



ARGO Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze

Anoressie maschili: spostamento sintomatico e Sé corporeo

Stefania Marinelli

Abstract

Dopo un breve cenno storico, l'idea sostenuta è che la sindrome anoressica, e il suo simmetrico bulimico, compaiano, nei pazienti maschi, per lo più mascherate da quadri sintomatologici e psicopatologici diversi, come l'attacco di panico, la paura ipocondriaca e la tendenza ossessiva e fobica, restando apparentemente segreti pur mantenendone il funzionamento specifico. Un caso clinico è riportato per esemplificare l'affermazione.

Parole chiave: anoressia, anoressizzazione, adolescenza, fame, identità, corpo

Abstract

After a brief historical mention, the idea supported in the contribution is that the anorexic syndrome, and that one symmetrical bulimic, appear, in male patients, mostly masked by different symptomatological and psychopathological configurations, such as panic attack, fear hypochondriac and obsessive and phobic tendency, remain apparently secret while maintaining their specific functioning. A clinical example is reported to exemplify the statement.

Anoressie

Dai tempi più lontani l'inedia, il digiuno e il rifiuto di nutrirsi sono stati oggetto di studio diretto e indiretto. Dall'epoca antica pagana, interessata alla medicina dell'inedia, fino a quella cristiana che mise in campo le idee di rinuncia per santità e estasi mistica da un lato, e di punizione dall'altro, con la liberazione dalla possessione demoniaca e i roghi medievali per le streghe, l'oggetto nutrizione ha sempre attirato domande e fornito risposte secondo le tendenze delle culture prevalenti.

Anche nella tradizione letteraria, mitologica e popolare, l'elemento della fame è molto presente. Ad esempio nel rito sacrificale di ogni cultura e

tempo, da antropologico, a antico, a recente, l'idea della partecipazione al convito mediante ingestione e banchetto delle carni offerte in segno di celebrazione ospitale, contiene l'idea che l'oggetto sacrificato esprima il dono gioioso della vita, per partecipare all'incontro e contribuire ai suoi frutti (valga anche l'esempio di Freud in *Totem e Tabu* dell'Orda primitiva). In particolare nella fiaba italiana e europea il fantasma della fame e del divoramento è assai presente, con particolare riferimento ai terrori infantili dell'Orco, il lupo ecc, che fanno sparire i bambini inghiottendoli e/o li trasformano all'interno della pancia dando loro altre vite (vedi in particolare Pinocchio di Collodi; o le molte avventure metamorfosiche degli eroi in lotta contri vari destini avversi, accanto a maghi, streghe e fate schierati con loro). Nelle fiabe russe, ad esempio quelle raccolte da Afanasiev, il tema eroico principale delle paure e del riscatto dalle paure è spostato sulla figura centrale del Gigante, dotato di poteri immensi, mediante i quali egli risolveva dalla povertà con la straordinaria capacità di arare e rendere fertili i campi, la sua famiglia e il suo villaggio. In fondo anche in questa declinazione il tema connesso alla produttività della terra e la miseria della fame è pur sempre quello della possibilità di vivere data dal cibo. Il cibo come simbolo della vita stessa, e la contrapposizione con il morire, coinvolge d'alto canto l'idea del rifiuto come attacco alla vita e ritorno al nulla.

La rinuncia al cibo come atto patologico e anoressico, diventa poi con l'avvento della psichiatria, ricerca della individuazione categoriale e classificazione. Con l'affermazione successiva delle scienze positivistiche e le ricerche umane e sociali (antropologiche, sociologiche e psicologiche) il profilo anoressico riceverà infine prospettive e articolazioni multiple e l'inizio dello studio scientifico e "oggettivante": la malattia non è più parte di un insieme sociale (o tribale, che lo contiene) ma piuttosto un oggetto isolato a sé stante su cui si deve intervenire per ripristinarne l'ordine. E' infine anche possibile annotare che in tutti i casi considerati, dall'epoca cristiana in poi, il caso anoressico è stato trattato sempre come un profilo esclusivamente femminile.

