



SCOMPARIRE
PER ESSERE:
DESIDERIO DI
AFFETTO
NELL'ISTERIA
MELANCONICA



Indice

1.Introduzione

2.1.Visione generale

2.2.Come si presenta la malattia

2.3.I diversi stadi della malattia

2.4.Anoressia: amica o nemica?

2.5.La dismorfofobia

2.6.L'autolesionismo nell'anoressia nervosa.

2.7.Un controllo instancabile...

3.Il mio “incontro” con Freud

4.L'Isterica e il conflitto sessuale

5.Un po' di storia dell'anoressia

6.L'Anoressica e il desiderio

7.Le versioni non sessuali dell'incesto

8.Conclusione

1.Introduzione

Eccomi alla fine di un percorso lungo 5 anni. Un percorso lungo, con molti ostacoli, qualche delusione e alcune soddisfazioni. Un periodo, quello da liceale, che mi ha fatto crescere, maturare e cambiare, che mi ha portato a essere quella che sono oggi, una ragazza cosciente dei suoi limiti, ma anche delle sue capacità. che sa ciò che vuole e cerca di ottenerlo.

Sono dunque giunta all'ultimo ostacolo: l'esame orale che coronerà il mio cammino di maturità.

Una **maturità** che vorrei andasse oltre al carattere culturale, intellettuale e scolastico di mero diploma di licenza superiore. Vorrei dimostrare di aver acquisito altro nel primo ventennio della mia esistenza: una saggezza, un equilibrio e una consapevolezza che solo alcune esperienze ti possono dare, solo un modo serio e accorto di affrontare taluni impedimenti e complicazioni.

Vorrei chiarire di non ritenermi un'ingenua sognatrice o una superba vanitosa a cercare tale maturazione, giacché io non asserisco di ambire alla perfetta e piena saggezza e ponderatezza. Mi rendo conto che il cammino da fare è ancora lungo, che sono all'inizio e che devo ulteriormente migliorare, dal momento che non si finisce mai di arricchirsi e ottimizzarsi. L'unica mia certezza è di non essere rimasta indietro o di aver perso per strada quei valori e quelle qualità senza le quali il mio percorso non potrebbe progredire, rimanendo in un punto di stallo.

Come fare a dimostrare questa maturità effettiva e concreta a voi che vaglierete il mio lavoro, ma anche a me stessa, da sempre giudice severo della mia persona??

Ebbene è stato difficile trovare la risposta a questo mio interrogativo.

Interrogandomi sulla tematica della mia fantomatica tesina, dapprima volsi lo sguardo alle mie spalle, cercando un episodio, un'avventura, una passione che valesse la pena raccontare, da esporre esprimendo e cercando nella mia consapevolezza tale maturità che bramo rivelare.

Tante idee mi venivano in testa ma nessuna che mi convincesse abbastanza.

In realtà la mia risposta io la possedevo già nella mia coscienza ma avevo paura di tirarla fuori, di rivelarla dapprima a me medesima.

Una serie di elementi (situazioni, individui, "ricordi"??) mi ha portato qualche anno fa ad ammalarmi di quella malattia che si caratterizza per essere emblematica della società moderna: l'**Anoressia**.

All'inizio era difficile ammetterlo, riconoscere di essere malata, di avere un problema che andava oltre ad atteggiamenti ritenuti inopportuni, bizzarri, irragionevoli dalle persone che mi circondavano. Io ritenevo di stare bene, di non avere nulla di squilibrato o sintomatico, non mi rendevo conto di ciò che stava succedendo dentro e fuori di me. Ma con l'andare del tempo, il peggiorare della situazione e la crisi finale le cose cambiarono. Così, fu attraverso un lungo cammino di autocoscienza che alla vergogna subentrò la consapevolezza del fatto di non essere pazza, come qualcuno pensava, ma di essere affetta da un male ancora per certi versi oscuro, perché caratteristico della persona che si trova a viverlo. Ciò che non è mai cambiato però è stata la mia reticenza a parlare di quello che è stato un periodo difficile, cercando di nascondere più o meno evidentemente ogni cosa potesse far pensare o supporre un passato che ritenevo losco, della quale vergognarmi. Pensare che la stessa parola "Anoressia" mi faceva paura, destava in me un senso di ansia, preoccupazione, ricordi indelebili che porterò sempre con me e che mi hanno fatto crescere. Beh, io credo che la mia "maturità" stia anche nell'accettare tutto quello che è passato, tutte le decisioni compiute in una situazione in bilico tra coscienza e incoscienza.

L'accettazione di sé deve venire da dentro, deve scaturire da una presa di coscienza di quello che sono i propri limiti e le proprie difficoltà. Spesso è difficile esprimere i propri dubbi, le proprie angosce, comunicare le proprie difficoltà, talvolta si tenta di farlo, ma si finisce per non essere ascoltati o per non essere capiti. Allora si cercano strade diverse per "apparire", per rendere visibile a tutti il proprio malessere, il proprio "essere" malato e corrotto da una società esteta e perversa.

Nel mondo della cultura occidentale “essere magri”, belli, ricchi e famosi è un obiettivo da perseguire e mantenere anche a costo di immani sacrifici. L’anoressia e la bulimia nervosa nascono e si moltiplicano in un sostrato socio-culturale di questo tipo. Infatti tali disturbi sono praticamente sconosciuti nelle nazioni in cui la magrezza non è considerata un valore, ma sono diventate una sorta di epidemia nei nostri paesi, dove spesso rappresentano la soluzione più comune e diffusa per una varietà di fattori stressanti sia intrapsichici, sia familiari ed ambientali.

Spero con il mio lavoro di riuscire a spiegare come si perviene a tale disturbo, come il ruolo della famiglia, della società, del mondo circostante sia determinante nella psiche dell’individuo.

Talvolta presi da sé, dalla propria persona, dal proprio egocentrismo si dimentica che ogni giorno entriamo in relazione con delle persone che, come noi, soffrono, si angosciano, lavorano, hanno problemi e preoccupazioni. Troppo spesso questo viene messo in secondo piano e la tendenza è quella di comportarsi senza tenere presente questo modo di vedere il mondo, un mondo abitato ormai più da maschere che da persone con un proprio carattere, un proprio modo di fare. Il tentare di nascondere la propria essenza, la propria vera personalità è destinato a sfociare in qualcosa di molto peggio che l’innocuo essere se stessi.

A mio parere prima o poi la maschera è destinata a cadere ed è a quel punto che bisogna fare i conti con le proprie pulsioni, i propri veri sentimenti. Ora che sono riuscita a trovare un equilibrio con me stessa riesco a vedere il mondo con occhi diversi. La nostra è una società con molti errori, la domanda quindi che dobbiamo porci è se a essere sbagliati siamo noi o lei con i suoi meccanismi equivoci e maniacali. E’ così che bisogna imparare a convivere con una serie di circostanze e meccanismi difficili da interpretare, da accettare, da superare: la società come il vicino di casa fastidioso, l’amico con un commento offensivo, l’insegnante che non riconosce il tuo lavoro, il genitore che chiede la perfezione e non si accontenta dell’essenza del figlio, cercando un apparire che prima o poi è destinato a soccombere.

In una società ideale il valore di una persona, inteso come stima e rispetto, si attribuisce in base al suo operato: alla sua capacità di creare lavoro o alla sua diligenza nello svolgerlo, all’onestà e all’operosità, alla capacità di crescere una famiglia e dei figli in modo giusto e con sani principi, alla serietà di non tradire la fiducia di cui si gode.

Paragonando questa idea alla realtà, si nota che al giorno d’oggi siamo quanto mai distanti da una società ideale di questo tipo, e purtroppo sembrano non contare più i valori autentici come l’onestà e la laboriosità, non conta più nemmeno la bontà d’animo o la diligenza: contano solo i beni materiali e l’apparenza.

Per quanto i giornali e la televisione colleghino strettamente l’anoressia con i nuovi canoni di bellezza femminile dettati dalle passerelle, la realtà è diversa. C’è un enorme differenza tra una persona anoressica e una che decide di mettersi a dieta e dimagrire un po’ senza rischiare la salute, e la vita, per accettarsi esteticamente. Dietro a una persona malata, al di là di un corpo scheletrico e ridotto al limite della sopravvivenza c’è ben altro. Anche se, bisogna ammettere che la pressione psicologica esercitata dai media su giovani e immature ragazzine in fase di crescita ha il suo rilievo, non nell’insorgenza del disturbo ma nel modo di manifestarlo.

Ancora molti punti interrogativi, molta ignoranza aleggia su tale sindrome, soprattutto nella società popolana e grezza che ritiene ancora che chi non si nutre e non si comporta “normalmente” sia un insano di mente, un pazzo, un folle o peggio un’egoista o un’individualista. E’ questa la concezione, la visione errata che vorrei combattere, dimostrare che se uno si ammala non è per futili motivi riguardanti il peso, la bilancia, l’apparenza. Il succo, la radice del problema va cercata altrove, nell’infanzia, nelle situazioni, nelle esperienze, nei rapporti con gli altri e con se stessi. Vorrei appurare che oltre a un corpo ritenuto brutto e deforme, l’anoressico non concepisce, non accetta la sua **anima**, il suo essere che viene ritenuto sporco e osceno. Cambiandolo egli pensa di trasformare, di migliorare la sua persona o peggio, di rimuoverla completamente con l’auto-eliminazione.

L'anoressico non è egoista, anzi, proprio perché attribuisce molta importanza agli altri, al giudizio che le persone che lo circondano danno di lui che si ammala e cerca di trasformarsi o di sopprimersi.

Scompare per conquistare quella fetta di attenzione agli occhi degli altri di cui ci si sente privati. **Scompare per apparire**, insomma, questa è una delle tante ambivalenze caratteristiche di tale **mal d'amore**.

Sotto il profilo psicologico l'anoressia può essere definita come una lotta d'amore con se stessi e con gli altri. E' **un rifiuto di ogni nutrimento**: non solo cibo, ma anche affetto, amore. E' il desiderio di scomparire come ultima forma di comunicazione ritenuta possibile. Chi soffre di anoressia punta alla magrezza eccessiva perché punta ad un modello di bellezza stereotipata, irraggiungibile, da amare e odiare contemporaneamente. Non è per niente vero che chi soffre di anoressia non ha fame, semplicemente per esercitare il controllo estremo su se stesso rifiuta qualcosa che desidera. L'ammalato odia a tal punto se stesso che pensa di non meritarsi una vita felice, tranquilla... una vita normale. L'anoressico rifiuta il cibo perché ha una così bassa considerazione di sé che pensa di non essere degno di alimentarsi. Ma a questo punto la mia domanda è: in che modo un individuo può arrivare a un tale livello di insicurezza e di mancanza di autostima?

Alla base dell'anoressia c'è sempre una situazione di profonda infelicità, di depressione, di privazione affettiva. In famiglia spesso c'è una madre troppo assente oppure, al contrario, troppo presente ossessivamente. Oppure un padre defilato dalla vita familiare. Ma non è solo l'ambiente familiare da ritenersi responsabile, ogni luogo di vita associata, con i relativi rapporti interpersonali che si vengono a creare, può essere una potenziale causa di comparsa del disturbo.

Vorrei essere portavoce del fatto che di anoressia si può guarire clinicamente e che le armi da "tirar fuori" per combattere la malattia sono l'accettazione del fatto che la vita ha diverse valenze, non solo il modello assoluto di bellezza, e che le persone che sbagliano e ci fanno soffrire sono umane. E poi va percorsa una strada affettivo-relazionale al fianco della propria famiglia per guarire quello che è sostanzialmente una grande mancanza d'affetto. La famiglia deve sapere che non c'è nulla di che vergognarsi nell'aver una figlia che soffre di anoressia. E deve anche sapere che più tardi decide di uscire allo scoperto e più difficile diventa curare la malattia. Anche per l'anoressico è difficile accettare la sua malattia, rivelare e ammettere i suoi limiti. Si ha paura di deludere le aspettative della famiglia, degli amici, delle persone che durante la vita quotidiana ti circondano. Bisogna capire che l'**anoressico non cerca la malattia**, sebbene possa sembrare un disturbo che uno si cerca e si crea da solo non è mai così. L'anoressia è una malattia come le altre che per essere curata ha bisogno di vere e proprie terapie, difficili e dolorose.

Il messaggio che vorrei mandare verso le persone che si stanno avvicinando a questo vortice di disperazione è di stare attente, di chiedere aiuto il più in fretta possibile. Infatti più la malattia perdura nel tempo più certi meccanismi perversi si radicalizzano e diventano difficili da curare. Ci vuole una buona dose di volontà affiancata a terapie efficaci e medici specializzati per superare la malattia. Servirebbe più **informazione** e bisognerebbe dare più importanza all'aspetto psicologico-affettivo dell'adolescente in fase di crescita. La scuola, la famiglia, la televisione dovrebbero farsi portavoce del fatto che esistono modi diversi di affrontare le situazioni e di risolverle. Quella che può sembrare una tattica efficace si rivelerà dannosa per il corpo e per la mente.

Importante è dunque diventato il fatto che nella nostra società tutto pare fatto per apparire e quello che appare è destinato ad essere visto, sentito, gustato, odorato. L'uomo sembra essere il centro di questa rappresentazione; egli è il primo spettatore e l'interprete principale: è la sintesi per cui Essere e Apparire coincidono.

L'uomo ha per sua natura e costituzione il bisogno di conferme d'esistenza, dato dal **vedere** e dal **essere visti**. Apparire quindi significa parere agli altri e questo significa avere o cercare spettatori:

esibirsi, mostrarsi, recitare, essere individuati e percepiti e così essere accettati, ammessi, legittimati al bisogno d'amore e al suo appagamento. Così inizia quel lungo percorso doloroso del travestimento per la recita di un copione e di un apparire che questo comporta.

In fondo esiste una analogia tra il ruolo del malato mentale e quello dell'attore di teatro: tutti e due assumono un ruolo per essere riconosciuti e amati dagli altri. I **ruoli** diventano strumenti che coprono e mascherano con una soddisfazione narcisistica.

