

Il pieno e il vuoto: uno sguardo tra anoressia, bulimia e obesità

Talamoni Maurizio (Psicologo-Psicoterapeuta, didatta SISPI)

1. Il vuoto e la mancanza

Questa presentazione si pone l'obiettivo di illustrare i disturbi dell'alimentazione come l'anoressia, anoressia-bulimia e obesità attraverso i concetti lacaniani di *clinica della mancanza* e *clinica del vuoto*¹, intese non come nuove strutture di personalità in alternativa alle comuni categorie di nevrosi, psicosi e organizzazione borderline, come ipotizzato da Kernberg., ma come sintomi possibili all'interno di queste stesse strutture, sulla base della loro differenziazione clinica di origine psicoanalitica.

Se proviamo a cercare una definizione di tali sintomi attraverso l'uso di manuali come ad esempio il DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), troveremo un approccio essenzialmente descrittivo che non tiene in considerazione delle cause di tali disturbi. Avremo a che fare con "coordinate psichiatriche" che hanno il semplice scopo di collocare e catalogare il fenomeno, tipico di un approccio clinico-oggettivo, privo del vissuto esperienziale soggettivo che da segno diventa sintomo. Nella concezione psicodinamica e psicoanalitica contemporanea si parlerà quindi di *anoressiche* e di *bulimiche* che insieme alla tossicomania, agli attacchi di panico alla depressione e all'alcolismo, definiscono quello spettro di sintomi caratteristici della clinica del vuoto citata all'inizio.. Questi sintomi sembrano sfuggire alla logica nevrotica di costituzione metaforica del disturbo, cioè a uno schema classico di ritorno del rimosso come agente di divisione del soggetto (Recalcati 2002). Infatti, più che appartenere alla dinamica conscio-inconscio, la dimensione che sembra più coinvolta è la costituzione narcisistica del soggetto espressa in un suo difetto fondamentale, così come la dimensione sessuale rappresentata da pratiche di godimento (come è piuttosto evidente nella tossicomania e nella bulimia) che fanno pensare ad una esclusione dell'inconscio. Non avviene scambio con l'altro sesso ma il godimento è asessuato, prodotto dalla tecnica e dalla chimica, in risposta ad una pratica pulsionale determinata con materiale reperibile sul mercato (Recalcati 2002).

La clinica della mancanza è la clinica della nevrosi, di cui ne costituisce il modello. L'elemento centrale è il desiderio: la rimozione del desiderio causa il ritorno del rimosso sotto forma di "codici cifrati" costituiti dall'inconscio. Qui ritroviamo il soggetto diviso sotto l'effetto del desiderio: conflitto, lacerazione, rifiuto dialettico, desiderio di "quello che manca". La mancanza viene vissuta come "mancanza a essere" (Recalcati 2002), rappresentata dalla scelta del sacrificio, della privazione che possono apparire come modalità di godimento superegoico del vuoto, con lo scopo di arrivare a sessualizzare la rinuncia che è elevata a meta pulsionale.

Nella logica dell'anoressica-bulimica, così come quella del tossicodipendente, la mancanza a essere sottintende un amore non dato, un amore che è *passato come qualsiasi altra cosa*, che si riflette in una espressione di *antiamore* (Miller 1997)² che non cade nel luogo dell'Altro, ma si materializza nell'oggetto cibo o nell'oggetto droga. L'antiamore esplicita questa rottura, il divorzio tra il soggetto e l'Altro. Si assiste ad un godimento non rappresentato dalla via maestra di creazione del sintomo come nelle più classiche delle nevrosi, ma a una espressione diretta di pratiche pulsionali

¹ Questa differenziazione viene abbozzata da Serge Cottet a proposito della depressione in un articolo dal titolo "Gai savoir et triste vérité", in *Revue de la Cause freudienne*, n. 35, 1997, da Recalcati M. (2002), *Clinica del vuoto*, Franco Angeli, Milano

² A. Miller: *L'Autre qui n'existe pas...*, cit., lezione del 26 marzo 1997 (inedito), da Recalcati M. (2002), *Clinica del vuoto*, Franco Angeli, Milano

non alimentate da una soddisfazione inconscia. Si assiste ad un collasso del transfert, ad una formazione di un circuito chiuso comunicazionale che esclude l'Altro, ad una formazione di una "dispersione dell'identità" che avvia all'esperienza di un "vuoto cronico", dove nei casi più gravi attenta al sentimento stesso di esistenza del soggetto.

Il vuoto cronico è contraddistinto da un senso di irrealtà, anaffettività, di futilità, di inesistenza che possiamo riscontrare nelle "personalità come se" di Helene Deutsch e in quel "falso sé" di Winnicott. Il soggetto agisce una costituzione di una maschera come adattamento sociale, che tenta di compensare o mascherare un vuoto fondamentale nella propria costituzione narcisistica. Nell'anoressia la maschera sociale del corpo magro può compensare un difetto narcisistico o addirittura un vuoto forclusivo della psicosi. Questa adesione della maschera nel sociale, declina in una dimensione psicopatologica che si esprime sempre meno nella deviazione della norma e sempre più in un adattamento rigido alla norma, assumendo un vissuto di segregazione. La clinica del vuoto è una clinica che studia le forme di segregazione psichica, è una clinica che si occupa di ciò che Lacan chiamava "psicosi sociale". La posizione del soggetto non si evidenzia per la manifestazione di fenomeni psicotici in senso stretto (deliri e allucinazioni), ma si distingue per una esperienza di assenza, di vuoto esistenziale, di ordinarietà anonima (Recalcati 2002).

Assistiamo ad una dialettica tra anoressia e discorso sociale che porta la prima ad essere un sintomo alla moda, un sintomo attuale. L'anoressia-bulimia sottolinea la crisi generale dell'Ideale, attraverso l'Altro sociale che ne rappresenta la disgregazione. L'Ideale ha perso il ruolo di bussola che orienta il soggetto nel trovare una identificazione, un riconoscimento nell'Altro. L'identificazione non è più di impronta verticale, come è stata spiegata da Freud in *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*, quando spiegava l'identificazione al leader. Ora l'identificazione ha assunto una posizione orizzontale, avviene con l'altra ragazza anoressica, con il gruppo monosintomatico delle anoressiche. E' un fenomeno di "identificazione al simile" che non ritroviamo solo nell'anoressia-bulimia, ma anche nei nuovi sintomi in generale, come ad esempio la dipendenza da sostanze e la dipendenza da gioco. Quando si parla di gruppo monosintomatico nel sociale, non si intende il gruppo monosintomatico terapeutico, ma come un gruppo che si struttura spontaneamente nel sociale stesso, come maschere che esprimono una identificazione immaginaria.