Con la nascita della psicoanalisi e con Freud, che non ha incluso la sindrome fra le nevrosi attuali e ne ha riferito quasi esclusivamente nel quadro degli *Studi sull'isteria*, in qualche modo viene ribadita la forma psicopatologica alimentare come tendenza specifica dello sviluppo femminile. Gli studi psicoanalitici successivi però, dopo tempo, individuando e classificando i disturbi narcisistici, tenderanno a includere le cosiddette condotte alimentari piuttosto nei disturbi di personalità e borderline: in questo ambito ricadrebbero infatti psichismi misti che lavorano in sinergia – come

versanti ossessivi, fobici e controfobici, e più in generale livelli di vulnerabilità del sé.

Direi che è a partire da questi ultimi studi che possiamo avvicinarci a concepire la concomitanza maschile e femminile nelle patologie anoressiche e bulimiche. Al di là degli aspetti di ‘moda sociale’ (Corrao) e di *epidemia del corpo come ‘oggetto superiore’* (Camassa, 2010); al di là degli ideali di magrezza odierni come fattori determinanti e scatenanti ampiamente considerati dalla sociologia; e al di là dell’analisi differenziale dello sviluppo della sessualità femminile e maschile (v. la tradizione di studi espressa da Chasseguet-Smirgel, con molte altre autrici); e la psicoanalisi delle identificazioni pre-edipiche e edipiche nel bambino e nella bambina; e al di là anche di quella prospettiva della relazionalità winnicottiana, molto interessante nel nostro caso, degli scambi precoci della bambina, futura anoressica, con una madre che non contiene ma chiede di essere contenuta (cfr. gli studi di G. Polacco): ora, con gli studi sui disturbi narcisistici e pre-narcisistici (vedi la vulnerabilità del sé e il paradigma della *fusionalità*, in Lombardozi, Meterangelis, 2020) il problema diventa un altro: quello dello sviluppo diacronico degli impasti psichici all’interno della personalità. Diviene importante cioè la considerazione dei differenti gradi di sviluppo di nuclei e livelli psichici più e meno maturati, che possono restare paralleli e intrecciati fra loro, e interagiscono come sistemi dotati di diversa consistenza e grado evolutivo all’interno del funzionamento psichico generale (Soavi, 1993). Dunque si apre un campo di studio di nuclei psichici, sistemi e segmenti che interagiscono nella dinamica intrapsichica e interpsichica di un soggetto – un po’ come in un “campo” gruppale) – plasmando diverse configurazioni di personalità e diverse prevalenze.

La configurazione definita generalmente anoressica prevale meglio sicuramente, nel suo formato “conclamato”, in ambito femminile; tende invece a presentarsi sotto altre forme in quello maschile, nel quale ha anche assunto una categoria specifica – visnoressia. Si tratta soprattutto di forme centrate sul problema del potenziamento e riempimento muscolare, sostitutivo della magrezza nell’ideale della perfezione corporea – vedi la “anoressia atletica” non ancora categorizzata dal DSM 5, e i casi di ortoressia, vigoressia e altri disturbi qualificati dalla restrizione alimentare e dall’estetica della performance sportiva (cfr. Griffiths, 2013; 2016).

Ma l’alternanza fasica o simultanea di tendenze restrittive e bulimiche può anche e più spesso presentarsi come forma-limite, in cui, come risulta durante l’analisi, l’attività “anoressizzante” e/o “bulimicizzante” del funzionamento psichico è fondamentalmente prevalente, ed è sottesa al funzionamento ossessivo, fobico, ipocondriaco, o all’attacco di panico e

anche alla fobia sociale. In tutti questi casi, si assiste ad un attacco al corpo, mediante la nutrizione, la sessualizzazione o de- o contro-sessualizzazione, la rinuncia alla vita dei sensi, degli impulsi, delle emozioni: come se il maltrattamento della corporeità diventasse, in una fantasia a carattere onnipotente e negante, la sede privilegiata del rifiuto, o come ebbe a esprimere un autore esperto dei disturbi psichici al “tempo della globalizzazione” (Comelli, 2005-07), il “rifiuto di essere rifiutati”.