Tutto è surrogato a una **ricerca d'amore**. Cercare di essere amati e accettati ci condiziona molto. L'antinomia tra avere e essere trova conferma nei fondamentali bisogni psicologici dell'uomo: il bisogno di stimoli e il bisogno di riconoscimento. Questi due bisogni si possono riassumere come **bisogno di conferma d'esistenza**. Abbiamo bisogno che qualcuno ci dica che viviamo, ce lo dimostri e confermi. Da qui la necessità della struttura sociale che ci garantisce, attraverso le sue relazioni, il soddisfacimento dei bisogni.

Ebbene è questo bisogno di riconoscimento di esistenza che se viene a mancare può portare a squilibri nell'individuo. Secondo la mia esperienza se alcune esigenze primarie e affettive dell'uomo vengono a mancare si instaurano disagi che finiscono per rivelarsi nella vita quotidiana, con manifestazioni più o meno esplicite, come i disturbi dell'alimentazione.

Nonostante molto si sia detto sui disturbi dell'alimentazione, alcune questioni di fondo rimangono controverse. Ancora attualmente i numerosi tentativi d'inquadramento di queste patologie si possono riassumere in due precisi orientamenti: da una parte, la tendenza ad unificare i sintomi e i comportamenti all'interno di un **quadro psicopatologico originale e specifico** e dall'altra, quella di ricondurli a strutture differenti, di tipo nevrotico, borderline, perverso o psicotico. Del resto l'anoressia è stata avvicinata ora alla **nevrosi isterica** (da Charcot, da Freud, che prenderò approfonditamente in esame), ora alle forme psicoasteniche ossessive, ora alle psicosi schizofreniche e alla depressione endogena.

L'anoressia è un problema della nostra società moderna o è sempre esistita sotto mentite spoglie? Quanta influenza hanno i traumi subiti nell'infanzia nello sviluppo di un comportamento anoressico o bulimico?

Se cibarsi equivale a vivere, l'inedia presuppone la fine della vita, la morte. Ma una morte lenta, estenuante, lontana dal nostro modo di pensare, dal nostro vivere frenetico. **Perché questa scelta di morte, se di scelta si può parlare?**

Dalla mia esperienza ho capito che non c'è mai una sola causa per l'insorgenza del disturbo, ma una somma, una serie di elementi che uno sull'altro costruiscono un castello di incertezze, angosce e disperazione.

Ipotizzando che all'origine dei disturbi alimentari vi possa essere un **“trauma” infantile** (sessuale o psicologico), la mia ricerca si soffermerà sul significato che l'evento ha per il singolo, sull'elaborazione che egli ne fa, e sulle sue conseguenze.

Cos'è l'anoressia?

*“Ma il risvegliato e il sapiente dice:
corpo io sono in tutto e per tutto, e null’altro;
e anima non è altro che una parola per indicare
qualcosa del corpo.”*

Nietzsche, “Così parlò Zarathustra”

Negli ultimi decenni del secolo scorso i disturbi del comportamento alimentare hanno presentato un tale incremento di incidenza nella popolazione da parlare di epidemia sociale. La ragione di tale aumento sarebbe, secondo un’opinione largamente condivisa, nelle profonde trasformazioni socio-culturali che hanno interessato le società occidentali. L’epidemiologia dà una rappresentazione dei disturbi alimentari come il primo fenomeno di malattia globalizzata che si espande a macchia d’olio in concomitanza al diffondersi di modelli culturali e stili di vita fondati sulla cultura del corpo. **Ma l’attenzione estrema all’immagine corporea, il culto della magrezza non sono la “causa” dei disturbi alimentari.** La loro funzione sembra soprattutto quella di suggerire la strada attraverso la quale un malessere profondo, grave, strutturale si esprime e cerca una sua risoluzione. I tanti pazienti con disturbi alimentari probabilmente rappresentano una popolazione di individui vulnerabili che in altri tempi avrebbe sviluppato forme diverse di patologia nevrotica, depressiva, ansiosa, isterica. I disturbi dell’alimentazione sono, come l’isteria agli inizi del secolo scorso, **malattie che esprimono il disagio femminile** attraverso un vocabolario altamente condizionato dal contesto culturale.

Il termine anoressia (dal greco anoreksia, composto dal prefisso negativo “an” e dalla radice del verbo “orekteo” = ho appetito) sembra essere inadeguato, infatti, la maggior parte dei soggetti affetti da tale patologia sperimenta in realtà una fame molto intensa.

Il ruolo dell’ideale di bellezza incentrato sulla magrezza estrema nella diffusione dei disturbi del comportamento alimentare è evidente se si pensa che negli ultimi quaranta anni gli ideali di bellezza proposti siano passati da valori normali (indice di massa corporea, IMC, 18,5-24,9) a valori patologici (IMC 16-17): per la prima volta nella storia dell’umanità **l’ideale di bellezza è stato disgiunto da quello di salute.**

Considerare un **corpo denutrito e androgino** come testimonianza visibile della propria autorealizzazione ha un ruolo importante nella genesi dei disturbi del comportamento alimentare; i disagi psicologici che attraversano la persona malata, le difficoltà di comunicazione con la famiglia e le fragilità personali sono tutti fattori che da soli non spiegano il diffondersi epidemico di queste malattie. I detentori del potere massmediatico e i produttori di moda per teenager stanno proponendo, soprattutto alle giovani donne, un percorso di autorealizzazione impossibile: per essere belle, accettate e vincenti bisogna essere non solo sempre più magre, ma anche sempre più omologate a dei modelli estetici stabiliti in modo artificiale.

Scegliere sempre e comunque modelli di bellezza irraggiungibili, presentare in tutte le riviste donne altissime e magrissime, significa omologare la figura femminile a **modelli che non sono raggiungibili ai più**, generando frustrazioni più o meno gestibili, più o meno accettabili a seconda dell’equilibrio della singola persona.

Dunque, l’anoressia, come l’isteria, è un disturbo tipicamente femminile, e perciò correlato con la condizione della donna nella società e la rappresentazione di essa che tale società promuove. In particolare il forte **senso di inadeguatezza e disvalore** che percorre il vissuto delle ragazze anoressiche lo ritroviamo in tutta la storia dell’umanità guardata al femminile.

Attraverso il rifiuto del cibo, il rigido controllo del peso, e altri comportamenti sintomatici si trasforma il senso di passività in qualcosa di attivo, dando un contenuto concreto e ben definito al profondo malessere che finalmente si sente di poter dominare e controllare. Essendo quello sul

proprio corpo l'unico potere che l'anoressica sente di avere, non le è possibile rinunciarvi, paradossalmente **la malattia che l'uccide è ciò che le permette di sentirsi viva e di conquistare un senso di individualità ed efficacia nei confronti del mondo**. Il controllo sulla fame e sul corpo diventa così un'esperienza esaltante ed inebriante che si amplifica e potenzia col conseguente controllo che la ragazza sente di esercitare sulla propria famiglia tramite i suoi comportamenti alimentari.

Quasi tutte le teorie relative all'origine dell'anoressia nervosa si sono focalizzate sulla coppia **madre-figlia**, poiché è all'interno di tale relazione che incomincia a prendere forma il sé di ogni individuo. Spesso le madri delle ragazze anoressiche hanno dentro di sé profonde problematiche depressive non risolte, che derivano dalla loro storia infantile e matrimoniale, e che interferiscono pesantemente nel loro rapporto con la figlia. Spesso la madre si prende cura della figlia più in funzione dei propri bisogni che di quelli della figlia, che perciò non può sviluppare un sano senso di sé, ma si vive come un'estensione della madre e non acquisisce alcun senso di autonomia. Generalmente le future anoressiche sono state "**brave bambine**", desiderose di compiacere i genitori, che improvvisamente con l'adolescenza e l'esplosione dell'anoressia diventano ribelli e testarde come se questa fosse l'ultima possibilità che hanno per affermare in qualche modo il proprio vero sé, separarsi dalla madre, o reagire all'invischiamento spesso presente nelle loro famiglie.

L'anoressico cerca, dunque, di **apparire per essere**, per diventare qualcuno. Quello che è certo è che l'ambiente, la circostanza storica e fisica in cui il singolo si trova a consumare la propria esistenza è importante. Il consumismo dilagante, il prestigio e l'autorevolezza del corpo, dell'aspetto, dell'esteriorità e della moda giocano un ruolo importante, ma solo insieme a un'elevata dose di problematiche interne. Voglio dire che l'insorgenza del male deve essere inevitabilmente accompagnata da mancanza di autostima, vale a dire scarso concetto di sé, relazioni interpersonali non soddisfacenti o opprimenti, soprattutto in famiglie che tendono all'inseguimento di un'affermazione sociale importante, di una perfezione nei figli che gli stessi non sono riusciti a raggiungere e ottenere. Insomma la ricerca di elevati livelli di perfezionismo e l'estrema paura d'ingrassare non derivano da ricerche egoistiche e puramente estetiche-individuali ma da qualcosa di molto profondo, una radice malata e sofferente che, come dire, si spinge in superficie ad urlare, ad esprimere il suo dolore, il suo bisogno di comunicare anni di repressioni, di parole non dette, di commenti inopportuni interiorizzati e taciuti, di conflitti non superati e dolorosi.

2.1. Visione generale

Si può dire che esistono tante forme di anoressia quante sono le pazienti. Secondo il DSM IV, il manuale Diagnostico e Statistico per i disturbi mentali, riconosciuto a livello internazionale per la classificazione delle malattie mentali, si possono individuare dei criteri comuni essenziali per poter asserire che si tratta di anoressia nervosa.

1. Rifiuto di mantenere un peso normale generalmente al di sotto dell'85% rispetto a quello previsto in rapporto all'altezza e all'età, in modo volontario e con notevoli sforzi da parte del soggetto.
2. Paura di aumentare il peso e perdere il controllo, anche se si è al di sotto dei valori normali, a tal punto che anche un aumento di pochi etti può provocare disagio e angoscia.
3. Non viene ammessa nessuna preoccupazione per il sottopeso. La forma del corpo, la distribuzione del grasso diventano la fonte primaria del loro stato di inquietudine, sino al punto che tutta l'esistenza e il comportamento del soggetto ne vengono pesantemente influenzati. Per cui l'umore, l'autostima dipendono direttamente dal peso.
4. Assenza di almeno 3 cicli mestruali consecutivi (amenorrea) dovuti fisiologicamente al sottopeso.

Inoltre si distinguono due sottotipi essenziali di anoressia.

Anoressia di tipo restrittivo

È la forma classica in cui la ragazza o il ragazzo, ponendosi come obiettivo principale quello di mangiare il meno possibile, mette in atto comportamenti di tipo restrittivo, cioè:

- elimina via via sempre più alimenti,
- salta i pasti,
- pratica attività fisica in eccesso col preciso scopo di bruciare calorie.

Tutto questo per mantenere il sottopeso che è divenuto l'unico vero grande valore dell'esistenza.

Anoressia con abbuffate e condotte eliminatorie (vedi bulimia)

La giovane si abbuffa di cibo, ma poi lo elimina volontariamente con vomito autoindotto e uso eccessivo di lassativi e diuretici nel tentativo di controllare il proprio peso.

Come si può comprendere, **ogni azione, ogni pensiero di un'anoressica sono dovuti al contrasto tra l'impulso fisiologico ad aumentare di peso e il desiderio di essere magre** o, per meglio dire, sottopeso.

Lo scontro tra un'esigenza naturale e il desiderio di controllarla non è semplice, e lo sforzo necessario per vincere questa battaglia quotidiana è così imponente che non lascia assolutamente tempo per dedicarsi ad altre cose. **Tutto quello che circonda la ragazza in questi momenti (i genitori, gli amici ecc.) passa in secondo piano**, assume un valore secondario e irrilevante. Non è facile entrare in questo mondo chiuso e ostinato, ed è vano ogni tentativo di portare alla ragione la giovane, di farle notare che ha un aspetto sofferente, scheletrico, che sta rischiando la vita. Ne sanno qualcosa i familiari coinvolti in questa malattia, che si vedono impotenti a modificare pur di pochissimo l'atteggiamento della figlia. Per questo anche i genitori, i fratelli e tutti quelli che vivono da vicino la malattia subiscono spesso contraccolpi psicologici tali da arrivare alla disperazione e ammalarsi loro stessi, rendendo necessario talora un intervento psicologico parallelo alla famiglia.

Sembra ovvio chiedersi perché queste ragazze non si rendano conto della loro condizione.

Perché siano così ossessionate dal peso e dall'aspetto da mettere a repentaglio la loro stessa vita.

Non è facile rispondere a questa domanda, ma per capire bisogna **andare oltre l'apparenza**, iniziando a osservarle dentro. Infatti un esame superficiale può indurre gravi errori di interpretazione, inducendo a banalizzare il problema e a iniziare con le ragazze una sterile guerra condotta sul peso, sul corpo, sul cibo, che può provocare solo disperazione e senso di impotenza.

Così, se vogliamo comprendere l'anoressia, **dobbiamo intendere la sua manifestazione esteriore come una risposta a un profondo disagio interno**, che si estinguerà solo con la graduale modificazione dei meccanismi psicologici che lo causano.

2.2. Come si presenta la malattia

Tutto il comportamento dell'anoressica ruota attorno alla lotta quotidiana tra un bisogno fisiologico essenziale di nutrimento e un desiderio psicologico di magrezza estrema per affermare se stesse: **da quando si sveglia alla mattina, per tutto il giorno e anche di notte ha fame**, una fame che si fa sempre più intensa e irresistibile quanto più la ragazza si presenta emaciata.

La risposta a questo forte bisogno naturale - che si manifesta con continui pensieri al cibo e sogni a occhi aperti di dolciumi - deve essere altrettanto forte, eseguita con ossessività e dovizia di particolari, altrimenti la fame può avere il sopravvento.