2. Lo stadio dello specchio

Accennando al concetto di Ideale e di meccanismo di riconoscimento dell'Altro, il discorso si sposta inevitabilmente alle primissime fasi dell'esistenza, al rapporto dell'Altro materno con il bambino, dove il processo di identificazione si collega al campo narcisistico e all'*immagine del corpo*. Lacan, afferma che a pochi mesi il bambino non ha la percezione di unitarietà della propria superficie corporea, sperimenta uno stato "frammentato", i vari distretti corporei non sono percepiti come unità formale di un corpo investito libidicamente e narcisisticamente. Il ruolo di collante viene svolto dallo *stadio dello specchio*, dove l'incontro con la propria immagine, accompagnato da una emozione giubilatoria concorre a costruire gradualmente una esperienza di compiutezza. Tale compiutezza dell'immagine narcisistica e il vissuto di padronanza sono ovviamente relativi, perché il bambino è ancora all'interno di un meccanismo di relazioni famigliari, è *oggetto* di un discorso famigliare. Possiamo assistere, all'interno di una posizione anoressico-bulimica, ad una amplificazione del valore libidico dell'immagine del corpo e dell'effetto di padronanza che la sua costituzione introduce nel soggetto. Assistiamo ad una difficoltà nella costituzione dell'immagine narcisistica del corpo quando il soggetto anoressico-bulimico viene a cozzare contro uno scoglio, rappresentato dallo sguardo dell'Altro. Quest'ultimo deve essere in grado di accompagnare il bambino nel processo di riconoscimento della propria immagine speculare, ma quando lo sguardo assume le caratteristiche di istanza giudicante, superegoica, e non uno sguardo simbolico,

funzionale ad un riconoscimento reciproco, il processo primario di costituzione del Sé si trasforma in una scena primaria dell'anoressia. Non a caso, diverse madri di anoressiche-bulimiche sembrano avere un conflitto irrisolto con la loro stessa immagine. Sono madri che vivono la loro immagine narcisisticamente difettosa e coinvolgono le figlie affinché completino, con l'immagine propria corporea, quella difettosa materna.

Impedendo al bambino il riconoscimento simbolico della immagine speculare come propria, la madre o l'Altro della relazione ha introdotto nel profondo della costituzione dell'io una effrazione, una rottura di questa stessa immagine. Se si contraccambia allo sguardo del bambino con un sorriso che non sa accogliere, ma che giudica e rifiuta, può venire meno quel processo di costituzione di *Gestalt* unitaria del soggetto. La scena primaria delle anoressiche-bulimiche è una scena primaria allo specchio. Quando l'altro non offre un buon riconoscimento, non è base di una specularità simbolica, ma agisce una *smorfia* con lo scopo di sottolineare che qualcosa nell'immagine non va ed è fuori posto, il corpo o una parte di esso non entra nel processo di specularizzazione dell'immagine, rimane staccato, estraneo e irricognoscibile, provocando una lesione nell'immagine stessa difficile da rimarginare. Si possono trovare nelle anoressiche ricordi infantili di schermo, offese che hanno procurato un danno all'immagine. Davanti allo specchio la madre afferma: “sei troppo in carne”; “i tuoi capelli non sono di nessuno della tua famiglia”; “il colore dei tuoi occhi non è di nessuno di noi”. Ecco che per riparare alla smorfia dell'Altro, la futura anoressica ripete allo specchio, entrando in un faticoso “gioco delle facce”, il rito che la impegna compulsivamente a ricreare la smorfia originaria. In questo meccanismo di distorsione infinita, all'interno di un gioco di specchi identificativo, emerge l'esercizio del padroneggiamento dell'immagine attraverso lo sviluppo di una volontà ferrea che ha lo scopo di recuperare l'esaltazione narcisistica dell'io Ideale per potere risanare la storica offesa. Questo padroneggiamento di un corpo in frammenti a una unità realizzata dall'immagine, nell'anoressica assume sempre di più un valore assoluto. Il doppio speculare funziona come una specie di oggetto, una *protesi immaginaria* che cerca di saldare un'unità del soggetto minata nel suo difetto speculare originario.

Quindi lo stadio dello specchio svolge due funzioni fondamentali: la prima funzione garantisce il riconoscimento del soggetto e di assicurargli una padronanza immaginaria sul proprio corpo. La seconda funzione è rappresentata dal fatto che questa padronanza determina una giubilazione per il soggetto, una giubilazione mediata simbolicamente dalla parola della madre che facilita il riassorbimento della propria immagine.. Questa giubilazione nei confronti della propria immagine riflessa, quando viene a mancare la funzione mediatrice del materno, garantisce all'anoressica un *godimento dell'immagine*. Si intravede una problematica narcisistica, rappresentata appunto da un godere della propria immagine, di fare dell'immagine del proprio corpo un luogo investito narcisisticamente, per intendere il fenomeno in senso freudiano. Siamo di fronte ad un *io ideale*, ovvero all'io che pone se stesso come oggetto libidico e tale processo nell'anoressica viene edificato in modalità patologica, impedendo l'accesso all'identificazione simbolica dell'*Ideale dell'io*. Viene meno il processo di funzione costituente dell'immagine che non può essere riassorbita dal soggetto, interrompendo quindi la formazione della soggettività attraverso la *dimensione dialettica* dello specchio. Il soggetto si fa solo se si vede nell'Altro, solo se passa attraverso l'Altro e riconoscere nell'altro se stessi.³ E' la dimensione hegeliana che sostiene che l'Altro, il simile, non è semplicemente il diverso, l'estraneo, l'esteriore, ma è quella alterità che costituisce la mia identità. Deve esistere una reciprocità tra io e l'Altro perché possa esistere una soggettività umana.

³ G.W.Hegel, *Fenomenologia dello spirito* cit., p. 155. È questo l'insegnamento dialettico dell'anoressia bulimia: l'operare unilaterale con la cosa cibo è vano. Per costituire il soggetto è necessario – come si è visto ampiamente – il desiderio dell'Altro. Da: Recalcati M., (2007), *L'ultima cena: anoressia e bulimia*, p., 129, Mondadori, Milano

Tornando alla psicoanalisi freudiana, ritroviamo però anche una dimensione tragica nello stadio dello specchio presentata da Lacan. E' rappresentata da quella funzione disarmonica che struttura il soggetto come soggetto diviso, dove l'immagine che lo costituisce è una immagine sottratta e perduta. Il dramma dello specchio è rappresentato dal tentativo di una padronanza di una unità ideale che vuole ricomporre la frammentazione del corpo, ma questo arriva troppo in anticipo rispetto al reale del corpo che resta l'espressione della frammentazione. Quindi l'immagine non è, secondo Lacan, costituita dall'intenzionalità del soggetto, non è il prodotto di una coscienza ma è *costituente* il soggetto. Questo è il contrario dell'anoressica-bulimica che vuole invece fare dell'immagine del suo corpo una immagine costituita dalla volontà, dal sacrificio superegoico in nome del proprio Ideale. In questo modo essa mantiene una padronanza dell'Ideale sul corpo pulsionale e reale.

