonte di possibile contaminazione di cibi che poi possono essere ingeriti. Da questo deriverebbe anche un profondo senso di colpa quando questi soggetti trasgrediscono la propria dieta.

In questi soggetti sembrerebbe che l'autostima sia influenzata proprio dall'alimentazione e dalla capacità di rispettarla nel modo più rigoroso possibile, infatti una trasgressione seppur piccola può essere vissuta come catastrofica. Da questo deriva anche la loro ossessione verso il cibo che diventa il nucleo attorno a cui ruotano i pensieri; infatti la programmazione dei pasti è continua e costante. Questi soggetti sono ossessionati dalla qualità del cibo ingerito più che dalla quantità di questo come avviene invece per coloro che soffrono di anoressia e bulimia.

Nei casi più gravi, sostengono gli autori, sarebbe presente una condizione delirante secondo cui il soggetto, avrebbe paura di essere avvelenato attraverso il cibo, con la conseguenza di arrivare alla morte.

Questo particolare disturbo alimentare sarebbe prevalente negli uomini, e secondo gli autori, il motivo sarebbe da rintracciare nel fatto che rispetto al passato il maschio, sarebbe più coinvolto nella propria cura, attraverso l'adozione di stili di vita più salutari. Secondo gli autori però, non ci si ritrova di fronte ad un uomo virtuoso che sceglie con cura cosa mangiare, ma ad un vero e proprio disturbo del comportamento alimentare, che si manifesta appunto, nella ossessione nei riguardi delle qualità dei cibi e nella conseguente modalità compulsiva che gli impone determinati comportamenti da seguire.

4.3 La cultura del fitness

Con il termine sport si intende ogni forma di attività fisica, che ha come obiettivo quello di migliorare la qualità della vita di un individuo dal punto di vista fisico e mentale. Da decenni si assiste ad una straordinaria crescita qualitativa e quantitativa dello sport (professionale e amatoriale), interessando fasce di età sempre maggiori.

Lo sport e del fitness, attualmente, sono pratiche in continua evoluzione, sia in Italia che nel resto del mondo, infatti la necessità di essere in forma è sempre più spesso considerato un valore assoluto. Sembra che il nostro tempo abbia imposto il fitness come una regola generale alla quale nessun individuo può sottrarsi, se non a costo di gravi sensi di colpa.

Le palestre sono diventate un luogo ideale per procurarsi l'elisir del benessere, attraverso l'attività fisica che spesso viene sentita da chi la pratica come un farmaco, come appunto un elisir di lunga vita. Spesso le palestre, appunto, diventano oltre che luoghi in cui si suda, ci si affatica per rendere il proprio corpo tonico, in forma, muscoloso, anche luoghi di aggregazione sociale provvisti di bar, sale relax, e qualche volta anche di ristoranti.

Ci chiediamo allora che cos'è realmente il fitness? È una semplice ginnastica, un modo per mantenersi sani, o si tratta di qualcosa di diverso, di una pratica con un valore aggiunto?

Riteniamo che le energie che vi vengono dedicate testimonino che non si tratta di un agire con una finalità prettamente tecnica, ma secondo noi di una operazione a "valenza etica"(Lo Castro, 2008)¹⁷⁸. È uno dei modi in cui l'individuo tenta "un'articolazione valoriale del rapporto tra il soggetto ed il suo corpo, il quale viene ridotto ad un semplice organismo (*corpo biologico*) che soggiace al volere

¹⁷⁸ Lo Castro G., (2008), "La clinica del corpo disabitato", in Vero S., "Il corpo disabitato", Franco Angeli, Milano

del soggetto (*psiche*) che lo incarna” (Lo Castro, 2008). Il corpo del soggetto, in questa prospettiva, diventa quindi un organismo staccato, distanziato dal soggetto, il quale richiede al suo corpo di comportarsi e strutturarsi come egli, gli impone di divenire. Infatti il fitness è propriamente un insieme di tecniche, il cui fine è precisamente quello di intervenire là dove si incontra il limite: si tratti di muscoli bisognosi di essere tonificati, di pelle alla quale ridare il suo aspetto giovane o “naturale”, o di un’immagine di sé da salvaguardare.

A questo punto crediamo che la teoria dello “Stadio dello specchio”¹⁷⁹ ci possa essere di aiuto nel tentare di comprendere questo fenomeno. Questa teoria dimostra che per fare un corpo non sia sufficiente un organismo, ma sia necessario: un organismo, un’immagine ed uno sguardo che lo riconosce e l’attribuisce ad un soggetto. (Recalcati M., Zuccardi M., 2006)¹⁸⁰.

Questo probabilmente ci induce a considerare che non vi può essere umano senza l’Altro, e che, il riconoscimento di sé, che porta alla conferma della propria esistenza, può provenire solo dall’Altro (Russo, 2009)¹⁸¹

Il fitness chiaramente è un’attività che viene agita da un soggetto, ciò che però non appare chiaro è il destino di questa attività, ovvero se questa includa o meno un soggetto terzo. Lasch (1998)¹⁸², in un bel lavoro sostiene che la nostra è “la cultura del narcisismo”, nella quale il ricorso alla relazione è in secondo piano rispetto ad discorso dell’individuo. L’essere umano però non può non confrontarsi con gli altri esseri, e primariamente con il desiderio di questi (Laplanche, 2004)¹⁸³. Il problema di non poco interesse è però ora, capire effettivamente dove, nel soggetto del fitness sia presente la “relazione dialettica

¹⁷⁹ Lacan J., (1974) “Lo stadio dello specchio come formatore della funzione dell’Io”, in Scritti vol. 1, Einaudi, Torino.

¹⁸⁰ Recalcati M., Zuccardi Merli U., (2006), “Anoressia, Bulimia, Obesità”, Bollati Boringhieri.

¹⁸¹ Russo L., (2009) “Destini delle identità”, Borla, Roma.

¹⁸² Lasch C., (1998), “La cultura del narcisismo”, Bompiani, Milano, (2001).

¹⁸³ Laplanche J., (2004), “Tre accezioni del termine inconscio nella cornice della Teoria della Seduzione generalizzata”, Rivista di Psicoanalisi, L-1.

che è alla base delle relazioni umane” (Russo, 2009). L’autoreferenzialità, l’esclusione dell’altro dalla relazione, evidente nella connotazione narcisistica della pratica, prevalentemente individualistica, del trattamento del corpo è tra le modalità elettive del fitness. La troviamo identica nelle anoressie, nelle bulimie, i quali soggetti che le incarnano sembrano anche loro assolutamente estranei alla logica dialettica. Le relazioni in questi soggetti, sembrerebbero mancare appunto dell’investimento libidico che ricade necessariamente sul soggetto, o meglio, sul loro stesso corpo. La libido quindi sottratta dagli oggetti, è riversata totalmente su di un sé coincidente con il corpo, o meglio è dirottata sull’immagine del corpo.

Se ritorniamo al discorso dello “specchio” (Lacan, 1974), vediamo come il corpo si produce per effetto dell’incontro tra l’organismo, la sua immagine e lo sguardo dell’Altro, allora ciò a cui noi assistiamo è un “ritorno all’origine”. Il soggetto si sottrae allo sguardo, non riconosce all’altro la capacità di riconoscerlo ritrovandosi così da solo a trattare con il suo organismo, davanti allo specchio con un’immagine che non appare mai adeguata e della quale non può mai fidarsi appieno. (Russo, 2009; Lo Castro, 2008).

Il godimento in questo caso sembrerebbe localizzato in una immagine che sembra “la celebrazione di un corpo fuori corpo” (Lo Castro, 2008)¹⁸⁴; in realtà ci sembra che più che un godimento fuori del corpo si assista invece ad un’assenza di godimento, o al massimo ad un godimento autoreferenziale. Il godimento di questi soggetti secondo noi, è insito infatti proprio nella perversione voyeuristica localizzata nell’immagine riflessa dello specchio; una perversione che non trova soddisfacimento nell’oggetto, magari parziale, fuori dal corpo, ma nell’immagine del corpo stesso.

Il fitness, ovviamente nelle sue forme estreme, rappresenterebbe proprio questo, il perseguimento di un ideale corporeo mai raggiungibile che si giustifica

¹⁸⁴ Lo Castro G., (2008), “La clinica del corpo disabitato”, in Vero S., “Il corpo disabitato”, Franco Angeli, Milano.

attraverso proprio il rispecchiamento ideale di una immagine che non è mai come la si desidererebbe.

Il corpo che ne risulta diviene quello di uno spazio scenico, da mettere in mostra, ma che necessariamente resta in parte nascosto ed inavvicinabile al desiderio dialettico insito nelle relazioni.

4.4 La reverse anorexia

La reverse anorexia¹⁸⁵ sebbene non sia ancora presente in alcun manuale diagnostico è stata già categorizzata da alcuni studiosi (Pope et al., 1993, 2002)¹⁸⁶¹⁸⁷, diventando di fondamentale importanza di quanti si occupano di disturbi del comportamento alimentare al maschile.

Infatti negli ultimi anni, diverse ricerche hanno dimostrato come l'insoddisfazione corporea negli uomini sia cresciuta notevolmente raggiungendo i livelli femminili, anche se sussistono differenze sostanziali tra l'insoddisfazione corporea maschile e femminile. In realtà, mentre l'insoddisfazione corporea femminile si manifesta solitamente nella percezione di essere in sovrappeso e di avere delle forme corporee "giunoniche" con il conseguente obiettivo di indurre una massiccia perdita di peso (Rodin et al., 1984)¹⁸⁸, molti uomini all'opposto desiderano essere più grandi e muscolosi, avendo la percezione di essere sottopeso, o comunque troppo piccoli e magri, con il conseguente impulso ad incrementare la massa muscolare attraverso sia l'esercizio fisico, il bodybuilding, che l'eventuale uso di steroidi anabolizzanti. (Cohane et Pope, 2001)¹⁸⁹.

¹⁸⁵ In letteratura compaiono per riferirsi a questa sindrome termini quali vigorexia, bigorexia, dismorfismo muscolare ed ovviamente reverse anorexia. Ognuno di questi termini nasce in un contesto di riferimento scientifico diverso e sotto varie spinti in merito agli aspetti biologici, psicologici e socioculturali del fenomeno. Anche se questi termini definiscono la stessa sindrome, hanno differenze notevoli che rimandano a prospettive ed approcci spesso molto diversi.

¹⁸⁶ Pope jr.H.G., Katz D.L., Hudson JI. (1993), "Anorexia nervosa and reverse anorexia among 108 male bodybuilders". *Comprehensive Psychiatry* 1993; 34.

¹⁸⁷ Choi P.Y., Pope jr. H.G., Olivardia R., (2002), "Muscle dysmorphia: a new syndrome in weightlifter". *British Journal of Sport Medicine*; 36 (5).

¹⁸⁸ Rodin J., Silberstein L., Striegel-Moore R., (1984), "Women and weight: A normative discontent", *Nebr Symp Motiv*; 32: 267-307.

¹⁸⁹ Cohane G.H., Pope H.G., (2001), "Body image in boys: A review of the literature", *Int. Journal of Eat. Dis.*, 29, 373-379.

Nel mondo del bodybuilding queste caratteristiche, che coinvolgono migliaia di persone, erano già da lungo tempo conosciute proprio dagli stessi bodybuilders ed, in California, queste condotte erano state denominate con il termine “bigorexia” per evidenziare le caratteristiche anoressiche della sindrome, una forma inversa di anoressia nervosa. Il primo lavoro scientifico su questa sindrome la chiamò “reverse anorexia nervosa” (Pope et al., 1993).

I criteri diagnostici individuati (Pope et al., 1997)¹⁹⁰ da questi ricercatori per categorizzare la patologia furono i seguenti:

1. preoccupazione per il pensiero di possedere un corpo non sufficientemente magro (*asciutto*) e muscoloso;
2. la preoccupazione causa angoscia o riduzione nelle attività sociali, lavorative o in altre importanti aree del funzionamento personale come dimostrato dalla presenza di almeno due dei seguenti criteri:
 - a. abbandono frequente di attività sociali, occupazionali o ricreative a causa di un bisogno compulsivo di mantenere un programma dietetico e di allenamento;
 - b. evitamento di situazioni nelle quali il corpo è mostrato agli altri, oppure grande angoscia nelle occasioni in cui ciò accade;
 - c. la preoccupazione circa l’inadeguatezza delle dimensioni del corpo o della muscolatura causa angoscia clinicamente significativa o riduzione delle attività sociali, lavorative o in altre aree importanti del funzionamento;
 - d. il soggetto continua l’allenamento, la dieta o l’assunzione di sostanze che migliorano le prestazioni nonostante sia a conoscenza delle conseguenze negative sul proprio corpo o sulla propria psiche;

¹⁹⁰ Pope jr. H.G., Gruber A., Choi P., (1997), “Muscle dysmorphia: an underrecognized form of body dysmorphic disorders”. *Psychosomatics*; 38.

3. l'oggetto primario delle preoccupazioni e dei comportamenti è quello di essere troppo piccoli o muscolarmente inadeguati, non di essere troppo grassi, come nell'anoressia nervosa, o di avere altri difetti estetici.¹⁹¹

Da questo schema risulta evidente come l'anoressia inversa sia molto simile dal punto di vista clinico, ai criteri diagnostici dell'anoressia nervosa, sebbene, le caratteristiche comportamentali dei soggetti risultano essere opposte; infatti, mentre nell'anoressia inversa, i soggetti si percepiscono piccoli, e poco muscolosi, le anoressiche percepiscono se stesse come grasse, ed inadeguate. Di fatto però l'anoressia inversa, a differenza dell'anoressia nervosa, sembra essere una patologia prettamente maschile e dalle ricerche effettuate si stima che l'età di esordio sia compresa tra i 15 ed i 23 anni. (Olivardia, 2001)¹⁹².

Gli anoressici inversi quindi, secondo questa categorizzazione sarebbero focalizzati su un'eccessiva ricerca di una muscolatura ideale attraverso pratiche "compulsive" di esercizio fisico ed uso di sostanze; tutto ciò comporta un significativo disagio clinico nello svolgimento delle funzioni sociali, occupazionali ed affettive.

Di fatto le persone affette da questa sindrome possono avere manifestazioni comportamentali, talora molto diverse le une dalle altre; infatti molto frequente è trovare persone che desiderano avere un corpo "extra large", ma non è infrequente trovare soggetti che, più che il volume dei singoli muscoli, ricerchino la definizione muscolare estrema. Per tutti questi soggetti è indispensabile avere, oltre ai muscoli, anche livelli di massa grassa molto bassi allo scopo di evidenziare la muscolatura e mettere in risalto la definizione muscolare.

¹⁹¹ Tabella presente sul libro: Cotrufo P., (2005) "Anoressia del sessuale femminile", Franco Angeli, Milano, p. 63- 64.

¹⁹² Olivardia R.,(2001) "Mirror, mirror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia". Harvard Review of Psychiatry; 9(5).

Spesso questi soggetti, pur presentando grandi masse muscolari, hanno paura di mostrare il proprio corpo ad altri; infatti il più delle volte indossano abiti larghi, difficilmente vanno al mare, e spesso il disagio è così significativo che hanno difficoltà a mostrare il corpo anche al proprio partner. Pope et al. (2000)¹⁹³, a questo proposito, descrissero un caso di un uomo che evitava i rapporti sessuali con la moglie per la paura di sprecare energie considerate da lui indispensabili per gli allenamenti con i pesi.

¹⁹³ Pope jr., H.G., Phillips K., A., Olivardia R., (2000), "The adonis complex: the secret crisis of male body obsession". The free press, New York.

4.5 Insoddisfazione corporea

Come nei disturbi del comportamento alimentare classici, all'immagine di sé compromessa, si affianca un senso pervasivo di incapacità, dove l'autostima viene fatta dipendere direttamente dalla propria forma fisica.

L'insoddisfazione, l'ansia e la perdita dell'autostima derivati dalla convinzione di essere poco muscolosi spingono questi soggetti ad allenarsi sempre di più, con l'intento di aumentare la massa muscolare riducendo contemporaneamente la massa grassa.

L'allenamento in palestra ed il parallelo regime dietetico spesso finiscono per compromettere la vita socio-lavorativa, ed affettiva dei soggetti; infatti molti giungono ad evitare tutte le situazioni nelle quali il corpo potrebbe essere esposto allo sguardo degli altri.

Questi soggetti quindi, dietro l'apparente sicurezza, celano uno stato di paralisi quasi assoluta; questi soggetti infatti gestiscono la loro vita a partire dagli allenamenti in palestra che non possono essere assolutamente saltati, o rimandati pena un profondo senso di frustrazione e di colpa.

Anche il tema alimentare è di primaria importanza, infatti appaiono costantemente concentrati ed ossessionati dalla questione alimentare. Il cibo sembra essere venerato, così come avviene per le anoressiche; anche loro selezionano i cibi con cura, con meticolosità, mangiando solo cibi iperproteici ed escludendo quasi del tutto i carboidrati. Anche loro esattamente come coloro che soffrono di anoressia nervosa, quindi, hanno un'attenzione maniacale rispetto alla dieta, al cibo, al potere calorico e proteico dei vari alimenti. Infatti questo comportamento diventa spesso una modalità esistenziale della loro vita, che finisce per ruotare intorno al controllo onnipotente delle misure e delle forme

corporee, attraverso cicli incessanti di allenamento fisico e di alimentazione iper controllata.

Interessante secondo noi, è la questione sessuale che sembra differenziare l'anoressia nervosa femminile dall'anoressia inversa maschile. (Cotrufo, 2005).

Il soggetto anoressico tende, infatti, verso un definitivo “annullamento della propria femminilità attraverso la scarnificazione del corpo, la perdita di qualsiasi forma che possa far pensare a lei come ad una femmina, finanche la perdita del ciclo mestruale viene vissuto dalla ragazza con indifferenza”. L'anoressico inverso, all'opposto, appare totalmente preso a rimarcare la propria mascolinità, i propri attributi esteriori attraverso una cura maniacale del proprio corpo.

Questo corpo però, allo stesso modo di quello del suo speculare femminile, è un corpo chiuso, inaccessibile dall'esterno ed appare solo come uno spazio scenico, un salotto buono, quello in cui non si vive ma si tiene chiuso pronto per essere mostrato quando giunge il momento della festa. (Vero, 2008)¹⁹⁴

Secondo noi esiste una caratteristica essenziale che l'anoressica, così come il suo speculare maschile condividono e cioè, che, contrariamente a quanto si potrebbe pensare, l'obiettivo di entrambi i soggetti non è quello di essere più belli, di apparire più in forma per piacere di più agli altri. In queste sindromi non c'è posto per l'altro, non c'è spazio per il desiderio; l'altro sembra semplicemente snobbato, o sembrerebbe addirittura non esistere.

Cotrufo, in particolare evidenzia come per le anoressiche il piano corporeo è assolutamente rinnegato e ritiene che se “qualche desiderio di piacere ancora esiste, esso riguarda dimensioni spirituali, morali, prestazionali”: L'autore ritiene che questa donna debba essere considerata l'emblema di una “nuova donna” a cui vanno stretti i vecchi stereotipi di madre e di moglie, ma vuole invece, confrontarsi su campi che fino a pochi decenni fa le erano preclusi. Questa nuova donna, sostiene l'autore, vuole confrontarsi su campi che fino ad ora le erano

¹⁹⁴ Vero S., (2008), “Il corpo disabitato”, Franco Angeli, Milano.

stati preclusi, poiché ad esclusivo appannaggio dell'uomo; quindi la nuova donna, dovendosi confrontare in campi "nuovi" per lei, si spoglia delle forme femminili classiche per adeguarsi ad un nuovo stereotipo.

L'uomo d'altro canto, dovendosi confrontare con un nuovo stereotipo femminile, e non riconoscendosi più il suo antico ruolo di dominatore familiare, culturalmente dato, potrebbe fare l'unica cosa che ancora lo differenzia dalla nuova donna, accrescere la propria muscolatura. Utilizzare il proprio corpo come indice di demarcazione tra sé e la donna sempre più androgina.

Capitolo 5

L'obesità

Capitolo 5 L'obesità

5.1 Introduzione

Finora abbiamo visto l'anoressia come una follia strutturata sul versante narcisistico-distruttivo; l'obesità allo stesso modo, rappresenta una devastazione dell'individuo, come un luogo in cui si rende palese una disfunzione. La differenza risiede nel fatto che se l'immagine anoressica, può generare consenso in virtù di un ideale valore estetico moderno, quella dell'obesità invece, colpisce per le sue caratteristiche orride¹⁹⁵.

Sia nell'obesità come nell'anoressia assistiamo ad individuo che rischia la morte; la condizione di grande sovrappeso, a prescindere dalle cause che l'hanno determinata, produce una compromissione radicale del sistema cardio-circolatorio, di quello respiratorio e dell'apparato muscolo scheletrico, nonché di una condizione generalizzata di malessere.¹⁹⁶

A causa dei numerosi effetti che la condizione di obesità produce nel quadro della "salute" di un individuo, una persona obesa, ha una aspettativa di vita significativamente inferiore rispetto a quella di una persona normopeso.

Il reale del corpo è ciò che Recalcati (2002) indica come la difficoltà nel rendere efficace l'azione della parola nella cura analitica; come se ci fosse un "troppo di reale" rispetto al potere "simbolico della parola", o come se il potere simbolico della parola incontrasse una resistenza, qualcosa che non può essere mentalizzata "perché non è un evento di linguaggio ma un evento somatico che investe il reale del corpo"¹⁹⁷. Questo punto di vista pare essere molto simile a quello della

¹⁹⁵ La parola orrido, ovviamente non è inteso come nei termini di un giudizio di valore.