2.3.I diversi stadi della malattia

Si possono distinguere diverse fasi dell'anoressia

Prima fase

Inizialmente le fatiche dovute alla restrizione alimentare vengono "rinforzate" (cioè elogiate e approvate) dai genitori, dai parenti e dagli amici, e ciò procura una grande gratificazione e soddisfazione personale, soprattutto se il disagio e la sofferenza di partenza erano considerevoli.

Lo stress e le fatiche della restrizione vengono sostituiti da un maggior senso di energia e da un generale stato di benessere.

Seconda fase

Quando termina lo stato di benessere dovuto alla perdita di peso, **la mente viene via via invasa da pensieri ossessivi riguardanti il cibo. Nasce così la paura di ingrassare e di perdere il controllo**, e in effetti il rischio di abbuffate esiste, e per questo in tale fase si accentuano i rituali ossessivi e le regole rigide elencati in precedenza. **L'umore diviene depresso, irritabile, ansioso**, e genitori e parenti che circondano la ragazza cominciano a criticarla con insistenza.

Terza fase

Si accentuano sempre più le emozioni negative; **vengono anche compromesse le funzioni delle attività mentali superiori** come la concentrazione, la memoria, la capacità di giudizio critico.

Quando la perdita di peso è particolarmente accentuata, l'iperattività viene incrementata.

Frequenti sono inoltre i **disturbi del sonno**.

Infine, nelle ragazze che vanno incontro alla morte, nei mesi che precedono questo tragico evento scompare l'ossessione per il cibo e compare un profondo stato di depressione e di astenia. A questo punto le capacità logiche e critiche sono a tal punto compromesse che la ragazza non si rende più conto di cosa sta succedendo, e solo se obbligata e fisicamente costretta a mangiare è possibile un recupero, pena la morte.

Dalla descrizione fatta si può comprendere come **man mano che il dimagrimento si fa più severo la mente viene invasa sempre più dalla paura di perdere il controllo e di ingrassare**. Questo pensiero diventa col tempo l'unica legge che governa la mente di queste ragazze, al punto che diventa impraticabile ogni tentativo di convincerle a un trattamento se non quando toccano il fondo. In effetti posso affermare che **solo nella fase iniziale la capacità di comprensione è intatta** e il pensiero orientato verso un forte desiderio di dimagrire, mentre **dalla seconda fase in poi la lucidità di ragionamento è compromessa**.

Questo fa capire che la motivazione al trattamento dovrebbe iniziare quanto prima, nella seconda fase almeno, altrimenti solo un forte processo di costrizione può far desistere una ragazza dal perseverare.

A questo punto mi sembra adatto delineare il **dualismo** che si viene a creare negli individui in cui l'anoressia prende il sopravvento. In effetti questo tipo di malattia è avvertita talvolta come una valvola di sfogo, una risoluzione più o meno discutibile alle proprie problematiche, e questo avviene soprattutto nella prima fase. Successivamente il dolore fisico e psicologico prende il sopravvento e ciò che poteva apparire "utile", buono e liberatorio si rivela come una forma più o meno conclamata di suicidio, di auto-distruzione.

2.4.ANORESSIA: AMICA O NEMICA ?

Può sembrare strano asserire **che l'anoressia possa anche essere utile**, vista l'importanza delle sue conseguenze. Eppure anche la condizione di malattia ha degli effetti positivi che gli studiosi definiscono come **"vantaggi secondari della malattia"**. Vediamo innanzitutto quali **vantaggi** può portare con sé tale malattia:

PROLUNGARE L'ETÀ D'ORO

In molti casi tale disturbo insorge in un periodo particolare della vita, proprio quando avviene una maturazione fisica, sessuale, psicologica e relazionale. Chi non è pronto a tutto questo può desiderare un ritorno all'infanzia, quando c'erano meno responsabilità, meno difficoltà e si aveva la guida, il sostegno e il conforto di una persona di riferimento (madre o padre) la cui presenza si attenua con la crescita. Rimanendo invece bambine, più fragili e vulnerabili, si attira inevitabilmente l'attenzione delle figure parentali, che mantengono e rinnovano la propria funzione di aiuto e di guida.

Ecco allora un primo vantaggio della malattia: prendere tempo ed evitare il confronto con le amiche, il rapporto con l'altro sesso, le decisioni, i conflitti interpersonali, le scelte professionali.

RICEVERE AFFETTO E AMORE

Se allarghiamo l'analisi al contesto familiare, l'anoressia attira significativamente l'attenzione dei genitori. Capita infatti che dopo l'esordio della malattia i genitori, magari prima distratti dai loro problemi, diventino all'improvviso attenti alle esigenze della ragazza e convogliano tutte le loro cure sulla figlia. Non solo, ma anche i parenti stretti, magari prima disattenti, cominciano a interessarsi al problema: vanno a trovarla più spesso, fanno regali, le parlano come non hanno fatto mai.

DIMINUIRE I CONFLITTI FAMILIARI

Altro effetto considerevole è quello sulla relazione di coppia tra i genitori. A volte l'anoressia impedisce che certi matrimoni si sfaldino, favorendo l'avvicinamento tra i coniugi proprio perché non lascia più spazio ai diverbi. Infatti pone un problema ben più grave e rischioso che mette in gioco la vita della figlia. Questo è molto gratificante per la ragazza, che può percepire l'utilità di mantenere il suo disturbo e in un certo senso sacrificarsi per il bene della famiglia.

In altri casi, in cui è in corso una separazione e la figlia accusa per questo un duro contraccolpo, attraverso la malattia può impedire l'evento. Difficilmente infatti una coppia si separa quando una figlia è nel pieno dell'anoressia.

ANNULLARE LE "EMOZIONI NEGATIVE"

L'ansia e la tristezza sono un malessere intenso e profondo: ebbene, entrare nell'anoressia significa spostare l'attenzione su qualcos'altro così intenso da far dimenticare i problemi e le emozioni negative tanto difficili da gestire. Dimagrire e pensare in ogni momento al cibo, al corpo, è un potente anestetico per soffocare le emozioni.

ATTIRARE L'ATTENZIONE DEGLI AMICI

Inizialmente dimagrire significa attirare l'attenzione e gli elogi degli amici e dei conoscenti, quando magari in precedenza si veniva ignorate o poco considerate. All'improvviso si scopre quindi che perdere peso può favorire i contatti sociali. Ciò purtroppo avviene solo nelle fasi iniziali della malattia, poi c'è il completo isolamento.

ESPRIMERE SE STESSE

Può accadere che diventino anoressiche ragazze che vivono in famiglie dove è difficile esternare le proprie idee e sostenere opinioni contrarie alle regole familiari. In questi casi la malattia è un mezzo per esprimere rabbia, opposizione, e affermare se stesse come individui indipendenti e autonomi. Certo il metodo è sbagliato, ma la rabbia viene espressa nel modo più drammatico e intenso: rifiutando il cibo.

MIGLIORARE LA VISIONE DI SE STESSE

Le ragazze malate hanno di sé un'immagine estremamente negativa, ritenendosi totalmente incapaci di affrontare il mondo. Porsi allora l'obiettivo ambizioso di controllare il proprio corpo attraverso una dieta restrittiva è una cosa molto gratificante, che da un senso di potenza e di forza: finalmente si sentono capaci di realizzare qualcosa, e ciò ha un potente effetto sull'autostima. Il guaio è che questo diventa col tempo l'unico e assoluto mezzo di gratificazione.

ENTRARE NEL MITO

I quotidiani, le riviste, i servizi televisivi oggi parlano sempre più del mistero dell'anoressia: si narra

di belle ragazze, magari di buona famiglia, che hanno raggiunto il successo e che poi hanno "scelto" di divenire anoressiche. La malattia ha acquisito così il fascino perverso e misterioso di malattia di moda, a cui più di una ragazza, ignara del suo vero significato, può aspirare per acquisire una propria identità personale.

È chiaro che non basta desiderare di essere anoressica per diventarlo davvero, **ma è comunque un gioco pericoloso.**

Chi riveste l'anoressia con un alone mitico deve infatti sapere **che viene il momento in cui la malattia non è più un'amica, ma diventa piuttosto il nemico principale.** Se solo per un'ora queste ragazze potessero entrare nella testa di un'anoressica, si renderebbero conto di quanta sofferenza, dolore, angoscia ci siano.

Dopo i primi tempi in cui si è al centro dell'attenzione:

- si osserva che le amiche di un tempo si allontanano sempre più e iniziano anche ad avere una propria vita autonoma: si sposano, hanno figli, lavorano;

- i genitori prima preoccupati, attenti, disponibili, col passare degli anni diventano esasperati, aggressivi, insopportabili;

- la scuola e l'attività lavorativa vengono abbandonate. Diminuiscono le forze fisiche e le capacità cognitive per svolgere qualsiasi attività.

ANORESSIA NEMICA MIA

Viene il giorno quindi in cui si rimane sempre più sole con la propria sofferenza, e a questo punto sorge il sospetto che forse la causa di tutto ciò è l'anoressia.

Purtroppo però, soprattutto se sono passati diversi anni dall'insorgenza, si incontrano molte difficoltà, perché nel corso del tempo si è diventate dipendenti da una lunga serie di **automatismi**. E quando una ragazza richiede spontaneamente l'intervento di un medico o di uno psicologo e desidera liberarsi dalla malattia, spera che esista una formula magica per risolvere i suoi guai, ma sfortunatamente non è così. Può dunque accadere che passi da un ricovero all'altro ottenendo miglioramenti parziali e scivolate repentine, per ritrovarsi di nuovo al punto di partenza. Al di là delle diverse forme di trattamento e di strategie che si possono usare, ritengo che per avviare queste ragazze verso la guarigione occorra un atto di **responsabilizzazione**. Sino a quando sono i genitori a desiderare gli interventi specialistici, sino a quando i ricoveri ospedalieri sono dettati soprattutto da circostanze esterne, le cose non cambiano molto. Un ingrediente fondamentale per la risoluzione del problema è la responsabilizzazione, cioè chiedersi in prima persona: **"Che cosa IO posso fare per combattere la mia malattia?"**.

2.5.LA DISMORFOFOBIA

Uno dei vissuti più angoscianti delle ragazze anoressiche o bulimiche, è legato ad una errata percezione del proprio corpo, che viene vissuto come sgradevole e perennemente inadeguato.

I disturbi del comportamento alimentare sono spesso associati alle DISMORFOFOBIE, anche se non è ancora chiaro il rapporto di causa-effetto tra i due fenomeni, ovvero non è chiaro se sia la dismorfobia a causare il disturbo del comportamento alimentare o viceversa.

COS'E' UNA DISMORFOFOBIA.

Il termine dismorfobia compare per la prima volta nel 1886 sul Bollettino dell'Accademia delle Scienze Mediche di Genova, per indicare *"una sensazione soggettiva di deformità o di difetto fisico, per la quale il paziente ritiene di essere notato dagli altri, nonostante il suo aspetto rientri nei limiti della norma"*.

La semplice insoddisfazione per il proprio aspetto, diviene patologica quando i pazienti dismorfobici ritengono che gli altri siano consapevoli della loro deformità fino al punto che l'ansia e la preoccupazione portano ad un disturbo della funzionalità sociale. L'intera vita del

paziente può essere sconvolta fino ad arrivare ad un isolamento sociale estremo e, in rari casi, a suicidi o tentati suicidi.

"La preoccupazione è così esclusivamente concentrata su un aspetto del corpo, vissuto come deformato, ripugnante, inaccettabile e ridicolo, che l'intera esistenza di un individuo è dominata da questa preoccupazione e nient'altro ha più significato". (Jahrreiss, Ipocondria della bellezza - 1930)

Dismorfofobie e disturbi dell'alimentazione:

I disturbi dell'alimentazione possono essere secondari alla dismorfofobia come conseguenza di un'alterata percezione del corpo. È possibile ipotizzare due diversi "percorsi" che associano l'anoressia nervosa al dismorfismo. Da un lato è infatti ragionevole pensare che l'anoressia sia una conseguenza del dismorfismo, come tentativo di controllare il proprio peso corporeo al fine di rendere il corpo adeguato al proprio ideale. Dall'altro lato è possibile ipotizzare il percorso diametralmente opposto, ovvero della dismorfofobia come conseguenza dell'anoressia. Oggi la dismorfofobia è comunque considerata un "criterio diagnostico" dell'anoressia nervosa.

Il vissuto emotivo delle dismorfofobie:

Il vissuto di una paziente anoressica affetta da dismorfofobia, è un'esperienza panica di spersonalizzazione ed irrealtà, che si concretizza nel vedere il proprio corpo mutare rapidamente aspetto, dilatandosi e restringendosi a vista d'occhio. Ciò può a volte giungere a livelli deliranti e provocare un terrore tale da sfociare persino in episodi di dissociazione con autolesionismo.

2.6.L'AUTOLESIONISMO NELL'ANORESSIA NERVOSA.

Un corpo odiato, vissuto come deforme, un corpo da distruggere, assottigliare, offendere, annullare; un corpo erroneamente percepito, che diviene il bersaglio di ogni insoddisfazione e senso di colpa.

Un corpo che diviene lo strumento di comunicazione di ogni sofferto disagio e di ogni paralizzante bisogno di attenzione, mai dichiarato, mai chiesto, ma sempre agognato nel silenzio.

Questo, ormai lo sappiamo, è il quotidiano tormento vissuto da ogni ragazza anoressica.

Non è purtroppo lungo il passo da qui all'**autolesionismo**, ed anzi è indispensabile far notare come spesso la prima costituisca un richiamo irresistibile per il secondo.

Ferire il proprio corpo significa agire, con cruenta volontà distruttiva, verso il raggiungimento dell'obiettivo primario, a volte persino compulsivo, dell'**autopunizione**.

Ferirsi è un modo per guarire un dolore con un altro dolore più forte. Un dolore dell'anima che viene affievolito da un dolore del corpo, che si ha la consapevolezza di poter gestire e controllare "manualmente", come se si trattasse, banalmente, di manipolare un termostato.