E' "una luna di miele" con lo specchio direbbe Lacan, un potere dell'immagine che esprime l'identificazione con essa e con l'Ideale anoressico. Nella "teoria del segmento" che Platone descrive nel libro VII della *Repubblica*, il posto riservato all'immagine è quello dell'ombra, una falsa realtà che distoglie lo sguardo dalla contemplazione delle idee, dalla visione della vera natura dell'essere. L'anoressica rovescia il mito platonico attraverso il culto dell'immagine che diventa espressione dell'essenza, è una immagine che imprime, che lascia una impressione radicale sul soggetto. Assistiamo ad un padroneggiamento dell'immagine attraverso l'identificazione ideale del corpo pulsionale (con lo scopo di controllare l'istinto della fame), per impedire l'emergere della scissione del soggetto e i vissuti di frammentazione derivati dal difetto nella costituzione speculare dell'immagine del proprio corpo. In questa identificazione idealizzante, nel tentativo di recuperare l'immagine sottratta dallo specchio, si fa rindondante il pensiero dell'anoressica: "Io sono io", come formula elementare del narcisismo, come atto che vuole fare dell'io se stesso. La tragicità di questo stato è che l'io ideale dell'anoressica è un io tirannico, che richiede un asservimento assoluto, è una dimensione *anti-dialettica* che va a coincidere con l'impossibile. Si entra in un deliro di fondo rappresentato dall'immagine estetica-ideale del corpo magro, una immagine a cui il soggetto anoressico aderisce totalmente, si fa servo. E' una servitù all'Ideale superegoico del corpo emaciato, esibito e alimentato da una percezione delirante di perfezione estetica (l'anoressica si vede bella), orientato al controllo degli appetiti (anche sessuali), ragione per cui l'immagine è intrisa di godimento libidico, fino all'elevazione alla funzione perversa di feticcio.

3. Il niente dell'anoressia-bulimia

"Ma insomma, non vede che sono anoressica !!"⁴ La scelta dell'anoressica è quella di *mangiare niente, di non sentire niente*, alla stregua di un fanatismo, di un culto o elogio del niente. (Recalcati 2002). All'inizio di questa esposizione si è chiarito come nel modello psicoanalitico non si intende parlare di anoressia al singolare, confondendola con il concetto di struttura di personalità (Bruch 2008), (Selvini Palazzoli 1963), (1988), (1991), ma di anoressiche, anoressiche-bulimiche. Al di là dei fenomeni tipici (dimagrimento, amenorrea, calo ponderale, rifiuto del cibo, iperattività fisica), si deve individuare il tratto differenziale nell'anoressia, quel tratto che ci svela la funzione di compensazione, di delirio (come in certe psicosi), oppure la funzione di difesa del desiderio se andiamo a riferirci alla dimensione nevrotica.

Ritroviamo il primo niente che svolge la funzione di oggetto separatore; mangiare niente diventa un modo per sbarrare l'Altro nella sua onnipotenza (la madre cocodrillo che tiene i cuccioli nelle sue fauci), per tentare di sganciarsi dalla dipendenza alienante dell'Altro. E' un ribaltamento dello

⁴ L'individuazione del fenomeno anoressico, o anoressico bulimico, è di per sé facile. L'anoressica si evidenzia come anoressica; non c'è nessun enigma quanto piuttosto un eccesso di evidenza. Da : Recalcati M., (2002), *Clinica del vuoto. (Anoressie, dipendenze, psicosi)*, pag 17, Franco Angeli, Milano.

statuto di forza: se in un primo tempo, quello dell'infanzia, il soggetto si trova in uno stato di totale impotenza rispetto all'onnipotenza della madre, in un secondo tempo, quello dell'adolescenza, il soggetto anoressico trova nel rifiuto, nel "no!" all'Altro, attraverso il niente come agente separatore, le basi per gettare l'Altro nell'angoscia e nell'impotenza, cercando una posizione di supremazia immaginaria nei suoi confronti.

Il rifiuto anoressico è l'atto che fa sorgere il niente come oggetto separatore. E' la creazione di una mancanza per sottolineare la mancanza dell'Altro, la mancanza del segno d'amore nell'Altro che non ha fatto dono della propria mancanza. E' una forma negativizzata che può assumere la domanda d'amore dell'anoressica, nel momento che essa si è scontrata contro l'assenza di un segno d'amore dell'Altro.

Qual'è, sostiene Lacan, la vera forma di amore, la natura autentica di poter amare? Non è il dare tutto se stessi, l'amare incondizionatamente, ma è quella della mancanza; è la mancanza che genera il *desiderio* dell'altro. Quando due amanti si ritrovano dopo qualche tempo spesso si dicono: "ti sono mancato"? Il "ci siamo mancati" è una domanda che alimenta la natura transitiva del desiderio. La madre dell'anoressica confonde questo desiderio con il bisogno, il desiderio d'amore passa come "qualsiasi altra cosa", quindi il cibo, come atto d'amore primario e simbolo dell'affettività, si caratterizza come segno sintomatico del rifiuto, con l'intento di difendere il desiderio da un assorbimento nella domanda che annienta.

*Devo masticare tutto in modo che possa avere un'idea del sapore. Ma non devo inghiottire niente. Poi sputo tutto. Così resto me stessa, ma senza rinunciare al sapore.*⁵ In questa confessione di una giovane anoressica individuiamo il tratto isterico dell'anoressia; il significante rappresentante del sapore come desiderio dell'affetto dell'altro, ma accettato solo se privato di ogni sostanza. Mi difendo dal desiderio (avere una idea del sapore), attraverso il rifiuto del godimento (lo sputare). Per Freud, lo sputare occupa un primato rispetto all'incorporare, all'assimilare. Non è l'incorporazione, l'assimilazione ad umanizzare il soggetto, a produrre il soggetto come differenza, ma il movimento dello sputare, che come movimento originario porta ad una differenziazione primaria, ad una esteriorizzazione del reale primordiale⁶.