Antonio Ciocca, un autore che per anni ha condotto e riportato studi psicoanalitici in questo campo anche sulla base di ricerche empiriche oltre cliniche e teoriche, esprimeva una differenza nel modo maschile e femminile di approcciare il corpo: “la donna usa il corpo per arrivare alla mente; l’uomo fa viceversa, usa la mente per accedere al corpo” e alla sessualità (2013). In uno dei suoi numerosi scritti indicava (2014) inoltre nell’azione autolesiva che spesso si ritrova in queste abitudini patologiche, come quella di tagliare parti del corpo, si possa individuare la ricerca di “sentire” e vedere (con i sensi) il corpo vivente, nel quale scorre il sangue vivo, che il soggetto non “sentiva”, a cui non credeva, avendo annullato la vita delle sensazioni e avendo relegato nel corpo i “bisogni” sentiti vergognosi e “bassi”, rispetto all’altezza dell’ “oggetto superiore” (Camassa, 2010). Attacco al corpo, rifiuto, maltrattamento; potenziamento e depotenziamento mediante riempimenti, svuotamenti e rinforzo della corazza muscolare; sessualizzazione estensiva e desessualizzazione ascetica. Ma anche, accanto al segreto anoressico il segreto dell’uscita dal labirinto agonico: la disperata e più compassionevole ricerca di riabilitare il corpo e scoprire se è tuttora vivo nonostante la sporcizia dei suoi bisogni. Questo avviene nei casi in cui l’orientamento di fondo per una possibile domanda di aiuto lascia aperta la possibilità di far prevalere le due sponde del conflitto, senza renderlo invece nullo in termini del troppo assoluti e monopolari, tendenti cioè all’omeostasi mortifera dello svuotamento non appena si presenta il riempimento appagante, che calma l’appetito finalmente percepito (Marinelli, 2004; 2019).

Una o più anoressie e bulimie

Prima ancora di chiedersi perché la sindrome anoressica sia generalmente ritenuta una affezione prevalentemente femminile, dovremmo porre un’altra domanda preliminare. Perché i casi di anoressia maschile si presentano prevalentemente oscurati da altre componenti psicopatologiche? O anche sono casi più frequentemente che nel campo femminile, risolti o compensati, e tali da non produrre domanda di aiuto,

nonostante la sofferenza? Quali caratteristiche sociali tenderebbero a contenere e “compensare” più facilmente l’anoressia maschile rispetto a quella femminile?

Nella mia esperienza ho visto che il nucleo profondo e per lo più segreto corrispondente alla configurazione femminile, si presenta su versanti concomitanti, o derivati, quasi mai “alimentari”. Ad esempio la richiesta di aiuto concerne la posizione ossessiva, o fobica; o rientra in un quadro ipocondriaco; o tendente al panico; o ha qualità bipolari; o investe la sfera del disturbo affettivo; e dell’identità di genere. Mediamente vediamo “angosce identitarie” (così indicate da S.Bolognini in un seminario di presentazione del suo recente libro, *Flussi vitali fra Sé e non Sé*), specie nella fase adolescenziale. Poi emerge però, apparentemente non centrale, un aspetto più specifico, che contiene sia l’attività anoressica dello svuotamento sia la passività masochistica. Si rivela infine la personalità profonda, quella che è stata o si è sentita cancellata, “anoressizzata” fin dall’origine. ? uno psichismo specifico, che consiste nell’essere un’unica azione, monopolare, di affermazione di sé come principio e fine, come preferenza assoluta per la gestione autarchica. Il tempo psichico dello svolgimento, del pensiero, della rappresentazione e della parola, risulta abolito, a favore di un accanimento maniacale perché sia ribadita sempre l’omeostasi psichica e la sua gestione organizzativa dettagliatamente esclusiva. Spazio, tempo, coordinate del contenitore che la personalità usa per svilupparsi, sono forclusi o aboliti: il soggetto vive in un assoluto proprio, comunicando con l’altro mediante tale presa in ostaggio del bisogno di relazionarsi con lui (con l’oggetto, che è incluso a priori come facente parte del soggetto, o come una propria estensione annessa).