Il termostato delle emozioni, dei piaceri, di quei momenti di vita che rappresentano però, all'interno della dinamica della colpa, dei momenti di "debolezza", dei "peccati", dei "cedimenti" da compensare e ripagare a caro prezzo, fosse anche con la tortura fisica, con la pena corporale, pur di rimettersi in una posizione di credito con il mondo.

Un credito che si ha il bisogno di mantenere sempre "aperto", non per rivendicarlo in qualche momento, quanto per sentirsi, ancora una volta, "abbastanza buona" nei confronti di un mondo che ha fatto sempre sentire ogni ragazza anoressica "inadeguata" e, al limite, anche "cattiva".

2.7.UN CONTROLLO INSTANCABILE...

La parola "CONTROLLO" non dovrebbe mai sfuggire all'attenzione di chi voglia conoscere e comprendere meglio la natura del disturbo; essa costituisce infatti una importantissima chiave di lettura per la sua centralità nel quotidiano agito da ogni ragazza anoressica.

Vi è una sorta di "minimo comune denominatore" tra restrizioni alimentari, compensazioni eliminatorie ed autolesionismo, ovvero il CONTROLLO delle proprie pulsioni vitali, il CONTROLLO dell'aumento ponderale, il CONTROLLO della crescita delle dimensioni del corpo, il CONTROLLO delle sensazioni piacevoli che possono scaturire da un pasto o semplicemente da

un'emozione. Un controllo esercitato in modo totalizzante ed incessante, che spesso finisce con l'investire anche la sfera sessuale; non è infatti raro che l'anoressia generi una caduta degli appetiti sessuali, che può cronicizzarsi fino all'anorgasmia (incapacità di provare piacere sessuale).

Essere anoressica significa essenzialmente "stare sotto controllo", mortificare ogni diritto vitale, punirsi senza sosta, privarsi di ogni più piccola gratificazione, e mantenere il controllo di questa perenne privazione.

3. Il mio "incontro" con Freud

Lessi, dunque, l'operazione d'analisi fatta da **Sigmund Freud** sull'**isteria** in stretta correlazione con il problema da me affrontato qualche periodo precedente. Mi sembrava così palese il riferimento, era come leggere, ritrovare in alcune frasi, riflessioni qualcosa del mio malessere passato, tanto che arrivai a creare un parallelismo tra le isteriche viennesi freudiane e le attuali anoressiche che, disgraziatamente, dilagano nel mondo. Anche a livello più generale lo studio di S. Freud mi ha colpito molto, talvolta mi pareva di anticipare certe sue teorie, proprio perché le sue deduzioni sono reali, ed è ciò che mi ha affascinato molto.

Freud nacque a Freiberg (in Moravia) nel 1856 da famiglia ebraica, studiò medicina a Vienna laureandosi in fisiologia e specializzandosi in neurologia. Freud fu tra i primi a utilizzare la **psicanalisi** come metodo di cura, ed essa, partendo da un ambito prettamente medico, ha finito per rivestire una importanza sempre maggiore per la vita degli uomini: la scoperta rivoluzionaria che **la psiche nasconde in sé più livelli autonomi, indipendenti dalla volontà conscia del quotidiano**, non poteva che costringere a rivedere molte delle opinioni che l'uomo si era fatto sulla propria libertà di scelta, sul fondamento delle proprie leggi morali, sulle reali intenzioni di ogni suo atto. Ebbene nella vita di tutti i giorni le persone si trovano a compiere azioni della quale non conoscono il significato, o meglio di cui non percepiscono il movente, la causa intrinseca oppure il fine, lo scopo. Ancor di più tal tipo di meccanismo si instaura e si manifesta in un soggetto anoressico. Io facevo azioni, dicevo cose, mi comportavo in un modo, talvolta senza sapere, conoscere, poter esprimere il perché, senza poter dare una motivazione che fosse plausibile e accettabile da tutti, al di là di quello che fosse il mio problema. Era come se in taluni momenti il cervello si scollegasse, e ci fosse una forza negativa e potente dentro di me che mi diceva come dovevo comportarmi, cosa dovevo fare, ma senza una motivazione conscienza. Ora, grazie anche a questo studio, che, appunto, vuole essere anche *un'autoanalisi*, posso dire di conoscere, almeno in parte, alcuni elementi, alcuni aspetti della mia vita passata che inconsciamente si ripercuotevano nel mio atteggiamento, nel mio modo di fare.

La psiche umana non è del tutto trasparente. Non tutto ciò che sentiamo e crediamo di intendere in superficie è in sé compiuto e completamente chiaro. **La psiche è come un iceberg: la parte superficiale è molto meno rilevante della parte sommersa, immensa e misteriosa.** Freud, come prima suddivisione della psiche, formula la prima topica: la psiche è suddivisa in **conscio, inconscio e preconcio**.

L'Inconscio è la parte sommersa della psiche: i suoi scopi sono autonomi e nascosti alla coscienza superficiale. L'inconscio contiene il "ribollire" dei pensieri nascosti al sentire immediato, l'uomo non sente il contenuto dell'inconscio, l'inconscio ha una sua vita autonoma, le forze psichiche in esso contenute lottano e "agiscono" all'oscuro del pensato cosciente.

Il Preconcio è composto da i ricordi non completamente consci ma facilmente richiamabili alla coscienza superficiale, come, ad esempio, desideri e sentimenti dominanti che sottendono particolari circostanze o fasi della vita. Già dal nome si può notare come il preconcio è posto da Freud come termine medio tra *l'assolutamente non percepito* rappresentato dall' "inconscio" e il *percepito chiaramente* rappresentato dal "conscio".

Il Conscio è la parte superficiale della psiche, la coscienza "chiara e distinta" del contenuto della mente, l'ordinaria percezione dei pensieri, con il loro flusso di idee immediatamente presenti alla coscienza.

E' entro questa struttura della psiche che si possono manifestare le nevrosi, le psicosi e le isterie, ovvero quelle malattie dell'animo legate a uno squilibrio, a un trauma (un evento che ferisce profondamente l'anima), a quel meccanismo psichico che genera *l'impedimento di uno sfogo emotivo e il porre in essere di una rimozione degli eventi indesiderati*.

La nevrosi è quel malessere della psiche che insorge quando ci nascondiamo un trauma. Fatti e accadimenti spiacevoli sono infatti spesso oggetto di rimozione, ovvero di una *dimenticanza* impostaci dalla nostra mente: tali fatti spiacevoli vengono *stipati* allora nell'inconscio, e, nel loro tentativo inesausto di riaffiorare, vengono sublimati (trasformati in energia e comportamenti positivi) o dolorosamente *castrati* dalla mente cosciente (e in questo caso assumono le forme negative di compulsioni, ovvero atti illogici, *tic* nervosi, ai quali non ci possiamo sottrarre, e ossessioni, corto circuiti mentali, che ci costringono a tormentarci attorno a un'idea fissa).

Il concetto di nevrosi porta a rivoluzionare il nostro concetto equilibrio mentale: ben presto ci si accorgerà che pochi di noi sono realmente immuni da manie e nevrosi più o meno fastidiose.

La psicoanalisi costringe a fare i conti con una *scomoda* verità: nessuno è immune dalle proprie piccole manie, per la nostra mente **la salute è una questione di equilibrio, di compromesso tra luoghi della psiche, la salute si erge al di sopra della possibilità sempre incombente della malattia psichica**.

In tal modo si comprende in che modo taluni fatti spiacevoli e dolorosi se vengono castrati, ovvero trasformati in ossessioni e atti illogici, hanno un risvolto nella vita presente. Così fobie e ossessioni diventano un aspetto molto importante della vita anoressica.

I comportamenti alimentari patologici e altri comportamenti impulsivi non legati al cibo ma spesso associati ai disturbi del comportamento alimentare sono considerate modalità difensive per regolare gli affetti e gli stati d'animo. Le *ossessioni* sono idee fisse, irrazionali che si presentano ripetutamente nella mente di un individuo. Le *compulsioni* sono, invece, rituali, gesti ripetitivi che una persona non può fare a meno di non compiere. Lo scopo di questi comportamenti è quello di alleviare uno stato d'ansia o prevenire situazioni temute.

La mia esperienza mi ha fatto conoscere, attraverso il contatto con altri soggetti affetti dallo stesso male, diversi modi di esprimere il proprio senso di vuoto e inadeguatezza attraverso le ossessioni. Ossessioni che in alcuni casi diventano così forti che non permettono di vivere una vita normale, anche quando l'individuo fisicamente sembra stare meglio. La risoluzione di tali blocchi psicologici e il benessere psico-fisico fanno la differenza tra una persona guarita e una in via di guarigione.

Dunque la sublimazione si configura come lo sfogo *creativo* di una nevrosi o comunque di una situazione rimossa. Essa si distingue quindi dalla nevrosi per il fatto di portare ad un comportamento positivo, conforme alle norme della vita reale, e non negativo-distruttivo.

Mentre la **nevrosi** è quindi da ritenere una malattia, la **sublimazione** rappresenta la rielaborazione positiva (o meglio *realistica*) dello stesso processo nevrotico. Il processo di sublimazione sarebbe dunque alla base dell'ispirazione artistica, ma anche di ogni comportamento utile alla vita, come la passione per una certa organizzazione del proprio lavoro, le passioni sportive, gli *hobbies* in generale. **La sublimazione è lo sfogo del desiderio frustrato in atteggiamenti conformi alle norme e ai divieti sociali.**

La sublimazione mio parere, rappresenta il fulcro della guarigione. In effetti l'anoressico guarito non fa altro che sfogare le pulsioni e i sentimenti negativi che prima esprimeva in modo patologico in un nuovo modo. Il fatto è che i problemi non si cancellano dall'oggi al domani. Se una persona si ammala è perché aveva delle "ragioni" importanti per farlo, dei problemi che non è capace di esprimere e rivelare in altro modo. In questo senso liberarsi in un modo diverso, non più patologico,

ma sano, sfogarsi in qualcosa di diverso e costruttivo può essere l'ancora di salvezza per iniziare un percorso di cura che porti alla normalità. Forse è per questo che ho sempre paura di avere del "tempo libero", forse è per questo che cerco di occuparmi ogni istante di vita, di organizzarlo nei minimi dettagli, avendo sempre qualcosa da fare... E' un po' triste ammetterlo ma avere la mente occupata da "altro", avere uno scopo diverso da perseguire e una vita sociale attiva che richiede cure e attenzioni mi evita di pensare a meccanismi che probabilmente nel mio Inconscio si agitano ancora.

Tutte le scelte della psiche sono dettate dal principio del piacere: l'uomo desidera la sua felicità, l'appagamento immediato e incondizionato dei suoi desideri, ma tale desiderio si scontra quasi sempre con la realtà, ovvero con le costrizioni morali e le tradizioni sociali che sono ostili al pieno soddisfacimento del piacere.

Il principio del piacere si scontra con la realtà e ne deriva l'inevitabile frustrazione dei desideri. Ecco allora che al principio del piacere può subentrare **il principio di realtà: esso cerca la soddisfazione del desiderio in relazione a ciò che la realtà può offrire secondo comportamenti accettati.**

Mentre il principio di piacere cerca la soddisfazione immediata del desiderio in modo completamente irrazionale, il principio di realtà persegue l'appagamento del desiderio ponendosi obiettivi estesi nel tempo e *sublimando* l'impossibile appagamento immediato in rappresentazioni sostitutive. In altre parole, di fronte all'impossibilità di un appagamento completo secondo le modalità del principio di piacere, il principio di realtà agisce in modo da adattare il soddisfacimento del desiderio alle situazioni che tendono a limitarlo, escogitando diversi quanto necessari appagamenti. In tal senso, dunque, entrando nell'ottica di un individuo anoressico si può cercare di creare un parallelismo: il piacere desiderato rappresenta le attenzioni e l'affetto cercato nella famiglia o negli amici, il principio di realtà comanda invece di trovare soddisfazione nella malattia, unica "amica" in grado di permettere il raggiungimento di quegli obiettivi che normalmente non si raggiungerebbero: "più dimagrisco, più ricevo attenzioni, più mi sento protetta e amata".

Il **metodo psicoanalitico** utilizzato da Freud si discostava di molto dai precedenti metodi di cura: se prima di Freud isteria e nevrosi erano curate con l'ipnosi o addirittura con l'*elettroshock*, con Freud la cura divenne meno cruenta e più *raffinata*. **Freud introdusse la *talking cure*** ("la cura del parlare, del discorrere"), **ovvero lasciava che i pazienti, opportunamente rilassati e distesi comodamente su un divano** (tramutatosi poi nell'iconografia della psicoanalisi nel *famigerato* lettino dell'analista), **dessero libero sfogo alle parole e al flusso delle proprie idee**, tentando di vincere l'azione di censura delle tradizioni, della morale e degli imperativi sociali che impedivano ai fatti raccontati di presentarsi per ciò che erano.

L'azione di tali imperativi ostacolava spesso la soluzione di un trauma rimosso, il trauma incontrava resistenza nel venire alla luce: lasciando che le parole fluissero per associazione di idee, senza alcuna logica che non fosse spontanea, permetteva a Freud e al paziente di portare a galla verità che non si credevano nemmeno di avere nascoste.

Importante per tale lavoro di recupero del trauma era un certo rapporto di amore ed odio che si instaurava tra paziente e medico (il *transfert*, ovvero il vincolo emotivo): lungi da costituire un ostacolo alla terapia, Freud riteneva un certo grado di *transfert* essenziale per la guarigione del paziente. **La cura così strutturata appariva dunque come un lavoro sul paziente, che da soggetto passivo diventava soggetto attivo:** il paziente, con l'aiuto del terapeuta, si curava da sé, da sé poteva arrivare alla soluzione del suo stesso trauma .

