

Alessandro Raggi

# Il mito dell'anoressia

Archetipi e luoghi comuni  
delle patologie del nuovo millennio

Prefazione di

*Fabiola De Clercq e Dora Aliprandi*

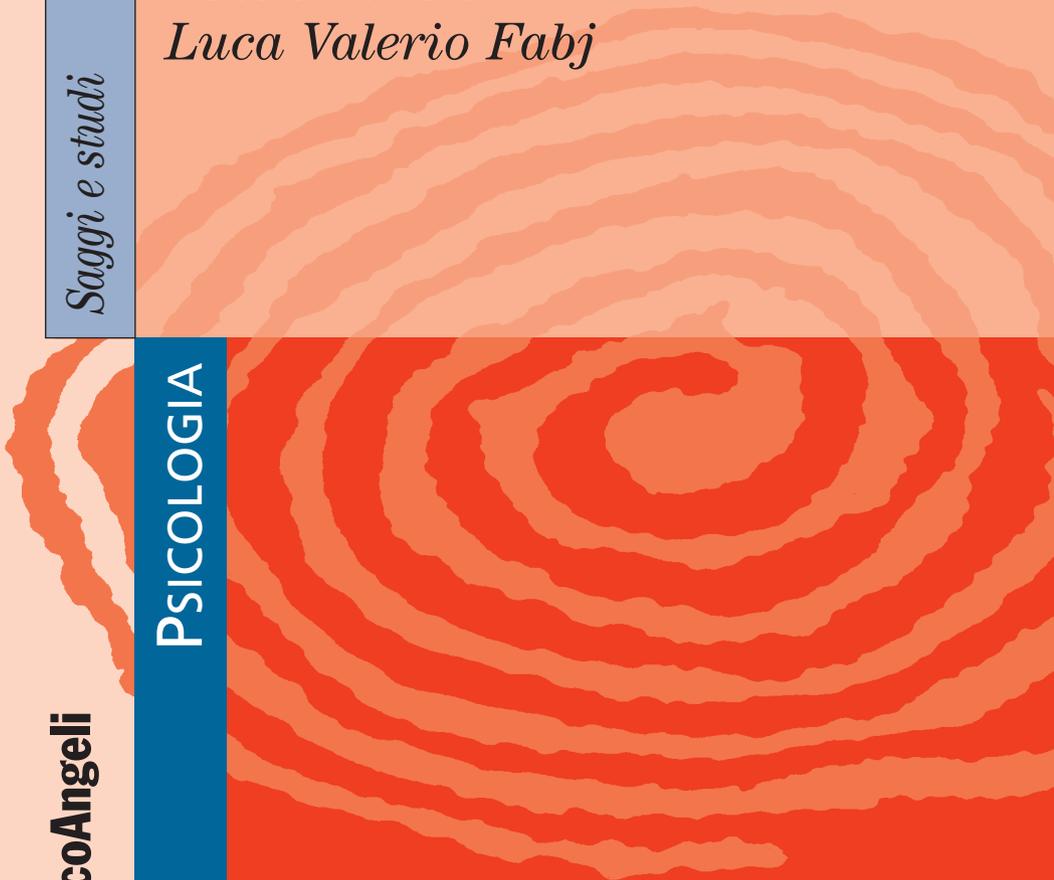
Postfazione di

*Luca Valerio Fabj*

Saggi e studi

**FrancoAngeli**

**PSICOLOGIA**



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Alessandro Raggi

# **Il mito dell'anoressia**

Archetipi e luoghi comuni  
delle patologie del nuovo millennio

Prefazione di

*Fabiola De Clercq e Dora Aliprandi*

Postfazione di

*Luca Valerio Fabj*

**FrancoAngeli**

PSICOLOGIA

*Grafica della copertina: Elena Pellegrini*

Copyright © 2014 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.  
L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni  
della licenza d'uso previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

# Indice

<b>Ringraziamenti</b>	pag.	8
<b>Prefazione</b> , di <i>Fabiola De Clercq</i> e <i>Dora Aliprandi</i>	»	9
<b>Introduzione</b>	»	13
<b>1. Oltre il sintomo: cambiamento e trasformazione</b>	»	25
1. Spostare il sasso	»	25
2. Tra essere e volere: conquistare spazio nel deserto	»	29
<b>2. La malattia della terapia</b>	»	35
1. Una mappa per i DCA	»	35
1.1. Il disagio del nome	»	35
1.2. Il contagio dell'anoressia	»	39
1.3. La teoria pietrificata	»	42
1.4. Una mappa per i DCA	»	44
2. L'ingenuità dell'a-scienza	»	46
2.1. L'etica dell'efficacia	»	48
3. La bibita di Eraclito	»	51
3.1. Angoscia	»	51
3.2. Distinguere o separare?	»	54
3.3. Agitare e amplificare	»	56
3.4. Percezione disgregata	»	57
4. La rivincita della psiche e il trionfo del counselor	»	60
4.1. La dittatura di Apollo	»	66