In questa scissione tra desiderio e godimento, ritroviamo la versione isterico-nevrotica dell'anoressica, originata probabilmente da una delusione edipica, da una frustrazione paterna della domanda d'amore. Il corpo anoressico si "fa" corpo-ostaggio per l'Altro; diventa lo strumento per ricattare l'Altro, affinché l'Altro sia spinto a dare non ciò che ha, ma ciò che non ha, a sottolineare la sua mancanza, a creare una possibilità di un segno di amore. Presentarsi con un corpo che si consuma, che si scheletrizza, che si riduce a pelle e ossa, assume anche una dimensione fallica alla rovescia: il corpo con il suo dimagrimento portato all'estremo viene svalorizzato, ma solo per valorizzarsi in questa manifestazione perversa. Si fa invisibile, tende a sparire, diminuisce, ma con lo scopo di avere una maggiore consistenza, per esistere in modo assoluto per l'Altro e accecarlo. Tutto questo rimanda alla considerazione (che riprenderemo più avanti), che anoressia e obesità hanno in comune l'appropriarsi dello sguardo dell'Altro come strumento di domanda d'amore, usando il corpo come *feticcio*.

L'anoressica quindi, per poter alimentare il segno di amore deve negare e rifiutare l'oggetto, attraverso l'onnipotenza del "no!", in questa dimensione scissa tra domanda e desiderio. Nella bulimica invece, il movimento è contrario. Se l'anoressica si identifica nell'inscalfibile "no!", qui troviamo il consumo infinito dell'oggetto, con lo scopo di compensare la frustrazione della domanda di amore, come modo per scopercchiare l'assenza del segno della mancanza dell'Altro. La

⁵ Da: Recalcati M., (2002), *Clinica del vuoto. Anoressie, dipendenze, psicosi.*, pag 21, Franco Angeli, Milano.

⁶ Da Recalcati M, (1999), *L'odio come passione dell'essere e la sopravvivenza dell'analista*, in *La psicoanalisi*, n. 27, Astrolabio, Roma

bulimica dice sempre “sì!” ad una divorazione infinita dell’oggetto, non sapendo che in questa sua disperazione soggettiva, nessun pane del mondo (Recalcati 2002) potrà mai costituirsi come segno d’amore.

Sulla scala progressiva della gravità, riscontriamo un secondo tipo di niente, un niente che contraddistingue clinicamente la dimensione psicotica dell’anoressia. La differenza con la forma nevrotica è rappresentata dal fatto che non è in rapporto con il desiderio dell’Altro ma con il godimento dell’Altro. Non si svolge su un piano dialettico che sottintende un separarsi per poi possibilmente ritrovarsi, ma rappresenta un niente che smarrisce ogni valore dialettico per attestarsi in una ipostasi, in una dimensione olofrastica (Recalcati 2002). E’ un rifiuto totale dell’Altro, un rifiuto congelato, marmoreo e inscalfibile che porta non tanto al desiderio di niente, ma riduce il desiderio a niente, fino all’annientamento di sé. Questo secondo niente non investe l’Altro ma il corpo del soggetto, rappresentando una vera e propria eclissi della domanda e una separazione del soggetto della domanda come tale. E’ un “appetito di morte” (Lacan 1984)⁷, un “desiderio della larva”, come in alcune forme di suicidio differito nell’anoressia e nella tossicodipendenza. E’ un corpo che si avvia verso la propria autodistruzione, una mummificazione psicosomatica, una nientificazione paradossale per cercare di sottrarsi al divoramento dell’Altro.

Dal punto di vista freudiano potremmo inserire questo processo in una applicazione del principio del Nirvana, con l’obbiettivo dell’apparato psichico di ridurre a zero il livello di tensione interna. Questa tendenza viene regolata dal principio di piacere che si struttura su una impossibilità di un ripristino totale dello zero, come espressione stessa della vita che tenta continuamente di stabilizzarsi su un’omeostasi non distruttiva: l’apparato psichico tende a ridurre al minimo il livello di eccitazione interna, ricerca il piacere ed evita il dispiacere. La nevrosi nasce sul piano della conflittualità tra il principio di piacere e il principio di realtà, in un confronto inconciliabile tra pulsione e civiltà. Questa versione dell’anoressia configura una solidificazione del soggetto, presentando il concetto di Nirvana come un principio interamente al servizio della pulsione di morte, masochistico, come una sorta di narcotizzazione del principio del piacere.⁸ La tendenza allo zero assume il valore di un’autentica pratica, una metodica quotidiana. Bisogna preservare il corpo dalla minima interferenza perturbatrice di un equilibrio che esprime una passione per l’annientamento, ogni variazione viene vissuta dal soggetto come catastrofica: *La vita è un eccesso, un terremoto... Tutto ciò che sono obbligata a mangiare deve essere neutro, insapore. Solo l’insapore mi sostiene. Il sapore invece mi squilibra, mi turba, mi sconvolge... Non sono io che sento il sapore ma è il sapore che mi minaccia... Mangiare l’insapore, mangiare in bianco è il mio modo per neutralizzare il sapore. Mangio il minimo, il minimo del minimo. Ma il minimo deve essere senza sapore, bianco, deve non aggiungere niente al mio corpo, non deve turbare il mio equilibrio... Se sento il sapore tutto frana...*⁹

Il sapore modifica, mentre l’insapore conserva. E’ un aspetto onnipotente della mente che agisce sul corpo come unico pensiero possibile. La regola, l’applicazione della bilancia, il calcolo infinitesimale della calorie servono per contrastare in modo assoluto il potere destabilizzante del sapore, vissuto come elemento ingovernabile, a vantaggio dell’insapore come elemento che conserva, medesima e consolida l’identificazione con una mortificazione del corpo che non è simbolica ma reale: *lo stesso di quello che entra deve poter uscire dal corpo... le entrate uguali alle*

⁷ Lacan J, (1984), *les complexes familiaux dans la formation de l’individu*, Navarin, Paris, pp30 e 35. In Recalcati M., (2002), *Clinica del vuoto. Anoressie, dipendenze, psicosi*. Franco Angeli, Milano

⁸ Freud S., (1980), *Il problema economico del masochismo.*, in *Opere*, Musatti C.L., (a cura di), Bollati Boringhieri, Torino. Da: Recalcati M., (2002), *La clinica del vuoto. Anoressie, dipendenze, psicosi*, pag 25, Franco Angeli, Milano.

⁹ Da. Recalcati M., (2002), *Clinica del vuoto. Anoressie, dipendenze, psicosi.*, pag 25, Franco Angeli, Milano

*uscite....Così dopo aver vomitato devo poter verificare che quello che ho mangiato deve essere uscito tutto dal mio corpo.*¹⁰

Nell'anoressia-bulimia, lo stato di ascesi anoressica può a volte fallire il controllo della pulsione, la pulsione rompe gli argini dello stato di non essere, di non pensiero, creando un circuito alimentato dal desiderio della divorazione e dal godimento dell'espulsione: "è per vomitare che l'anoressica-bulimica mangia". Qui l'esigenza "liberatoria" del vomito prevale su quella istintiva della fame, creando un circuito perverso contraddistinto dal pieno-presenza e dal vuoto-assenza dell'Altro. Il pieno, l'introyettamento dell'Altro è causa di disperazione, indegnità e persecuzione che vengono quindi annientati dall'espulsione, permettendo di abbandonare per il momento uno stato di angoscia radicale.