La *talking cure* può essere utile anche per curare i disturbi dell'alimentazione, che, non mi scorderò mai di ripeterlo, sono solo il risvolto negativo di un processo che avviene all'interno dell'individuo

malato. Parlare dei propri problemi e delle proprie preoccupazioni con uno specialista, protetti dal segreto professionale è benefico e vantaggioso nella cura. Attraverso la cura del parlare, il discorrere di fatti passati, il portare alla luce ricordi e emozioni, il paziente comprende i moventi del suo comportamento, gli errori compiuti, gli eventi che più lo hanno segnato e cerca un modo nuovo di leggerli e interpretarli alla luce di una nuova scoperta, di una comprensione totale di ciò che essi hanno comportato nella sua vicenda personale. Per quanto riguarda il concetto di transfert, posso dire di essermi legata molto alla figura della psicoterapeuta e talvolta ho avvertito per lei anche sentimenti di odio, anche se ritengo tale termine molto forte. In effetti è difficile per l'anoressico abbandonare la piccola capanna di sicurezze che si era costruito con tanta sofferenza, una capanna instabile e tormentata ma che dà un senso di potere, di indipendenza, ed è forse da questo punto di vista che si comprendono i sentimenti talvolta contrastanti che animano il paziente. Se a prevalere è l'aspetto che vuole farcela, che vuole vivere e guarire allora l'analizzato guarderà lo psicoterapeuta in termini positivi, come un salvatore, un liberatore. Se invece a prevalere sarà quel sentimento oscuro e auto-distruttivo che lo ha portato ad ammalarsi, allora i sentimenti verso l'analista rispecchieranno il suo stato d'animo di conflitto e angoscia.

Ancora di più, nel mio caso, si è rivelata utile la **terapia di gruppo**, in cui gli incontri si svolgono tra diversi individui, con una dottoressa che, in posizione privilegiata svolge il suo compito psicanalitico. In questo modo la paziente si sente meno pressata e meno giudicata e l'esprimere paure e preoccupazioni diventa più facile. Il fatto che i partecipanti siano legati dallo stesso male offre la possibilità di aiutarsi con consigli, perché il problema o l'ossessione che affligge uno può essere già stato affrontato e superato dall'altro. Ascoltare chiarisce la propria situazione, il proprio "livello" di guarigione, permette di identificarsi con "l'altro" e cogliere sottigliezze che con un "auto-analisi" non si coglierebbero.

Il sogno riveste una grande importanza per la psicoanalisi. **Nel sogno l'inconscio riaffiora in parte, grazie ad un allentamento della censura diurna normalmente esercitata dalla coscienza.** Nel sogno gli elementi che normalmente vengono ritenuti immorali riescono a trovare uno sfogo, ma la censura non allenta completamente le sue maglie ed ecco allora che i contenuti indesiderati si rivelano velati e deformati simbolicamente.

Freud si accorse che la psiche non era solo governata da una pulsione (=impulso incontrollato e primordiale) al piacere, ma anche da una pulsione distruttiva, una pulsione di morte. La pulsione di vita, (*l'eros*), era affiancata da una pulsione di morte (*thanatos*); le due pulsioni sono presenti contemporaneamente in ogni uomo, in contrapposizione dialettica.

I comportamenti autodistruttivi suggeriti dalla pulsione negativa erano osservabili in quei pazienti che si vedevano costretti a ripetere azioni in modo compulsivo. La pulsione di morte sarebbe quindi indirizzata alla scarica totale di tutti gli impulsi vitali, un'autopunizione derivante dall'impossibilità del piacere. Essa può venire tenuta dentro di sé e provocare quindi comportamenti autodistruttivi (anoressia e isteria) oppure essere convogliata verso l'esterno in comportamenti violenti.

Nel 1923, con la pubblicazione de *L'Io e l'Es*, Freud individua altri tre luoghi psichici, i quali non andavano a sostituire la prima topica, ma la integravano.

L'Es è il serbatoio dell'energia vitale, l'insieme caotico e turbolento delle pulsioni, quell'entità che si fa interprete della volontà di ottenere il piacere ad ogni costo. L'Es è quindi governato dal principio di piacere.

Il Super-Io è la censura morale, l'insieme dei divieti sociali sentiti dalla psiche come costrizione e impedimento alla soddisfazione del piacere. Il super-io rappresenta quindi la *censura morale* della coscienza. L'insieme delle regole date dai genitori, norme e dettami che, solitamente, nella famiglia dell'anoressico sono sempre state pressanti e forti. Ma l'individuo

malato porta all'apice tale censura, che si fa tanto più forte quanto più il sentimento auto-distruttivo è presente e pressante. "Non posso agire in un determinato modo, non posso mangiare quello, non posso esprimere ciò che penso, non posso... non posso... non posso..." Me lo ripetevo spesso, la mia vita era fatta di paletti che mi toglievano la seppur minima libertà di scelta, a scegliere era la mia psiche tormentata e afflitta insieme a dettami morali forti e costantemente presenti.

L'*Io* è la coscienza mediatrice prodotta dai due movimenti contrastanti dell'*Es* e del *Super-io*.

L'*Io* è governato dal principio di realtà, il suo compito è quello di mediare le istanze vitali dell'*Es*, tese al soddisfacimento irrazionale e assoluto, e le istanze del *Super-Io*, indirizzate verso la censura delle istanze dell'*Es*.

4.L'Isterica e il conflitto sessuale

Dunque, come il corpo nell'isterica, per S. Freud, diventava un potente canale di comunicazione, dando voce al disagio femminile, al conflitto tra desiderio e norma. La patologia alimentare per i suoi legami con l'identità corporea, che mai come in questa epoca è connessa con la sicurezza del Sé, con il cibo, con l'ossessiva attenzione all'apparenza, si presta a rappresentare la metafora del nostro tempo, ad esprimere molti dei grandi temi, paure, contraddizioni della nostra epoca.

“L'uomo è fatto delle sue credenze.

Come egli crede, così egli è”

Freud è forse il primo a trattare la **donna isterica come una vittima di un conflitto inconscio**. La psicoanalisi nasce proprio da queste ricerche freudiane sull'isteria. Prima di Freud l'**isteria** era stata sempre considerata una manifestazione esclusivamente femminile; ma grazie agli studi sull'isteria Freud riuscì a comprendere il sintomo come *formazione di compromesso, risultato d'un desiderio impedito*, e a decifrarne il linguaggio, e poté così formulare il concetto di **rimozione**: il sintomo non è più considerato una disfunzione, ma un momento di verità. Il transfert nel trattamento psicanalitico ha una sua funzione e necessità. Il valore della concezione freudiana sta nel **considerare la donna come un soggetto**.

Freud scrive, con Breuer, un testo intitolato *Studi sull'isteria*, nel quale la diagnosi formulata è che l'isterica soffre essenzialmente di **reminiscenze**. Le reminiscenze sono ricordi che si mantengono senza che si sappia che si tratta di ricordi, e che provocano, mettono in atto, comportamenti paradossali, chiamati "**sintomi**". Ebbene, Freud è il primo a non considerare l'isteria come una sindrome medica, come una patologia nel senso medico del termine, perché capisce che il **soggetto isterico vuol sempre dire qualcosa**: che si tratti del sintomo corporeo, o della dissociazione della coscienza, egli esprime qualcosa di impossibile a dirsi, di impossibile a viverci. Questo è il grande punto che accumuna anoressia e isteria, manifestazioni di un disagio di fondo, di un tumulto interno, di vicende importanti che fanno sentire la loro influenza.

Freud interroga il conflitto psichico che col suo intreccio ha prodotto il destino dell'isterico o dell'isterica. Il "**sintomo**", in psicoanalisi è una **formazione inconscia**, un **conflitto**. Quindi, un sintomo dice sempre qualcosa di vero. Credo che questo sia essenziale all'esperienza analitica: il rendersi conto che, **persino quando il soggetto dice qualcosa di folle, di incoerente, abbiamo i mezzi per capire il desiderio che si esprime in tutto ciò**. Altrimenti, se il desiderio si potesse esprimere, non avrebbe bisogno del sintomo. Il sintomo isterico od ossessivo, il sintomo nevrotico o perverso o psicotico, nasce da **conflitti** la cui gravità è variabile: ma in tutti questi casi il **desiderio è impedito**, e può giungere ad esprimersi solo in questa forma, in quella formazione di

compromesso qual è il **sintomo**. Dato che il desiderio è proibito, esso deve trovare una modalità di espressione che non sia diretta.

Così, il sintomo può esprimersi attraverso il corpo - ed avremo la **conversione isterica** - o può esprimersi con mezzi più direttamente psichici come **l'ossessione**. Ma ogni sintomo ha un significato. Il soggetto appare dunque diviso, **un soggetto che vuol dire ad ogni costo**, ma può dire solo prendendo in considerazione, se così posso dire, **un modo di espressione mascherato**, spostato. Per illustrare il concetto essenziale di "**rimozione**" si può ricorrere ad un'immagine molto concreta che Freud stesso suggerisce: è l'immagine di un cattivo odore che non vogliamo sentire. La rimozione è un'azione psichica che verte su qualcosa, la cosiddetta "**pulsione**", che non vuol essere percepita, che non vuole essere riconosciuta. La pulsione è una tendenza a soddisfarsi per mezzo di un oggetto, che ad un certo punto trova un impedimento. Ora, la **pulsione sessuale**, per ragioni molto profonde, molto complesse, viene impedita in modo molto particolare. Questo stupisce le persone estranee alla psicoanalisi che si chiedono perché in psicoanalisi si debba sempre parlare della sessualità. E così si è accusato Freud di "**pansessualismo**". Resta il fatto che è in occasione della sessualità - della pulsione sessuale - che si esercita elettivamente la proibizione e l'azione della rimozione.

Le pulsioni sessuali sono ritenute da Freud le vittime privilegiate della rimozione in quanto è stata la donna isterica ad informare Freud sul ruolo particolare della sessualità nei conflitti psichici. Ma bisogna ricordare che questo fatto ha stupito lo stesso Freud. Egli ha affermato che era molto lontano dal dare un'importanza simile alla sessualità, che è invece emersa dai casi concreti di nevrosi in cui si è imbattuto - in psicoanalisi bisogna saper apprendere innanzitutto dal sintomo - comprendendo che qualora la sessualità venga impedita può produrre degli effetti patogeni, ovvero dei sintomi. Quindi, la rimozione è un'azione psichica normale, ma solo in certe condizioni; quando la pulsione è troppo forte, quando essa viene impedita in modo particolare, quando incontra quella notissima formazione psichica chiamata "**complesso di Edipo**", allora può diventare patogena, come vedremo in seguito. Il **transfert** è quel momento molto importante nel quale una paziente, così come Freud la descrive, si innamora del suo analista. È un amore particolarissimo, perché ha luogo nel quadro della cura. Freud dice che questo amore si scatena "**come un incendio**".

L'immagine adottata è quindi quella di un incendio durante una rappresentazione teatrale, dove bruscamente quell'amore infiammato per l'analista irrompe sulla scena. La paziente, dunque, dopo aver fatto progressi nell'analisi, nella ricostituzione dei suoi amori - perché la psicoanalisi ci dice proprio questo, che **non rinunciamo mai ai nostri primi amori** - proietta sulla persona dell'analista l'amore che si rivolgeva ai suoi vecchi oggetti d'amore genitoriali. Proprio questo processo di proiezione le permette di rivivere quell'amore primitivo e di liberarsene. Per questo, l'amore di transfert, di cui Freud ha avuto esperienza durante il rapporto con i suoi soggetti isterici, e in certo modo anche nel **caso di Dora**, è sicuramente molto importante. Dora è una ragazza che - intorno al 1900 - viene mandata da Freud perché, in sostanza, crea molti problemi in famiglia, ed in effetti l'isterica è la donna che spesso, soprattutto all'inizio di questo secolo, viene presentata come una "**piantagrane**": essa, infatti, turba l'ordine sociale e quello familiare, rovina l'immagine che la famiglia ha di sé - così come oggi accade in certo modo nel caso delle anoressiche. Facendo riconoscere a questa ragazza di diciotto anni il desiderio di suo padre, e l'atteggiamento nei confronti della madre, Freud arriva quindi a farle riconoscere una parte da lei non conosciuta. In verità, quello di Dora non costituisce un esempio di analisi riuscita, perché la ragazza interrompe l'analisi solo dopo alcune settimane. Ma Freud ha riflettuto molto - direi per tutta la vita - sulla lezione da trarre dal fallimento della terapia di Dora. Questo gli ha permesso di capire perché l'isteria costituisce in qualche modo un accesso privilegiato alla questione della femminilità.

L'isteria presenta una sorta di vignetta tragica su che cosa è il desiderio femminile in quanto qualcosa di impedito o non dicibile.

Nel 1930 - vale a dire trent'anni dopo il suo incontro con l'isterica - lo stesso Freud, dopo aver accumulato tanta esperienza sul desiderio della donna, dice qualcosa di sorprendente. In una sua nota fatta ad un'analista donna, Marie Bonaparte - una grande figura della storia della psicoanalisi, - egli in modo un po' umoristico, afferma: "**la sola domanda senza risposta, a cui io stesso non sono riuscito a rispondere, è: "che cosa vuole la donna?"**". Se si partisse da qui, si direbbe "ecco, la psicoanalisi non ha risposto alla domanda: "che cosa vuole la donna?". La forza della posizione freudiana sulla donna consiste nel non sapere in anticipo quel che lei vuole - cosa che fanno invece tutti i discorsi ideologici, siano essi misogini oppure, al contrario, sostenuti da buoni sentimenti. La forza della psicoanalisi - e allo stesso tempo il suo limite riconosciuto - è **di prendere la donna come soggetto**. La psicoanalisi non fugge di fronte all'enigma della donna. Forse si può capire che cosa desidera la donna, ma c'è come un punto oscuro. Lo si vede bene nelle analisi: nel soggetto "donna" c'è qualcosa come una mancanza che esige di essere riconosciuta. Ma Freud ha compiuto un passo decisivo quando si è interrogato sul diventare donna, vale a dire sulle condizioni che una donna doveva riempire per diventare se stessa, aldilà del caso particolare dell'isterica.