<b>3. La contemporaneità dell'anoressia</b>	pag. 73
1. Mercurio liquido	» 74
2. Dalla nevrosi al pathos ipermoderno	» 76
2.1. Freud	» 77
2.2. Lacan	» 79
2.3. Jung	» 80
3. Weltanschauung al plurale	» 82
4. I ciechi e l'elefante	» 85
5. L'etica della noia	» 89
5.1. Tipi psicologici e anoressia	» 89
5.2. Eclissi del sentimento	» 94
5.3. La creatività della mancanza	» 96
5.4. Cuore anoressico	» 99
6. L'Homo psicocyborg e gli anticorpi di Gaia	» 102
6.1. Verso l'estinzione della psiche?	» 105
7. Prima conclusione	» 107
<b>4. Nel mito dell'anoressia</b>	» 109
1. La pulsione di Sabina	» 109
1.1. La natura distruttiva dell'uomo	» 109
1.2. La pioniera dimenticata della pulsione di morte	» 110
1.3. Un serbatoio metaforico	» 112
2. Nel regno di Thanatos	» 114
2.1. Due parole per la vita	» 115
2.2. Il colore dell'anoressia	» 117
2.3. Regni inferi	» 120
3. Al di là di Thanatos: oltre i confini del Tartaro	» 125
3.1. Eros e Pan	» 128
3.2. Ordine e Caos	» 130
3.3. Eros e Hades	» 131
3.4. Eros, Apollo e la Psiche una e molteplice	» 132
4. Mito e Anoressia	» 134
4.1. L'anoressia come necessità mitica	» 134
4.2. La Fanciulla della Morte	» 137
4.3. La crema di Margherita	» 143

<b>5. Famiglia</b>	pag. 151
1. Genitori	» 151
1.1. Scambiare una rosa per un faggio	» 155
2. Famiglie	» 161
2.1. Famiglie al limite	» 161
2.2. Il mito del genitore buono	» 164
3. Oltre i limiti della famiglia e famiglie oltre il limite	» 166
3.1. Abuso violento	» 167
3.2. Abuso silente	» 169
3.3. Abuso nella cura	» 170
4. Il mito della famiglia	» 172
<b>6. La cura della terapia</b>	» 180
1. Incurabilità dell'anoressica: guarigione dall'anoressia	» 184
2. Verso un'integrazione possibile	» 188
2.1. Inconscio collettivo e sintomi contemporanei	» 190
2.2. Tante teorie, tante psicologie	» 194
3. L'Ombra indivisa della maschera anoressica	» 197
4. Psicologia archetipica e "cura dell'immagine"	» 203
4.1. Il politeismo delle anoressiche	» 208
5. Quale Genere di anoressia?	» 211
6. Il Trionfo della "vita indistruttibile"	» 224
7. Verso una psicologia politica	» 225
<b>Conclusione</b>	» 227
<b>Postfazione</b> , di <i>Luca Valerio Fabj</i>	» 233
<b>Bibliografia</b>	» 236

## *Ringraziamenti*

Desidero ringraziare innanzitutto Fabiola De Clercq e l'ABA (Associazione per lo studio e la ricerca sull'anoressia, la bulimia e i disordini alimentari) il cui impegno nella clinica, la serietà, la costanza nella ricerca scientifica, e l'amore verso i pazienti, mi hanno ispirato per questo lavoro ([www.bulimianoressia.it](http://www.bulimianoressia.it)).

Ringrazio Angelo Gabriele Aiello, psicoanalista junghiano e direttore della Scuola di psicoterapia analitica AION di Bologna ([www.assoalba.it](http://www.assoalba.it)), dal quale ho imparato che cosa significhi la responsabilità e la bellezza della libertà.

Ringrazio Giuseppina Barra e Stefano Iovino, psicoterapeuti e persone di grande valore, che mi hanno sopportato e anche supportato durante tutta la stesura di questo libro.

Un particolare ringraziamento a Francesco Barone, il cui paziente lavoro di editing e revisione delle bozze, è stato fondamentale.