4. Sull'Edipo nella famiglia delle anoressiche-bulimiche

L'esperienza clinica in riguardo alle anoressiche-bulimiche ci conduce a considerare la perdita della funzione simbolica del ruolo dei famigliari, contraddistinta soprattutto dall'indebolimento paterno (la funzione del Nome-del-padre di Lacan), che origina quattro figure in una dimensione patologica: *la madre coccodrillo, la madre narcisista, il padre amante, il padre norma* (Recalcati 2002)

Della madre coccodrillo abbiamo già accennato, indica la madre-tutta-madre, l'abdicazione della donna per la madre. La madre coccodrillo non risponde agli effetti della legge paterna, al limite stabilito dall'intervento del Nome-del Padre che tenta di limitare il desiderio materno. E' una madre che non permette a nessuno di interferire tra lei e sua figlia, padre compreso. Solo la madre sa di cosa ha bisogno la figlia; ed è quindi ovvio che tutto il problema ruota intorno ad una necessità di separazione tra madre figlia. La figura della madre coccodrillo incarna il ruolo della madre che si appropria del bambino fallo.

La madre narcisista è una trasformazione contemporanea della madre coccodrillo, dove assistiamo ad un rovesciamento del desiderio cannibalico della madre verso la figlia, ovvero il lasciare cadere l'investimento libidico verso quest'ultima. La madre narcisista incarna il rifiuto della figlia portata in grembo, come espressione del fallimento fallico della bellezza del corpo della donna. Assistiamo ad una rivalità speculare con la figlia anoressica con il primato di mantenere una propria femminilità. Come espressione archetipica di questa situazione ritroviamo il personaggio della regina nella fiaba di Biancaneve, una donna molto bella, che però davanti allo specchio non tollera di abdicare in favore della più bella del reame.

Sul versante paterno troviamo il padre-norma, che pretende di incarnare la Legge. E' il padre che valorizza la burocrazia ma in modo tirannico. Metodico, intransigente, possiamo paragonarlo a un perfetto manuale universale di istruzioni che garantisce che tutto funzioni alla perfezione, non lasciando però spazio al desiderio.

Il padre-amante è il padre che colloca la figlia al posto della propria donna degradata al ruolo di madre-tutta-madre. E' il padre seduttivo che rappresenta il declassamento perverso della funzione paterna, invece di applicare la legge della separazione e del desiderio, investe la figlia del ruolo di oggetto d'amore come sostituto della moglie. In questo caso l'anoressia può essere la risposta sintomatica di rifiuto della posizione incestuosa, così come la bulimia invece, come la ripetizione di un godimento fuori legge. Riassumendo, possiamo distinguere una supremazia della Legge a discapito del desiderio, rappresentata dalle figure della madre-coccodrillo e da quella del padre-norma; sul versante opposto ritroviamo le figure della madre-narcisista e del padre-amante dove le esigenze della Legge si sottomettono a quelle della pulsione.

¹⁰ Da. Recalcati M., (2002), *Clinica del vuoto. Anoressia, dipendenze, psicosi*, pag 25, Franco Angeli, Milano.

5. Pseudomisticismo dell'anoressia

Il vissuto di rinuncia, di perdita, hanno sempre condotto a considerare le forti analogie tra la moderna anoressia e il percorso alla santità di tante figure ascetiche: da Chiara d'Assisi a Caterina da Siena, da Francesca Romana a Veronica Giuliani (Bell 1985).

Bisogna però sottolineare che il sacrificio del piacere e la mortificazione del corpo, intendendo il problema da un punto di vista clinico, richiama ad una dialettica non certamente mistica. L'ascesi qui considerata, non investe il piano della trascendenza, non avvicina il soggetto a Dio o all'assoluto, ma tenta di raggiungere un valore aggiunto caratterizzato dall'ideale sociale del corpo magro. In questo senso il misticismo dell'anoressica è uno pseudomisticismo, non c'è ascesi verso un immutabile, verso Dio, ma identificazione in un ideale estetico del corpo magro¹¹; un corpo magro elevato a feticcio. (Recalcati 2002). Il soggetto anoressico è chiuso in una dimensione autistica riversata sull'immagine del proprio corpo, vivendo un circolo asfissiante: il corpo viene rifiutato nella sua carnalità ma senza avere la possibilità di eliminare completamente la sua dimensione vivente, di neutralizzare le sue esigenze pulsionali. Quindi il soggetto anoressico è costretto a far ruotare la sua vita intorno al corpo in un gioco perverso di valorizzazione e svalorizzazione della corporeità. Se in effetti, il mistico si chiude presso se stesso per vivere il mistero dell'apertura all'Altro, nel senso che dirigersi nell'interiorità non è mai autoaccentramento dell'Io, ma piuttosto un aprirsi a un'alterità effettiva, ad un incontro; il soggetto anoressico tende invece ad escludere l'Altro, o meglio, l'Altro è rappresentato dall'omogeneità di un corpo che deve risultare immutabile ed evitare ogni forma di turbamento. Questa è la forma genericamente non mistica ma psicotica dell'anoressia, dove il guadagno narcisistico è rappresentato dalla idealizzazione di un corpo incorrotto dal trascorrere del tempo, sottratto alle vicissitudini della contingenza e del desiderio. La trascendenza è qui rappresentata dal culto per le proprie ossa, dove viene ancora di più sottolineata la differenza tra il digiuno del mistico, con l'obiettivo di una sottomissione a Dio che riempie di felicità, che realizza un godimento per compiere un dono indirizzato a Dio e il digiuno dell'anoressica, indirizzato al proprio corpo, un corpo che si autocompiace, che è esigente e intollerante.

Quindi il mentale anoressico non è lo spirituale ascetico, al contrario, le due posizioni si trovano agli opposti in questo rapporto di conoscenza tra spiritualità, materialismo, rinuncia alle cose terrene e ascetismo dettato dalla volontà. Il mentale anoressico si configura come anti-spirituale per eccellenza, dove il mondo è rappresentato solo dal rapporto del soggetto con l'immagine del proprio corpo, immagine di cui cade totalmente prigioniero che fa cadere il resto del mondo intero in una insignificanza, in un "non volere sapere niente altro", neanche rispetto ad un godimento sessuale dell'Altro, sostituito da un godimento assoluto dell'immagine del proprio corpo, in una sorta di euforia macabra.