¹⁹⁶ Istituto Auxologico Italiano, Secondo rapporto sull'obesità in Italia, Franco Angeli, Milano, (2000).

¹⁹⁷ Recalcati M., (2002), "Clinica del vuoto", Franco Angeli, Milano, p. 207

MCDougall (1989)¹⁹⁸, secondo la quale i soggetti obesi avrebbero l'attitudine per una specie di "pensiero concreto operatorio" (Piaget), "come effetto di una separazione tra gli affetti ed i pensieri, tra il soggetto stesso e la sua realtà psichica".

Il soggetto, infatti, appare ingabbiato da un troppo pulsionale che non è in grado di mentalizzare e che rende lo rende incapace di trovare risorse, non reali come gli oggetti (il cibo), in grado di metabolizzarlo. Il soggetto appare incapace di gestire il pulsionale neutralizzando il desiderio ma riuscendo solo a riversandosi sugli oggetti. A differenza del soggetto isterico che mantiene intatta la sua capacità di simbolizzare, l'obeso sembrerebbe non poter compiere questa operazione, ma solo di accantonare un troppo inelaborabile, diventando, in questo modo un soggetto che accumula, nel suo corpo gli alimenti. Secondo Recalcati (2002), quindi, "la parola non incide sul corpo, ma è come separata dal corpo, così come, a sua volta, il soggetto si percepisce paradossalmente come separato nettamente dal suo stesso corpo"¹⁹⁹. Secondo questa prospettiva, che condividiamo, il soggetto quindi ricadrebbe all'esterno del suo corpo; infatti nella nostra pratica clinica più volte abbiamo sentito persone sostenere che il corpo non gli appartiene, che il corpo è una parte esterna del soggetto che sembra avere una vita propria.

Il carattere di estraneità del corpo sembra anche avere una evidenza nel soggetto che, spesso non riesce a "vedersi", a toccarsi, a muoversi e a raggiungere diverse zone del suo corpo, e quindi a percepire i confini di sé stesso. Questa ci appare come una difficoltà propria del soggetto obeso, biologicamente strutturale; questo porta anche il soggetto obeso a sentire il corpo come un macigno estraneo a sé stesso.

¹⁹⁸ McDougall J., (1989), "Teatri del corpo", Cortina, Milano, (1990)

¹⁹⁹ Idem op. Cit., (Recalcati, 2002, p. 210)

Secondo Recalcati (2002), l'obesità “offre una dimostrazione clinica che il soggetto non è un corpo ma ha un corpo, secondo la celebre separazione cartesiana (*cogito ergo sum*)”; in altre parole mangio dunque sono. Questo fa sì che vivendo il proprio corpo come quello di un altro, il soggetto dimostrerebbe che il proprio corpo si può effettivamente separare dalla psiche che lo abita.

5.2 Note Epidemiologiche

La letteratura scientifica evidenzia come l'attuale diffusione dell'obesità non sia solo presente nei paesi industrializzati, ma sia presente in maniera indifferenziata nel mondo intero. Anche se attualmente non abbiamo statistiche mondiali, si può sostenere che l'età di insorgenza si verifichi nell'età infantile²⁰⁰. Si calcola che più della metà degli adulti compresi tra i 35 ed i 65 anni che vivono in Europa sia in sovrappeso o obeso. La prevalenza dell'obesità è calcolata nell'ordine del 10-20% negli uomini e nel 15-25% nelle donne adulte. Inoltre l'importanza dell'obesità infantile come fattore predittivo di un'obesità in età adulta è suffragata dall'aumento negli ultimi anni dell'obesità infantile²⁰¹.

Negli Stati Uniti, inoltre il fenomeno dell'obesità è sentito più che negli altri paesi. Recenti studi rivelano che il 27% della popolazione è obesa a cui vanno aggiunti il 34% di persone in sovrappeso²⁰².

È opportuno considerare che l'obesità era un tempo presente nei manuali diagnostici (DSM III), mentre oggi non compare. Al suo posto (non in sostituzione), compare però una nuova forma clinica che prende il nome di “disturbo da alimentazione incontrollata”. Questo disturbo è indicato nell'asse B del DSM-IV TR, sezione che contiene i disturbi che necessitano di ulteriori approfondimenti e pertanto sono indicati i criteri che servono solo a scopi di ricerca.

²⁰⁰ Primo e Secondo rapporto sull'obesità in Italia, Franco Angeli, Milano, (1999 e 2000)

²⁰¹ Bosello O., (2004), *Obesità un trattato multidimensionale*, Kurtis, Milano.

²⁰² Cotrufo P., (2005), “Anoressia del sessuale femminile”, Franco Angeli, Milano.

- A. episodi ricorrenti di alimentazione incontrollata: un episodio di alimentazione incontrollata si caratterizza per la presenza di entrambi i seguenti elementi:
- 1) mangiare, in un periodo definito di tempo (per esempio entro un periodo di 2 ore), un quantitativo di cibo chiaramente più abbondante di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe in un periodo simile di tempo ed in circostanze simili;
 - 2) sensazione di perdita di controllo nel mangiare durante l'episodio (per esempio la sensazione di non riuscire a fermarsi, oppure a controllare che cosa e quanto si sta mangiando);
- B. gli episodi di alimentazione incontrollata sono associati con tre (o più) dei seguenti sintomi:
- 1) mangiare molto più rapidamente del normale;
 - 2) mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni;
 - 3) mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati;
 - 4) mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando;
 - 5) sentirsi disgustato verso sé stesso, depresso, o molto in colpa dopo le abbuffate;
- C. è presente marcato disagio a riguardo del mangiare incontrollato;
- D. il comportamento alimentare incontrollato si manifesta, mediamente, almeno per 2 giorni alla settimana in un periodo di 6 mesi;
- E. l'alimentazione incontrollata non risulta associata con l'utilizzazione sistematica di comportamenti compensatori inappropriati.

Comparando i criteri diagnostici di questa entità clinica con quelli della bulimia nervosa, si nota come il soggetto affetto da questa sindrome compia grandi abbuffate alimentari, perdendo il controllo durante questi episodi, ma a differenza di ciò che accade per la bulimia non intraprende strategie atte a limitare

l'aumento del peso. Ovviamente coloro che presentano questo tipo di condizione sintomatologica in breve tempo diventano obesi; è importante non confondere però il disturbo da alimentazione incontrollata con l'obesità. Infatti nel disturbo da alimentazione incontrollata ci troviamo di fronte ad un comportamento alimentare, mentre nell'obesità abbiamo a che fare con una patologia che viene descritta invece in relazione all'aumento di peso del soggetto.

5.3 Obesità come impossibilità al rifiuto

Dalla pratica clinica riscontriamo come il soggetto obeso sembra negare la possibilità di accedere al rifiuto. In realtà ciò che appare, al di là dell'immagine del corpo, la differenza che colpisce di più tra la posizione anoressica e quella obesa, è che nell'anoressica c'è la straordinaria capacità di rifiutare ogni cosa, mentre nell'obesità sembrerebbe esserci proprio la capacità opposta e cioè l'impossibilità del rifiuto. (Recalcati M., Zuccardi Merli U., 2006).

Nell'obesità troviamo in primo piano l'impossibilità di rifiutare l'oggetto cibo, il bisogno di dovere incorporare ogni cosa. In questa caratteristica ci sembra di rintracciare l'impossibilità di porre una distanza tra le richieste di soddisfacimento ed il desiderio; il soggetto è completamente preso dal bisogno di riempire non potendosi distanziare dal proprio godimento, che in quanto autoreferenziale, appare come un "godimento autistico" (Recalcati M., 2002). Se proviamo a distinguere la posizione anoressica da quella obesa, ci accorgiamo, infatti, che l'anoressica pone una barriera tra la domanda ed il proprio desiderio: tra la domanda della madre di alimentarsi ed il proprio desiderio di sollecitare questa domanda; tra il desiderio che pone il primo fidanzatino e la distanza che invece l'anoressica gli impone.

Nell'obesità la distanza non esiste, il confine tra richiesta e desiderio è annullata, attraverso la soluzione iperfagica che rappresenta un'accelerazione costante ad assimilare. (Bruch 1973)

Paradossalmente anche la posizione bulimica è associata al rifiuto, in quanto il troppo pulsionale che deborda, ad un certo punto, viene finalizzato alla scarica di tensione attraverso l'abbuffata, nell'obesità invece non c'è rifiuto, è un costante riempimento.

La bulimia e l'obesità hanno in comune l'esperienza della fame come l'esperienza pulsionale di un troppo che si impone all'individuo; in realtà tra queste due posizioni possiamo rintracciare alcune differenze significative. Infatti nella bulimia l'esperienza iperfagica è per così dire ballerina e ritmata con la situazione evacuativa, il vomito, che è la possibilità del soggetto di potersi separare dal troppo che ha divorato, mentre nell'obesità tutto ciò non può avvenire.

Se l'obesità e la bulimia si collocano all'interno di un troppo pulsionale; nella bulimia è presente però, la possibilità di prendere le distanze, di separarsi dall'oggetto cibo attraverso le condotte compensatorie; questa rappresenta certamente un'esperienza tragica per il soggetto bulimico ma è comunque una esperienza di separazione. Nell'obesità invece sembrerebbe essere esperito solo una condizione di perdita di sé e dei propri confini attraverso la non separazione dagli oggetti.

L'obesità tende a manifestarsi soprattutto durante l'infanzia ed a prolungarsi poi, nella vita adulta; l'anoressia e la bulimia sono patologie essenzialmente adolescenziali. L'obesità, quindi, rappresenterebbe una malattia che trae le sue origini nel modello infantile del legame privilegiato tra il bambino appunto, e sua madre; nell'anoressia e nella bulimia ciò che sembra centrale è il distanziamento che l'adolescente cerca di frapporre tra il genitore e le sue istanze di indipendenza, attraverso la "dialettica della separazione" (Russo, 2009). Ovviamente i soggetti di tutte queste condizioni finiscono per restare prigionieri di alternative impossibili: "l'incollamento all'Altro o il suo rifiuto" (Recalcati, 2002).

Abbiamo detto che nel soggetto obeso è evidente l'impossibilità ad esercitare il potere del rifiuto nei confronti delle relazioni e degli oggetti. In questo senso quindi secondo Recalcati, l'obeso poiché non accede al potere del "no", del rifiuto, "trasforma il suo corpo in un rifiuto". Questa sensazione ci è apparsa

nitida soprattutto durante le relazioni cliniche con i pazienti obesi, nei quali si aveva la sensazione che i loro corpi spesso assumevano le sembianze di corpi *spazzatura*, di corpi *scarto*.

Secondo Recalcati (2002), è come se il soggetto separasse l'Io (rappresentato come ideale) dall'immagine del suo corpo. Questo corpo grasso quindi, non sarebbe soltanto disinvestito narcisisticamente, ma funzionerebbe come un involucro, come una “fortezza che circonda l'Io senza carne del soggetto preservando così il suo valore astrattamente ideale”.

Se come abbiamo detto nei capitoli precedenti, nella teoria classica delle nevrosi, l'angoscia nevrotica può manifestarsi in rapporto alla mancanza, nell'obesità l'angoscia non è in rapporto alla mancanza ma si traduce in una vera e propria “angoscia di imprigionamento” (Recalcati, 2002). Il soggetto obeso infatti sembrerebbe non poter sperimentare la mancanza, appare come colui che ha tutto ed in questi termini diviene anche più chiaro il tentativo del soggetto obeso di dissociare la psiche dal soma, poiché sembrerebbe che solo per questa via si possa finalmente sperimentare il desiderio.

Possiamo considerare l'obesità come il paradigma clinico della Civiltà contemporanea, in cui è presente la spinta continua al consumo, ad accumulare merci, esperienze, sesso, oggetti, cibo. Questa tendenza a produrre obesità nella civiltà contemporanea è una tendenza che inevitabilmente si concentra nell'età infantile, in cui non sono ancora presenti i meccanismi di distanziamento, e dove il processo del procrastinare il godimento, è impedito dall'imperativo sociale del consumo.

In questo senso niente può giustificare una rinuncia; “inoltre l'esposizione dei bambini al rischio dell'obesità viene incoraggiata dal discorso sociale nella misura in cui questi genera una domanda convulsiva di oggetti come effetto di una decadenza dell'Ideale rispetto alla promozione del godimento”²⁰³.

²⁰³ Bonifati S., Galimberti F.,(2001) “Il rifiuto dell'Altro nell'anoressia. Studi psicoanalitici”, Franco Angeli, Milano.

Sembrerebbe secondo questa prospettiva che il discorso imposto dalla società sostenesse la necessità di una saturazione del vuoto, o “della saturazione del vuoto come modalità di soppressione della mancanza e del desiderio” Recalcati (2002).

Gli effetti di questa saturazione sarebbero evidenti proprio nell’obesità dove il corpo, sarebbe ridotto a puro contenitore, illusoriamente infinito, ricettacolo indifferenziato di accumulazione.

Anoressie ed obesità attraverso la loro diffusione epidemica nelle società, in particolar modo in quelle capitalistiche, sarebbero espressione delle due facce della medaglia del disagio contemporaneo.

Da una parte l’obesità, che sarebbe realizzata attraverso l’uccisione della mancanza e dall’impossibilità del soggetto di operare una separazione tra desiderio e godimento, dall’altra l’anoressia si configurerebbe come l’unica strategia del soggetto per combattere questo troppo di eccitamento, dove l’unica via di uscita è una separazione netta, attraverso la chiusura dei propri orifizi.

5.4 Obesità e depressione

Se è possibile declinare l'anoressia nervosa al femminile, come abbiamo visto, ciò non è possibile farlo per l'obesità. Infatti come abbiamo visto la prevalenza dell'obesità, è calcolata nell'ordine del 10-20% negli uomini e nel 15-25% nelle donne²⁰⁴. Abbiamo per questo motivo, una patologia trasversale ai generi e non **genere-specifica**, come invece avviene per l'anoressia nervosa.

Esistono tuttavia delle differenze tra l'obesità femminile e quella maschile, in particolare è clinicamente centrale il binomio obesità-depressione soprattutto nell'obesità femminile perché, sostiene Recalcati (2002)²⁰⁵, in quella maschile “essa può tendere a sintonizzarsi con la struttura caratteriale del soggetto, ovvero a realizzare un godimento puro dell'oggetto”. Nel maschio quindi prevarrebbe una “soluzione patologica di godimento” che da una parte salva il soggetto dall'incontro con il desiderio e dall'altra mette a disposizione un godimento per così dire autistico. L'obesità femminile invece sarebbe, secondo Recalcati (2002), in stretto rapporto alla depressione, ed in particolare alla svalorizzazione narcisistica del soggetto legata alla perdita inconsolabile dell'oggetto.

In particolare Recalcati (2002), sostiene che il nesso obesità-femminilità, riguarda l'incidenza della depressione ovvero “l'incapacità o la difficoltà particolare del soggetto femminile a simbolizzare la perdita dell'oggetto”. La depressione continua Recalcati, “è strutturalmente affine alla femminilità perché la depressione non è tanto legata alla spinta verso il possesso dell'oggetto ma ad un

²⁰⁴ Primo e secondo rapporto sull'obesità infantile in Italia, Franco Angeli, Milano, (1999 e 2000)

²⁰⁵ Recalcati M., (2002), “Clinica del vuoto”, Franco Angeli, Milano.

sentimento di profondo disvalore del proprio essere, ad una caduta del rivestimento narcisistico dell'immagine di sé"²⁰⁶.

Nelle donne sembrerebbe che l'obesità si potrebbe configurare come una difesa dalla depressione: in particolare il collezionare oggetti-cibo, potrebbe essere considerata come una reazione depressiva del soggetto ad una perdita d'oggetto che non può venire simbolizzata.

A questo proposito Freud (1917) così si esprime: "Può darsi che l'oggetto [...] sia andato perduto come oggetto d'amore" e poi " riteniamo di doverci attenere all'ipotesi di una perdita *oggettuale*, [...] e possiamo supporre che neanche il malato riesca a rendersi conto di ciò che ha perduto"[...] "Saremmo quindi inclini a connettere in qualche modo la melanconia a una perdita oggettuale sottratta alla coscienza"²⁰⁷ . Secondo questa prospettiva il soggetto melanconico vivrebbe l'esperienza della perdita dell'oggetto senza sapere quale oggetto sia veramente in gioco; da qui probabilmente deriverebbe la sensazione permanente di vuoto, tipica dell'obesità e dei disturbi alimentari.

In questi casi quindi, esisterebbe una certezza e cioè quella della perdita, senza però sapere esattamente cosa si è perso. L'obesità così si configura attraverso la spinta indiscriminata verso l'oggetto-cibo, che starebbe al posto dell'oggetto perduto, che avrebbe la funzione di risarcire il soggetto dalla perdita melanconica che lo affligge.

L'oralità melanconica si manifesta così sotto la pressante divorazione di oggetti ed a questo proposito, così scrive Agamben²⁰⁸: "l'oggetto non è né appropriato né perduto, ma l'una e l'altra cosa nello stesso tempo". Se consideriamo l'atto stesso del mangiare possiamo pensarlo anche come una distruzione della forma dell'oggetto originario, attraverso i processi dell'apparato digerente, per

²⁰⁶ Idem Op. Cit.

²⁰⁷ Freud S., (1917), "Lutto e melanconia", in Opere Vol. 8, Boringhieri, 104

²⁰⁸ Agamben G., (1977) "L'oggetto perduto", in "Stanze. La parola e il fantasma nella cultura occidentale", Einaudi, Torino, p. 123

trasformalo in qualcosa di altro; nel caso dell'obeso, in massa adiposa. Da questo si evidenzia come nell'obesità sia presente una sorta di movimento autoreferenziale, nel senso che il soggetto appare come non interessato ad uno scambio relazionale, affettivo con un eventuale partner ad esempio, evitando quindi, l'angoscia che potrebbe derivare dall'incontro, costituendo un universo dove tutto il godimento viene concentrato sull'oggetto-cibo, annullando quindi, ogni dimensione relazionale.

Il mondo dell'obeso è essenzialmente chiuso, infatti, l'assimilazione di oggetti-cibo avviene a moto continuo e sembra ridurre il mondo stesso del soggetto a questo atto continuo; il soggetto assorbe il cibo, ma finisce lui stesso per esserne assorbito. Nella nostra pratica clinica, incontriamo soggetti obesi (uomini e donne), che passano le loro giornate a mangiare, il più delle volte in solitudine tra le mura domestiche, spesso sostenendo di non poter uscire di casa per paura di essere guardati, giudicati, umiliati dagli sguardi dei passanti. A questo proposito ci chiediamo: il soggetto è chiuso perché obeso, o è obeso perché è chiuso? Forse è questo uno dei possibili vantaggi secondari che derivano dalla condizione di obesità; il vantaggio di poter avere un alibi per sé e per chi gli sta intorno di giustificarsi per non essere in grado di affrontare le inevitabili possibili sofferenze della vita, l'impossibilità di fare i conti con il mondo.

Purtroppo qualunque sia la risposta gli effetti catastrofici sul corpo appaiono evidenti: il corpo esplode riempiendosi di oggetti ciascuno dei quali nel momento del consumo produce un'estinzione provvisoria del vuoto generando però, paradossalmente, un troppo pieno che anziché estinguere il vuoto lo alimenta ancor più intensamente. "Il corpo dell'obeso è un troppo pieno che il soggetto vive come un vuoto infinito" (Recalcati, 2002). Questo secondo noi è il senso dell'accumulazione obesa, che in effetti non è di peso ma di oggetti, e che tende a trasformare il corpo in un vero e proprio contenitore di rifiuti. Tutto ciò è ancora più evidente nelle parole di un paziente che descriveva esattamente il proprio

corpo come un contenitore, che conteneva i cibi del frigo, della dispensa, ingurgitati senza fretta esattamente come esperiva le sofferenze della vita, in una sorta di flemmatica rassegnazione. Il suo corpo era descritto come “*un pozzo senza fondo che cerca di riempire continuamente*”, esattamente come era la sua vita fatta del nulla; una vita vuota di un giovane uomo di 30 anni, che passava le giornate tra le pareti della sua camera da letto ascoltando musica, e non avendo alcun tipo di contatto se non con sé stesso.

Capitolo 6

Ricerca su tre campioni clinici:

anoressiche, anoressici inversi, obesi

Capitolo 6 Ricerca su tre campioni clinici: anoressiche, anoressici inversi, obesi

6.1 Le basi della ricerca

Dopo un'attenta analisi sui disturbi del comportamento alimentare sia dal punto di vista teorico che dal punto di vista della pratica clinica, che ci ha portato ad effettuare numerosi colloqui con soggetti anoressici ed obesi, siamo giunti all'idea di questa ricerca.

In questo lavoro ci siamo posti l'obiettivo di verificare se nell'anoressia nervosa, nell'anoressia inversa, e nell'obesità fossero presenti determinati indici comuni alle patologie. In particolare, si è cercato di indagare se esistessero delle somiglianze tra i tre gruppi clinici per quanto riguarda la gravità dei sintomi sia specifici che psicopatologici generali. Secondo il nostro punto di vista, infatti, che ben si evidenzia nella prima parte del lavoro, esisterebbero delle specificità trasversali alle tre patologie cliniche affrontate.