## *Prefazione*

di *Fabiola De Clercq\** e *Dora Aliprandi\*\**

L'ABA (Associazione per lo studio e la ricerca sull'anoressia, la bulimia e i disordini alimentari) nasce da un libro che Fabiola De Clercq decide di scrivere in due mesi e che viene immediatamente pubblicato nell'ottobre 1990. Questo libro, intitolato *Tutto il pane del mondo*, è l'effetto del desiderio di dare voce a una sofferenza che ha attraversato la sua vita e che si è risolta grazie a un incontro, un incontro con il lavoro psicoanalitico. Il libro ha promosso un movimento spontaneo nella stampa e nelle reti televisive, che lo hanno sostenuto e divulgato con ritmi incalzanti. È quello il momento in cui Fabiola decide di rispondere alle richieste di aiuto che giungono da tutte le regioni d'Italia e di ricevere molte lettrici che chiamano da Roma e dal Lazio. Le incontra a casa sua, dove ha uno studio e una bambina di due anni. Fabiola rappresenta per loro la possibilità di guarire.

Nell'aprile del 1991, sei mesi dopo la pubblicazione di *Tutto il pane del mondo*, Fabiola De Clercq decide di fondare l'ABA, di chiamare e raccogliere professionisti che possano occuparsi della sofferenza di queste donne.

Si tratta di professionisti con orientamenti psicodinamici diversi, attraversati da teorie e pensieri differenti, che si interfacciano tra loro in maniera creativa. All'interno di questo testo, per esempio, prende voce uno degli orientamenti da cui è attraversata l'ABA, che dialoga in uno scambio proficuo con gli altri.

Per usare un'immagine, si può pensare a un'orchestra di cui Fabiola è la curatrice, la garante e la direttrice e ciascuno suona il proprio strumento. Ognuno ha il proprio suono, che entra e confluisce nell'armonia poi della sinfonia dell'intera orchestra.

Il *fil rouge* che caratterizza l'associazione è l'accoglienza dell'individuo

\* Fondatrice e Presidente ABA (Associazione per lo studio e la ricerca sull'anoressia, la bulimia e i disordini alimentari).

\*\* Psicologa e Psicoterapeuta ABA Milano, socio SIPRe (Società Italiana Psicoanalisi della Relazione).

che ha le sue impronte digitali specifiche, la sua storia, il suo vissuto. La persona nella sua complessità, unitarietà e sofferenza merita attenzione, ascolto e rispetto.

La terapia è un incontro. La relazione terapeutica non può esimersi dall'essere innanzitutto interazione proprio perché relazione. L'esserci del terapeuta è intriso del suo orientamento teorico, della sua esperienza personale e clinica, degli scopi che si prefigge con il paziente, della sua *Weltanschauung*; quello che è certo è che non può non esserci. L'esserci del paziente è intriso del sintomo, del suo corpo emaciato, cachettico o segnato dalla violenza, chiuso in una morsa bulimica mortifera, della sua esperienza personale e della sua *Weltanschauung*; quello che è certo è che non può non esserci.

L'autore in questo testo ha il merito di interrogare i sintomi contemporanei, la cura psicoanalitica, il contesto sociale. Ci conduce all'apertura di interrogativi, di spazi di riflessione creativi usando l'amplificazione. Parafrasando Wilde, è più importante porsi delle domande, piuttosto che trovare delle risposte. Ciò è espressione di una mente creativa, interattiva con il reale, in un parola: viva.

Un altro merito di questo testo, è l'attenzione al soggetto: le persone con un sintomo alimentare non sono pensate come sintomatiche o patologiche – come peraltro spesso loro sentono di essere e raccontano al terapeuta – o come soggetti malati che devono essere condotti a comportamenti sociali accettabili e normati con il cibo, o con le sostanze in genere. Il sintomo è invece considerato una “necessità archetipica della mente”, un baluardo vitale che si è irrigidito, ma che ha potenzialità trasformativa e creativa.

Come ci insegna Fabiola, viene prima il soggetto della patologia, o meglio la patologia è l'espressione di un soggetto che ha bisogno e desiderio di rientrare in contatto con se stesso, di poter uscire dall'irrigidimento ed essere flessibile nel suo divenire e nel suo scoprirsi come individuo. Un individuo che ha bisogno di dare al dolore la possibilità di parola, di trovare un senso e un significato alla propria storia.