Il mistico trova nell'adesione alla domanda di Dio la sola via per una realizzazione di una rinascita soggettiva, al di là del proprio Io, nell'esigenza di trovare una nuova luce; per l'anoressica, al contrario, l'esigenza è quella di negare il principio di adesione alla domanda dell'Altro, di negare ogni soggezione. Nella mistica cristiana troviamo le risposte per contrastare la miseria delle cose sensibili, la morte è solo la via della rinascita del soggetto, mentre nella logica anoressica, il

¹¹ E' l'osservazione pertinente sviluppata a suo tempo da Mara Selvini Palazzoli, quando notava come, mascherato da uno spiritualismo di facciata, l'anoressia fosse l'espressione di un ascetismo meramente materialista. Le anoressiche, scriveva, "sono spiritualmente così deboli da essere incapaci di spiritualizzare il proprio corpo...Il loro disprezzare il corpo, l'odiarlo, il rigettarlo come un oggetto ingombrante, non è affatto una scelta spiritualistica, ma un comportamento materialista di fuga del tutto assimilabile al loro assenteismo sociale, all'egocentrismo, alla fuga dal rapporto interumano". M. Selvini Palazzoli, *L'anoressia mentale*, Feltrinelli, Milano, 1963, pp. 177-178., da: Recalcati M., (2002), *Clinica del vuoto. Anoressia, dipendenze, psicosi.*, pag 73, Franco Angeli, Milano.

feticismo del corpo magro, svuotato di ogni elemento carnale e rigettato nelle sue secrezioni vitali (sangue, sudore, escrementi), assume il ruolo di corpo estatico che richiama al vuoto come nuova anima. Non troviamo neanche una vicinanza con la saggezza orientale, in quanto, esempio del buddismo zen, il vuoto assume una grande importanza come concetto di transitorietà (il non-essere) di tutte le cose solamente per potere scorgere nella stessa transitorietà il senso ultimo dell'esistenza, arrivando a capovolgere il senso stesso del concetto di vuoto in una pienezza (l'essere) che si realizza in ogni momento. Il vuoto anoressico non ha riferimenti cosmologici, non è altro che il vuoto dello stomaco adibito a ultimo rifugio del soggetto e forma estrema di un godimento masochistico della privazione.

Anche l'estetica possiamo dire che entri in campo in questo continuo gioco di dinamiche, dove l'estetica del corpo emaciato dell'anoressica giunge a realizzare l'etica della privazione. Una privazione rappresentata dal sacrificio dell'appetito sensibile del corpo che si realizza al servizio dell'immagine estetica del corpo stesso. Cioè, ogni privazione è orientata alla realizzazione dell'estetica del corpo, come si accennava prima si parla di estetica lugubre, portatrice di un significato di morte, mentre nell'ascesi mistica, il soggetto rinuncia alla seduzione estetica delle immagini per raggiungere una verità che è inimmaginabile sul piano della rappresentazione. Anche nel mistico possiamo parlare di privazione orientata dalla volontà, ma la stessa volontà è lasciata cadere per potere aderire alla domanda dell'Altro divino.

6. Obesità

Abbiamo accennato all'estetica che, attraverso la sua classica definizione di Baumgarten nel 1750, *Aesthetica* come scienza della conoscenza sensibile, ci richiama al registro della percezione e dell'evidenza (D'Angelo, Franzini, Scaramuzza, 2002). E' per questo motivo che l'anoressia e l'obesità vengono inserite nel campo della "clinica dello sguardo", attraverso il corpo magro dell'anoressica e il corpo straripante di grasso della persona obesa: allo sguardo dell'Altro il corpo è sede di una disfunzione.

Certamente, se inseriamo il discorso in una dimensione sociale, l'evidenza dell'anoressica si caratterizza per essere pienamente adeguata a quelli che sono i criteri dell'Ideale sociale di magrezza, rispettando la domanda implicita del canone estetico. L'evidenza del soggetto obeso, al contrario, colpisce per la sua inadeguatezza e soprattutto per la sua oscenità. L'immagine del corpo anoressico può comunque suscitare consenso e integrazione, mentre l'immagine del corpo obeso suscita spesso vergogna ed emarginazione.

L'obesità richiama allo sguardo orrore e deformazione, bruttezza e rifiuto, appare come una vera e propria devastazione dell'immagine rispetto all'Ideale anoressico. Bisogna comunque chiarire, che non tralasciamo nella nostra esposizione la concezione del corpo magro dell'anoressica come "corpo mostro", dove si trascende l'adesione dell'Ideale sociale, ma come nell'obesità, l'obiettivo è scuotere nel profondo l'Altro e gettarlo nell'angoscia. Qui anoressica e obesa trovano una connessione, una sintonia perversa, che è quella di diventare da soggetto a oggetto dell'angoscia dell'Altro, per riprendere un concetto di Fenichel, "un esibizionismo della bruttezza"¹².

Nell'esibizionismo, il "piacere" di mostrarsi non è caratterizzato solo dall'essere innamorati della propria immagine, ma di attuare una cattura dello sguardo dell'Altro, e nel caso del corpo mostro, catturare lo sguardo come indice dell'angoscia dell'Altro.

Come nel caso delle anoressiche gravi, anche la persona obesa rischia la morte; ormai sono consolidate nella letteratura le conseguenze fisiopatologiche che l'eccesso di grasso causa alla

¹² Fenichel O., (1951), *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle Psicosi*, Astrolabio, Roma, pag 272. Da: . Recalcati M., (2002), *Clinica del vuoto. Anoressia, dipendenze, psicosi.*, pag 207, Franco Angeli, Milano

salute di ogni individuo¹³. Questa compromissione del corpo viene resa con molta difficoltà sul piano verbale dai soggetti obesi. C'è "troppo reale" rispetto al simbolico della parola, che causa difficoltà nella cura analitica. La simbolizzazione, la mentalizzazione, non hanno spazio nell'elaborazione dei soggetti obesi perché è l'evento somatico che predomina su quello del linguaggio, le difficoltà del metabolismo simbolico precedono quelle del metabolismo fisiologico. Ecco perché ritroviamo una attitudine dei soggetti obesi al pensiero infantile concreto-operatorio, dove assistiamo ad una separazione tra pensiero e affetto, così come tra il soggetto e la sua realtà psichica. Potremmo dire che in ambito bioniano, manca la capacità di trasformare gli elementi sensoriali ed emotivi (elementi beta), in esperienza di elementi mentali elaborati (elementi alfa), a testimonianza di una frustrazione precoce del soggetto, che non può essere contenuta nei suoi effetti traumatici.