Nel corso dei nostri studi e delle nostre riflessioni, abbiamo osservato come i disturbi del comportamento alimentare, a differenza di ciò che accadeva in passato, non sono più di esclusivo appannaggio del genere femminile, ma abbiamo fatto notare come, anche gli uomini, inizino a presentare disturbi che a vario titolo, possono essere inclusi tra i disturbi del comportamento alimentare.

Questo ci ha portato a riflettere, nei capitoli precedenti, sulle cause che avessero escluso il genere maschile da queste sindromi, ed arrivando a considerare le patologie in esame, non più come legate al genere.

Ciò da cui siamo stati affascinati, nel corso dei nostri studi, è stata la particolarità di come l'anoressia inversa fosse, dal punto di vista nosografico, del tutto simile all'anoressia nervosa, sebbene le caratteristiche comportamentali dei due gruppi

di soggetti risultino apparentemente opposte; infatti, mentre nell'anoressia inversa, i soggetti si percepiscono piccoli e poco muscolosi, le anoressiche percepiscono se stesse come grasse ed inadeguate.

Abbiamo notato, inoltre, che era possibile costituire dei parallelismi tra le due patologie anoressiche. In particolare l'allenamento in palestra ed il parallelo regime dietetico, che spesso finiscono per compromettere la vita socio-lavorativa ed affettiva degli anoressici inversi, ci sono apparse come caratteristiche del tutto simili a quelle delle anoressiche e, per certi aspetti, simili anche a quelle dei soggetti obesi per i quali tutta la preoccupazione risiede nel corpo. Tutti e tre i gruppi, inoltre, giungono, per motivazioni esplicite, anche se differenti, ad intraprendere stili di vita simili che li portano ad evitare le situazioni nelle quali il corpo potrebbe essere esposto allo sguardo degli altri.

Una caratteristica altrettanto simile, ai tre gruppi, è legata alla questione alimentare che, a vario titolo, sembra coartare la vita di questi soggetti. Tutti e tre i gruppi venerano il cibo, e tutti e tre i gruppi hanno una maniacale attenzione rispetto alla dieta (rispettata o meno), al potere calorico dei vari alimenti.

Per tutte queste ragioni ci è sembrato interessante, oltre che stimolante e di grande interesse, cercare di approfondire, con l'aiuto di alcuni questionari, se le nostre osservazioni cliniche su questi 3 gruppi di soggetti potessero realmente supportare la nostra ipotesi relativa alla possibilità che questi tre campioni clinici presentino uno stesso nucleo psicopatologico.

È stato ovviamente difficile formulare delle ipotesi generali, tuttavia la suggestione ci ha spinto, sulla base delle nostre indagini cliniche e di ricerca, a considerare le preoccupazioni per il corpo, di questi tre gruppi di soggetti, come appartenenti ad uno stesso nucleo psicopatologico.

In particolare ipotizziamo che nei corpi ipertrofici degli anoressici inversi, in quelli scarnificati delle anoressiche ed in quelli abnormi degli obesi si possano rintracciare delle caratteristiche simili.

Per verificare le nostre ipotesi ci siamo avvalsi di alcuni questionari specifici, che ora illustreremo.

6.2 Selezione del campione

Il campione clinico è costituito da 150 soggetti di cui 50 femmine con diagnosi di Anoressia Nervosa, 50 maschi con diagnosi di Anoressia Inversa (secondo i criteri diagnostici indicati da Pope et al. 1997), e 50 soggetti obesi²⁰⁹ (16, maschi, 34 femmine).

I soggetti con diagnosi di Anoressia Nervosa sono stati reclutati presso il II Policlinico Universitario di Napoli Federico II, e presso l'ASL Napoli 4. I soggetti con diagnosi di Anoressia Inversa sono stati selezionati da un primo campione di 237 soggetti reclutati presso alcune palestre della città di Napoli, ai quali è stato somministrato un questionario preliminare, per evidenziare la presenza del disturbo così come proposto da Pope et al. (1997)²¹⁰. I soggetti obesi sono stati reclutati presso il II Policlinico Universitario di Napoli Federico II.

²⁰⁹ I soggetti obesi presentano tutti un BMI maggiore di 37. L'obesità era primaria ad eventuali patologie mediche associate.

²¹⁰ Il questionario è presente in Allegato D dell'Appendice.

6.3 Strumenti: EDI 2, BUT, BEM

Le dimensioni problematiche sono state affrontate utilizzando 3 questionari, più una scheda sociodemografica²¹¹.

A tale scopo abbiamo utilizzato l' EDI 2²¹², il BEM²¹³ ed il BUT²¹⁴

EDI 2

L'Eating Disorder Inventory (EDI) è uno strumento di valutazione di sintomi relativi ai disturbi del comportamento alimentare.

L'EDI ha lo scopo di delineare e misurare in modo preciso alcuni tratti psicologici o gruppi di sintomi rilevanti per la comprensione dei disturbi dell'alimentazione.

Il questionario originario (EDI), introdotto da Garner nel 1983, è composto da 64 item che costituiscono otto sottoscale. Di queste, tre valutano gli atteggiamenti ed i comportamenti relativi all'alimentazione, al peso e alla forma corporea (Impulso alla Magrezza, Bulimia, Insoddisfazione Corporea), e cinque utilizzano costrutti più generali o caratteristiche psicologiche clinicamente rilevanti per i disturbi dell'alimentazione (Inadeguatezza, Perfezionismo, Sfiducia Interpersonale, Consapevolezza Enterocettiva, Paura della Maturità).

²¹¹ Presente come allegato B in appendice

²¹² Presente come allegato D in appendice

²¹³ Presente come allegato F in appendice

²¹⁴ Presente come allegato E in appendice

La versione attuale (EDI-2) mantiene i 64 item originari e, tramite 27 item addizionali, aggiunge al precedente questionario tre nuovi costrutti che formano le scale provvisorie dell'EDI-2 (Ascetismo, Impulsività, Insicurezza Sociale).

Gli item sono così ripartiti tra le varie sottoscale:

- 7 per la sottoscala Impulso alla Magrezza (IM)
- 7 per la sottoscala Bulimia (BU)
- 9 per la sottoscala Insoddisfazione Corporea (IC)
- 10 per la sottoscala Inadeguatezza (IN)
- 6 per la sottoscala Perfezionismo (P)
- 7 per la sottoscala Sfiducia Interpersonale (SI)
- 10 per la sottoscala Consapevolezza Enterocettiva (CE)
- 8 per la sottoscala Paura della Maturità (PM)
- 8 per la sottoscala Ascetismo (AS)
- 11 per la sottoscala Impulsività (I)
- 8 per la sottoscala Insicurezza Sociale (IS)

Per ciascuno dei 91 item la risposta può variare da 1 a 6 : "sempre", "di solito", "spesso", "talvolta", "raramente", "mai". Il punteggio è valutato in un intervallo compreso tra 0 e 3: il punteggio 3 corrisponde alla massima intensità del sintomo ("sempre" o "mai" a seconda che la direzione dell'item sia positiva o negativa), il punteggio 2 ad un grado di intensità immediatamente inferiore ("di solito" o "raramente"), il punteggio 1 ad un grado di intensità immediatamente inferiore al punteggio 2 ("spesso" o "talvolta"), mentre il punteggio 0 viene assegnato alle risposte "asintomatiche". Perciò agli item con direzione positiva i punteggi sono assegnati come segue: sempre=3, di solito=2, spesso=1, talvolta=0, raramente=0, mai=0; gli item con direzione negativa sono valutati nella maniera opposta: mai=3, raramente=2, talvolta=1, spesso=0, di solito=0, sempre=0. Il punteggio di ciascun item è compreso nel punteggio di una sola sottoscala.

Impulso alla Magrezza

Il costrutto misurato da questa sottoscala riguarda l'eccessiva preoccupazione per la dieta e per il peso corporeo, e la paura dell'aumento ponderale; Esso deriva dalla Bruch (1973, 1982) che descrive "l'impulso a dimagrire" o la "ricerca incessante a diventare magri" come l'elemento cardine dei disturbi dell'alimentazione.

Bulimia

Gli item di cui è costituita questa sottoscala valutano la tendenza a pensare e ad avere attacchi di incontrollabile sovralimentazione (abbuffate), la cui presenza è una caratteristica che definisce la bulimia nervosa e differenzia il soggetto bulimico dal sottotipo anoressico che limita l'ingestione di cibo.

Insoddisfazione Corporea

Questa scala valuta l'insoddisfazione per la forma del proprio corpo in generale e per la dimensione di quelle parti del corpo maggiormente coinvolte nei disturbi dell'alimentazione quali pancia, fianchi, cosce e natiche. L'insoddisfazione per il corpo costituisce un aspetto del disturbo dell'immagine corporea, caratteristica dei disturbi dell'alimentazione. Essa è generalmente considerata come uno dei maggiori fattori responsabili dell'inizio e del permanere dei comportamenti relativi al controllo del peso nei pazienti con DCA.

Inadeguatezza

Questa sottoscala misura i sentimenti di generale inadeguatezza, insicurezza, inutilità, vuoto e mancanza di controllo sulla propria vita. La Bruch (1973) descrisse lo "schacciante senso di incapacità" come il disturbo che sta alla base dei disturbi dell'alimentazione.

Concettualmente questo costrutto si lega fortemente con la bassa stima di sé o l'autosvalutazione, ma va oltre quei costrutti che includono sentimenti di vuoto e di solitudine. Alti punteggi in questa scala evidenziano un deficit significativo nell'autostima a causa di intensi sentimenti di inadeguatezza.

Perfezionismo

Gli item di questa sottoscala misurano il limite a cui una persona crede possano arrivare i propri risultati nonché la convinzione che soltanto modelli molto elevati di performance personale siano accettabili e l'opinione che gli altri (es. genitori, insegnanti) si attendano risultati eccezionali. Infatti, la lotta per tener fede a perfezionistici modelli di successo è una caratteristica di coloro che sviluppano disturbi dell'alimentazione (Bruch, 1973).

Sfiducia Interpersonale

La sottoscala di Sfiducia interpersonale valuta il generale sentimento di alienazione e di riluttanza a formare relazioni strette e ad esprimere agli altri pensieri o sentimenti; infatti, tale sentimento, che va distinto dall'alienazione paranoidea, è importante per lo sviluppo ed il mantenimento di alcuni casi di DCA.

Consapevolezza Enterocettiva

Gli item di questa sottoscala misurano la confusione e l'incertezza nel riconoscere e rispondere in modo preciso agli stati emotivi e nell'identificare certe sensazioni viscerali collegate alla fame e alla sazietà. La confusione relativa al funzionamento delle emozioni e del corpo è stata, infatti, riconosciuta quale fattore di fondamentale importanza per l'insorgenza di gravi disturbi dell'alimentazione.

Paura della Maturità

Questa sottoscala misura il desiderio di rifugiarsi nella sicurezza dell'infanzia, per evitare le difficoltà connesse al raggiungimento della maturità psicologica dell'età adulta. La psicopatologia centrale dell'anoressia nervosa e della bulimia nervosa, infatti, è collegata con le paure delle esperienze psicologiche e biologiche associate al peso adulto. Secondo questo punto di vista il digiuno diventa il meccanismo per evitare la maturità psicologica poiché ha come risultato il ritorno all'aspetto prepuberale e al relativo stato ormonale.

Ascetismo

Gli item di questa sottoscala misurano la tendenza a cercare valore attraverso il perseguimento di ideali spirituali quali l'autodisciplina, l'autonegazione, l'autolimitazione, il sacrificio di se stessi ed il controllo dei bisogni del proprio corpo. Il concetto di ascetismo era frequente nei primi scritti sull'anoressia nervosa (Bell, 1985) ed è espresso nel concetto di dieta come purificazione, magrezza come virtù e digiuno come atto di penitenza.

Sebbene l'elemento ascetico sia meno preminente rispetto al passato, tuttavia c'è un sottogruppo di pazienti con DCA che continua a considerare il soddisfacimento dei bisogni come segno di debolezza morale.

Impulsività

Questa sottoscala misura la tendenza all'impulsività, all'abuso di sostanze, all'imprudenza, all'ostilità, alla distruttività nelle relazioni interpersonali e all'autodistruttività, che sono tutti fattori predisponenti e perpetuanti la Bulimia nervosa. Inoltre, quando presente, questa dimensione rappresenta un segno prognostico negativo nei DCA.

Insicurezza Sociale

Gli item di questa sottoscala misurano la convinzione che le relazioni sociali siano difficili, insicure, deludenti e, in generale, di bassa qualità; altri elementi caratteristici sono la ferma idea del soggetto che nessuno sia in grado realmente di capire i suoi problemi o di dargli il credito che merita. Questa sottoscala misura, inoltre, la difficoltà e l'infelicità a stare in situazioni sociali o a frequentare gruppi, nonché la tendenza a dubitare di se stessi.

BEM

Il Bem Sex Role Inventory (BSRI), elaborato e pubblicato da Sandra Bem nel 1974, è il primo inventario per la misura di dimensioni inerenti la mascolinità e

la femminilità. Questo test basandosi sull'assunto che nella stessa persona coesistano, o possano coesistere, caratteristiche psicologiche maschili e femminili, fornisce due punteggi di scala, uno di femminilità e uno di mascolinità.

Il BSRI è un questionario composto di 60 item. Ciascun item è costituito da un aggettivo o una breve frase designante 20 caratteristiche di personalità stereotipicamente maschili e 20 femminili; altri 20 item neutri, in quanto non altrettanto tipizzati secondo il sesso, hanno una funzione contestuale alle due scale principali. Sandra Bem, per scegliere questi item, è partita da una lista di 400 aggettivazioni (tratti di personalità) riscontrati essere socialmente desiderabili per la mascolinità, la femminilità, per entrambi oppure indesiderabili sia per gli uomini che per le donne. La modalità di quoting dei tratti di personalità è stata condotta rispettando tutti i criteri del corretto campionamento statistico (campioni incrociati, gruppi di controllo, ecc). Alla fine sono state incluse nel Bem test le aggettivazioni significativamente più desiderabili per un genere che per l'altro indipendentemente dal sesso dei rispondenti. Così i venti tratti più "maschili", i venti più "femminili", i dieci tratti neutrali più desiderabili e i 10 più indesiderabili, hanno costituito la versione finale del BSRI. Il punteggio attribuibile ad ogni item va da 1 (per nulla desiderabile) a 7 (estremamente desiderabile). Il test fornisce risultati numerici quantificati in un punteggio grezzo (P.G.) e standard (P.S.) di femminilità e mascolinità, indicativo della tendenza alla tipizzazione sessuale. Secondo il principio della Bem la classificazione dei soggetti in femminili, maschili, androgini e indifferenziati avviene per confronto dei punteggi grezzi con un valore normativo di riferimento.

BUT

Il Body Uneasiness Test (BUT), ideato e costruito in Italia da Cuzzolaro et al. nel 1999, è un test per la valutazione dei disturbi dell'immagine corporea.

Gli autori, considerando l'atteggiamento verso l'immagine corporea come un concetto multidimensionale che include elementi relativi alla sfera emotiva, cognitivo-valutativa e comportamentale e avendo rilevato una bassa concordanza fra i giudizi di osservatori diversi nella valutazione diagnostica dei disturbi dell'immagine del corpo, hanno proposto una loro scala di autovalutazione, la BUT.

La scala esplora diverse aree: insoddisfazione per il corpo ed il peso, comportamenti di evitamento e di controllo compulsivo, vissuti di distacco ed estraneità rispetto al proprio corpo, preoccupazioni specifiche per determinate parti, caratteristiche o funzioni corporee. Sulla base della loro esperienza clinica gli autori hanno isolato le espressioni più frequenti dei soggetti con problemi relativi alla propria immagine corporea e hanno individuato 37 parti, caratteristiche o funzioni del corpo più frequentemente oggetto di problema per questi soggetti.

La versione definitiva della scala di autovalutazione risulta perciò strutturata in due parti: una prima parte composta da 34 item nella quale il soggetto traccia il proprio modello comportamentale derivato dalla percezione alterata o meno che ha del suo corpo e una seconda parte in cui il soggetto oggettivizza la propria corporeità.

Nello specifico, la prima parte del test, si compone di 34 item clinici il cui punteggio medio complessivo identifica il grado di severità legato alla propria immagine corporea (GSI).

Invece i punteggi medi di ciascun gruppo di item permettono di indagare e valutare cinque aree più ristrette:

- Fobia del peso (WP)
- Preoccupazioni per l'immagine del corpo (BIC)
- Condotte di evitamento (A)
- Controlli compulsivi della propria immagine (CSM)
- Depersonalizzazione (D)

Invece, la seconda parte del test, che non è stata utilizzata per questa ricerca, si compone di 37 item comprendenti sia parti del corpo sia manifestazioni sensoriali da esso derivate, quali la sudorazione, l'arrossamento, l'odore, il rumore. Due sono le valutazioni risultanti da questa seconda parte del questionario: l'indice del disagio (PSDI) e il risultato del malessere complessivo (PST).

Gli item sono valutati su una scala a 6 punti da 0 a 5, dove 0 corrisponde all'assenza di problemi in quel settore e 5 alla massima gravità. Più elevati sono gli indici di ciascun gruppo maggiore sarà la compromissione.

6.4 Analisi statistiche

Le analisi sono state effettuate con il software di analisi statistiche SPSS vers. 16.1 per MacOS X.

Le variabili quantitative sono descritte utilizzando media \pm deviazione standard e mediana [1° quartile – 3° quartile]. Le variabile categoriche sono riportate in termini percentuali.

È stato utilizzato il test del Chi quadro per valutare l'associazione tra i gruppi clinici (obesi, anoressiche e anoressici inversi) e le caratteristiche sociodemografiche (sesso, titolo di studio, relazioni sentimentali, orientamento sessuale, pratica del culturismo, frequentazione di una palestra e le motivazioni che spingono i soggetti a frequentare una palestra) dei soggetti reclutati.

Per eseguire il confronto tra i tre gruppi (obesi, anoressiche e anoressici inversi) rispetto alle sottoscale dell'EDI 2 e del BUT è stata utilizzata la procedura di Kruskal Wallis, corrispondente non parametrico dell'ANOVA. Tale scelta si è resa necessaria dal momento che i punteggi riportati nelle sottoscale esaminate non rispettavano né l'assunzione di normalità (verificata attraverso il test di Shapiro Wilk) né quella di omoschedasticità (verificata attraverso il test di Levene). In caso di significatività evidenziata dalla procedura di Kruskal Wallis, i successivi confronti tra gruppi sono stati effettuati utilizzando il test Mann-Whitney. Le corrispondenti significatività sono state aggiustate per confronti multipli utilizzando la correzione di Bonferroni (che equivale a moltiplicare il p value per il numero di gruppi messi a confronto)

Per una "coerenza" nell'analisi è stato ritenuto più opportuno analizzare anche la variabile sociodemografica età utilizzando lo stesso approccio delle altre variabili numeriche e, dunque, il test Kruskal Wallis nonostante essa rispettasse

generalmente tutte le assunzioni necessarie per poter utilizzare l'approccio parametrico dell'ANOVA.

L'associazione tra la tipologia sessuale rilevata dal BEM TEST e i gruppi clinici è stata verificata attraverso il Test esatto di Fisher che sostituisce il test del chi quadro se nelle frequenze attese sotto l'ipotesi di indipendenza si osserva almeno un valore inferiore a 5.

La correlazione tra età e i punteggi delle sottoscale dell'EDI 2 e del BUT è stata valutata attraverso il coefficiente di correlazione non parametrico di Pearson.

6.5 Risultati

Il test del chi quadro ha evidenziato associazioni statisticamente significative tra i gruppi clinici e quasi tutte le caratteristiche sociodemografiche dei soggetti esaminati, ad eccezione dell'orientamento sessuale²¹⁵ dei soggetti impegnati in una relazione sentimentale ($p=0,44$). Difatti, rispetto a quest'ultima variabile il 94,40% dei soggetti obesi che vivono una relazione sentimentale dichiarano di essere eterosessuali, allo stesso modo l'89,50% degli anoressici inversi e il 100% delle anoressiche.

		Obesi	Anoressici Inversi	Anoressiche
Relazione Etero/Omo	Count	34	17	14
	%	94,40%	89,50%	100,00%
Eterosessuale	Count	2	2	0
	%	5,60%	10,50%	0,00%
Omosessuale	Count	2	2	0
	%	5,60%	10,50%	0,00%

In questo caso, dunque, i risultati ci permettono di affermare che rispetto all'orientamento sessuale non sono state rilevate differenze tra i gruppi che risultano, al contrario, essere somiglianti tra loro.

Nello specifico rispetto al sesso²¹⁶ ($p= <0,0001$) il gruppo degli obesi a differenza degli anoressici inversi tutti uomini e delle anoressiche tutte donne è composto da un 32% di maschi e un 68% di femmine; riguardo al titolo di studio²¹⁷ i risultati evidenziano che nonostante in tutti e tre i gruppi i non laureati

²¹⁵ Tab. 5, allegato G, Appendice

²¹⁶ Tab. 2, allegato G, Appendice

²¹⁷ Tab. 3, allegato G, Appendice

raggiungano la percentuale più alta la distribuzione della variabile è significativamente differente nei tre gruppi. Se infatti nel gruppo degli obesi è l'86% dei soggetti a non essere laureato, nelle anoressiche il 68% e negli anoressici il 58% (p=0,008).