Il paziente segretamente anoressico che si trova da adolescente in cura perché ha sofferto di ipocondria o attacchi di panico, può anche evolvere con tratti di terapia e/o di analisi che è riuscito ad accettare (di solito per necessità estreme e in casi di sofferenza invalidante). Ma il nucleo profondo continua ad essere per lungo tempo maltrattato dal se stesso che deve uscire illeso dalla cura e che pretende la gestione totale della regolazione economica – entrate e uscite: il bilancio. L’omeostasi deve essere sempre, o ciclicamente o periodicamente, ristabilita, o il soggetto rischierebbe di non avere elementi identitari in cui riconoscersi. L’identità è sentita come mai nata, o annientata e presto esclusa dal funzionamento dello sviluppo biologico. Dai suoi bisogni profondi, che possono comparire per reclamare verità occasionalmente, il soggetto riceve giusto quel tanto di segnale che gli consente la sopravvivenza. L’identità profonda è odiata per essere stata distrutta, per avere fallito i suoi compiti: così come la madre/nutrice ha

fallito i propri – e anche la cura fallirà il suo nutrimento. L'identità profonda è diventata un ostaggio dell'identità più disponibile e compiacente, che ora regola il sistema di scambi, interno e esterno. Si tratta di una icona iscritta nel sé come una fotografia che ha fotografato il vuoto, l'assenza. Le sensazioni di mancanza non sono tollerate perché alludono a quell'epoca in cui era stato compiuto il sacrificio principale: la vita fu rubata, la mente fu rapita, l'affetto negativo legato alla loro sparizione fu esautorato a sua volta, senza lasciare tracce. Il soggetto può addirittura essere sereno, perfino sicuro e fiducioso, a tratti. Ma non dimentica mai la cerimonia funebre alla quale ha partecipato all'origine: il sé che non aveva avuto la sua occasione di vita, il nutrimento per essere e sentirsi vivo. Si sente ripugnante e indegno, come un vampiro, uno zombie. Odiato. Torturato. Nell'analisi non riesce a elaborare il sentimento della vergogna (Pallier-Soavi, 2012) e si rappresenta come un "bambino 'mostruoso' come minaccia all'integrità del sé" (Pallier, 1990). Eppure questi pazienti guariscono a modo loro molto più facilmente dei pazienti opposti a loro per carica "alimentare": quelli che hanno preso la via bulimica o dell'obesità (vedi il ragionamento clinico di Ciocca, 2014, basato sull'analisi della letteratura e delle evidenze di ampie ricerche empiriche). Sembra che l'odio anoressico in qualche modo riesca a evolvere e possa diventare più compassionevole nell'esperienza successiva (al lutto) dello sviluppo. È meno radicato rispetto a quello bulimico nella reazione prepotente, maniacale, per lo più cinica, che è sempre foriera di sviluppo della distruttività auto e eterodiretta. I colpi menati alla cieca (contro sé e contro l'altro, che non è distinto del resto) dalle personalità bulimiche, spesso rese opache e cieche dalla memoria del fallimento e dalla reazione potente che deve oscurare l'esperienza di vuoto e fragilità, hanno impedito ogni transazione con le propaggini del vero sé. Il vero sé è odiato più intensamente e con minore pietà. La rigidità che si sviluppa nella ricerca inclusiva della bulimia ha meno margine di trattativa con il sé umiliato, accetta meno compromessi. La grande bocca affamata anoressica qui diventa il trionfo dell'ingestione totale, garante di potenza. E sarà più difficile abbandonare un'esperienza basata sul piacere rispetto a quella radicata nel sacrificio anoressico. Il sacrificio è premio a se stesso (Corrao): qualche nutriente è accettabile. Il nutrimento bulimico invece è consumato prima di essere riconosciuto, è incorporato o annesso con violenza e disprezzo. Manca del tutto la pietà, che nella situazione anoressica ha spesso un posto. L'acme del paradosso anoressico/bulimico sta nel rischio che questi due versanti si sposino fra loro e siano giocati, come una coppia, uno contro l'altro. Allora carestia e abbondanza della parola analitica

dovranno inventare soluzioni altrettanto creative: lo spazio nel quale è seduto il curante è di sicuro esiguo e a rischio.