Nella persona obesa, il corpo non ha potuto tradurre un conflitto psichico in un sintomo, ma è precipitato in una scissione dal soggetto nell'incontro traumatico col godimento. Il corpo è diventato una massa informe, uno oggetto staccato dalla mente del soggetto. A differenza del soggetto isterico dove ritroviamo un corpo che parla, che comunica, il corpo del soggetto obeso è un corpo che soffoca perché è troppo pieno di godimento, un "peso esterno" che non appartiene al Sé, impedendo sul piano reale un normale movimento e ostacolando il soggetto nel raggiungere concretamente alcuni distretti corporei con conseguenti difficoltà a percepire i confini estesi della propria immagine corporea.

Possiamo trovare in una dimensione di per sé non sul piano delirante psicotico, ma anche su quello nevrotico, la convinzione che il proprio corpo sia nascosto o che sia tutt'altro dall'evidenza di "un osceno corpo grasso", come un oggetto totalmente estraneo all'essere: *quando rimango immobile, arrivo a dimenticare il mio corpo, me ne libero. Ne esco fuori e lo considero esterno. Sta là come una massa, una carcassa, una sorta di macchina stanca, un grosso carrarmato con un motore a due cavalli. Quel corpo non sono io. Io sono leggero, impalpabile, vado dove voglio, faccio quello che voglio.*¹⁴ La scissione del corpo dal soggetto, può anche favorire la produzione fantasmatica di un corpo virtuale, narcisistico e idealizzato, come io ideale disincarnato (ma irraggiungibile), dove rifugiarsi per non riuscire ad affrontare un difetto originario di specularizzazione, e attivare una identificazione simbolica effettiva.

A questo punto, ci troviamo di fronte a uno spettro di disturbi di intensa gravità, le cui origini si possono individuare attraverso meccanismi tendenti all'opposto. Nella clinica dell'anoressia viene evidenziato il valore assoluto del "No!", come costituente della soggettività umana. Nel soggetto obeso, colpisce invece la particolare difficoltà di accesso alla virtù, anche positiva del "No!". Nell'anoressica assistiamo all'esperienza del rifiuto, nel soggetto obeso assistiamo ad una impossibilità del rifiuto. L'esperienza del rifiuto dell'anoressica è senza dubbio portata all'estremo, esasperata, ma nell'obesità non esiste la minima capacità di introdurre almeno un "No!", per potere sperimentare anche solo un breve momento di separazione; in virtù di queste peculiarità, l'anoressica può essere collocata in una dimensione di separazione, mentre il soggetto obeso, come le bulimiche, in una dimensione di alienità.

¹³ Conseguenze cardiovascolari, respiratorie, sul fegato, sull'apparato muscolo scheletrico. Studi recenti mostrano la correlazione con l'apparizione del cancro.. In particolare il tumore al colon e alla prostata nel maschio, alla mammella e alla ovaie nella donna: Istituto Auxologico Italiano, *Secondo rapporto sull'obesità in Italia*, Franco Angeli, Milano, 2000. Da: Recalcati M., (2002), *Clinica del vuoto. Anoressia, dipendenze, psicosi.*, pag 208, Franco Angeli, Milano

¹⁴ Henri, 34 anni, con eccedenza ponderale del 30%, citato in G. Apfeldorfer, *Mangio, dunque sono*. Marsilio, Venezia, 1995, p.50 Da: Recalcati M., (2002), *Clinica del vuoto. Anoressia, dipendenze, psicosi.*, pag 210, Franco Angeli, Milano

Se si vuole considerare la persona con disturbo bulimico e il soggetto obeso, dobbiamo introdurre delle differenziazioni di carattere clinico-fenomenologico. Il rapporto bulimico con il cibo è caratterizzato da picchi dell'abbuffata, mentre il soggetto obeso iperfagico passa da una assimilazione ad una accelerazione costante. La divorazione bulimica si differenzia anche dal fatto che è accompagnata al rifiuto, mentre per il soggetto obeso, come sappiamo, c'è una tendenza all'impossibilità di rifiutare. Tutte e due le tipologie presentano la costante di condividere l'esperienza della fame come un'esperienza pulsionale da cui vengono sommersi, da cui non ci si può opporre. La bulimica riesce ad opporsi momentaneamente attraverso un'esperienza ritmata di divorazione e vomito che permette al soggetto di separarsi da ciò che ha ingurgitato. C'è la possibilità di un rientro dall'alienazione e di una separazione dall'Altro. Nella obesità, come detto precedentemente, c'è solo alienazione, ragione per cui, dal punto di vista clinico, possiamo individuare l'origine della obesità stessa nella fase infantile, mentre la bulimia, dove alienazione e separazione convivono, nella fase dell'adolescenza.

E' un oggetto cibo che tenta il difficoltoso ruolo della compensazione a una reale frustrazione di amore, una compensazione simbolica della mancanza dell'Altro. Ma sia il soggetto obeso che la persona bulimica, si trovano nell'impossibilità di colmare il vuoto, in quanto l'oggetto di compensazione continua ad evocare la nostalgia di ciò che rimpiazza.

7. Fasi di scatenamento

La clinica ha evidenziato alcune fasi di scatenamento, o congiunture, caratterizzate dall'esperienza di vita che qualsiasi individuo attraversa nell'evolversi della sua esistenza, ma che acquistano per il soggetto anoressico-bulimico particolare importanza non riuscendo ad accedere al registro simbolico.

Sicuramente, il periodo della pubertà e quindi l'incontro con la dimensione del sessuale del proprio corpo come strumento di godimento rappresenta un punto importante, rappresentazione del passaggio dell'infanzia all'adolescenza che può attivare nel soggetto un rifiuto del cambiamento dell'immagine del corpo e del reale del corpo stesso, anche se ad oggi appare un po' superata l'ipotesi dell'adolescenza come periodo elitario nella nascita delle problematiche anoressiche.

Un altro momento di scatenamento può essere rappresentato da un vissuto reale di separazione: un lutto, un viaggio all'estero, un trasloco. In questo caso il soggetto si trova a confrontarsi non tanto con il suo corpo come strumento di godimento, ma con la separazione dall'Altro. Il sintomo anoressico diventa allora una difesa dalla separazione, o anche una realizzazione della separazione, in un tentativo di fermare il tempo e mantenere il corpo al di qua della linea di sessuazione, in poche parole "rimanere bambina" per impedire la separazione dall'Altro o, assumere un controllo fallico dell'Altro, in un ruolo immaginario di potere sull'Altro.

Possiamo poi trovare come scatenamento l'esperienza fallimentare dell'entrata nel discorso amoroso, sia come fallimentare esperienza del proprio corpo come mezzo di accesso al mondo sessuale, sia come incapacità di rispondere alla domanda d'amore. L'anoressia, così come la tossicodipendenza, sono le massime espressioni di anti-amore, dove il soggetto smette di cercare la mancanza nell'Altro, chiudendosi in un narcisismo mortifero, negando ogni traccia dell'incontro con l'Altro.