Titolo di Studio				
		<i>Obesi</i>	<i>Anoressici Inversi</i>	<i>Anoressiche</i>
<i>Non laureato</i>	Count	43	29	34
	%	86,00%	58,00%	68,00%
<i>Laureato</i>	Count	7	21	16
	%	14,00%	42,00%	32,00%

In merito alla variabile relazione sentimentale²¹⁸ nel gruppo degli obesi è presente in percentuale più alta la vita di coppia. Difatti, a differenza del 38% degli anoressici inversi e del 28% delle anoressiche ben il 72% degli obesi è coinvolto in un rapporto sentimentale (p.= <0,0001). Un altro dato che mette in evidenza una associazione statisticamente significativa riguarda la pratica del culturismo²¹⁹ a livello competitivo: nessuno tra le anoressiche (0%) e gli obesi (0%) lo mettono in pratica mentre lo esercita il 44% degli anoressici inversi (p.= <0,0001). In merito alla frequentazione di una palestra²²⁰, a praticare fitness è il 40% degli obesi, il 100% degli anoressici inversi e il 74% delle anoressiche (p.= <0,0001). In ultimo riguardo alle motivazioni che spingono o hanno spinto in passato i soggetti in esame a frequentare una palestra: il dimagrimento²²¹ è stato motivo di sprono per il 76% di obesi, il 6% di anoressici inversi e il 90% di

²¹⁸ Tab. 4, allegato G, Appendice

²¹⁹ Tab. 7, allegato G, Appendice

²²⁰ Tab. 6, allegato G, Appendice

²²¹ Tab. 8, allegato G, Appendice

anoressiche (p.= <0,0001); l'aumento della massa muscolare²²² ha, invece, incitato il 10% degli obesi, il 96% degli anoressici inversi e l'8% delle anoressiche (p.= <0,0001), infine la definizione della muscolatura²²³ ha invogliato il 18% degli obesi, l'82% degli anoressici inversi e l'8% delle anoressiche a frequentare una palestra (p.= <0,0001).

Rispetto alla caratteristica sociodemografica età²²⁴, il test Kruskal Wallis ha mostrato differenze statisticamente significative nei tre campioni clinici. In particolare, confrontando i tre gruppi a coppie di due differenze di punteggio significative da un punto di vista statistico, come può evincersi dalla tabella (1), riguardano il confronto tra il campione degli obesi (30,02 ± 4,1; 31[27-34]) e quello delle anoressiche (23,02 ± 2,4; 24[21-25]) e il confronto tra il gruppo anoressici inversi (28,84 ± 4,2; 29[26-33]) e anoressiche. Non sono state rilevate differenze significative tra il gruppo di obesi e quello degli anoressici inversi, che, dunque, rispetto a tale variabile risultano essere simili.

		Mean	Kruskal Wallis p Value	Obesi v.s Anoresici Inversi	Obesi Vs. Anoresici	Anoressici Inversi vs. Anoresici
Età	Obesi	30,02	<0.00001	0,421869	<0.00001	<0.00001
	Anoressici Inversi	28,84				
	Anoressiche	23,02				

Il test Kruskal Wallis è stato utilizzato per analizzare anche le altre variabili numeriche, i punteggi rilevati alle sottoscale dell'EDI 2 e del BUT.

²²² Tab. 9, allegato G, Appendice

²²³ Tab. 10, allegato G, Appendice

²²⁴ Tab. 1, allegato G, Appendice

In merito alle sottoscale dell'EDI 2²²⁵, mettendo a confronto i tre gruppi, differenze statisticamente significative di punteggio risultano evidenti in relazione a quasi tutte le sottoscale eccetto l'insoddisfazione per il corpo ($p.=0,074888$), la sfiducia interpersonale ($p.=0,10586$) e l'insicurezza sociale ($p.=0,214164$).

Analizzando nello specifico i gruppi si evince che differenze sostanziali emergono tra il gruppo degli obesi e quello degli anoressici inversi per quanto riguarda le sottoscale: bulimia ($p.=0,000006$), inadeguatezza ($p.=0,001791$), perfezionismo ($p.=0,000018$) ed ascetismo ($p.=0,016797$). Difatti, gli anoressici inversi presentano valori più alti alle sottoscale: inadeguatezza ($13,04 \pm 9,7$; $9[4-21,25]$), perfezionismo ($8,82 \pm 5,8$; $8,5[4-14,25]$) e ascetismo ($9,02 \pm 7,3$; $7[3-11,75]$) rispetto a quelli degli obesi (rispettivamente I: $6 \pm 5,16$; $5[2-10]$ P: $3,68 \pm 3,45$; $3[0,75-6]$ e A: $5,22 \pm 5,09$; $4[1-9]$) mentre questi ultimi mostrano punteggi più alti alla scala bulimia ($4,96 \pm 5,3$; $4,5[2-7,25]$) vs. gli anoressici inversi ($1,8 \pm 6,8$; $0,5[0-2,25]$).

Tuttavia, le maggiori differenze riguardano, soprattutto, il confronto tra il gruppo degli obesi e quello delle anoressiche, dove fatta eccezione per le sole tre sottoscale sopra elencate (insoddisfazione per il corpo, sfiducia interpersonale einsicurezza sociale) e per la sottoscala bulimia ($p.=0,532596$) tutte le altre mostrano differenze statisticamente significative (impulso alla magrezza $p.=0,003498$; inadeguatezza $p.=0,000042$; perfezionismo $p.<0,00001$; consapevolezza enterocettiva $p.=0,012729$; paura della maturità $p.=0,000816$; ascetismo $p. 0,000006$; impulsività $p.=0,010944$).

Così come si evince dalla tabella generale, riportata in appendice, e dai grafici relativi alle singole sottoscale (riportate nel paragrafo successivo) le anoressiche mostrano punteggi più alti rispetto agli obesi per tutte le sottoscale che indicano la presenza di una differenza significativa.

²²⁵ Le tabelle dei dati dell'EDI 2 sono riportate in Appendice come allegato H

In ultimo, non sono state rilevate differenze statisticamente significative tra il gruppo degli anoressici inversi e quello delle anoressiche, fatta eccezione per le sottoscale: bulimia ($p.=0,002517$) e impulsività ($p.=0,040065$). I due gruppi presentano, infatti, punteggi simili alle scale impulso alla magrezza, insoddisfazione per il corpo, inadeguatezza, perfezionismo, sfiducia interpersonale, consapevolezza enterocettiva, paura della maturità, ascetismo, insicurezza sociale.

Quest'ultimo dato ci permette di affermare una similarità tra i due gruppi, che sembrano quindi potersi riferire ad una stessa popolazione clinica a conferma dell'ipotesi di partenza.

Il test di Kruskal Wallis è stato utilizzato per analizzare anche i punteggi relativi alle sottoscale del Body Uneasiness Test (BUT)²²⁶.

Sono emerse differenze statisticamente significative, innanzitutto, rispetto all'indice globale di gravità ($p.= <0.00001$). In particolare dall'analisi dei dati è emerso che, nonostante la presenza di un disagio del corpo clinicamente significativo risulta trasversale ai tre campioni clinici, differenze sostanziali di punteggio sono evidenti nel confronto tra il gruppo degli obesi e quello degli anoressici inversi ($p.=0,040305$), tra gli obesi e le anoressiche ($p.=0,00027$) e tra gli anoressici inversi e le anoressiche ($p.=0,00001$). Difatti, il gruppo delle anoressiche risulta essere quello che presenta valori maggiori relativi ad un'alterata percezione del proprio corpo.

I risultati evidenziano differenze statisticamente significative tra i tre gruppi anche rispetto alle singole sottoscale: fobia del peso ($p.=0,000004$), preoccupazione per l'immagine ($p.=0,00001$), condotte di evitamento ($p.=0,000565$), controlli compulsivi della propria immagine ($p.<0,00001$), depersonalizzazione ($p.<0,00001$). Nello specifico, attraverso il test di Mann Whitney, si evince che tra gli obesi e le anoressiche non c'è una differenza

²²⁶ Le tabelle dei dati del BUT sono riportate in appendice come Allegato I

statisticamente significativa rispetto alla fobia del peso ($p=0,130347$) e alla preoccupazione per l'immagine ($p=1$), entrambi i campioni, infatti, rispetto a queste sottoscale presentano valori molto simili. Allo stesso modo non è stata riscontrata una significatività di differenze tra il gruppo degli obesi e quello degli anoressici inversi rispetto alle sottoscale condotte di evitamento ($p=1$) e controlli compulsivi della propria immagine($p=1$). Infine, si evidenziano differenze statisticamente significative per tutte le sottoscale del BUT nel confronto tra il gruppo delle anoressiche e quello degli anoressici inversi. Difatti, così come ipotizzato in partenza, nonostante la presenza in entrambi i campioni clinici di un disagio del corpo clinicamente significativo il gruppo delle anoressiche presenta valori maggiori alle singole sottoscale.

Il test esatto di Fisher, come da tabella sottostante ha evidenziato una associazione significativa tra i gruppi clinici e la tipologia sessuale rilevata dal BEM TEST²²⁷ ($p<0.0001$). In particolare il 52% di obesi, sia donne che uomini, presentava una tipologia sessuale indifferenziata, il 28% femminile, il 14% androgina e solo il 6% maschile; risultati simili sono emersi anche nel gruppo delle anoressiche. Difatti, il 58% presenta una tipologia sessuale indifferenziata, il 22% androgina, il 16% femminile e il 4% maschile. Nel gruppo degli anoressici inversi invece è presente un'alta percentuale della tipologia sessuale androgina, bel il 50% segue il 24% indifferenziato, il 18% maschile e l'8% femminile.

tipologia sessuale		Obesi	Anoressici Inversi	Anoressiche
Indifferenziato	Count	26	12	29
	%	52,00%	24,00%	58,00%
Maschile	Count	3	9	2
	%	6,00%	18,00%	4,00%
Femminile	Count	14	4	8
	%	28,00%	8,00%	16,00%
Androgino	Count	7	25	11
	%	14,00%	50,00%	22,00%

²²⁷ La tabella è presente in Appendice come Allegato L

Infine, l'indice di correlazione di Spearman²²⁸, utilizzato per misurare il grado di correlazione esistente tra le variabili quantitative prese in esame, ha rilevato una correlazione significativa e sempre negativa tra l'età e le sottoscale dell'EDI 2 perfezionismo ($\rho = -0,281$; $p < 0,001$), paura della maturità ($\rho = -0,127$; $p = 0,03$) e ascetismo ($\rho = -0,143$; $p = 0,015$).

Una correlazione negativa significativa²²⁹ è stata rilevata anche tra l'età e i punteggi delle seguenti sottoscale del BUT: indice globale di gravità ($\rho = -0,231$; $p < 0,001$), fobia del peso ($\rho = -0,168$; $p = 0,003$), controlli compulsivi della propria immagine ($\rho = -0,278$; $p < 0,001$), depersonalizzazione ($\rho = -0,248$; $p < 0,001$). Difatti, anche in questo caso si può osservare come all'aumentare dell'età diminuiscono i punteggi assegnati dai soggetti alle sottoscale.

²²⁸ Tab. 15, Allegato H, Appendice

²²⁹ Tab. 20, Allegato I, Appendice

6.6 Discussione dei risultati

Una delle ipotesi dalla quale siamo partiti consisteva nel verificare se i tre gruppi clinici (anoressici inversi, anoressiche ed obesi) presentassero uno stesso nucleo psicopatologico.

Alla luce dei risultati emersi dall'analisi statistica per il questionario EDI 2, e considerata la tabella di significatività, possiamo dire quanto segue:

Sottoscale	Kruskal Wallis p.	Obesi vs. Anoressici Inversi	Obesi vs. Anoressiche	Anoressici Inversi vs. Anoressiche
Impulso alla magrezza	<u>0,004</u>	0,070872	<u>0,003498</u>	1
Bulimia	<u>0,000007</u>	<u>0,000006</u>	0,532596	<u>0,002517</u>
Insoddisfazione per il corpo	0,074888
Inadeguatezza	<u>0,000039</u>	<u>0,001791</u>	<u>0,000042</u>	1
Perfezionismo	<u><0,00001</u>	<u>0,000018</u>	<u><0,00001</u>	0,447114
Sfiducia Interpersonale	0,10586
Consapevolezza Enterocettiva	<u>0,022412</u>	0,243171	<u>0,012729</u>	1
Paura della maturità	<u>0,000889</u>	0,109386	<u>0,000816</u>	0,193716
Ascetismo	<u>0,000008</u>	<u>0,016797</u>	<u>0,000006</u>	0,058572
Impulsività	<u>0,007044</u>	1	<u>0,010944</u>	<u>0,040065</u>
Insicurezza sociale	0,214164

i costrutti riportati in blu evidenziano differenze statisticamente significative, quelli in rosso differenze non statisticamente significative.

Questo significa che i costrutti riportati in rosso confermano la nostra ipotesi di partenza e cioè che per alcune caratteristiche è possibile ravvisare in questi tre gruppi clinici uno stesso nucleo psicopatologico. Nello specifico mettendo a confronto il gruppo degli obesi con quello degli anoressici inversi, abbiamo che i costrutti sovrapponibili sono: impulso alla magrezza, insoddisfazione per il corpo, sfiducia interpersonale, consapevolezza enterocettiva, paura della maturità, impulsività ed insicurezza sociale; mentre i costrutti differenti sono bulimia, inadeguatezza, perfezionismo ascetismo.

Questo dato ci permette di affermare una similarità tra i due gruppi che sembrano, quindi, essere espressione di una stessa popolazione clinica, confermando quasi pienamente la nostra ipotesi di partenza.

Confrontando, invece, il gruppo degli obesi con quello delle anoressiche possiamo riscontrare delle maggiori differenze. Difatti, i costrutti sovrapponibili risultano essere solo la bulimia, l'insoddisfazione per il corpo, la sfiducia interpersonale e l'insicurezza sociale, mentre, quelli differenti, l'impulso alla magrezza, l'inadeguatezza, il perfezionismo, la consapevolezza enterocettiva, la paura della maturità, l'ascetismo ed infine l'impulsività.

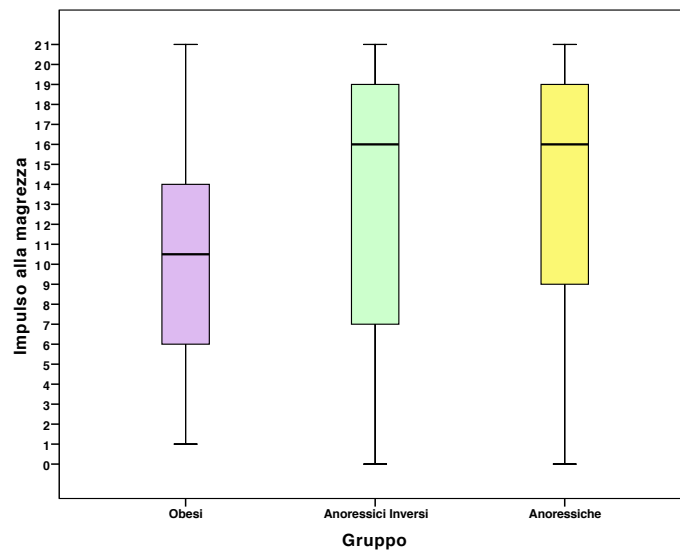
In ultimo confrontando il gruppo degli anoressici inversi con quello delle anoressiche, possiamo constatare come quasi tutti i costrutti siano sovrapponibili ad eccezione di bulimia ed impulsività.

Riteniamo che i risultati emersi evidenzino bene le problematiche sul corpo presenti in questi tre gruppi.

Nello specifico vediamo come il costrutto impulso alla magrezza sia presente in tutti e tre i gruppi, sebbene nei confronti multipli, esso possa essere considerato come espressione di un medesima popolazione clinica rispettivamente solo per gli obesi e gli anoressici inversi, e per gli anoressici inversi e per le anoressiche.

	M-W Pairwise comparisons (Bonferroni Corrected)		
	Obesi v.s Anoresici Inversi	Obesi Vs. Anoresiche	Anoresici Inversi vs. Anoresiche
Impulso alla magrezza	0,070872	<u>0,003498</u>	1

Infatti dalla tabella vediamo come nel confronto tra anoressici inversi ed anoressiche e tra obesi ed anoressici inversi i valori 1 e 0,07 ci permettono di affermare una appartenenza dei dei gruppi ad una stessa popolazione clinica.



Box plot 1

Questo dato infatti, come si osserva nel box plot 1, pur essendo trasversale alle patologie, è però marcatamente presente nei quadri anoressici, infatti, il costrutto misurato da questa sottoscala, l'eccessiva preoccupazione per la dieta e per il peso corporeo e la paura dell'aumento ponderale rappresenta l'elemento cardine dell'anoressia e del suo "reverse".

Per quanto riguarda la trasversalità di questo costrutto per gli obesi e gli anoressici inversi, riteniamo che possa essere fatto risalire al fatto che gli obesi desiderino poter modificare il proprio aspetto, così come gli anoressici inversi; infatti, abbiamo notato nei colloqui clinici come questi due gruppi, sebbene apparentemente così diversi, presentino una stessa difficoltà di accettazione della propria immagine corporea, sentita come estranea da sé. Notiamo come entrambi i soggetti siano costantemente coartati intorno alla questione alimentare, che risulta essere l'oggetto centrale delle loro preoccupazioni. Questo dato non ci sorprende, se non per l'immagine opposta che questi gruppi risultano avere, e per l'impatto, così diverso che hanno sulle persone, ma evidentemente non su loro stessi. Inoltre la paura dell'aumento ponderale, che è un altro elemento misurato da questo costrutto e che, risulta essere centrale sia per gli obesi che per gli anoressici inversi, evidentemente, come sospettavamo, non dipende dall'aspetto reale di una persona, ma dal significato psicologico che per la persona assume.

Anche la sottoscala insoddisfazione per il corpo risulta essere trasversale a tutti e tre i gruppi clinici presi in esame. Difatti come si evince in letteratura, l'insoddisfazione per il corpo costituisce un aspetto del disturbo dell'immagine corporea, caratteristica di tutti e tre i disturbi del comportamento alimentare.

Le anoressiche, così come gli anoressici inversi, non sono mai soddisfatti di ciò che lo specchio riflette. La propria immagine, anche se in continua trasformazione, non risulta mai avere le caratteristiche desiderate, anche se un cambiamento è riconoscibile, questo non sarà mai soddisfacente per l'individuo; l'insoddisfazione è sempre sulla soglia, perché non c'è limite al soddisfacimento,

questo è irriconoscibile dal soggetto, come lo sono le loro pratiche, estreme sia in un senso, tendente alla scarnificazione, sia nell'altro tendente alla massificazione delle misure e dei rilievi della muscolatura. Allo stesso modo, anche gli obesi non riconoscono il limite, questo è ovviamente riconoscibile dalle loro pratiche alimentari, e dalla loro incapacità psicologica di porre un limite tra sé e l'altro nel cibo, come nelle relazioni. L'orgia è totale, ed investe tutti gli aspetti della loro vita.

Allo stesso modo l'insicurezza sociale e la sfiducia interpersonale risultano essere presenti in tutti e tre i gruppi. Questi costrutti misurano infatti da un lato, la convinzione che le relazioni sociali siano difficili, insicure e deludenti, e dall'altro il sentimento di riluttanza a formare relazioni affettive significative. Possiamo osservare come questo dato sembri essere in relazione con quanto emerso dall'analisi sociodemografica, tale per cui solo il 38% degli anoressici inversi ed il 28% delle anoressiche risulta essere impegnato in una relazione sentimentale.

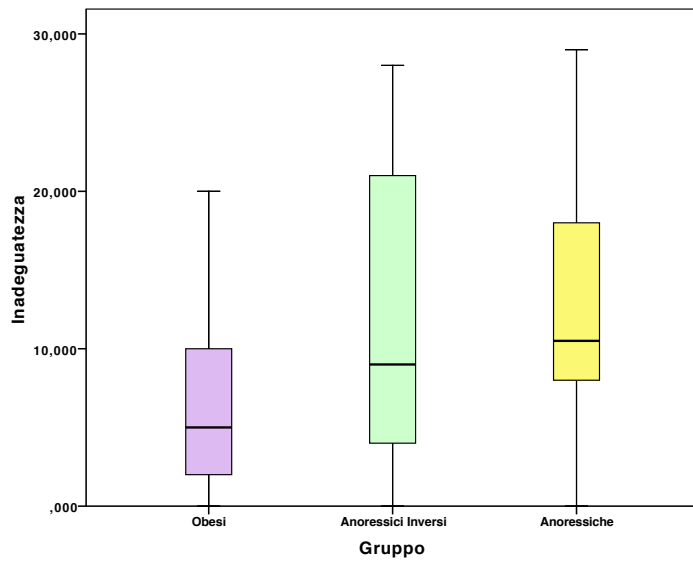
Relazione sentimentale		Obesi	Anoressici Inversi	Anoressiche
Sì	Count	36	19	14
	%	72,00%	38,00%	28,00%
No	Count	14	31	36
	%	28,00%	62,00%	72,00%

Questo dato, inoltre, sembra essere in relazione anche con i risultati emersi rispetto alla sottoscala paura della maturità.