E' risultata importante e utile nella terapia dell'isteria la tecnica della psicanalisi, rivelatasi a sua volta adeguata, non a caso, in taluni casi di anoressia, Possiamo affermare che con il termine *psicoanalisi* intendiamo:

1. una procedura esplorativa di quei processi mentali che sono inaccessibili ai metodi tradizionali.
2. una particolare tecnica psicoterapeutica, basata fondamentalmente sull'investigazione, ai fini di trattare i disturbi neurologici di varie origini.
3. una sistematica accumulazione di conoscenze raccolte con il metodo psicoanalitico, quasi a costruire una dottrina psicologica.

Grazie all'aiuto dell'autoanalisi, Freud rivoluziona la visuale della vita affettiva e sessuale infantile; una delle opinioni comuni sulle **pulsioni erotiche** di questo periodo della vita di ogni individuo è che ne sia totalmente priva e che essa si risvegli soltanto con l'entrata nella pubertà. Il bambino è sempre stato considerato, infatti, una creatura asessuata ed innocente. Nei *Tre saggi sulla vita sessuale* Freud sostiene che la ricerca del piacere, colonna portante della sessualità dell'essere umano, è sviluppata fin dalla prima infanzia. Il punto di partenza per l'elaborazione della teoria è costituito dall'*amnesia* che oscura i primi anni della nostra vita; nessuno si meraviglia di questo fenomeno, per il quale vediamo celati i nostri ricordi fino al sesto anno di vita, in quanto supponiamo che la nostra memoria fosse al tempo ancora troppo poco sviluppata per conservare impressioni e ricordi, quando invece in quegli stessi anni reagivamo con vivacità, perfettamente in grado di provare dolore, gioia, amore, gelosia e tutte le sensazioni che caratterizzano l'uomo adulto. **E come possiamo sostenere di aver dimenticato tutta la nostra vita infantile, quando è stato più volte dimostrato che la nostra vita attuale è massimamente influenzata da quelli che erano i nostri vissuti proprio in quel periodo?** Freud si rende in questo modo conto che quei pochissimi ricordi che serbiamo della nostra infanzia, non sono altro che *ricordi di copertura*, che hanno la funzione di mascherare tutta una serie di elementi che non possono accedere alla nostra coscienza, di nascondere gli esordi della nostra vita sessuale.

E' certo che, fin dalla nascita, il bambino sia in possesso di impulsi sessuali che continuano nel loro sviluppo costantemente per un certo tempo, ma che poi subiscono una progressiva repressione. La vita sessuale del bambino è soggetta a osservazione in particolar modo intorno al terzo o quarto anno di vita. In questo periodo abbiamo le prime manifestazioni di sessualità vera e propria. Attraverso la ricostruzione delle esperienze sessuali infantili Freud formula la teoria secondo cui **la**

sessualità infantile si sviluppa intorno all'autostimolazione delle zone erogene, che non sono solo quelle genitali. Racchiude tutto il suo concetto di energia sessuale in unico termine, parola chiave e perno di tutte le sue teorie: la **libido**. Egli suddivide lo sviluppo del bambino in tre fasi principali: *orale*, *anale*, *genitale*. La fase **orale** vede l'interesse sessuale del bambino spostato sul piacere ricavato dall'autostimolazione della mucosa della bocca, da qui deriva l'abitudine infantile di *succhiare*, il ciuccio, il dito, e in generale tutto quel che capita a portata di mano. La fase **anale** interessa il bambino a partire dai due anni di vita; in questo periodo la zona erogena per eccellenza è quella anale; in questo contesto egli trova molto eccitante il momento in cui i genitori, e in particolar modo quello di sesso opposto, stimolano questa zona, nell'atto di pulirlo. L'ultima fase è quella che più si avvicina alla sessualità comunemente intesa: si tratta infatti della fase **genitale**, in cui il bambino comincia a provare piacere erotico nella stimolazione dell'organo genitale, cominciando a notare le differenze che intercorrono tra quello maschile e quello femminile e dimostrando i primi dubbi circa il ruolo dei genitori nel concepimento di un figlio.

Le prime due fasi hanno una connotazione di autoerotismo, nel senso che il bambino vede sé stesso come oggetto della pulsione; nell'ultima fase, viceversa, il baricentro dell'interesse sessuale si sposta su un'altra persona, come per esempio il genitore di sesso opposto. E' in questo contesto che Freud formula le sue teorie circa il **complesso di Edipo**, che illustra nella pubblicazione del **caso clinico del piccolo Hans**. Durante questa fase si desidera appunto il genitore di diverso sesso, invidiando il genitore in questo campo "rivale", o al contrario identificandosi con esso. A questo periodo segue il cosiddetto **periodo di latenza**, in cui la spinta pulsionale si ridimensiona, placandosi leggermente. Questo periodo dura fino all'entrata nella pubertà.

Questo processo di sviluppo sessuale, teorizzato da Freud, non esclude, per l'appunto, l'eventualità di incidenti, nel momento in cui questi processi hanno uno sviluppo che, per un motivo o per l'altro, non segue il giusto corso, dando origini a nevrosi che possono anche influenzare la vita futura dell'individuo; le conseguenze sono perversioni o morbosità anormali, che se represses possono tranquillamente sfociare in angosce, sindromi d'isteria o fobie, oppure come accade al giorno d'oggi, nei disturbi dell'alimentazione.

Un esempio del riaffiorare in età adulta di turbe, di conflitti precedenti ci è dato dalla vita della nota scrittrice londinese **Virginia Woolf**.

Virginia Woolf da bambina fu **abusata sessualmente**. Lo raccontò alla famiglia, lo scrisse nelle sue lettere, nei suoi diari e nella sue memorie, e sua sorella, pure lei abusata, lo confermò. Tali esperienze infantili causarono i suoi disturbi successivi e condizionarono la sua sessualità adulta, la sua costituzione psicologica e la sua scrittura.

I dettagli dell'abuso sono difficili da definire. Essi coinvolsero, a più riprese, i suoi fratellastri, George e Gerald Duckworth. Cinquanta anni dopo, il ricordo era ancora fresco quando narrava a Ethel Smyth nel gennaio 1941 delle violenze subite dal fratellastro. Ma il più malvagio fu l'altro fratello George, più grande di lei di quattordici anni; **"il mio fratello incestuoso"** lo chiamò Virginia in una lettera del 1936. Probabilmente tutte le sorelle - Virginia, Laura, Stella e Vanessa - furono oggetto di "incesto". Che ciò fosse conoscenza diffusa nella famiglia è implicito nel commento di Virginia a sua sorella in una lettera del maggio 1934, dopo aver appreso della morte di George Duckworth: <<Leonard dice che Laura è l'unica che è stata risparmiata>>. George abusò sessualmente di Virginia nell'arco di nove o dieci anni fino al 1903 o al 1904 - per tutta la sua adolescenza, dai dodici ai ventuno anni.

Le malefatte di George sono collocabili a partire dalla morte della madre di Virginia, nel 1895, quando Virginia aveva tredici anni. La stessa Virginia, più tardi, descrisse che tali attività, qualsiasi fosse la loro esatta natura, continuavano nel 1903 o nel 1904, quando aveva ventuno anni. Inoltre disse che **George aveva rovinato la sua vita prima che fosse cominciata**, e che lei non aveva

tratto alcun piacere dal proprio corpo. Inoltre ella attribuì questi problemi non solo ai due fratellastri ma anche a suo padre, il quale <<*ebbe troppe richieste emotive su di me, cosa che penso sia stata responsabile di molte delle cose sbagliate della mia vita... Non ricordo mai alcun piacere proveniente dal mio corpo*>>.

La sua sessualità ne fu condizionata per il resto della vita come si può ricostruire durante l'epoca del fidanzamento e durante il matrimonio. Quando Virginia scrisse di accettare la proposta di matrimonio il giorno, ella dichiarò senza mezzi termini a Leonard di non provare nulla per lui a livello sessuale. <<*...è il lato sessuale che sopraggiunge tra noi due? Come ti dissi brutalmente l'altro giorno, non provo alcuna attrazione fisica per te. Ci sono momenti - quando mi hai baciata l'altro giorno era uno di questi - in cui mi sento nulla di più che una pietra. E ancora il tuo prenderti cura di me, come fai, mi fa sentire (emotivamente) sopraffatta...*>>

Nonostante le loro difficoltà sessuali il matrimonio fu felice.

I suoi vissuti sessuali avrebbero reso il suo comportamento più comprensibile agli occhi di Freud. Sebbene la sua casa editrice fu la prima a pubblicare Freud in inglese, e suo fratello minore Adrian Stephen e sua moglie Karen furono tra i primi psicoanalisti inglesi, Virginia fu profondamente scettica rispetto all'opera di Freud per la maggior parte della sua vita.

Col passare degli anni divenne meno ostile verso la psicoanalisi. Nel 1939 e nel 1940, quando scriveva su suo padre, cominciò a leggere Freud, e scoprì con sorpresa che la sua relazione ambivalente col padre non fosse una novità per lui. Incontrò quel grande uomo nel 1939, otto mesi prima della morte. Nella sua vita Virginia Woolf ebbe diverse intense amicizie con donne, in genere più anziane di lei. Per la sua generazione, Virginia fu - a parole almeno - disinibita ed "emancipata" nelle cose sessuali. Eppure scrisse più tardi a Ethel Smyth, l'ultima amica intima: <<*...ma sono stata sempre sessualmente timida, il mio terrore della vita reale mi ha sempre tenuta in un convento*>>.

Tre sono le aree della sua vita ed esperienza che ci paiono rilevanti per la sua sessualità: le sue esperienze sessuali infantili, la sua patologia maniaco-depressiva, e la sua personalità. Coloro che accentuano l'importanza dell'abuso sessuale infantile lo fanno giustamente in questa area della sessualità adulta, la quale è stata certamente sconvolta dalle sventure infantili.

5. Un po' di storia dell'anoressia

Verso la metà del diciannovesimo secolo, i medici cominciarono a notare che venivano accompagnate nei loro ambulatori molte giovani donne sul punto di morire di fame. Erano state bambine ideali, eppure ora che avevano raggiunto la pubertà e l'adolescenza facevano impazzire madri e padri e li sottoponevano all'angoscia di assistere impotenti alla distruzione delle "loro preziose bambine". Era il 1873 quando Ernest Lasègue in Francia e William Gull in Inghilterra, descrivevano, per la prima volta, questa malattia come un'entità clinica autonoma. Al disturbo di cui soffrivano le loro pazienti fu dato il nome di **Anoressia**.

Secondo **Lasègue**, la causa dell'anoressia è uno stato mentale particolare, una perversione intellettuale, dovuta ad una emozione confessata o tenuta nascosta dalla paziente. Egli divide la malattia in tre fasi, di cui la prima è caratterizzata da turbe digestive, riduzione degli alimenti, notevole iperattività. La seconda fase è caratterizzata dall'inizio della perversione mentale, favorita dall'inquietitudine dell'ambiente familiare circostante, preoccupato per la insufficiente alimentazione e il dimagrimento della paziente. La terza fase, infine, in cui si evidenziano il deperimento estremo, la perdita di elasticità della cute, la retrazione dell'addome, il pallore, l'amenorrea, la stipsi, vede sostituirsi l'astenia all'iperattività del primo periodo, ed è la fase della cachessia.

William Gull chiamava APEPSIA HYSTERICA la sindrome in causa perché pensava dapprima fosse dovuta ad una perdita di funzione delle branche gastriche del nervo pneumogastrico, e perché l'habitus mentale delle ammalate poteva far pensare ad un fenomeno isterico. Ma successivamente egli cambiò la denominazione prima proposta con quella di anoressia nervosa. Anoressia e non

apepsia ,perché la mancanza di appetito non si accompagnava, se non nei gradi estremi a cattiva digestione dei pochi alimenti assunti; nervosa e non isterica, perché essendo dovuta ad uno stato mentale morboso si può riscontrare anche nel sesso maschile, sia pure in un numero minore di casi rispetto a quello femminile.

Gull scrive che la perdita dell'appetito è condizionata ad uno stato di malattia psichica (1874). "*Una anomalia dell'Io è la causa, e determina il corso della malattia*" (1888). Gull nei suoi articoli afferma che esiste una neuropatologia la quale va dal cervello ai tessuti e viceversa. Egli dimostra che fatti emotivi possono costituire fonti di turbe funzionali multiple, e che è molto importante per la guarigione di queste forme morbose l'influenza morale del medico e l'allontanamento dall'ambiente familiare. L'affermazione di Gull, che l'anoressia non decorre necessariamente con sintomi isterici, fu confermata anche da altri autori francesi.

E' la **Huchard** che nel 1883 sostituisce ai vecchi nomi quello di anoressia mentale, cioè la dizione che sarà impiegata definitivamente.

Freud, pur non approfondendo in particolare casi di anoressia mentale, li aveva apparentati alla malinconia, definendo l'anoressia mentale "malinconia in una sessualità non sviluppata", come vedremo in seguito.

Nei due secoli antecedenti la loro descrizione, i resoconti medici riportano solo rare notizie di malattie che somigliavano all'anoressia. Nel 1885, **Jean Martin Charcot**, così descriveva tali pazienti: "*..... non mangiavano, non volevano mangiare, non erano capaci di mangiare e preghiere, suppliche e perfino violenze non potevano vincere questa resistenza*".

La disputa sulla collocazione dell'anoressia mentale nell'ambito della nosografia psichiatrica è durata fino ai tempi recenti e ancora nel 1960 l'anoressia non veniva riconosciuta, da alcuni Autori, come una sindrome autonoma, ma come "*sintomo che si trova di volta in volta in quasi tutte le sindromi psichiatriche*". Negli anni sessanta, con il *Simposio di Göttingen* al quale presero parte psichiatri, psicologi, psicoanalisti, sociologi ed endocrinologi di ogni parte del mondo, venne riconosciuta all'anoressia mentale una struttura di personalità specifica collocando il conflitto a livello del corpo e dell'incapacità ad assumere le trasformazioni tipiche della pubertà.