Ciononostante, in molti casi anche maschili vale l'atteggiamento di fedeltà al lavoro della cura, che tendenzialmente ha maggiore sviluppo nel legame femminile. Se il disprezzo e la paura di perdere virilità e posizione attiva, non sono sovrabbondanti, il paziente resta legato al compito di, se non nutrire meglio se stesso, almeno forgiare meglio la sua rappresentazione di sé e virile. Questa solitamente è spostata e appoggiata su aspetti lavorativi, o anche sociali e artistici. I pazienti segretamente anoressici, e ancor più bulimici, non riempiranno mai quanto desiderano l'appetito maltrattato. Però potranno lavorare sul senso e sulla rappresentazione di sé, da usare e da esibire per sviluppare sentimenti di forza, sicurezza e talvolta nei casi più fortunati, fiducia. Il lavoro di costruzione comunque, se c'è e se procede, versa un periodico contributo alla malattia: il bilancio a valore zero marcia in parallelo, la richiesta di svuotamento e di rendicontazione a peso zero continua a bilanciare l'aumento di peso e consistenza. Il sé può nutrirsi a condizione che il sé negativo possa anche nutrirsi dell'attacco al nutrimento. La cura, responsabile del nutrimento sarà attaccata fintanto che il sistema di fiducia nel cambiamento non cambi il sistema. Sarà un duello dettagliato e testardo, anche quando è ormai riconoscibile il suo funzionamento all'interno dell'analisi. L'aritmetica degli apporti, poi, se viaggia alla giusta velocità, si trasformerà in una matematica, un'algebra meno puntigliosa e concreta.

Questo quadro che, spero di essere perdonata per questo, si presenta un po' pessimistico, a volte può essere sinceramente condiviso con i pazienti che lo portano. Spesso a tutta prima si tratta di percezioni di sé cognitive, ma prive del correlato emozionale, quando la tempesta dei sentimenti distruttivi è stata almeno in parte elaborata. Però appresso alla percezione cognitiva può comparire un riconoscimento genuino, non necessariamente orientato al masochismo. A volte la "passione" conoscitiva (indagativa, o produttiva o creativa ecc.) può divenire un alleato prezioso, un veicolante per continuare a esplorare e, se possibile, riempire la personalità affamata.

Su quest'ultimo punto esemplificherò mediante un resoconto di una terapia analitica con un paziente adolescente, l'idea di un processo di cura molto lungo e difficile, che ebbe un esito misto (fra riconoscimento del vero sé e misconoscimento, usato per non soffrire troppo, ma anche per non faticare troppo a dover reperire la fiducia). Molto spesso l'ambiente è determinante a seconda che sostenga le ragioni del nuovo sé che il paziente propone durante il processo di cura, o lo contrasti apertamente o meno. E' difficile

dire quanta tradizione familiare collusiva giochi il suo ruolo per mantenere l'equilibrio generale dell'economia familiare.

L'anoressia di Gianluca si palesò solo quando scelse una ragazza anoressica, a distanza di due anni dall'inizio della terapia. Prima si pensava a tutt'altro (non io).

Farò un passo indietro: Gianluca si presentò da me portato dai genitori per una urgenza: temeva in modalità panica di morire per attacco cardiaco. Aveva 18 anni e avrebbe affrontato nei prossimi mesi l'esame di maturità.

Risolta la gravità tentò immediatamente di svincolarsi e ridusse il numero delle sedute settimanali, per motivi di ordine apparentemente pragmatico.

Quando fece l'iscrizione alla facoltà di economia trasformò tutte le incertezze, dubbi, sfiducie e periodici collassi dell'energia, sulle difficoltà a organizzarsi nello studio e sul conflitto con le ambizioni presenti (i massimi voti e riconoscimenti; la via formativa più "alta"; lo spazio del divertimento sociale e sessuale) e su quelle rivolte al futuro (accademiche, politiche e altre).

Quando fu di fronte all'esame di laurea l'ansia ridivenne quasi panica e si riaffacciarono pigrizia, obnubilamento, confusione, lentezza e ambivalenza e il ciclico collasso delle capacità.

Ciononostante l'incoraggiamento severo ma costante dell'analista e la conduzione tonica da parte sua delle gravità gli consentirono di trovare o costruire un se stesso che potesse far fronte alle richieste. Un sé non proprio vero ma anche non proprio compiacente; non proprio antifamiliare e desideroso di contrapporsi schierandosi dalla parte dei suoi diritti analitici alla salute e al sostegno familiare (i genitori non gli riconoscevano la spesa per la terapia) – ma più tollerante verso utilità e compromesso. Trovò un compromesso fra la prospettiva dei diritti, e quella dei doveri; quella delle entrate e degli incassi, e quella delle perdite e della tendenza masochista da controllare. Questo ragazzo giocava le parti in campo una contro l'altra per sentirsi esistere; manteneva i suoi sintomi per riempirsi di qualcosa; detestava il cambiamento perché si sentiva sopraffatto dal desiderio di eclissarsi per sempre e il timore di perdere il suo sogno onnipotente e omeostatico. Nel sogno lui era un astro fulgidissimo ricco di straordinari talenti (che in parte aveva realmente, sul versante cognitivo, emotivo, e affettivo; ma che non poteva usare se non parzialmente e in contesti favorevoli, a causa della tendenza ad assentarsi dalla scena e a negare il potere dell'altro, del quale altro la sua infinita competizione contestava la presenza stessa.