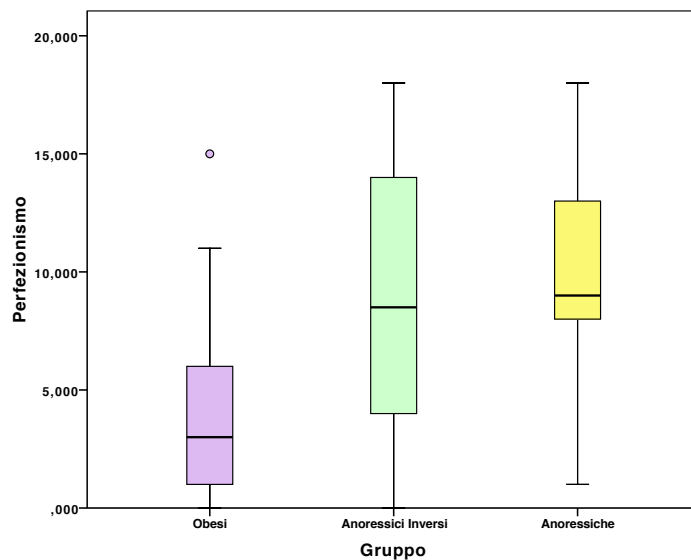
Infatti sia negli anoressici inversi che nelle anoressiche la mancanza di relazioni sentimentali stabili potrebbe rappresentare un'ulteriore manifestazione del desiderio di rifugiarsi nella sicurezza dell'infanzia per evitare le difficoltà connesse al raggiungimento della maturità psicologica, propria dell'età adulta.

Da un lato l'inadeguatezza, lo schiacciante senso di incapacità e di vuoto, dall'altro il perfezionismo, il desiderio di raggiungere livelli molto alti di

performance personale, rappresentano le due facce anoressiche, condizioni essenziali di questi disturbi. Difatti nel confronto tra anoressici inversi ed anoressiche, così come si osserva dai box plot 2 e 3, questi costrutti appaiono sovrapponibili.



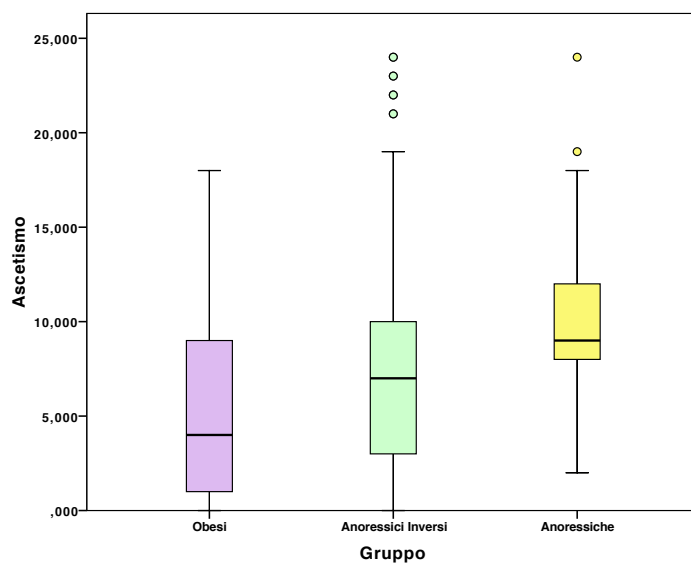
Box plot 2



Box plot 3

Questi dati, secondo noi, evidenziano come queste due patologie, come si evince dalla letteratura, ancora molto scarna in merito, rappresentino due condizioni assolutamente complementari, da un lato, il maschio, dall'altro, la femmina.

Un dato interessante, ed in linea con la letteratura è quello rispetto all'ascetismo (box plot 4), che risulta essere, dai nostri risultati una caratteristica tipicamente anoressica, infatti nei confronti multipli si evince come questo dato sia sovrapponibile esclusivamente per gli anoressici inversi e le anoressiche.

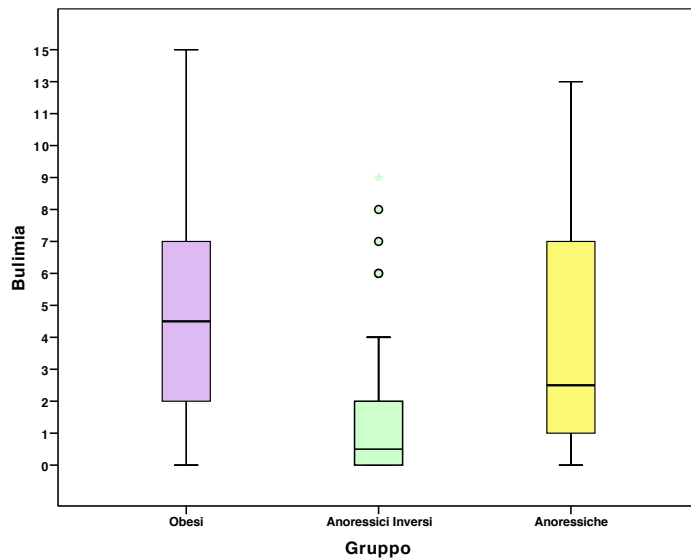


Box plot 4

Questi soggetti, infatti, presentano un marcato controllo dei propri bisogni, autonegando ed autolimitando la propria assunzione di cibo, esattamente come

fanno per le relazioni, che, come abbiamo visto risultano spesso assenti. Gli obesi, invece, a differenza delle anoressiche e degli anoressici inversi, sembrano non dipendere da ideali spirituali di tipo ascetico o dal concetto di dieta come purificazione. Infatti il loro corpo è il luogo in cui tutto è concesso, le grandi abbuffate sono espressione di un non limite, di una non autolimitazione di prodotti, di cibo, di relazioni.

Un dato piuttosto interessante è quello riguardante il costrutto bulimia (Box plot 5). Vediamo che la popolazione anoressica e quella obesa sono sovrapponibili per questa sottoscala dell'EDI 2, mentre quella degli anoressici inversi non presenta punteggi elevati.



Box plot 5

Questo, secondo noi, potrebbe essere connesso alla caratteristica propria degli anoressici inversi, che, sebbene presentino delle condotte alimentari rigorose, non hanno attacchi di incontrollabile sovralimentazione (abbuffate), piuttosto limitano l'ingestione di cibo. Questa potrebbe essere, per il "reverse", una caratteristica del tutto maschile.

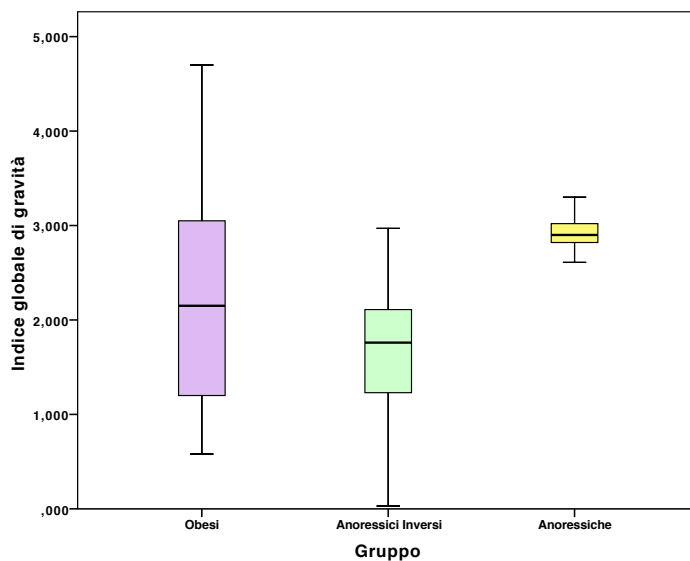
Le condotte di incontrollabile sovralimentazione sono caratteristiche proprie del sottotipo anoressico con abbuffate e di alcuni tipi di obesità. L'anoressia inversa, da questo punto di vista risulta essere una condizione in cui il controllo dei propri impulsi sembrerebbe essere maggiore che negli altri gruppi. L'idea stessa del "reverse", accrescere la muscolatura, richiede che il soggetto si prostri totalmente ad uno stile di vita rigoroso che non accetta cambiamenti dei ritmi alimentari, di allenamento in palestra. Solo in questo modo, l'anoressico inverso può perseguire il suo ideale di crescita muscolare.

La nostra seconda ipotesi consisteva nel verificare la presenza di eventuali somiglianze tra i tre gruppi clinici rispetto alla gravità dei sintomi sia specifici che psicopatologici generali. Abbiamo utilizzato il BUT per misurare la gravità sintomatologica nelle tre popolazioni.

	Obesi	Anoressici Inversi	Anoressiche
	Media	Media	Media
Indice globale di gravità	2,244	1,6556	2,9128

Come si evince dall'indice globale di gravità (GSI), emerge che la presenza di un disagio del corpo clinicamente significativo è trasversale ai tre gruppi, infatti

obesi, anoressici inversi ed anoressiche, presentano un valore medio superiore al valore soglia di 1,2. Tuttavia, si riscontrano tra i tre gruppi delle differenze di punteggio, tali per cui i tre gruppi non risultano come appartenenti ad una stessa popolazione clinica. Dai risultati emerge che anoressiche ed obesi presentano punteggi più elevati rispetto agli anoressici inversi.



Box plot 6

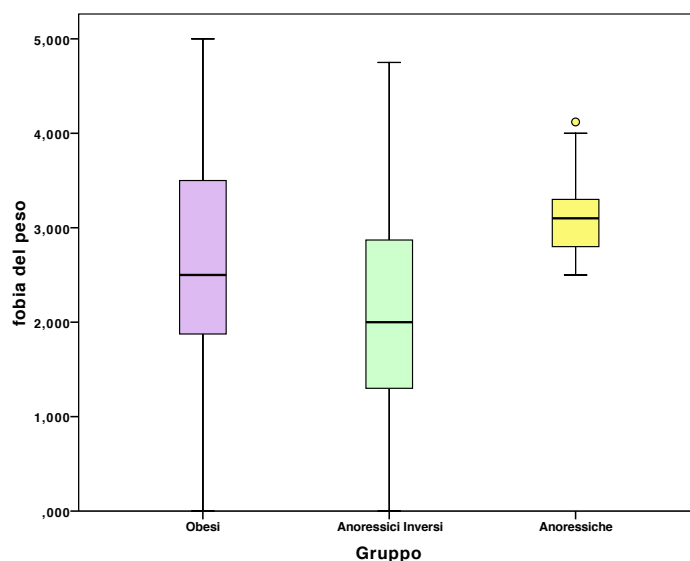
Dal box plot 6 si evince come i punteggi delle anoressiche si concentrino tutti in uno stesso range, mentre all'opposto i risultati degli obesi presentano una maggiore variabilità.

Riteniamo questo dato interessante, ma non sorprendente, poiché l'investimento sul corpo di questi tre gruppi clinici risulta differente.

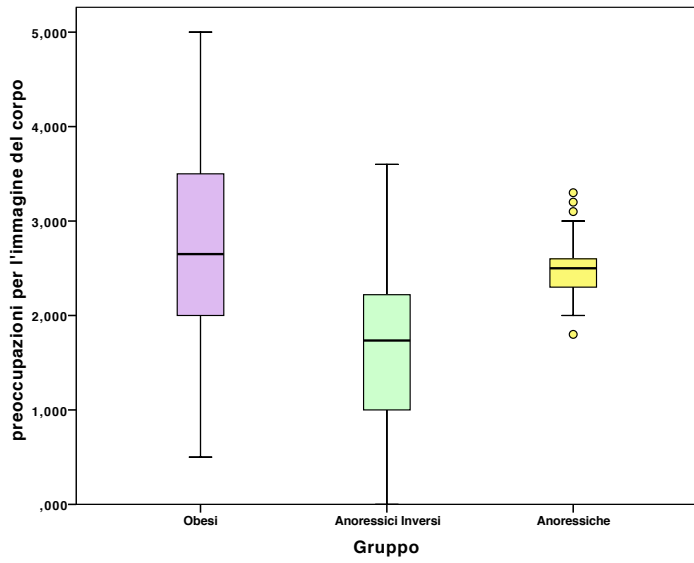
L'anoressico inverso sebbene non sempre soddisfatto del proprio corpo e del livello di accrescimento muscolare che via via esso assume, considera questo come un salotto da mostrare, inaccessibile esattamente come quello dell'anoressica. Differentemente per l'anoressica e per l'obeso il corpo è solo un fardello, un'appendice sentita spesso come estranea alla psiche che abita quel corpo.

Nei discorsi ai quali spesso assistiamo durante i nostri colloqui clinici, infatti, sia l'obeso che l'anoressica hanno una visione del proprio corpo come estranea da sé in cui spesso il corpo è sentito come non appartenente alla propria persona. Tutto ciò, invece, non avviene per l'anoressico inverso che appare come grandemente soddisfatto della propria muscolatura ed attraverso questa della propria apparente mascolinità.

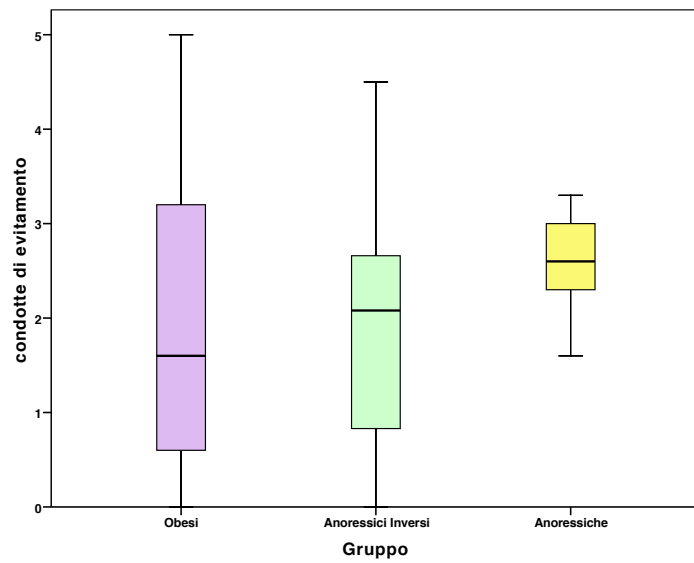
Per quanto riguarda i costrutti specifici, fobia del peso, preoccupazioni per l'immagine del corpo, condotte di evitamento, controlli compulsivi della propria immagine e depersonalizzazione, notiamo come dai nostri risultati le anoressiche presentano punteggi molto elevati rispetto agli altri gruppi, in merito a queste sottoscale.



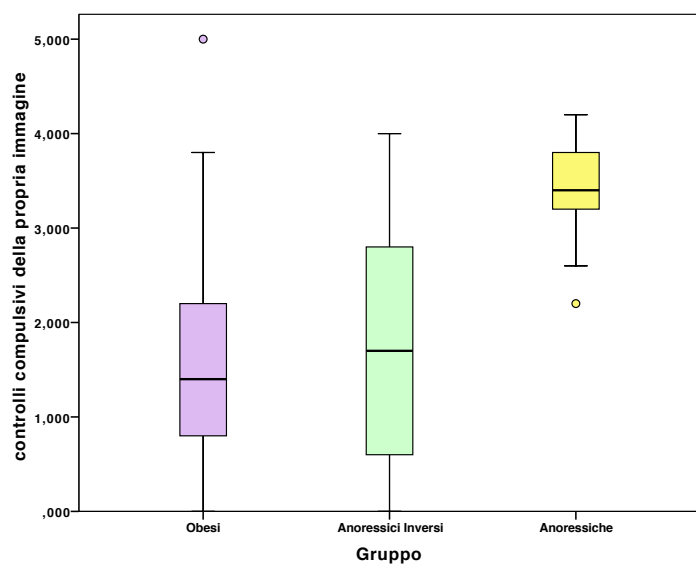
Box plot 7



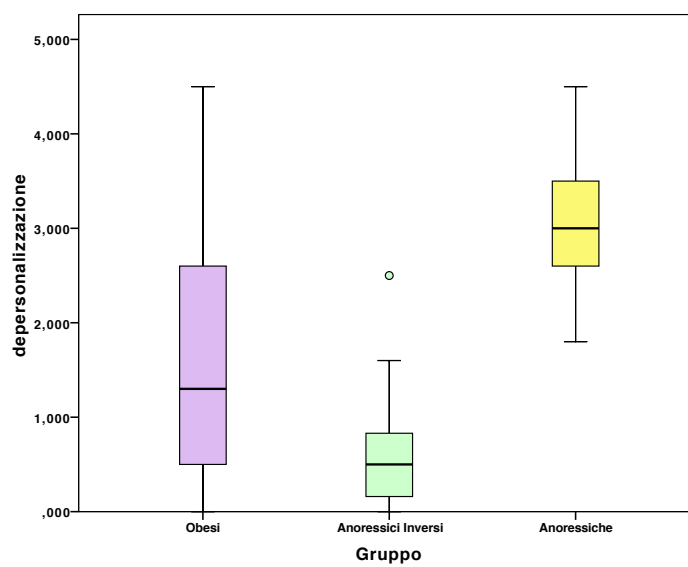
Box plot 8



Box plot 9



Box plot 10



Box plot 11

Dai box plot 7, 8, 9, 10, 11 notiamo come i punteggi più elevati appartengano al gruppo delle anoressiche. Questo dato ci ha sorpreso poiché ritenevamo di non riscontrare differenze tanto marcate tra i gruppi per le sottoscale del BUT.

Ovviamente possiamo pensare che questi dati si riferiscano all'età dei soggetti, infatti dall'indice di correlazione di Spearman, (come da tabella sottostante) si evidenzia come sia presente una correlazione significativa negativa per la fobia del peso, la depersonalizzazione ed i controlli compulsivi della propria immagine, infatti all'aumentare dell'età dei soggetti diminuiscono i punteggi attribuiti ai singoli item.

	Età	
Indice globale di gravità	Spearman rho	-0,231
	Sig. (2-code)	<0,001
fobia del peso	Spearman rho	-0,168
	Sig. (2-code)	0,003
preoccupazioni per l'immagine del corpo	Spearman rho	-0,095
	Sig. (2-code)	0,099
condotte di evitamento	Spearman rho	-0,1
	Sig. (2-code)	0,083
controlli compulsivi della propria immagine	Spearman rho	-0,278
	Sig. (2-code)	<0,001
depersonalizzazione	Spearman rho	-0,248
	Sig. (2-code)	<0,001

Questo dato spiegherebbe la presenza di punteggi inferiori nei gruppi degli anoressici inversi e degli obesi, che hanno un'età media maggiore rispetto al gruppo delle anoressiche.

In ultimo abbiamo somministrato il Bem test per analizzare la relazione che intercorre tra i gruppi clinici esaminati e la tipologia sessuale così come proposta dal test. In letteratura, infatti, come si evince nei capitoli precedenti, abbiamo notato come spesso ci si riferisce alla condizione anoressica mettendo in evidenza come la scarnificazione possa essere riferita ad una negazione della sessualità tout-court, e come anche per l'anoressico inverso, l'accrescimento muscolare non fosse finalizzato al piacere dialettico dell'incontro con l'altro. Allo stesso modo, il corpo abnorme dell'obeso appare, ad un ipotetico osservatore esterno, assolutamente desessuato.

tipologia sessuale		Obesi	Anoressici Inversi	Anoressiche
Indifferenziato	Count	26	12	29
	%	52,00%	24,00%	58,00%
Maschile	Count	3	9	2
	%	6,00%	18,00%	4,00%
Femminile	Count	14	4	8
	%	28,00%	8,00%	16,00%
Androgino	Count	7	25	11
	%	14,00%	50,00%	22,00%

Dalla tabella si evince come i risultati ottenuti sembrano evidenziare una relazione tra i gruppi clinici e la tipologia sessuale.

Infatti il 52% degli obesi presenta una tipologia sessuale indifferenziata così come il 58% delle anoressiche, il 50% degli anoressici inversi, invece, una tipologia sessuale androgina.



Riteniamo che, come detto nei capitoli precedenti, lo stato di indifferenziazione riscontrato nelle anoressiche e negli obesi possa essere espressione di un ritorno ad uno stadio preadolescenziale. L'obeso infatti è invaso da un troppo di carne, che non consente una differenziazione maschio/ femmina, allo stesso modo, l'anoressica attraverso il calo ponderale assottiglia le forme femminili fino alla scomparsa dei caratteri sessuali secondari. Invece l'anoressico inverso presenta dai nostri dati una tipologia sessuale di tipo androgino; questo significa che è

come se in lui fossero presenti elementi marcatamente femminili e marcatamente maschili. Secondo noi, quindi, nel potenziare la muscolatura l'anoressico inverso è come se raggiungesse quel grado di differenziazione attraverso il corpo, non trovandolo più nelle forme femminili classiche delle sue compagne di classe o colleghe di lavoro. Tutto ciò sembrerebbe tranquillizzarlo perchè così gonfio, non potrebbe che essere riconosciuto come un maschio.

Infatti nell'anoressica i caratteri sessuali secondari scompaiono, nel maschio anoressico inverso, sono costantemente rimarcati.

6.7 Considerazioni

Dai nostri dati e dalle nostre analisi, emerge come l'anoressia nervosa, il suo "reverse" e l'obesità, sono patologie che, seppur differenti dal punto di vista comportamentale, sono espressione di una condizione patologica che per molti aspetti (par. 6.6) appare essere sovrapponibile e che induce una profonda modificazione del corpo, un'alterazione del modo in cui il soggetto percepisce sé stesso ed un medesimo rapporto di esclusione dell'altro, facendo piombare il soggetto in un una vita bloccata negli affetti e nelle relazioni.

Il conflitto radicale tra corpo e psiche, in queste condizioni, è massimo in quanto la relazione generativa tra corpo e psiche sembrerebbe essere completamente sovvertita. Il nodo, infatti, sta proprio nella condizione di voler creare un corpo ad immagine e somiglianza della propria psiche, e non il contrario, come se, in queste condizioni, i soggetti non fossero un prodotto della natura ma addirittura il contrario.

Ciò che ci sembra particolarmente interessante, rispetto alla sindrome anoressica e del suo "reverse", è che la preoccupazione di acquisire massa muscolare sia lo speculare dell'anoressia, come se il reverse potesse essere considerato la semplice differenza uomo donna. Queste ultime, ovviamente, sono solo delle riflessioni, che ci piacerebbe approfondire con ricerche ulteriori.