Un'altra dimensione di scatenamento può essere rappresentata dalla rottura della coppia immaginaria, intesa qui come vissuto di identificazione assoluta, perfetta, inscindibile di uno degli elementi della coppia con l'immagine di coppia intesa come "una cosa sola per sempre". Al momento della rottura (non effettiva, ma anche solo la notizia di un tradimento), porta all'interruzione di questa ideazione delirante di "continuità dell'essere della coppia" e il sintomo

anoressico si profila come alternativa soggettiva di una decisione di essere in coppia ma in una “identità nuova”.

Una condizione estrema di scatenamento, può essere rappresentata in una situazione in cui la madre di una “futura anoressica” presenti sintomi psicotici, o avere una struttura di personalità dichiaratamente psicotica. In questo caso l’anoressia, svolge la funzione di cercare di porre tra la figlia e la madre una sorta di schermo protettivo, per permettere alla figlia stessa di sottrarsi al godimento morboso materno di tenere a sé la figlia come oggetto. E’ evidente che siamo in presenza di una sintomatologia anoressica come espressione patologica (e spesso fallimentare) di una regolamentazione e negativizzazione di un godimento perverso, in cui si cerca la separazione al di fuori della soluzione edipica.

8. Terapia

L’anoressica è una paziente che non accede facilmente al simbolico, anzi il simbolico è inaccessibile dietro alla facciata dell’Ideale del corpo magro. La difficoltà di accedere al simbolico fa sì che il metodo psicoanalitico possa essere, per lo meno all’inizio, non il metodo elettivo come trattamento di cura. Dobbiamo poi chiederci se c’è una domanda di cura nell’anoressica-bulimica; quando esiste è più una domanda di aiuto che di cura, incentrata totalmente sul sintomo, una domanda orientata a sapere com’è, più che il perché. Oltretutto, il sintomo anoressico svolge più una funzione di risposta che di domanda; una risposta all’Altro, a cui manda a dire “da ora in poi basta! Più niente dall’Altro!”¹⁵ Quindi questo pensiero, non solo è di ostacolo alla cura, ma non favorisce neppure le condizioni preliminari della cura.

In letteratura si evidenzia come, attraverso l’onnipotenza narcisistica, l’anoressica arrivi a negare l’incidenza reale del corpo, un corpo reale e sofferente che viene esteticizzato per mostrare il trionfo dell’Ideale. L’immagine del corpo va a coprire la sofferenza del corpo reale. Quindi questo suggerisce che uno dei primi passi possa essere quello di separare l’Ideale dal reale, in un gioco di specchi che metta costantemente di fronte immaginario e realtà, in un tentativo di introdurre il simbolico per entrare nell’inquietante dell’interno del corpo anoressico.

Nei casi più gravi, l’Ideale del corpo incontra il corpo che muore, attraverso la morte di un familiare, di un’altra anoressica durante il ricovero in ospedale, o attraverso la possibilità concreta della propria morte: *guarda che muoio !* è il messaggio del corpo-segno anoressico. Allora, la risposta terapeutica non può esimersi dal tralasciare lo “scandalo della morte”, affrontandolo con una necessità di un ricovero ospedaliero, con lo scopo però di presentificare i segni della sofferenza corporea, contrastando il piano dell’anoressica che li vorrebbe cancellare. Bisogna tentare, in una fase preliminare, la creazione di una possibile riduzione di questo godimento perverso tendente alla nirvanizzazione del corpo, attraverso una rettifica della domanda e quindi dell’offerta: cosa soffre d’altro se a soffrire non è solo l’appetito? Con l’introduzione di questo enigma si tende a superare la dimensione del sapere risvegliata dall’anoressica verso l’Altro; l’anoressica si rivolge al sapere del terapeuta ma solo per smontarlo, per dimostrarci l’impotenza: “mi rivolgo a te ma solo per poi smontare il tuo sapere e non chiederti niente di più”. La domanda “cosa soffre d’altro” cerca di puntare alla soggettività, al tentativo di rendere responsabile e analizzante il soggetto; la strada non è più quella del sapere, un sapere trattato come se fosse cibo con cui ingozzare il soggetto di risposte, che producono solo l’effetto di rafforzare il sintomo e causare la fuga del soggetto che vive l’analista come uno che vuole tutto. Se si riesce ad arrivare alla soggettività, si può accedere alla verità, a mettere al lavoro il soggetto, a produrre una soggettivazione del discorso, impedendo la sua costante eclissi del Sé (Di Luzio 2013).

¹⁵ Da: Recalcati M., (1997), *L’ultima cena: anoressia e bulimia*, pag 242, Mondadori, Milano

In conclusione: “guarda la parte che hai nel disordine che lamenti!”¹⁶ Questa affermazione indica una trasformazione dialettica, un rovesciamento dialettico. Per Hegel, il rovesciamento dialettico era messo al cuore dell’esperienza e serviva per rovesciare la certezza in modo da giungere alla verità. L’esperienza quindi, ha come presupposto il vacillamento, la crisi e la morte della certezza. All’inizio dell’esperienza c’è la rottura della immediatezza immaginaria della certezza, quindi la validità dell’esperienza è rappresentata da una dialettica che conduce a un confronto con una perdita, a una perdita dell’immediato, di una identità immediata dogmatica e fuori discorso. Sottolinea l’impossibilità di un immediato e della possibilità di una identità immediata che apre il tempo a una entrata nel campo terapeutico, forse non all’entrata in analisi, ma ad una possibile entrata nel campo dell’esperienza della cura, in un progetto di avvicinamento alla verità, che possa rappresentare l’inizio di un progresso per il soggetto.

¹⁶ Lacan J., *Intervento sul transfert*, in *Scritti*, pag 212, da: Recalcati M., (1997), *L’ultima cena: anoressia e bulimia*, pag 248, Mondadori, Milano

BIBLIOGRAFIA

Bell R.M., (1987), *La santa anoressia*. Laterza, Bari

Bruch Hilde, (2008), *La gabbia d'oro. L'enigma dell'anoressia mentale*, Feltrinelli, Milano

D'Angelo P., Franzini E., Scaramuzza G., (a cura di), (2002), *Estetica*, Raffaello Cortina, Milano

Di Luzio G., (2013), *Disturbi alimentari psicogeni: "eclissi del Sé ed esperienza del corpo"*. Da: Ciocca A., Marinelli S., Dazzi F., (a cura di), (2013), *Anoressie: patologie del sé corporeo*, Franco Angeli, Milano

Recalcati M., (1997), *L'ultima cena*, Mondadori, Milano

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

Recalcati M., (20013), *Il soggetto vuoto*, Erckson, Trento

Selvini Palazzoli P., (1963), *L'anoressia mentale*, Feltrinelli, Milano,