Ma ci vuole un altro passo indietro.

Questo paziente portava in sé un visibile e esposto neonato disperato, al quale tutto è stato improvvisamente sottratto, e che si addormenta per non provare terrore. Non mangia, non dorme, si assenta. I genitori lo avevano concepito da molto giovani, inesperti e presi dall'ambizione cogente di una costruzione disciplinata e totalizzante che lo status sociale delle loro famiglie esigeva. La ricerca di una riscossa economica che sostituisse una sfiducia di fondo, li impegnava del tutto. La signora dopo un anno dal parto rimase nuovamente incinta. Il fratellino che nacque era quel bambino più facile, adeguato e salutare che lui non aveva avuto spazio e tempo di diventare, e da cui si sentì del tutto soppiantato. Si consegnò all'inseparabilità per mancanza di esperienza, alla competizione anche invidiosa, e al terrore che tutto gli venisse rapito, che la mente soprattutto gli fosse rapita. Il corpo era già stato respinto e tolto. Smise di alimentarsi se non quanto fosse sufficiente a crescere biologicamente e coltivò, negandoli, sentimenti di sfiducia, paura, gelosia, e soprattutto la tendenza alla sparizione.

Quando arrivò da me aveva solo quello: il sintomo ipocondriaco. Era vergine, non aveva affrontato alcuna sfida dell'adolescenza, o solo poche incursioni nella trasgressività. La sua adolescenza era stata modellata dalle paure religiose del peccato e della colpa (era stato iscritto a una scuola confessionale cattolica). Non amava lo studio e il suo rendimento era solo sufficiente. Le sue relazioni con il gruppo dei pari sostanzialmente ripetevano l'annientamento primario. Viveva false e insoddisfacenti socialità e attività sportive, tutte derivate dalla cerchia familiare.

Affermare un senso di sé nuovo e diverso da così lo faceva sentire in bilico su un abisso (e aveva ragione).

Era dotato di molta intelligenza e l'analisi suscitò in lui il desiderio di usare la competizione (con l'altro ma soprattutto con se stesso) per salvare se stesso e desiderare di vivere. Si aggrappò a questa possibilità, affamato com'era, e presto si rese conto di tutti gli ostacoli interni e esterni che quel nutrimento gli costava. Così, facendo lo slalom fra famiglia, analista, compiti scolastici e di sviluppo, un po' a tentoni e sentendo indefinita la propria identità, riuscì a fare della sua assenza, una scena di conflitto. E il conflitto, nel bene o nel male, era meno impossibile trattarlo.

In particolare fu l'epoca coronavirus, così claustrofobica e con sedute solo telefoniche, che lo riabilitò e gli restituì coesione e energia. Aveva ritrovato l'analista in casa. La madre "oca" e cinica divenne per lui solidale e apprezzata. Il padre amicone e suo alleato contro di lei, divenne il rivale. Dall'anoressia claustrofobica e agorafobica (Marinelli, 2019) al virus