Così come ci piacerebbe approfondire se la donna anoressica, che come abbiamo vista appare con una identità indifferenziata, possa essere l'emblema di una nuova donna a cui vanno stretti gli stereotipi di madre e di moglie e che, quindi, attraverso la scarnificazione che la rende fisicamente più androgina, stia semplicemente inseguendo un modello maschile di indipendenza, che fino a pochi decenni fa le era precluso. Infatti volendosi confrontare su campi relativamente nuovi per lei, uno per tutti quello lavorativo, volesse

semplicemente adeguarsi al nuovo stereotipo. Allo stesso modo l'uomo non riconoscendosi più nel ruolo di dominatore della scena familiare e lavorativa, e non riconoscendo più le forme femminili classiche, volesse cercare di differenziarsi da questa nuova donna attraverso l'unico modo che gli è proprio, quello della muscolatura.

Ovviamente queste sono solo suggestioni che il presente lavoro ha fatto sorgere. Ci piacerebbe poterle approfondire con ulteriori ricerche.

Conclusioni generali

Nella parte iniziale di questo lavoro abbiamo cercato di tracciare il difficile rapporto tra psichico e somatico nel pensiero psicoanalitico giungendo al concetto di nascita psicologica.

Partendo da Freud abbiamo considerato come il suo intento, fin dall'inizio, fu quello di trovare la spiegazione di alcuni sintomi somatici, presenti nella malattia isterica, e di proporre un metodo di cura. Abbiamo però considerato che solo attraverso la lettera di Freud a Fliess (1897) sull'abbandono dei "neurotica" e l'introduzione di una sessualità infantile (perversa e polimorfa) che il corpo assume quel valore per cui l'apparato psichico intrattiene con esso non solo un legame di natura simbolica ma anche una relazione di natura ontologica.

Ci siamo soffermati, inoltre, sul concetto fondamentale di "appoggio", che mostra la stretta connessione tra psichico e somatico e che chiarisce l'articolazione tra psicosessualità ed autoconservazione.

È attraverso il concetto di "appoggio" che si evidenzia la sfasatura tra il portato biologico, precedente l'appoggio, ed il serbatoio pulsionale, seguente l'appoggio. Seguendo Dejours (2001)²³⁰, è possibile tracciare due idee differenti di corpo, uno biologico istintuale ed uno divenuto erotico, a seguito delle seduzioni adulte, frutto di un portato sessuale o, come dice Laplanche (2004), frutto di un portato inconscio infantile.

Abbiamo sottolineato, inoltre, che i messaggi dell'adulto sono incomprensibili, "enigmatici" (Laplanche, 2004)²³¹, perché "compromessi" dai residui "inconsci infantili", non essendo l'infante attrezzato della lingua (sessuale) necessaria per

²³⁰ Dejours C., (2001), "Le corpos, d'abord. Corp érotique, corp biologique et sense moral, Payot, Paris.

²³¹ Laplanche J., (2004), "Tre accezioni del termine inconscio nella cornice della Teoria della Seduzione Generalizzata", Rivista di Psicoanalisi, 2004, L, 1.

dotare questi messaggi di un significato. I messaggi adulti che, come abbiamo visto, passano attraverso il corpo, le cure e le manipolazioni materne, si vanno ad incistare nel bambino come traumi inelaborabili ed intraducibili, poiché portati da un adulto con risidui inconsci infantili ed, in quanto tali, incomprensibili per il bambino, che è necessariamente impreparato ed inerme per poterli affrontare.

Abbiamo visto, quindi, come la nascita psicologica sarebbe, secondo questa prospettiva, prodotta dall'incontro tra un organismo biologico umano neonato e privo della dimensione inconscia ed un mondo adulto regolato dai derivati inconsci dei suoi singoli membri. La psiche, quindi, sarebbe una funzione che può svilupparsi a partire da un corpo che ne sorregge biologicamente il funzionamento; infatti la psiche può esistere solo se esiste un corpo, e non il contrario. Infine abbiamo visto come, grazie all'edificazione della sessualità psichica e del corpo erotico, l'individuo riesce ad affrancarsi dalle sue funzioni fisiologiche, dai suoi istinti e perfino dai suoi ritmi biologici.

Questo nuovo corpo, diventato un corpo perturbato, diviene un corpo che comunica poiché è un corpo in cui si è insediata una psiche, dove è presente un inconscio sessuale. Questo diviene così un corpo erotico che seduce, un corpo caratteristico di ogni interazione umana.

Questo corpo è il corpo che Cotrufo (2008) chiama "corpo istrionico" che accetta il suo aggancio alla sessualità psichica e "produce una sorta di monismo psicosomatico, un'alleanza psicosomatica in nome del sessuale che li unisce"²³².

Freud definendo il termine "appoggio" accetta che le funzioni del corpo siano prese a prestito dal sessuale per eccitare, eccitarsi e soddisfare il piacere erotico che si appoggia a queste. Allo stesso modo Dejours con il termine di "sovversione libidica", mutuato dal termine "appoggio" sostiene che parti del corpo possano diventare non soltanto fonte di un piacere sessuale ma anche

²³² Cotrufo P., (2008) "Corpo e psicoanalisi", Borla, Roma, p. 124.

oggetto di quel piacere proprio a causa di un inconscio sessuale che ha perturbato il soggetto.

Partendo da questi presupposti, abbiamo visto che la nostra è l'epoca in cui il pervertimento del corpo in ogni sua forma ha raggiunto i livelli più alti da quando è iniziata la vita. Ne sono un esempio le miriadi di persone che ricorrono ad interventi di chirurgia estetica, le numerose persone che si bucano la pelle attraverso i piercing, o le altrettante persone che si dipingono la pelle con i tatuaggi. Mentre, infatti, ad esempio, in culture precolombiane, queste forme di "abbellimento del corpo" avevano una funzione sociale, servivano ad evidenziare delle gerarchie o a creare un'appartenenza, attualmente, invece, chi si applica piercing o si fa disegnare tatuaggi sulla pelle lo fa in maniera individuale, autonoma e non simbolizza alcuna appartenenza.

È ovvio che in un'epoca siffatta la psiche che abita un corpo è esposta ad un lavoro eccessivo ed a volte irrisolvibile. Elaborare ad esempio la visione di un corpo mutilato, tatuato, è per la stessa persona che lo abita, e per chi lo osserva, una visione che richiede un lavoro di elaborazione psichica arduo e non sempre risolvibile; abbiamo considerato che questa psiche siffatta si manifesta anche nei corpi che abbiamo trattato: quelli anoressici e quelli obesi. Per questi nuovi corpi, che appaiono iper erotizzati, ed esposti ad un carico di lavoro pulsionale che la psiche è costretta ad elaborare, è necessaria una tirannia psichica che soggioghi il corpo e le sue richieste pulsionali.

Ciò è particolarmente evidente nei corpi anoressici ed obesi, ma non siamo noi stessi esenti dal pervertimento del corpo, che perdendo il suo aggancio al biologico, diventa puro erotismo. Nei corpi anoressici ed obesi tutto ciò è molto evidente: questa forma di disagio, che si manifesta nel corpo, è chiaramente visibile; infatti, il comportamento del nutrirsi e del mangiare ha nelle culture umane un significato differente dal semplice nutrimento. Per il genere umano la nutrizione è un comportamento che origina da un bisogno che può trovare una

gratificazione o una frustrazione e di questo bisogno se ne occupa una madre. L'oggetto cibo è connesso al bisogno ed a sua volta ad un organo di senso, il gusto, connesso a sua volta alla bocca; la bocca è come sappiamo la prima "zona erogena"²³³ del bambino. "La bocca quindi attraverso il gusto trasformerà l'iniziale bisogno del cibo in un bisogno sessuale, quindi erotizzato. Tutto ciò fa della nutrizione qualcosa di altro rispetto alla funzione che ha nelle altre specie animali. Lo stimolo della fame, l'oggetto cibo ed il piacere gusto hanno, nella storia dell'umanità, assunto dei significati che, in quanto metaforici della catena stimolo-oggetto-piacere hanno pervertito l'originaria natura autoconservativa dello stimolo della fame e le hanno fatto assumere un significato altro"²³⁴ (Cotrufo, 2005).

Nei corpi scarnificati delle anoressiche, in quelli ipertrofici degli anoressici inversi ed in quelli abnormi degli obesi, abbiamo una stessa idea di corpo, che sembra collocarsi al di fuori della logica dialettica.

Le relazioni in questi soggetti sembrerebbero mancare, appunto, dell'investimento libidico che ricade necessariamente sul soggetto, o meglio, sul loro stesso corpo. La libido sottratta dagli oggetti è riversata totalmente su di un sé coincidente con il corpo o, meglio, è dirottata sull'immagine del corpo. I corpi che ne risultano appaiono un "salotto buono" nel caso degli anoressici inversi, un corpo mutilato nel caso delle anoressiche, un corpo abnorme nel caso degli obesi. I tre corpi in esame appaiono totalmente diversi: l'anoressica attraverso i dimagrimenti spettacolari sembrerebbe proporsi l'obiettivo di scalfire i rilievi, le forme e lo spessore femminile; gli anoressici inversi, all'apposto, ricercherebbero l'espressione di un corpo edonistico, un corpo perfetto, dove ogni singolo gruppo muscolare è finalizzato ad attrarre ed a sedurre; il corpo obeso si configura,

²³³ Freud S., "Tre saggi sulla teoria sessuale", in Opere Vol. 4, Boringhieri.

²³⁴ Cotrufo P. (2005) "Anoressia del sessuale femminile", Franco Angeli, Milano, p. 50

invece, come un troppo, una barriera adiposa che spaventa l'altro, rendendo l'incontro con un ipotetico osservatore impossibile.

Ebbene questi corpi, apparentemente così diversi, hanno una cosa che li accomuna, la psiche che li abita. Questi tre corpi, sono inaccessibili, sono estranei alla logica dialettica, manifestano l'esclusione totale dell'altro e del possibile incontro dialettico.

L'anoressica tende, infatti, verso un definitivo annullamento della propria femminilità, la perdita di qualsiasi forma che possa far pensare a lei come ad una femmina. L'anoressico inverso, all'opposto, appare totalmente preso a rimarcare la propria mascolinità, i propri attributi esteriori attraverso una cura maniacale del proprio corpo. L'obeso, invece, tende ad un completo annullamento delle proprie forme corporee diventando semplicemente una massa adiposa irriconoscibile sia come maschio che come femmina.

Questi corpi, però, sono la rappresentazione scenica di una chiusura, dell'inaccessibilità di ogni possibile relazione. Sono corpi nei quali non c'è posto per l'altro, non c'è spazio per il desiderio; l'altro sembra semplicemente non esistere.

Attraverso la nostra ricerca, (Cap. 6), siamo riusciti a mettere in luce come i tre gruppi abbiano una medesima idea di corpo, una medesima esclusione dell'altro, condividendo caratteristiche psicologiche e presentando, per molti aspetti, un medesimo immaginario di corpo ideale al quale tendere.

Ora la nostra suggestione ci spinge a considerare che queste patologie non sono solo espressione di un disagio delimitato ma rappresentano come la relazione generativa mente corpo sia insita nella post modernità, in cui sempre più spesso assistiamo a dittature psichiche che soggiogano il corpo, rendendolo solo un'appendice ed una funzione della nostra psiche.

Grazie all'appoggio, (un caposaldo del nostro lavoro) il registro del desiderio instaura il suo primato su quello del bisogno, la pulsione si libera parzialmente

dell'istinto. Questo significa che l'individuo si affranca dall'istinto, e non è più questo che regola i ritmi metabolici dell'individuo, ma la pulsionalità. Questa stessa pulsionalità pretende, quindi, dal corpo, dal quale ormai si è affrancata, che soggiaccia alle regole che lei stessa, attraverso la psiche, gli impone.

In questi soggetti, come in quasi tutti gli individui della post-modernità, si assiste ad un sovvertimento dell'ordine istintuale, dove non è più la psiche una funzione del corpo, ma l'inverso. Questo sovverte la relazione generativa tra corpo e psiche: è come se noi umani non fossimo primariamente un prodotto della natura, che genera prima il corpo e poi la psiche, ma noi umani, invece, potessimo, assoggettando la psiche al corpo, sovvertire le regole della natura stessa.

P.S.

Questa ricerca mi ha entusiasmato, affascinato, e ha fatto sì che, come sostiene Balsamo nella presentazione al lavoro di André J. (1995) “Alle origini femminili della sessualità”, mi ponessi l’obiettivo ambiziosissimo di far lavorare l’opera di Freud al di là di ogni freudologia.

Questa ricerca è stata illuminante, appassionante, ed a malincuore, è arrivata alla fine. Ho una stana sensazione di fine, come morte, come impossibilità di arricchire il testo, di poterlo modificare, di poter rivedere alcune posizioni, che necessiterebbero di essere riviste, per verificare se il tempo le continua a mantenere tali, o se inesorabilmente le modifica.

Bibliografia

- Abraham K., (1916) “Ricerche sul primissimo stadio evolutivo pregenitale della libido” in Opere, Vol. 1, Bollati Boringhieri.
- Agamben G., (1977) “L’oggetto perduto”, in “Stanze. La parola e il fantasma nella cultura occidentale”, Einaudi, Torino.
- American Psychiatric Association (1994), Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3th Edn.) (DSM III), The American Psychiatric Association, Washington, D.C.
- American Psychiatric Association (2004), Diagnostic and Statistical manual of mental disorders 4th Edn. Text Revised, Masson, Bologna.
- Andersen A. E., (2001), “Progress in eating disorders research”. American Journal of Psychiatry 2001; 158 (4): 515-517.
- André J. (1995), “Alle origini femminili della sessualità”, Borla, Roma 1996.
- Anzieu D. (1984), “L’io-pelle”, Borla, Roma. (1987).
- Assoun P.L.(1997), “La clinica del corpo. Lezioni psicoanalitiche”, Franco Angeli, Milano, (2004).
- Aulagnier P., (1975), “La violenza dell’interpretazione. Dal pittogramma all’enunciato” Borla, Roma, (1994)
- Badinter E. (1993) “XY L’identità maschile”, Longanesi, Milano.
- Bell R.M., (1985) “La santa anoressia. Digiuno e misticismo dal medioevo a oggi”, Laterza, Bari-Roma.

- Bem, Sandra L. (1974). "The measurement of psychological androgyny". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 42, 155-62.
- Bem, S., L., (1981) "Bem Sex-Role Inventory: Professional Manual". Paloalto: Consulting Psychologist Press.
- Bergeret J., (1972), "Psicologia patologica", Biblioteca Masson, Milano, (1979)
- Bonifati S., Galimberti F.,(2001) "Il rifiuto dell'Altro nell'anoressia. Studi psicoanalitici", Franco Angeli, Milano.
- Boschan P., (2008), "Corpo, Mente e Legami", In Cotrufo P., (a cura di), "Corpo e psicoanalisi", Borla, Roma.
- Bosello O., (2004), "Obesità un trattato multidimensionale", Kurtis, Milano.
- Bratman S., Knight D., (2001) "Health food junkies. Orthorexia Nervosa: overcoming the obsession with healthful heating", Broadway Books, New York.
- Bruch H. (1973), "Patologia del comportamento alimentare. Obesità, anoressia mentale e personalità", Feltrinelli, Milano (1977).
- Cafri G., Thompson J.K., Ricciardelli L., McCabe M., Smolak L., Yesalis C, (2005) "Pursuit of the muscular ideal: Physical and psychological consequences and putative risk factors", *Clinical -Psychology Review*, 25: 215-239.
- Cafri G., Blevins N., Thompson J.K., (2006) "The drive for muscle leanness: A complex case with features of muscle dysmorphia and eating disorder not otherwise specified", *Eating Weight Disord.*, vol 11: No 4, 117-118.
- Cash T.A., Phillips K.A., Santos T., Hrabosky J.I. (2004), "Measuring "negative body image": validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population", *Body image*, 1(4):363-372.

- Chabert C. (2003), “Femminile melanconico”, Roma, Borla, 2006.
- Cohane H.G., Pope H.G.Jr., (2001), “Body Image in Boys: A Review of the Literature”, *Int J Eat Disord*, 29: 373-379.
- Chasseguet- Smirgel J., (2003) “Il corpo come specchio del mondo”, Cortina, Milano (2005).
- Chiozza L., (1991), in Bruti C., Maffei G., Parlani R., a cura di “Organsprache Linguaggio d’organo”. Quaderni di Psicoterapia infantile, 23, Borla, Roma.
- Choi P.Y., Pope jr. H.G., Olivardia R., (2002), “Muscle dysmorphia: a new syndrome in weightlifter”. *British Journal of Sport Medicine*; 36 (5).
- Cole J.C., Smith R., Halford J.C.G., Wagstaff G.F., (2003) “A preliminary investigation into the relationship between anabolic-androgenic steroid use and the symptoms of reverse anorexia in both current and ex-users”, *Psychopharmacology* 166: 424-429.
- Cotrufo, P. (1999) “Il disturbo da alimentazione incontrollata: dati epidemiologici e caratterizzazione clinica”. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, n.3.
- Cotrufo P. (2005), “Anoressia del sessuale femminile. Dal caos alla costituzione del limite”, Franco Angeli, Milano.
- Cotrufo P., a cura di (2008), “Corpo e Psicoanalisi”, Borla, Roma.
- Cotter S., (1997) “Gai savoir et triste vérité”, *Revue de la Cause freudienne*, n.35, Paris, 1997.
- Crisp A.H., Burns T.P. (1983), “ Primary anorexia nervosa in the male and female: A comparison of clinical features and prognosis”, *Int. J Eat. Disord.*, 2, pp. 5-10.
- Cuzzolaro M, Vetrone G, Marano G, et al. “BUT: una nuova scala per la valutazione del disagio relativo all’immagine del corpo”. *Psichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza* 1999;66, pp.417-28.

- Cuzzolaro M, Vetrone G, Marano G, et al. "Body Uneasiness Test, BUT". In: Conti L, a cura di. "Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria". Firenze: SEE 2000, pp. 1759-1761.
- Dejours C., (1987), "Recherches psychanalytiques sur le corps. Répression et subversion en psychosomatique", Payot, Paris.
- Debray R., Dejours C., Fédida P., (2002) "Psicopatologia dell'esperienza del corpo", Borla, Roma, (2004).
- Dejours C., (2001), "Le corps d'abord. Corp erotique, corp biologique et sens moral, Payot, Paris.
- Dejours C., (2002), "Il corpo come esigenza di lavoro per il pensiero", in Debray R., Dejours C., Fédida P., (2002), "Psicopatologia dell'esperienza del corpo", Borla, (2004).
- Dejours C., (2008), "Psicosomatica e metapsicologia del corpo", in Cotrufo P., a cura di, "Corpo e Psicoanalisi, Borla.
- Drewnowski A., Yee K.D., (1987) "Men and Body Image: Are Males Satisfied with Their Body Weight?", Psychosomatic Medicine 49: 626-634.
- Dupré Theseider Eugenio, (1940) da Siena [Caterina Benincasa], "Epistolario di Santa Caterina", vol. 1, Roma 1940, lettera n. 92.
- Fallon E.A., Rozin P., (1985) "Short Report, Sex Differences in Perceptions of Desiderable Body Shape", J of Abnormal Psychology, Vol 94, No 1, 102-105.
- Fenichel O., "Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi", Astrolabio, Roma, (1951).
- Ferenczi S., (1932), "Confusione delle lingue tra adulti e bambini", in Fondamenti di Psicoanalisi, Vol. II, Guaraldi, Firenze.

- Ferraro F, Nunziante Cesaro A., (1985) “Lo spazio cavo e il corpo saturato, la gravidanza come ‘agire’ tra fusione e separazione”, Franco Angeli, Milano.
- Ferraro F., (2011), “La clinica del corpo”, Rivista di Psicoanalisi, L-2, pp. 349-368.
- Fichter M.M., Daser C. (1987), “Symptomatology, psychosexual development and gender identity in 42 anorexic male”, Psychol. Med., 17, 2, pp. 409-418.
- Freda H., (2001) “ Psicoanalisi e tossicomania”, Mondadori, Milano.
- Freud S., (1897) “Lettera 139”, in “Epistolari. Lettere a Wilhelm Fliess 1887-1904”, Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1892-95), “Studi sull’isteria”, in Opere, Vol. 1. Boringhieri, Torino.
- Freud S., (1895), “Minuta G. La melanconia”, In Opere Vol. 2, Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1905) “Tre saggi sulla teoria sessuale”, in Opere, Vol. 4, Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1912), “Modi tipici di ammalarsi nervosamente”, in Opere, Vol. 6, Boringhieri, Torino.
- Freud S., (1912-1913), “Totem e tabù”, In Opere Vol. 7, Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1914) “Dalla storia di una nevrosi infantile (Caso clinico dell’uomo dei lupi)”, in Opere, Vol. 7, Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1915) “Pulsioni e loro destini” in “Metapsicologia”, in Opere, Vol. 8, Boringhieri, Torino.
- Freud S., (1915-1917) “Lezione 24, Il Nervosismo Comune”, in “Introduzione alla psicoanalisi”, in Opere, vol. 8, Boringhieri, Torino

- Freud S., (1917), “Lutto e melanconia”, in “Metapsicologia” in Opere Vol. 8, Boringhieri, Torino.
- Freud S., (1923), “L’Io e l’Es”, in Opere Vol. 9, Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1925), “Alcune conseguenze psichiche della differenza anatomica tra i sessi”, in Opere, Vol. 10, Boringhieri, Torino.
- Freud S., (1926), “Inibizione, sintomo e angoscia”, in Opere Vo. 10, Boringhieri, Torino.
- Freud S., (1930) “Il disagio della civiltà”, In Opere, Vol. 10, Boringhieri, Torino
- Freud S. (1931) “ Sessualità femminile”, in Opere, Vol. 11, Boringhieri, Torino.
- Freud, S., (1940) “La scissione dell’Io nel processo di difesa”, in Opere vol. 11, Boringhieri.
- Gaddini de Benedetti R (1978) "Pieno, vuoto, identità", Rivista di Psicoanalisi L-2, pp 241- 257 .
- Gaddini E., Scritti (1953-1985), Cortina, Milano (1989).
- Gaddini E. (1969), “Sull’imitazione”. In Gaddini (1989), Scritti. 1953-1985. Cortina, Milano
- Gaddini E., (1980), “Note sul problema mente-corpo”, in Gaddini E., (1989) Scritti. 1953-1985. Cortina, Milano.
- Gaddini E. (1984) “Trauma della nascita e memoria della nascita”, in Gaddini (1989) “Sull’imitazione”
- Garner, D.M. (1991). “Eating Disorder Inventory-2 manual. Psychological Assessment Resources”. Odessa. Florida
- Genovese C., (2004) “Bisessualità. Genesi di un concetto”, Rivista di Psicoanalisi, L-4, p. 1227-1245.