Le conclusioni del Simposio del 1965 a proposito dell'Anoressia, erano: -l'anoressia mentale esprime una incapacità ad assumere il ruolo sessuale genitale e ad integrare le trasformazioni della pubertà; -il conflitto si colloca a livello del corpo che è rifiutato e maltrattato e non a livello delle funzioni alimentari (sessualmente investite);-la struttura dell'anoressia mentale è diversa da quella di una nevrosi classica.

6.L'Anoressia e il desiderio

La persona anoressica è un soggetto che non ha appetiti e che non desidera, perciò, **quello che deve essere assente nell'anoressica è il desiderio che si trova nel corpo: la pulsione**. L'appetito non è più solo alimentare ma coinvolge l'intera persona. Freud, nelle sue ricerche sull'isteria, formula dunque, l'ipotesi che l'anoressia ne costituisca un'evoluzione, e sostiene che l'origine si trovi nella **rimozione dell'erotismo orale in ragazze in cui la sessualità non è sviluppata** ed in termini sessuali, **la perdita di appetito** viene associata da Freud alla **perdita della libido**. Dalla lettura degli scritti di Freud, si possono desumere i punti cardine da cui partire per meglio comprendere la patologia anoressica. Il primo importante punto da cui partire è il primato pulsionale nell'insorgenza di questa malattia, per cui vi sarebbe una specie di equivalenza tra il desiderio di mangiare e il desiderio sessuale. Il secondo punto sarebbe la fissazione ad uno stadio orale dello sviluppo libidico che determinerebbe, grazie al meccanismo della regressione, la scelta del sintomo. Il terzo punto è caratterizzato dall'età d'insorgenza: l'adolescenza.

Nel 1914 Freud scrive : "*La menomazione della pulsione di nutrizione [...] ci consente quindi di rilevare che l'organismo non è riuscito a padroneggiare l'eccitamento sessuale*". In questo modo, Freud appoggia la pulsione sessuale sulla spinta all'alimentazione , e quindi, le sue alterazioni

deriverebbero dall'incapacità o dall'impossibilità di gestire l'eccitazione sessuale. Si delinea l'idea freudiana rispetto al significato che la rinuncia alimentare nasconde, il mancato sviluppo della sessualità:

“La nevrosi alimentare parallela alla melanconia è l'anoressia. La ben nota anorexia nervosa delle ragazze mi sembra essere una melanconia che si verifica ove la sessualità non è sviluppata”.

Il sintomo diviene veicolo, per quanto patologico, di un significato più profondo e pertanto inevitabilmente connesso alla dimensione pulsionale. Dagli scritti di Freud emerge, dunque, che la rinuncia alimentare deve essere considerata come un'espressione sintomatica sostitutiva di un profondo e radicale rifiuto della vita pulsionale. Questo **rifiuto della sessualità** è l'aspetto centrale nell'anoressia mentale.

E' dunque comprensibile come un'alterazione o una battuta di arresto nella delicata evoluzione adolescenziale possa causare, anche a distanza di tempo, come una bomba a orologeria, il manifestarsi dell'anoressia, assimilabile all'isteria freudiana. Spesso infatti la malattia si presenta in un particolare momento della vita, quando gli eventi richiedono uno sforzo maggiore, più responsabilità e capacità di affrontare le difficoltà e gli ostacoli. **Sembra che di fronte alla prima loro grande prova di responsabilità i giovani si trovino impotenti** e si ritengano incapaci di affrontare un compito che sentono insuperabile. Questo trova origine anche in un atteggiamento tipico del nostro tempo: **l'adolescenza prolungata**, che tiene troppo a lungo i ragazzi nella sfera protetta della famiglia, rinviando pericolosamente le loro prime esperienze di autonomia.

L'**adolescenza** è una delicata opportunità di crescita dell'individuo che è improvvisamente sorpreso dalla necessità di vivere una perdita di riferimenti, una “destrutturazione”, preludio necessario, tuttavia per accedere alla costruzione di una nuova e più matura identità.

È il tema della **costruzione dell'identità**, della sua difficile strutturazione negli adolescenti, che fa da sfondo a questo fenomeno nuovo e la malattia può assumere il ruolo di una nuova forma di soggettività.

“L'immagine è la mediazione tra il pensiero e il mondo”

Il disturbo anoressico-bulimico esprime lo spirito del tempo attuale, si fa riflesso di una società in cui **l'estetica diventa fondamento dell'etica**. I disturbi del comportamento alimentare assumono, come altri disturbi del comportamento in adolescenza, il significato di **comportamenti adattativi**, un tragico tentativo terapeutico nei confronti di una situazione di minaccia, di invasione di un Io che si avverte incapace di gestire lo stress e che percepisce tutto il proprio appetito verso l'esterno, ma lo vive come una minaccia alla sua identità, una minaccia di perdita dei limiti, di dissolversi nell'oggetto del bisogno. Nell'**adolescente “fragile”**, il conflitto tra desiderio e bisogno, la dipendenza che la loro soddisfazione comporta, le forti emozioni che premono, confondono e imbarazzano, portano a sovrainvestire il mondo percettivo e motorio per controllare un mondo interno ansiogeno. L'adolescente sembra poter esercitare un controllo sul proprio corpo. E *il ritorno ad una condizione pre-puberale* (con il relativo assetto ormonale e di sviluppo emozionale) diventa un tentativo per superare le paure legate al raggiungimento della maturità psicobiologia.

Il disturbo del comportamento alimentare, come ogni disturbo del comportamento, ha un **aspetto difensivo e adattativo** che inizialmente sembra gratificante perché l'angoscia scompare e, contemporaneamente, attiva emozionalmente la persona.

I disturbi del comportamento alimentare appaiono una modalità per ritrovare un **equilibrio**, mentre l'abbandono del disturbo porterebbe il soggetto a confrontarsi con la propria depressione, con l'immagine di sé, con la sua dipendenza nei confronti di una fonte esterna di “animazione” di sé. La

malattia alimentare è, spesso, un **lungo viaggio nella sofferenza** che conduce ad altre forme di disagio.

Dunque l'**anoressia femminile** è l'esempio più diffuso dell'**isteria melanconica**. La pretesa di far a meno dei propri desideri conduce alla disincarnazione dell'esperienza. Ciò che viene pesantemente rigettato è l'imbarazzante complementarità con l'altro e non è sorprendente che la questione esploda nell'adolescenza, quando i problemi relativi ai **rapporti tra i due sessi** si manifestano in tutta la loro drammaticità. Molte adolescenti soffrono la crescente difficoltà di identificazione femminile con le proprie madri ma anche l'ingresso brutale nel campo della sessualità. Dico brutale, perché dietro una proliferazione dei "segni" della seduzione è aumentato lo iato tra la spinta che anima il corpo desiderante e l'effettiva capacità dell'adolescente di gestirlo. Con il linguaggio corporeo "in negativo" delle ragazze anoressiche, che pare si diffonda per imitazione, prende forma una forte seppure inconsapevole denuncia dell'**ipocrisia delle relazioni sessuali**, che influenza tutta l'organizzazione dei rapporti sociali in genere. **Le isteriche di una volta mettevano sulla scena ciò che era coperto di silenzio, le ragazze anoressiche mettono in evidenza il vuoto che si nasconde dietro il troppo parlato.**

La questione che pongo è se e perché l'isteria in tutte le sue varie forme possa essere ancora considerata il punto focale dello sviluppo femminile, in questo secolo, così come è accaduto nel secolo scorso. La ragione per cui ciò può essere ancora vero va ricercata nella **maggiore vulnerabilità narcisistica delle donne**.

Infatti, il **corpo della donna** è più che altro un **campo di battaglia emotivo**, poiché per lei è anche un'area di preoccupazione a causa delle sue variazioni e cambiamenti ormonali, costanti e ricorrenti. La ragazza deve prima di tutto **compiacere sua madre**, il suo primo oggetto, il suo primo partner dello stesso sesso, il suo modello per tutta la vita. In seguito, ella vuole anche **l'amore e l'attenzione di suo padre**. Ella può raggiungere entrambi gli obiettivi, ma corre anche il rischio di una duplice delusione. Il non essere riuscita a divenire l'oggetto d'amore preferito di uno o di entrambi i genitori rende la ragazza più vulnerabile, dal punto di vista narcisistico, del ragazzo. Quello della ragazza è un bisogno di amore e di attenzione, piuttosto che di sessualità in senso proprio. La sua ricerca di un sostegno narcisistico può più facilmente prendere la forma del **voler compiacere e soddisfare**, rendendola più soggetta ad agire in modo teatrale ed inautentico. La sua attenzione continuamente centrata sulle sue alterazioni e funzioni corporee la rende più attenta alle sensazioni fisiche e più disposta a sviluppare paure ipocondriache e sensazioni corporee immaginarie.

In adolescenza l'equilibrio psichico della ragazza è notevolmente gravato dal sorgere di nuovi impulsi e desideri sessuali che competono tra di loro per ricevere la sua attenzione. I cambiamenti corporei legati allo sconvolgimento fisico della pubertà possono causare ansia e vergogna, invece che orgoglio. Il contributo positivo della madre dipende dalla sua libertà di pensare e parlare liberamente delle funzioni e sensazioni corporee. Se la sua immagine del corpo è carica di tabù e fantasie arcaiche ella comunicherà avversione, anziché piacere del corpo.

Nuove preoccupazioni compaiono all'orizzonte. Attraverso questi cambiamenti fisici profondi, la ragazza si tramuta all'improvviso nella **rivale della madre**, molto prima che ella sia emotivamente in grado di avere una relazione con un uomo. Ella può avere solo l'apparenza di una donna. Nel profondo di sé stessa, ella è probabilmente ancora una ragazzina timida. Benché durante tutte queste fasi di sviluppo venga rivissuta la battaglia edipica con la madre e la rivalità per le attenzioni paterne, la ragazza sente ancora il bisogno di essere protetta da sua madre.

Il ruolo del padre è importante, non solo nel separare la madre e il bambino e nel precludere la collusione simbiotica, ma anche nel compiacere la femminilità della ragazza senza essere seduttivo nei suoi confronti.

Studi hanno dimostrato che l'anoressica rifiuta il cibo non perché a lei non piaccia mangiare o non ne senta il bisogno, al contrario. Lo rifiuta per sottrarsi al controllo pervasivo dei genitori. Il cibo per queste/i soggetti è dipendenza. **Non mangiare dunque è una affermazione di potere.** La **genesì** dell'anoressia, lo ricordo, è riportata spesso al rapporto con la madre. La caratteristica del soggetto Anoressico è il **rifiuto della relazione di "accudimento"** che viene vissuto come un vero e proprio ostacolo all'autonomia dell'individuo. In sostanza una relazione di potere e predominanza dei genitori che soffoca il soggetto. La cosa interessante è che più in generale l'accudimento non viene vissuto, dal punto di vista del suo significato, all'interno di questa famiglia, come invece lo è per altre, con una declinazione di tipo "protettivo", cioè buono. Per le famiglie dove si sviluppa la sindrome anoressica il significato è declinato verso *l'invadenza, il potere, il vincere, il sottomettere.*

In questa patologia ruota tutto attorno al "**sintomo**". Si dice che il sintomo rappresenti un "compromesso" attraverso il quale il paziente riesce, seppur in modo sbagliato, ad ottenere un qualche alleviamento dalle proprie sofferenze. Esso rappresenta, per chi lo vive, un progetto di cura, una strategia per il raggiungimento dell'obiettivo. Attraverso il sintomo l'anoressica acquista un grande potere interpersonale ribaltando tutti i ruoli di quella famiglia. Per fare un esempio i genitori da "nutritivi" diventano "nutriti" è l'anoressica che spesso si occupa di organizzare i pasti per la propria famiglia con una dedizione "amorevole". In questo ribaltamento di ruoli l'anoressica tiene in pugno tutta la famiglia fungendo da **elemento Regolatore**. A questo punto è bene fare un po' di attenzione: abbiamo detto che per il soggetto il rifiuto del cibo non è un digiuno ma è la "risposta" che ella dà al sistema repressivo dal quale si sente schiacciata e che è il meccanismo relazionale proprio di quella famiglia, proveniente dai genitori. Tuttavia, questo potere pervasivo a cui l'anoressica tenta di rispondere con la "patologia" permane, non cambia, se non nell'illusione dell'anoressica. Ella è sempre inserita e dipendente dallo stesso contesto. **L'autonomia in realtà non esiste.**

La famiglia "tipo" dell'anoressica ha due caratteristiche principali che attengono alla sfera delle interazioni: il rifiuto e l'aspetto sacrificale, che giocano spesso in tutti i membri della famiglia. Il **Rifiuto** è caratterizzato dal fatto che vi è uno scarto tra livelli di contenuto e comunicazionali: non viene rifiutato al membro della famiglia di esprimersi, non viene cioè impedito il messaggio. Ma viene disconosciuto il "contenuto", ma così viene invalidato ogni messaggio. Ricordo che il contenuto sostiene la comunicazione, vi è cioè tutto il significato emozionale che non viene preso in considerazione. Altra caratteristica è il **Sacrificio**, infatti in queste famiglie sembra che ogni membro si "sacrifichi" per il benessere dell'altro. Si presentano spesso al terapeuta dichiarandosi "vittime". Ci sono vere e proprie "escalation" sacrificali. Una delle ricorrenze più frequenti riferite dagli analisti è proprio questa modalità propria dei genitori di presentarsi come vittime, come soggetti che non fanno altro che vivere in funzione dell'altro. Elemento questo che presenta in realtà l'aspetto falso e l'intento manipolativo del sistema, al quale il terapeuta non crede. Per quello che riguarda l'anoressica e il rapporto con il terapeuta, ella lo teme perché lo percepisce come una minaccia alla sua "leadership", al suo potere "sintomale", come già avevo accennato prima.