claustrofilico, gli espedienti per appoggiare i suoi fantasmi terrifici non mancarono. E' probabile che il rientro claustrofilico nel cuore della famiglia, che in quell'occasione fu riabilitata e rappresentata diversamente, fosse dovuto a due fattori. Il primo fu sicuramente la possibilità offerta dalla cura di vomitare per un tempo lunghissimo tutti i cibi avvelenati che il paziente aveva forzatamente ingerito nella sua vita debole e angosciata, riuscendo a sopravvivere loro. Il secondo fu dato da qualche colloquio dell'analista stessa con la coppia dei genitori. Poche parole e nozioni scambiate sulla condizione del figlio, non del tutto veritiere per condivisa cautela e perché non sarebbero state accolte dai genitori per non mettere in discussione il valore dell'assetto coniugale e la conduzione dell'intero gruppo familiare, servirono a creare da un lato il mantenimento della loro fiducia e la capacità di resistere all'attacco del figlio. E dall'altro lato servirono a creare una prima distanza differenziante fra loro e il figlio, il quale divenne in tal modo il depositario esclusivo della verità analitica e custode della famiglia. Questo rese il cibo analitico meno pericoloso per il paziente e per la sua famiglia. I genitori non riconobbero al figlio di dover pagare le sedute. Il figlio poté vivere una profonda rabbia per questo, che forniva un primo contenuto utilizzabile all'analisi. Al tempo stesso il giovane poté sentire per la prima volta il proprio diritto e sentire come proprio il bisogno di ricevere l'aiuto analitico. Fece un minor numero di sedute, ma quelle che riusciva a pagare con soldi indirettamente ottenuti erano finalmente sue soltanto e riusciva a non « vomitarle ». Una volta si definì « cannibalico » e tendente all'ascetismo zero alla fatuità. Insomma poté adottare una tendenza alla crudeltà come sistema d'indagine invece che azione aggressiva contro i propri e altrui contenuti e cominciò a tollerare la costruzione di oggetti che potessero almeno in parte appagarlo, magari liberandosi di quelli che gli ricordavano il passato, o relegandoli ai margini per tornarci poi. La tempesta, incredibilmente, ci aveva tenuti vivi e attenti, una tempesta distruttiva che ora poteva trasformarsi in generosa e feconda. E rafforzare il legame, o meglio la cognizione della sua esistenza, finora così volatile.

Stefania Marinelli, psicologa clinica, psicoanalista di gruppo (IIPG), (già) Professore Associato di Psicologia Clinica alla Sapienza di Roma, Facoltà di Medicina e Psicologia. E' presidente di Argo e direttore della sua Rivista con Silvia Corbella.

Email: stefaniamarinelli2014@gmail.com

Bibliografia

Bolognini S. (2019), *Flussi vitali fra Sé e Non Sé*. Raffaello Cortina, Milano.

Camassa P. (2010), Anoressia: un'epidemia del corpo come "oggetto superiore", *Rivista di Psicoanalisi*, 3, 549-559.

Ciocca A.(2013), Comunicazione personale.

Ciocca A. (2014), *Anoressie: patologie del sé corporeo*, a cura di, con F.Dazzi e S.Marinelli. FrancoAngeli, Roma.

Comelli F. (2005-07), Gruppi monosintomatici con pazienti anoressico-bulimiche e assunti di base: la dimensione somatica delle pazienti e la posizione dell'analista, "Gruppo con pazienti anoressiche: fattori terapeutici" *Funzione Gamma*, 14, www.funzionegamma.it

Comelli F. (2015), *Disturbi psichici nella globalizzazione*. Dalla crisi del campo familiare ai sistemi di cura per dipendenze, anoressie e distruttività. FrancoAngeli, Milano.

Corrao F.(1992), Comunicazione personale.

Griffiths S., Murray S.B., Touzy S. (2013), Disordered eating and the muscular ideal. *Journal of Eating Disorders*, 1, (1), 15.

Griffith S., Murray, S.B., Mond J.M. (2016), Evolving eating disorder psychopathology: conceptualising muscularity-oriented disordered eating. *The British Journal of Psychiatry*, (208(5).

Lombardozi A., Meterangelis GF. (2020), *Forme della fusionalità. Attualità del concetto*. Roma: FrancoAngeli.

Marinelli S. (2004), *Il gruppo e l'anoressia*. Milano: Raffaello Cortina.

Marinelli S. (2019), *Il vertice spazio nel lavoro psicoanalitico*. Roma: Borla.

Pallier L. (1990-2020), in *Fusionalità; Forme della fusionalità. Attualità del concetto*. Roma: Borla; FrancoAngeli.

Pallier L.-Soavi GC.(2012), La vergogna, Difficoltà nella sua analisi. Presentato al Centro di Psicoanalisi Romano.

Soavi GC. (1993), Rigidezza delle aspettative e angosce di dissintegrazione. Presentato al Centro Romano di Psicoanalisi. PEP - Web Copyright Material. For use only by.