- Genovese C., (2008) “La soluzione patologica. Manovre psichiche e crollo somatico”, in Cotrufo P., (2008), “Corpo e psicoanalisi”, Borla, Roma.
- Goldfield S.G.,Blouin G.A., Woodside B.D. (2006) “Body Image, Binge Eating, and Bulimia Nervosa in Male Bodybuilders”, Can J Psychiatry, Vol 51, No 3, 160-168.
- Green A., (1983), “Narcisismo di vita. Narcisismo di morte”, Borla, Roma, (1992).
- Green A., (1991), in Bruti C., Maffei G., Parlani R., a cura di “Organspranche Linguaggio d’organo”. Quaderni di Psicoterapia infantile, 23, Borla, Roma.
- Gull W. William, (1868), “The Address in medicine delivered before the Annual Meeting of the B.M.A. at Oxford, Lancet,2.
- Gull W. William, (1888) Apepsia hysterica. Anorexia Nervosa, Oxford Lancet.
- Herzog D.B., Norman D.K., Gordon C., Pepose M. (1984), “ Sexual conflict and eating disorders in 27 males”, Am. J. Psychiatry, 141, 8, pp. 989-998.
- Hildebrandt T., Schlundt D., Langenbucher J., Chung T., (2006) “Presence of muscle dysmorphia symptomology among male weightlifters”, Comprehensive Psychiatry, 47, 127-135.
- Istituto Auxologico Italiano, Secondo rapporto sull’obesità in Italia, Franco Angeli, Milano, (2000).
- Jeammet P. (2004) “ Anorexie Boulimie. Le paradoxes de l’adolescence”, Hachette Littérature. Tr. It. Anoressia Bulimia. I paradossi dell’adolescenza interpretati da un grande psichiatra francese. Ed. Franco Angeli, Milano, 2006.

- Kanayama G., Barry S., Hudson J.I., Pope H.G., (2006) “Body image and attitudes toward male roles in anabolic-androgenic steroid users”, *Am J Psychiatry*, 163(4):697-703.
- Kaplan L. J. (1991) “Perversioni femminili”, Cortina, Milano, 1992.
- Keane H., (2005) “Diagnosing the male steroid user: drug use, body image and disordered masculinity”, *SAGE Publications Health: Vol.9, No. 2*, 189-208.
- Kestemberg E., Decobert S., Kestemberg J., (1974) “ La fame e il corpo”, Astrolabio, Roma, (1998).
- Klein A.M., “Little Big Men: bodybuilding subculture and Gender Construction”, State University of New York press, 1993.
- Klein M., (1952), “Comportamento nel primo anno di vita”, In *Scritti (1921-1958)*, Bollati Boringhieri
- Lacan J., *Il seminario. Libro XVII. Il rovescio della psicoanalisi (1969-1970)*, Einaudi, 2001.
- Lacan J., *Il seminario. Libro XI. I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi*, Einaudi, Torino, (1964).
- Lacan J., (1974) “Lo stadio dello specchio come formatore della funzione dell’Io”, in *Scritti vol. 1*, Einaudi, Torino.
- Laplanche J., (1970), “Vita e morte della psicoanalisi”, Laterza, Bari-Roma, (1972).
- Laplanche J., (1987), “Nuovi fondamenti per la psicoanalisi”, Borla, Roma (1989).
- Laplanche J., (1992), “La rivoluzione copernicana incompiuta”, In “il primato dell’altro in psicoanalisi, La biblioteca, Bari-Roma.
- Laplanche J. (2004) “Tre accezioni del termine “inconscio” nella cornice della Teoria della Seduzione Generalizzata”, *Rivista di Psicoanalisi*, L-1, pp. 11-26.

- Lasch C., (1998), “La cultura del narcisismo”, Bompiani, Milano, (2001).
- Lasègue C., (1874), “De l’anorexie hystérique”, *Archives générales de médecine*, 21.
- Leone E.J., Sedoryt J.E., Gray A.K., (2005) “Recognition and Treatment of Muscle Dysmorphia and Related Body Image Disorders”, *Journal of Athletic Training*; 40 (4): 352-359.
- Lo Castro G., (2008), “La clinica del corpo disabitato”, in Vero S., “Il corpo disabitato”, Franco Angeli, Milano.
- Maida Martello D., Armstrong L.S., (2005) “The Classification of Muscle Dysmorphia”, *International Journal of Men’s Health*, Vol.4, No.1, 73-91.
- Mangweth B., Pope H.G., Kemmler G., Ebenbichler C., Hausmann A., De Col C., Kinzl J., Biebl W. (2001), “Body image and psychopathology in male bodybuilders”, *Psychoterapy and Psychosomatics*, 70, pp. 38-43.
- Marty P., De M’Uzan, David C., (1963), “L’investigation psychosomatique”, P.U.F., Paris.
- Mc Dougall, J., (1989), “Teatri del corpo”, Cortina, Milano (1990)
- McElroy S.L., Phillips K.A., Keck P.E., (1994), “Obsessive compulsive spectrum disorder”, *J Clin Psychiatry* ;55 Suppl:33-51.
- Nunziante Cesaro A, Valerio P. (a cura di) (2006), “Dilemmi Dell’Identità: Chi sono? Saggi psicoanalitici sul genere e dintorni”, Franco Angeli, Milano.
- Nunziante Cesaro A. (1996) “Del genere sessuale” *Scritti psicoanalitici sulla identità femminile*, Alfredo Guida, Napoli
- Olivardia R., Pope H.G.Jr., Hudson I.J., (2000) “Muscle Dysmorphia in Male Weightlifters: A Case-Control Study”, *Am J Psychiatry* 157:8, 1291-1296.

- Olivardia R. (2001), "Mirror, mirror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia", in *Harvard Review of Psychiatry*, 9, 5, pp. 254-259.
- Oyeboode F., Boodhoo J.A., Shapira K. (1988), "Anorexia nervosa in males: Clinical features and outcome", *Int. J Eat. Disord.*, 7, pp. 121-124.
- Phillips K.A., McElroy S.L., Hudson J.I., Pope H.G.Jr., (1995), "Body dysmorphic disorder: an obsessive-compulsive spectrum disorder, a form of affective spectrum disorder, or both?" *J Clin Psychiatry*; 56(suppl 4): 41-51.
- Pope H.G., Hudson J.I. (1989), "Eating disorders", in Kaplan H.I., Sadock B.J. (eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Vol. 2, Williams & Wilkins, Baltimore.
- Pope H.G., Katz D.L., Hudson J.I. (1993), "Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders", *Comprehensive Psychiatry*, 34, 6, pp- 406-409.
- Pope H.G., Gruber A.J., Choi p., Olivardia R., Phillips K.A. (1997), "Muscle dysmorphia: an unrecognized form of body dysmorphic disorder", *Psychosomatics*, 38, pp. 548-557.
- Pope H.G., Phillips K.A., Olivardia R. (2000), *The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession*, Free Press, New York.
- Pope G.C., Pope H.G.Jr., Menard W., Fay C., Olivardia R., Phillips A.K., (2005) "Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder", *Body Image*; 2(4): 395-400.
- Raevuori A., Keski-Rahkonen A., Bulik M.C., Rose J.R., Rissanen A., Kaprio J., (2006) "Muscle dissatisfaction in young adult men", *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2: 6.
- Raevuori A., Keski-Rahkonen A., Rose R.J., Rissanen A., Kaprio J., (2006) "Muscle Dissatisfaction and Muscle-Enhancing Substance Use: A

- Population-Based Twin Study in Young Adult Men”, *Twin Research and Human Genetics*, Vol. 9, No. 3, 431-437.
- Recalcati M., (2002) “Clinica del vuoto”, Franco Angeli, Milano.
 - Recalcati M., Zuccardi Merli U., (2006) “Anoressia, Bulimia, Obesità”, Bollati Boringhieri
 - Ricciardelli L.A., McCabe M.P., (2004) “A Biopsychosocial Model of Disordered Eating and the Pursuit of Muscularity in Adolescent Boys”, *Psychological Bulletin*, Vol. 130, No.2, 179-205.
 - Rodin J., Silberstein L., Striegel-Moore R., (1984) “Women and weight: A normative discontent”, *Nebr Symp Motiv*; 32: 267-307.
 - Russo L., (2009) “Destini delle identità”, Borla, Roma
 - Stoller R.J. (1968), “Sex and gender. The development of Masculinity and Femininity”, Science House, New York: Karnac Books, London, 1974.
 - Vandereycken W., Van den Broucke S. (1994), “ Anorexia nervosa in males”, *Acta psychiatr. Scand.*, 70, pp. 447-454.
 - Vegetti Finzi S., (1986) “Storia della Psicoanalisi”, Arnoldo Mondadori Editore, Milano.
 - Vero S., (2008), “Il corpo disabitato”, Franco Angeli, Milano.
 - Winnicott D.H., (1971), “Sugli elementi maschili e femminili scissi”, in *Esplorazioni psicoanalitiche*, Cortina, Milano, (1994).
 - Winnicott D.W., (1971), “Gioco e realtà”, A. Armando, Roma (1974).
 - Yelland C., Tiggemann M., (2003) “Muscularity and the gay ideal: body dissatisfaction and disordered eating in homosexual men”, *Eating Behaviors*, 4, 107-116.

APPENDICE

QUESTIONARI SOMMINISTRATI

Allegato A

Scuola di Dottorato in Scienza Psicologiche e Pedagogiche.

Università Federico II di Napoli.

Il presente fascicolo contiene una serie di questionari. La preghiamo di rispondere alle domande nel modo più accurato e sincero possibile, senza tralasciarne alcuna. Ai sensi della Legge 169/03, i dati raccolti mediante i questionari saranno trattati garantendone la privacy e al solo scopo di ricerca scientifica e statistica.

Grazie per la sua disponibilità.

SCHEDA SOCIODEMOGRAFICA

ETA' _____ LUOGO DI NASCITA _____

MASCHIO FEMMINA

ALTEZZA _____ PESO _____

.....
.....

TITOLO DI STUDIO CONSEGUITO

Licenza Elementare Licenza Media Diploma Scuola Superiore
Laurea

Altro _____

HO UNA RELAZIONE SENTIMENTALE STABILE (FIDANZAMENTO,
CONVIVENZA, MATRIMONIO).....

SI NO

DA QUANTI ANNI?

HO UNA RELAZIONE: ETEROSESUALE OMOSESUALE

SONO IN SOVRAPPESO?

SI NO

DA QUANTI ANNI ANNI? _____

ATTUALMENTE FREQUENTO UNA PALESTRA:

DA 1 anno o meno DA 1-3 anni DA più di 3 anni

HO PRATICATO IL CULTURISMO AL LIVELLO COMPETITIVO: SI

NO

FREQUENTO O HO FREQUENTATO LA PALESTRA SOPRATTUTTO PER DIMAGRIRE:

SI

NO

FREQUENTO O HO FREQUENTATO LA PALESTRA SOPRATTUTTO PER AUMENTARE LA MASSA

MUSCOLARE:

SI

NO

FREQUENTO O HO FREQUENTATO LA PALESTRA SOPRATTUTTO PER DEFINIRE LA MIA MUSCOLATURA:

SI

NO

**PRATICO O HO PRATICATO ASSIDUAMENTE ALTRE ATTIVITÀ
SPORTIVE:**

SI quali: _____

NO

Allegato C

Screening preliminare utilizzato per gli anoressici inversi secondo i criteri proposti da H. G. Pope

Sono preoccupato che il mio corpo non sia sufficientemente asciutto e muscoloso

- Spesso
- Talvolta
- Mai

Se sì: questa preoccupazione mi causa angoscia

- Sì
- No

questa preoccupazione mi spinge a ridurre alcune mie attività sociali, lavorative o ricreative:

- Sì
- No

La necessità di mantenere un rigido programma di allenamento e di dieta mi ha costretto ad abbandonare attività sociali, lavorative o ricreative:

- Sì
- No

Tendo ad evitare di mostrare il corpo agli altri, nei casi in cui accade provo forte disagio:

- Sì
- No

Il mio corpo e la mia muscolatura hanno dimensioni inadeguate, questo mi angoscia molto:

- Sì
- No

Il mio corpo e la mia muscolatura hanno dimensioni inadeguate, questo mi ha spinto a ridurre alcune mie attività (es. lavoro, divertimento, etc.)

- Si
- No

Il mio corpo e la mia muscolatura hanno dimensioni inadeguate, questo mi ha spinto ad evitare situazioni di intimità con un partner:

- Si
- No

Mi capita di portare avanti l'allenamento, la dieta o l'assunzione di sostanze nonostante sappia che fanno male alla mia salute fisica o psichica:

- Si
- No

La mia principale preoccupazione è di essere troppo piccolo e/o muscolarmente inadeguato:

- Si
- No

Allegato D
E.D.I. 2

Le domande che seguono riguardano atteggiamenti, sentimenti e comportamenti relativi alla tua alimentazione e a te stesso/a.

Per ciascuna domanda decidi quale risposta corrisponde meglio a te scegliendo tra **A=MAI**, **B=RARAMENTE**, **C=TALVOLTA**, **D=SPESSE**, **E=DI SOLITO**, **F=SEMPRE** e segnala con una crocetta

Rispondi a tutte le domande senza tralasciarne alcuna. **NON CANCELLARE!** Se vuoi cambiare la risposta fai un cerchio intorno alla lettera sbagliata e metti la crocetta sulla lettera giusta.

01. Mangio dolci e carboidrati senza sentirmi nervoso/a.	A B C D E F
02. Penso che il mio stomaco sia troppo grande.	A B C D E F
03. Vorrei poter ritornare alla sicurezza dell'infanzia.	A B C D E F
04. Mangio quando sono di cattivo umore.	A B C D E F
05. Mi rimpinzo di cibo	A B C D E F
06. Vorrei essere più giovane	A B C D E F
07. Ho il pensiero della dieta	A B C D E F
08. Mi spavento quando i miei sentimenti sono troppo forti	A B C D E F
09. Penso che le mie cosce siano troppo grasse	A B C D E F
10. Mi sento una persona incapace	A B C D E F
11. Mi sento estremamente in colpa dopo aver mangiato troppo	A B C D E F
12. Penso che la grandezza del mio stomaco sia proprio giusta	A B C D E F
13. Nella mia famiglia sono accettati soltanto risultati eccellenti	A B C D E F
14. Il periodo più felice della mia vita è quando si è bambini	A B C D E F
15. Parlo dei miei sentimenti	A B C D E F
16. Ho il terrore di aumentare di peso	A B C D E F
17. Ho fiducia negli altri	A B C D E F
18. Mi sento solo/a al mondo	A B C D E F
19. Sono soddisfatto/a del mio aspetto fisico	A B C D E F
20. Generalmente sento le cose della mia vita sotto controllo	A B C D E F
21. Non riesco a capire chiaramente quale emozione sto provando	A B C D E F
22. Preferirei essere una persona adulta piuttosto che un/una bambino /a	A B C D E F
23. Riesco facilmente a comunicare con gli altri	A B C D E F
24. Vorrei essere qualcun altro	A B C D E F
25. Do troppa importanza al peso	A B C D E F
26. Riesco ad identificare chiaramente quale emozione sto provando	A B C D E F
27. Mi sento inadeguato/a	A B C D E F
28. Ho continuato ad abbuffarmi sentendo di non riuscire a fermarmi	A B C D E F

29. Da bambino/a facevo il possibile per non deludere i miei genitori e i miei insegnanti	A B C D E F
30. Ho rapporti stretti con gli altri	A B C D E F
31. Mi piace la forma del mio sedere	A B C D E F
32. Sono assillato/a dal desiderio di essere più magro/a	A B C D E F
33. Non so che cosa sta succedendo dentro di me	A B C D E F
34. Faccio fatica ad esprimere agli altri ciò che provo	A B C D E F
35. Il peso della vita adulta è troppo gravoso	A B C D E F
36. Non sopporto di essere il/la migliore	A B C D E F
37. Mi sento sicuro/a di me stesso/a	A B C D E F
38. Ho il pensiero delle abbuffate	A B C D E F
39. Sono contento/a di non essere più un/una bambino/a	A B C D E F
40. Non riesco a capire se ho fame oppure no	A B C D E F
41. Ho una bassa stima di me stesso/a	A B C D E F
42. Sento di poter raggiungere le mete che mi prefiggo	A B C D E F
43. I miei genitori si aspettavano da me la perfezione	A B C D E F
44. Ho paura di perdere il controllo delle mie emozioni	A B C D E F
45. Penso che i miei fianchi siano troppo grandi	A B C D E F
46. Mangio moderatamente di fronte agli altri e mi rimpinzco quando sono andati via	A B C D E F
47. Mi sento gonfio/a dopo un pasto normale	A B C D E F
48. Penso che il periodo più felice sia quando si è bambini	A B C D E F
49. Se aumento di mezzo chilo sono preoccupato/a di continuare ad aumentare	A B C D E F
50. Sento di essere una persona che vale	A B C D E F
51. Quando sono di cattivo umore non so se sono triste, spaventato/a o arrabbiato/a	A B C D E F
52. Sento che devo fare le cose in maniera perfetta oppure non farle affatto	A B C D E F
53. Mi viene in mente di provare a vomitare per perdere peso	A B C D E F
54. Ho bisogno di tenere le persone ad una certa distanza (mi sento a disagio se qualcuno prova ad avvicinarsi troppo)	A B C D E F
55. Penso che la grandezza delle mie cosce sia giusta	A B C D E F
56. Mi sento vuoto/a emotivamente	A B C D E F
57. Riesco a parlare di ciò che penso e provo	A B C D E F
58. Il periodo migliore della vita è quando si diventa adulti	A B C D E F
59. Penso che il mio sedere sia troppo grande	A B C D E F
60. Provo sensazioni che non riesco bene a definire	A B C D E F
61. Mangio o bevo di nascosto	A B C D E F
62. Penso che i miei fianchi siano proprio della grandezza giusta	A B C D E F
63. Mi pongo obiettivi estremamente elevati	A B C D E F
64. Quando sono agitato/a o di cattivo umore ho paura di iniziare a mangiare	A B C D E F
65. Le persone a cui tengo veramente finiscono col deludermi	A B C D E F

66. Mi vergogno delle mie debolezze	A B C D E F
67. Gli altri potrebbero dire che sono emotivamente instabile	A B C D E F
68. Mi piacerebbe controllare completamente i bisogni del mio corpo	A B C D E F
69. Mi sento rilassato/a nella maggior parte delle situazioni di gruppo	A B C D E F
70. Dico impulsivamente cose che poi mi pento di avere detto	A B C D E F
71. Faccio di tutto per provare piacere	A B C D E F
72. Devo fare attenzione alla mia tendenza ad abusare di droghe	A B C D E F
73. Sono socievole con la maggior parte delle persone	A B C D E F
74. Mi sento intrappolato/a nei rapporti con gli altri	A B C D E F
75. L'astinenza mi fa sentire più forte spiritualmente	A B C D E F
76. Gli altri capiscono i miei veri problemi	A B C D E F
77. Non riesco a tenere lontano dalla mia mente pensieri strani	A B C D E F
78. Mangiare per il piacere è un segno di debolezza morale	A B C D E F
79. Sono incline a scatti d'ira	A B C D E F
80. Credo che gli altri mi diano il credito che merito	A B C D E F
81. Devo stare attento/a alla mia tendenza ad abusare di alcolici	A B C D E F
82. Credo che rilassarsi sia semplicemente una perdita di tempo	A B C D E F
83. Gli altri potrebbero dire che mi irrito facilmente	A B C D E F
84. Mi sento perdente in ogni circostanza	A B C D E F
85. Ho forti sbalzi d'umore	A B C D E F
86. Mi vergogno dei bisogni del mio corpo	A B C D E F
87. Preferisco trascorrere il tempo da solo/a piuttosto che con gli altri	A B C D E F
88. Le sofferenze rendono migliori	A B C D E F
89. So che la gente mi vuole bene	A B C D E F
90. Mi sento come se dovessi fare del male a me stesso/a o agli altri	A B C D E F
91. Penso di sapere realmente chi sono	A B C D E F