La ricerca di **autonomia**, causata da **una mancanza di spazio** è spesso sentita dalle donne come sinonimo di **aggressività verso la madre**. Normalmente, la figlia resta strettamente legata alla madre durante l'adolescenza, allo stesso tempo protestando e cercando di allentare il legame che la unisce a lei. La mancanza del tabù dell'incesto simile a quello che esiste tra il ragazzo e sua madre è un fatto importante. Una buona relazione fatta di affetto reciproco e rispetto e senza troppa ambivalenza, porterà ad una personalità calorosa e aperta senza tratti paranoici. **Una relazione**

parassitaria in cui la madre ha bisogno della figlia per autorassicurarsi, rende la figlia vulnerabile. Un eccesso di rivalità o di conflittualità tra madre e figlia può compromettere un risultato positivo. Conflitti non risolti con la madre possono condurre la figlia ad una condizione oppositoria, attraverso la quale ella cerca di frapporre una distanza quanto più ampia possibile tra sé e la madre. **Ella finge una falsa indipendenza dal cibo, dall'amore, dagli altri per resistere all'attrazione regressiva di una simbiosi intensamente desiderata e rimpiaanta.**

L'evitare critiche aperte, il trovare rifugio in una falsa armonia, il mettere da parte i conflitti e il tacitare la rabbia sembra spesso il solo modo per avere a che fare con queste deboli e vulnerabili, ma sempre tiranniche madri. In seguito nella vita, tutto ciò può condurre una donna alla triste consapevolezza di non aver mai avuto una fase puberale di protesta e di essere ancora dipendente dall'approvazione di sua madre. Alcune donne sono impaurite dalla loro madre o temono il suo crollo emotivo e restano per sempre incapaci di dire "fermati", "basta" o "no". Esse possono ancora aver paura di essere respinte da lei e continuano a sperare di ottenere l'amore e l'approvazione di cui sentono la mancanza.

La ragazza può aver sperimentato il proprio padre come intrusivo o aggressivo. Alcuni padri possono suscitare tali sentimenti, ma può anche accadere che la paura di una madre intrusiva sia in seguito proiettata sul padre, così come l'ostilità verso la madre può facilmente essere spostata sul padre. ciò conduce ad una maggiore rimozione dei sentimenti concernenti sia la madre che il padre e crea un **doppio fardello di colpa** nella ragazza e, con essa, l'inibizione dell'aggressività verso entrambi i genitori.

Insomma se a queste difficoltà relazionali nella famiglia si aggiunge che le ragazze e le donne sono troppo spesso scontente del loro aspetto, si può capire il meccanismo di insorgenza dei disturbi. Quando trovano sé stesse assolutamente brutte, ciò può non avere nulla a che fare con il loro aspetto. Ciò è, spesso, una traslazione in concreti termini fisici del loro modo di vedersi. Cioè, esse si sentono "cattive" o "riprovevoli", vale a dire gelose, ostili, esseri che hanno pensieri negativi e desideri da streghe. E' anche possibile che in casa l'intero ideale della bellezza sia stato incarnato dalla madre che è la sola a godere del privilegio di essere la prima donna, ammirata in quanto tale dal padre. Perciò la ragazza perde ogni sentimento positivo verso sé stessa e pensa: "Mia madre è bella e attraente, cosa che io non sono". Se non è capace di rassicurarsi da sola, diviene dipendente dalla lode e dall'apprezzamento degli altri, che devono costantemente rassicurarla. Io penso che le caratteristiche specifiche dell'essere donna debbano essere considerate come un fattore che può giustificare la maggiore frequenza dell'isteria nelle donne.

7. Le versioni non sessuali dell'incesto

Il trattamento dell'anoressia-bulimia ha portato molte volte gli psicoterapeuti a sentirsi riferire di **eventi incestuosi** accaduti nell'ambito familiare con una grande quantità di perversioni. La stessa situazione si presentò anche con le prime pazienti viennesi di Frued, il quale giunse alla conclusione che queste probabilmente mentivano; mentivano in buona fede, pensò Freud, imboccando così la strada del "falso ricordo" ed abbandonando la precedente "teoria della seduzione", quando comprese che questi ricordi di scene incestuose dovevano essere delle fantasie delle pazienti, non accadute realmente ma delle quali tuttavia le pazienti erano convinte. Tali convinzioni, incomprensibili a livello razionale, avevano la loro ragion d'essere in quanto produzioni dell'inconscio: proiezioni cioè di desideri sessuali rimossi; tutto quindi era in linea con le prime teorie freudiane sulla sessualità inconscia. Banalizzando molto le cose possiamo schematizzare così la questione: le giovani pazienti avevano rimosso un fortissimo desiderio sessuale incestuoso verso il padre, e questo desiderio ritornava dall'inconscio sottoforma di fantasie di seduzione subite, ma ritornava ripulito però da qualsiasi implicazione personale, se ne facevano cioè "portatrici sane" attribuendo la colpa all'altro

paterno anziché a sé stesse. In ultima analisi l'idea di avere subito un abuso sessuale incestuoso, se da un lato era inventata in quanto mai avvenuta, dall'altro andava però a soddisfare il desiderio rimosso della paziente. La questione si sarebbe potuta concludere qui.

Ma fu Freud stesso che molti anni dopo riprese in esame la questione e facendo autocritica osservò che non si poteva fare di tutta l'erba un fascio, che c'era cioè qualcosa in quei racconti che non era sotto il segno della pura fantasia di seduzione, che non era solo invenzione, ma che doveva avere qualche aggancio con la realtà. Tolti i casi di incesti realmente perpetrati, che fanno categoria a sé, ecco aprirsi dunque uno scenario vastissimo di situazioni senza dubbio incestuose, e senza dubbio reali, che pure non superano la soglia della penetrazione, dell'atto completo, ma rimangono al di qua della soglia dell'orrore. Siamo davanti alle **versioni non sessuali dell'incesto**, in realtà spesso si tratta di versioni molto sessuali, perché in gioco c'è la sessualità sia della bambina (che si sta ancora formando, che ancora non ha gli strumenti necessari per comprendere e metabolizzare il significato di questi eventi) sia quella dell'adulto (che non comprende di non poter applicare i suoi parametri, già maturi, alla figlia). Così anche solo una carezza, la visione reciproca della nudità, fare il bagno assieme o lavare il corpo della bambina, che sono tutte cose ordinarie, quotidiane, che tutti i genitori fanno, e che non farebbero mai pensare a qualcosa di morboso, sono però azioni che coinvolgono la sessualità, che la attivano, la circoscrivono, la orientano, ed è già a partire da questi gesti innocenti che dobbiamo chiederci: ma come li vive la bambina? Cosa instaurano nell'inconscio della bambina? Perché anche solo una carezza può essere fatta in molti modi e per molti motivi. Ci sono carezze date per ricompensa e carezze date per eccesso di cura, per eccesso di protezione, come ci sono carezze date a partire da fantasmi materni (o paterni) che non accarezzano affatto il figlio, ma ciò che questo rappresenta nell'inconscio del genitore. Il figlio-sintomo, il figlio come sostituto di qualcun'altro, il figlio-partner, il figlio-amante, il figlio come capro espiatorio (ad esempio di un matrimonio fallito), il figlio-protesi, il figlio idealizzato che non deve avere difetti, e via dicendo, sono solo alcune delle categorie cliniche che la psicoanalisi ha riscontrato come cause di futuri sintomi del bambino. Si tratta di attribuire al bambino dei ruoli (verso i genitori, i fratelli, i nonni, ma anche verso la propria identità sessuale) che sono abnormi, estranei rispetto a quelli che sarebbe lecito attendersi da lui a quella età; ruoli prematuri con valenze spesso erotizzate, ruoli che lo posizionano fuori contesto rispetto alla diade genitore-figlio. È il caso del figlio-partner, del figlio-sintomo, del figlio-Altro. Tutti casi cioè in cui il bambino non è trattato come tale, ma, mi ripeto, viene investito di valori e aspettative, o su cui vengono spostati sentimenti e rivalse, che non avrebbero ragion d'essere.

Ruoli e posti che Freud ci insegna diventeranno il "disegno natale" del bambino, posto che lo vincolerà nella vita adulta, che spesso lo costringerà inconsciamente a ripetere quel fantasma inconscio, quel ruolo che gli è stato assegnato a sua insaputa (e a cui comunque il soggetto non ha mai detto No). In gioco, quindi, non c'è solo questo primo enigma sul ruolo, ma c'è proprio la sua sessualità, che su queste basi si va costruendo, che da questi ruoli prenderà le mosse per il suo sviluppo precoce, pagando i numerosi vizi d'origine a cui è esposta.

Poco importa a questo punto cosa accade, se c'è o meno l'atto, perché è "come se" fosse già avvenuto. Lo confermano le parole di alcune pazienti che parlano del padre con gli stessi termini usati per i mariti, i fidanzati, gli amanti. Lo confermano i sintomi che queste pazienti portano, dove il rifiuto anoressico o l'abbuffata bulimica sono a volte modalità utilizzate per reagire molto in ritardo a situazioni incestuose, a ruoli che ab-usano, ed ecco che il No anoressico, il rifiuto universale dell'anoressica può avere alle sue spalle **un no prima che al cibo, al convivio sessuale**; come dietro all'abbuffata bulimica o all'obesità può esserci l'errore logico di tentare di colmare con il cibo, con l'eccesso di cibo, con una quantità infinita di oggetto-cibo, un vuoto straripante d'amore che non c'è stato perché al suo posto si è instaurato il contatto tra pari, tra amanti, complici con il genitore.

L'educazione sessuale offerta da alcuni genitori ai propri figli mostra un vizio d'origine simile nel momento in cui diventa un **imposizione di dogmi** (giustificati magari da una particolare fede religiosa), di dogmi che in ultima analisi proibiscono tutto, che non lasciano alcuna possibilità di trarre piacere dalla sessualità, che riducono il corpo ad un oggetto sporco, vizioso, maligno. Anche qui, sebbene in modo indiretto, si instaura, se il figlio/a non assume una posizione indipendente, una vera e propria automutilazione del corpo, una sua impossibilità d'uso, fino al rischio estremo di diventare, il corpo stesso, che invece vive e desidera, persecutorio rispetto al dogma fanatico della morale imposta dai genitori. E allora ecco che mortificare il corpo, renderlo letteralmente "morto", trasformarlo cioè in un corpo che non può più desiderare, che non può far sentire il peso del desiderio sessuale, può essere una strategia sintomatica per adattare il corpo vizioso al dogma della morale ferrea imposta, una **strategia autodistruttiva** per cancellare l'emergere doloroso del desiderio, un tentativo, destinato a fallire, di rendere il corpo vizioso un corpo che vive di "puro spirito". È noto che il corpo dell'anoressica è un corpo asessuato, senza mestruazioni, senza appetiti né alimentari né sessuali. Anche qui si vede bene come ci sia un'operazione sul corpo per "mortificarlo", per rendere morti quei desideri, quegli appetiti che non sono compatibili con l'ideale dell'anoressica. E allora il corpo viene messo in secondo piano rispetto al progetto, all'idea soltanto mentale, dell'estetica da un lato o del rigore morale dall'altro.

8. Conclusione

Dunque è di obiettivi che la patologia anoressica si fonda, precisi scopi che la paziente si ripropone, seppure inconsciamente, di perseguire al fine di trovare l'equilibrio interno che le manca, e di riuscire ad ottenere quell'**armonia e soddisfazione narcisistica** di cui è carente. **La debolezza, l'impotenza e la dipendenza** sono gli attributi che distinguono la personalità dell'anoressica, e allo stesso tempo sono sentimenti che questa paziente cerca di allontanare, di rimuovere, di ostacolare con i mezzi che riesce a reperire per farlo. E' come se ci fosse un importante disegno che la paziente cerca di portare a termine, utilizzando il sintomo, nella forma della condotta anoressica, come strategia per risolvere la problematica che la affligge. Parlando di sintomo, ci si è riferiti ad una particolare sfumatura che può essere colta in tutte le pazienti anoressiche, a livello sia fisico che psichico: **la negazione della sessualità**. È stato ipotizzato che questa rappresenti una possibile soluzione messa in atto dalla paziente al fine di perseguire i suoi scopi: non soltanto trarre sollievo dalle sofferenze interiori, risolvendo la questione della impotenza/dipendenza, ma soprattutto risollevarsi dalla propria debolezza narcisistica. È in questo modo che qui viene intesa la cancellazione degli attributi sessuali femminili nelle pazienti: una strategia difensiva.. Si potrebbe dire che il vero intento dell'anoressica sia quello di riscattarsi da un legame scomodo, invischiante, da una forma di relazione da cui si sente sopraffatta, dipendente, annientata nella propria identità. È la **paura dell'Altro**, inteso come oggetto relazionale esterno sul quale investire, la tematica portante. L'anoressica sente di dover tutelare un assetto narcisistico che non ha avuto la possibilità di diventare forte, e non le conferisce quindi la sicurezza necessaria nei confronti della relazione. L'Altro va rifiutato, tenuto a bada, ma soprattutto separato da sé; è percepito come pericoloso e perciò ci si difende da lui con i mezzi possibili, anche a costo di dover rinunciare ad un aspetto di se stessi, che potrebbe però rappresentare un nodo temibile tra il Sé e l'oggetto. Perché è così che l'anoressica concepisce la sua **femminilità**: qualcosa chela tiene allacciata all'Altro, simbolo di una identificazione insopportabile, un vincolo che li stringe insieme in una morsa troppo stretta, nonché un pericoloso richiamo per l'altro sesso.

È durante l'**adolescenza** che la paura tende ad emergere nella ragazza, perché in questo periodo essa si trova a un bivio a più uscite: la separazione dall'altro, la maturazione sessuale e la conseguente minaccia incestuosa, l'evoluzione della propria identità, e soprattutto del Sé come garante per questa evoluzione. Uno degli scopi che si perseguono nel mettere in atto una strategia difensiva riguarda il

voler mantenere una sorta di equilibrio pur provando una grande sofferenza interna. Trovandosi di fronte a conflitti che minacciano il suo assetto narcisistico, l'anoressica cerca di adottare una condotta che le permetta sia di affrontare questi conflitti nella maniera meno deleteria per lei, sia di poter gestire e regolare una situazione relazionale paurosa e minacciosa per la propria identità.