BUT

Indichi con una X la risposta più vicina alla sua esperienza attuale

	raramente	volta	qualche	spesso	molto spesso	Sempre
1	0	1	2	3	4	5
2	0	1	2	3	4	5
3	0	1	2	3	4	5
4	0	1	2	3	4	5
5	0	1	2	3	4	5
6	0	1	2	3	4	5
7	0	1	2	3	4	5
8	0	1	2	3	4	5
9	0	1	2	3	4	5
10	0	1	2	3	4	5
11	0	1	2	3	4	5
12	0	1	2	3	4	5
13	0	1	2	3	4	5
14	0	1	2	3	4	5
15	0	1	2	3	4	5
16	0	1	2	3	4	5
17	0	1	2	3	4	5
18	0	1	2	3	4	5
19	0	1	2	3	4	5
20	0	1	2	3	4	5
21	0	1	2	3	4	5
22	0	1	2	3	4	5
23	0	1	2	3	4	5
24	0	1	2	3	4	5
25	0	1	2	3	4	5
26	0	1	2	3	4	5
27	0	1	2	3	4	5
28	0	1	2	3	4	5

29	Ho la sensazione che il mio corpo non mi appartenga	0	1	2	3	4	5
30	Il pensiero di alcuni difetti del mio corpo mi tormenta tanto da impedirmi di avere una vita sessuale	0	1	2	3	4	5
31	Mi osservo in quello che faccio e mi chiedo come appaio agli altri	0	1	2	3	4	5
32	Vorrei decidere io che aspetto avere	0	1	2	3	4	5
33	Mi sento diversa/o da come mi vedono gli altri	0	1	2	3	4	5
34	Mi vergogno del mio corpo	0	1	2	3	4	5

Indichi con una X la risposta più vicina alla sua esperienza attuale del mio corpo detesto:

1	la statura	0	1	2	3	4	5
2	la forma della testa	0	1	2	3	4	5
3	la forma del viso	0	1	2	3	4	5
4	la pelle	0	1	2	3	4	5
5	i capelli	0	1	2	3	4	5
6	la fronte	0	1	2	3	4	5
7	le sopracciglia	0	1	2	3	4	5
8	gli occhi	0	1	2	3	4	5
9	il naso	0	1	2	3	4	5
10	le labbra	0	1	2	3	4	5
11	la bocca	0	1	2	3	4	5
12	i denti	0	1	2	3	4	5
13	le orecchie	0	1	2	3	4	5
14	il collo	0	1	2	3	4	5
15	il mento	0	1	2	3	4	5
16	i baffi	0	1	2	3	4	5
17	la barba	0	1	2	3	4	5
18	i peli	0	1	2	3	4	5
19	le spalle	0	1	2	3	4	5
20	le braccia	0	1	2	3	4	5
21	le mani	0	1	2	3	4	5

22	il torace	0	1	2	3	4	5
23	le mammelle	0	1	2	3	4	5
24	lo stomaco	0	1	2	3	4	5
25	il ventre	0	1	2	3	4	5
26	i genitali	0	1	2	3	4	5
27	le natiche	0	1	2	3	4	5
28	le anche	0	1	2	3	4	5
29	le cosce	0	1	2	3	4	5
30	le ginocchia	0	1	2	3	4	5
31	le gambe	0	1	2	3	4	5
32	le caviglie	0	1	2	3	4	5
33	i piedi	0	1	2	3	4	5
34	l'odore	0	1	2	3	4	5
35	i rumori	0	1	2	3	4	5
36	sudare	0	1	2	3	4	5
37	arrossire	0	1	2	3	4	5

Allegato F
BEM

n		1	2	3	4	5	6	7
	Rispondi sinceramente alle domande e pensando a te stesso/a							
	Tendenzialmente:	Mai o quasi mai vero	Di solito non vero	Talvolta vero, ma infrequente	Vero, ma solo occasionalmente	Spesso vero	Vero di solito	Sempre vero o quasi
1	Agisci come un leader							
2	Sei adattabile							
3	Sei affettuoso/a							
4	Sei vanitoso/a							
5	Sei aggressivo/a							
6	Sei allegro/a							
7	Sei ambizioso/a							
8	Sei coscienzioso/a							
9	Sei fanciullesco/a							
10	Sei convenzionale							
11	Sei analitico/a							
12	Sai provare pietà							
13	Sei energico/a							
14	Sei amichevole							

15	Non usi un							
	linguaggio duro							
16	Sei							
	contento/a							
17	Sei							
	atletico/a							
18	Desideri calmare le altrui							
	offese ai sentimenti							
19	Sei							
	competitivo/a							
20	Sai							
	dare aiuto							
21	Sei							
	femminile							
22	Sei							
	inefficiente							
23	Difendi							
	le tue opinioni							
24	Sei							
	adulatore/adulatrice							
25	Sei							
	dominante							
26	Sei							
	geloso/a							
27	Sei							
	gentile							
28	Sei							
	simpatico/a							
29	Sei							
	vigoroso/a							
30	Sei							
	ingenuo/a, credulone/a							
31	Possiedi abilità							
	di comando							
32	Sei							
	capriccioso/a							
33	Ami							
	i bambini							
34	Sei							
	affidabile							
35	Sei							
	indipendente							
36	Sei							

	leale							
37	Sei							
	individualista							
38	Sei							
	poco comunicativo/a							
39	Sei sensibile							
	ai bisogni degli altri							
40	Sei							
	sincero/a							
41	Prendi							
	facilmente decisioni							
42	Sei							
	timido/a							
43	Sei							
	mascolino/a							
44	Tendi ad							
	essere serio/a							
45	Parli							
	a bassa voce							
46	Hai							
	tatto							
47	Hai							
	fiducia in te stesso/a							
48	Provi							
	solidarietà							
49	Sei							
	autosufficiente							
50	Sei							
	teatrale							
51	Sei							
	sensibile							
52	Sei							
	veritiero							
53	Hai una							
	forte personalità							
54	Sei							
	comprensivo/a							
55	Sei pronto/a							
	nel prendere posizione							
56	Sei							
	imprevedibile							
57	Sei							
	cordiale							
58	Non sei							

	sistematico/a							
59	Sei in							
	grado di assumere rischi							
60	Sei							
	arrendevole							

Tabelle caratteristiche sociodemografiche Allegato G

M-W Pairwise comparisons
(Bonferroni Corrected)

		M E A n	Std. Dev	25th Percentile	Median	75th Percentile	Kruskall Wallis p Value	Obesi v.s Anoressici Inversi	Obesi Vs. Anoressici	Anoressici Inversi vs. Anoressici
E t à	Obesi	30,02	4,143	27	31	34	<0.00001	0,421869	<0.00001	<0.00001
	Anoressici Inversi	28,84	4,177	26	29	33				
	Anoressiche	23,02	2,428	21	24	25				
	Totale	27,29	4,769	24	27	32				

Tab. 1

		Gruppo			
Sesso		<i>Obesi</i>	<i>Anoressici Inversi</i>	<i>Anoressiche</i>	<i>Total</i>
<i>Maschio</i>	Count	16	50	0	66
	% Row	24,20%	75,80%	0,00%	100,00%
	% Column	32,00%	100,00%	0,00%	44,00%
<i>Femmina</i>	Count	34	0	50	84
	% Row	40,50%	0,00%	59,50%	100,00%
	% Column	68,00%	0,00%	100,00%	56,00%
<i>Total</i>	Count	50	50	50	150
	% Row	33,30%	33,30%	33,30%	100,00%

Tab. 2

Pearson Chi-Square	
Value	Asymp. Sig. (2-sided)
105,80	<0.0001

		Gruppo			
Titolo di Studio		<i>Obesi</i>	<i>Anoressici Inversi</i>	<i>Anoressiche</i>	<i>Total</i>
<i>Non laureato</i>	Count	43	29	34	106
	% Row	40,60%	27,40%	32,10%	100,00%
	% Column	86,00%	58,00%	68,00%	70,70%
<i>Laureato</i>	Count	7	21	16	44
	% Row	15,90%	47,70%	36,40%	100,00%
	% Column	14,00%	42,00%	32,00%	29,30%
<i>Total</i>	Count	50	50	50	150
	% Row	33,30%	33,30%	33,30%	100,00%
Pearson Chi-Square					
Value	Asymp. Sig. (2-sided)				
9,71	0,008				

Tab. 3

		Gruppo			
Relazione sentimentale		<i>Obesi</i>	<i>Anoressici Inversi</i>	<i>Anoressiche</i>	<i>Total</i>
<i>Sì</i>	Count	36	19	14	69
	% Row	52,20%	27,50%	20,30%	100,00%
	% Column	72,00%	38,00%	28,00%	46,00%
<i>No</i>	Count	14	31	36	81
	% Row	17,30%	38,30%	44,40%	100,00%
	% Column	28,00%	62,00%	72,00%	54,00%
<i>Total</i>	Count	50	50	50	150
	% Row	33,30%	33,30%	33,30%	100,00%

Tab. 4

Pearson Chi-Square	
Value	Asymp. Sig. (2-sided)
21,42	<0.0001

		Gruppo			
Relazione sentimentale Etero/Omo		Obesi	Anoressici Inversi	Anoressiche	Total
Eterosessuale	Count	34	17	14	65
	% Row	52,30%	26,20%	21,50%	100,00%
	% Column	94,40%	89,50%	100,00%	94,20%
Omosessuale	Count	2	2	0	4
	% Row	50,00%	50,00%	0,00%	100,00%
	% Column	5,60%	10,50%	0,00%	5,80%
Total	Count	36	19	14	69
	% Row	52,20%	27,50%	20,30%	100,00%
Pearson Chi-Square					
Value	Asymp. Sig. (2-sided)				
1,64	0,44				

Tab. 5

		Gruppo			
frequento palestra		<i>Obesi</i>	<i>Anoressici Inversi</i>	<i>Anoressiche</i>	<i>Total</i>
<i>Si</i>	Count	20	50	37	107
	% Row	18,70%	46,70%	34,60%	100,00%
	% Column	40,00%	100,00%	74,00%	71,30%
<i>No</i>	Count	30	0	13	43
	% Row	69,80%	0,00%	30,20%	100,00%
	% Column	60,00%	0,00%	26,00%	28,70%

Tab. 6

Pearson Chi-Square	
Value	Asymp. Sig. (2-sided)
44,27	<0.0001

culturismo a livello competitivo		Gruppo			
		Obesi	Anoressici Inversi	Anoressiche	Total
Sì	Count	0	22	0	22
	% Row	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%
	% Column	0,00%	44,00%	0,00%	20,60%
No	Count	20	28	37	85
	% Row	23,50%	32,90%	43,50%	100,00%
	% Column	100,00%	56,00%	100,00%	79,40%
Total	Count	20	50	37	107
	% Row	18,70%	46,70%	34,60%	100,00%

Tab. 7

Pearson Chi-Square	
Value	Asymp. Sig. (2-sided)
31,57	<0.0001

frequento o ho frequentato la palestra per dimagrire		Gruppo			
		Obesi	Anoressici Inversi	Anoressiche	Total
Sì	Count	38	3	45	86
	% Row	44,20%	3,50%	52,30%	100,00%
	% Column	76,00%	6,00%	90,00%	57,30%
No	Count	12	47	5	64
	% Row	18,80%	73,40%	7,80%	100,00%
	% Column	24,00%	94,00%	10,00%	42,70%
Total	Count	50	50	50	150
	% Row	33,30%	33,30%	33,30%	100,00%

Tab. 8

Pearson Chi-Square	
Value	Asymp. Sig. (2-sided)
84,6	<0.0001

frequento o ho frequentato la palestra per aumentare la massa muscolare		Gruppo			
		<i>Obesi</i>	<i>Anoressici Inversi</i>	<i>Anoressiche</i>	<i>Total</i>
<i>Si</i>	Count	5	48	4	57
	% Row	8,80%	84,20%	7,00%	100,00%
	% Column	10,00%	96,00%	8,00%	38,00%
<i>No</i>	Count	45	2	46	93
	% Row	48,40%	2,20%	49,50%	100,00%
	% Column	90,00%	4,00%	92,00%	62,00%
<i>Total</i>	Count	50	50	50	150
	% Row	33,30%	33,30%	33,30%	100,00%

Tab. 9

Pearson Chi-Square	
Value	Asymp. Sig. (2-sided)
78,09	<0.0001

frequento o ho frequentato la palestra per definire la muscolatura		Gruppo			
		<i>Obesi</i>	<i>Anoressici Inversi</i>	<i>Anoressiche</i>	<i>Total</i>
<i>Si</i>	Count	9	41	4	54
	% Row	16,70%	75,90%	7,40%	100,00%
	% Column	18,00%	82,00%	8,00%	36,00%
<i>No</i>	Count	41	9	46	96
	% Row	42,70%	9,40%	47,90%	100,00%
	% Column	82,00%	18,00%	92,00%	64,00%
<i>Total</i>	Count	50	50	50	150
	% Row	33,30%	33,30%	33,30%	100,00%

Tab. 10

Pearson Chi-Square	
Value	Asymp. Sig. (2-sided)
51,06	<0.0001

Tabelle EDI 2

Allegato H

	Obesi				
	Mean	Std. Dev.	25th Percentile	Median	75th Percentile
Impulso alla magrezza	10,42	5,288	6	10,5	14,25
Bulimia	4,96	3,917309	2	4,5	7,25
Insoddisfazione per il corpo	17,26	6,35292	13,75	17,5	23
Inadeguatezza	6	5,158706	2	5	10
Perfezionismo	3,68	3,454899	0,75	3	6
Sfiducia interpersonale	5,28	4,184715	1,75	4	8,25
Consapevolezza enterocettiva	7,18	6,690505	2	5	10
Paura della maturità	6,08	5,217083	2,75	5	8,25
Ascetismo	5,22	5,096177	1	4	9
Impulsività	4,36	4,822397	0	3	6
Insicurezza sociale	5,1	4,195479	2	4	8,25

Tab. 11

	Anoressici Inversi				
	Mean	Std. Dev.	25th Percentile	Median	75th Percentile
Impulso alla magrezza	13,06	6,832	7	16	19
Bulimia	1,8	2,695423	0	0,5	2,25
Insoddisfazione per il corpo	13,08	8,991697	5,75	12	19,75
Inadeguatezza	13,04	9,695276	4	9	21,25
Perfezionismo	8,82	5,794755	4	8,5	14,25
Sfiducia interpersonale	3,66	3,956962	1	3	5,25
Consapevolezza enterocettiva	11,04	9,389443	1,75	8,5	19,25
Paura della maturità	8,52	6,468889	3	7	11
Ascetismo	9,02	7,352606	3	7	11,75
Impulsività	4,76	5,093253	1	3	7,25
Insicurezza sociale	4,1	2,815772	1,75	4	6

Tab. 12

	Anoressiche				
	Mean	Std. Dev.	25th Percentile	Median	75th Percentile
Impulso alla magrezza	14,04	5,962	9	16	19
Bulimia	4,1	3,934411	1	2,5	7,25
Insoddisfazione per il corpo	15,08	8,556749	7	17,5	22,25
Inadeguatezza	12,34	7,388933	7,75	10,5	18,25
Perfezionismo	10,26	3,635483	8	9	13,25
Sfiducia interpersonale	4,58	4,61183	1	3	8
Consapevolezza enterocettiva	11,34	7,828806	5	9	17,25
Paura della maturità	10,32	6,172487	6	9,5	15
Ascetismo	10,08	4,203206	8	9	12
Impulsività	6,64	4,317785	3,75	7	9
Insicurezza sociale	6,46	5,518836	1	5	9,25

Tab. 13

	Kruskall Wallis p Value	M-W Pairwise comparisons (Bonferroni Corrected)		
		Obesi v.s Anoressici Inversi	Obesi Vs. Anoressici	Anoressici Inversi vs. Anoressici
Impulso alla magrezza	0,004	0,070872	<u>0,003498</u>	1
Bulimia	0,000007	<u>0,000006</u>	0,532596	<u>0,002517</u>
Insoddisfazione per il corpo	0,074888			
Inadeguatezza	0,000039	<u>0,001791</u>	<u>0,000042</u>	1
Perfezionismo	<0.00001	<u>0,000018</u>	<u><0.00001</u>	0,447114
Sfiducia interpersonale	0,10586			
Consapevolezza enterocettiva	0,022412	0,243171	<u>0,012729</u>	1
Paura della maturità	0,000889	0,109386	<u>0,000816</u>	0,193716
Ascetismo	0,000008	<u>0,016797</u>	<u>0,000006</u>	0,058572
Impulsività	0,007044	1	<u>0,010944</u>	<u>0,040065</u>
Insicurezza sociale	0,214164			

Tab. 14

Indice di correlazione di Spearman tra la variabile socio demografica età e sottoscale dell'EDI 2

	Età	
Impulso alla magrezza	Spearman rho	-0,086
	Sig. (2-code)	0,143
Bulimia	Spearman rho	0,044
	Sig. (2-code)	0,463
Insoddisfazione per il corpo	Spearman rho	0,042
	Sig. (2-code)	0,47
Inadeguatezza	Spearman rho	-0,065
	Sig. (2-code)	0,26
Perfezionismo	Spearman rho	-0,281
	Sig. (2-code)	<0.001
Sfiducia interpersonale	Spearman rho	0,033
	Sig. (2-code)	0,576
Consapevolezza enterocettiva	Spearman rho	-0,061
	Sig. (2-code)	0,291
Paura della maturità	Spearman rho	-0,127
	Sig. (2-code)	0,03
Ascetismo	Spearman rho	-0,143
	Sig. (2-code)	0,015
Impulsività	Spearman rho	-0,099
	Sig. (2-code)	0,094
Insicurezza sociale	Spearman rho	-0,033
	Sig. (2-code)	0,576

Tab. 15

	Obesi				
	Mean	Std. Dev.	25th Percentile	Median	75th Percentile
Indice globale di gravità	2,244	1,136669	1,1925	2,15	3,05
fobia del peso	2,731	1,151613	1,85625	2,5	3,525
preoccupazioni per l'immagine del corpo	2,756	1,175283	2	2,65	3,5
condotte di evitamento	1,9434	1,53118	0,6	1,6	3,275
controlli compulsivi della propria immagine	1,632	1,17342	0,8	1,4	2,25
depersonalizzazione	1,6756	1,310655	0,5	1,3	2,7

Tab. 16

	Anoressici Inversi				
	Mean	Std. Dev.	25th Percentile	Median	75th Percentile
Indice globale di gravità	1,6556	0,648002	1,2225	1,76	2,125
fobia del peso	2,1016	1,11274	1,26	2	2,9025
preoccupazioni per l'immagine del corpo	1,72	0,837491	1	1,735	2,24
condotte di evitamento	1,8638	1,199537	0,83	2,08	2,7025
controlli compulsivi della propria immagine	1,754	1,221777	0,6	1,7	2,8
depersonalizzazione	0,5722	0,49622	0,16	0,5	0,83

Tab. 17

	Anoressiche				
	Mean	Std. Dev.	25th Percentile	Median	75th Percentile
Indice globale di gravità	2,9128	0,156545	2,815	2,9	3,0275
fobia del peso	3,1066	0,393102	2,8	3,1	3,3
preoccupazioni per l'immagine del corpo	2,488	0,290418	2,3	2,5	2,625
condotte di evitamento	2,6088	0,454244	2,3	2,6	3
controlli compulsivi della propria immagine	3,448	0,465214	3,15	3,4	3,8
depersonalizzazione	3,0896	0,528289	2,6	3	3,5

Tab. 18

	M-W Pairwise comparisons (Bonferroni Corrected)			
	Kruskall Wallis p Value	Obesi v.s Anoresici Inversi	Obesi Vs. Anoressici	Anoressici Inversi vs. Anoressici
Indice globale di gravità	<0.00001	<u>0,040305</u>	<u>0,00027</u>	<u><0.00001</u>
fobia del peso	0,000004	<u>0,024975</u>	0,130347	<u><0.00001</u>
preoccupazioni per l'immagine del corpo	<0.00001	<u>0,000039</u>	1	<0.0001
condotte di evitamento	0,000565	1	<u>0,004056</u>	<u>0,001446</u>
controlli compulsivi della propria immagine	<0.00001	1	<u><0.00001</u>	<u><0.00001</u>
depersonalizzazione	<0.00001	<u>0,000036</u>	<u><0.00001</u>	<u><0.00001</u>

Tab. 19

Indice di correlazione di Spearman tra la variabile socio demografica età e sottoscale del BUT

	Età	
Indice globale di gravità	Spearman rho	<u>-0,231</u>
	Sig. (2-code)	<0,001
fobia del peso	Spearman rho	<u>-0,168</u>
	Sig. (2-code)	0,003
preoccupazioni per l'immagine del corpo	Spearman rho	-0,095
	Sig. (2-code)	0,099
condotte di evitamento	Spearman rho	-0,1
	Sig. (2-code)	0,083
controlli compulsivi della propria immagine	Spearman rho	<u>-0,278</u>
	Sig. (2-code)	<0,001
depersonalizzazione	Spearman rho	<u>-0,248</u>
	Sig. (2-code)	<0,001

Tab. 20

Tabella BEM

Allegato L

tipologia sessuale		Obesi	Anoressici Inversi	Anoressiche
Indifferenziato	Count	26	12	29
	%	52,00%	24,00%	58,00%
Maschile	Count	3	9	2
	%	6,00%	18,00%	4,00%
Femminile	Count	14	4	8
	%	28,00%	8,00%	16,00%
Androgino	Count	7	25	11
	%	14,00%	50,00%	22,00%

Tab. 21