Le anoressie, le bulimie e in generale i sintomi contemporanei, rappresentano una sfida sempre più complessa per gli operatori che a vario titolo decidono di occuparsene. Spesso l'apparente resistenza di questi sintomi ai trattamenti viene attribuita alla persona che ne soffre. Frasi del tipo: “Maria è strutturalmente troppo grave”, oppure “Sonia è resistente al cambiamento”, non sono così rare tra gli addetti ai lavori. Si preferisce mettere in discussione il paziente, piuttosto che in maniera limpida e sincera interrogarsi come curanti. Ciò non toglie un'implicazione della persona nel suo sintomo, ma richiama a un'implicazione del curante all'interno della relazione con il paziente.

Aspetto molto interessante nel testo, è legato all'attenzione e alla rimessa

in discussione della cura proposta, prima ancora che della persona sofferente. Che tipo di lavoro analitico facciamo? Di che cosa è intriso? Come accogliamo l'altro? Che senso ha interpretare l'altro senza comprenderlo, analizzarne le resistenze senza accoglierlo? La trappola in cui rischia di cadere lo psicoanalista, segue esattamente la logica dell'anoressia: la trappola del fare stereotipato, applicando tecniche uniformanti derivate da teorie rigide in cui non trovano spazio gli interrogativi e la creatività, in cui è dimenticato l'aspetto immaginativo. Regole aride quelle dell'anoressia-bulimia, regole aride, così intese, quelle della psicoanalisi. E in questo, il rischio, riprendendo l'autore, è "la perdita della psiche".

La logica che caratterizza l'essere umano e la sua realtà, è quella della complessità: accettare con umiltà di non avere le risposte a tutte le domande, di non possedere la verità ultima su di sé e sull'altro, di non difendere a spada tratta le teorie che sicuramente sono molto utili come mappa per muoverci nel reale, ma non sono il reale, è una sfida complicata ma rappresenta anche una grande occasione per chi si occupa di clinica. Il reale è molteplice, le intuizioni e le aperture possono provenire da visioni differenti, e con ciò non si intende solo da altri colleghi di orientamenti diversi, ma si può imparare anche e – forse soprattutto – nella relazione con i pazienti, da ciò che raccontano, da come vivono il rapporto con noi.

Incontrare Cristina, Arianna, Annalisa, Davide, Matteo, non può essere identico: ognuno è un individuo e come tale anche la relazione analitica è unica, creativa e fondata sul dialogo.



## *Introduzione*

Sino a pochissimi anni or sono, l'informazione legata al mondo delle anoressie-bulimie risultava alquanto scarsa e superficiale. Attualmente, invece, tra le persone sembra essersi diffuso un maggiore grado di conoscenza circa il fenomeno dei cosiddetti "disturbi del comportamento alimentare". Ogni giorno, infatti, si palesano sempre nuovi esperti in materia e le cliniche specializzate nel trattamento di queste patologie si diffondono ormai a macchia d'olio. A tratti persino nell'arena del marketing pubblicitario pare essere infine subentrato un sensibile fair play con l'utilizzo sempre più frequente di modelle non necessariamente sotto la taglia 42, sino alla recente comparsa delle cosiddette *curvy model*.

Si è voltata finalmente pagina? Una nuova consapevolezza collettiva sta consentendo alla società di liberarsi dell'unica psicopatologia che può avere come conseguenza diretta la morte del soggetto? Purtroppo no.

Con ogni probabilità, è soltanto un'illusione. Ciò che in realtà sta avvenendo, invece, è proprio l'inverso: le anoressie-bulimie dilagano, la qualità del sintomo rincrudisce, il livello di compulsione aumenta. Compaiono nuove forme patologiche che presentano caratteri di un'asprezza finora mai affrontata dai clinici.

La quantità maggiore d'informazione sociale, l'incremento del numero di "esperti", di tecniche d'intervento tuttora considerate finanche "scientifiche", non sono coincise con alcuna riduzione del disagio soggettivo. Il malessere individuale invece peggiora e aumenta.

Per il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare si emanano linee guida sempre più aggiornate, sostenute dalla moda delle ricerche scientifiche basate sull'evidenza (*evidence based*).

Nel frattempo si discute di *globesità* per riferirsi al problema della sovralimentazione nel mondo occidentale e le anoressie-bulimie, ormai, rappresentano un vero e proprio allarme sociale. Qualcosa, dunque, stride.

Il sospetto è che in realtà si siano creati dei "miti" attorno all'idea di ano-

ressia, soprattutto per il suo valore rappresentativo rispetto a manifestazioni sintomatiche altrettanto distruttive e finanche più distruttive: bulimie, dipendenze e compulsioni.

Tuttavia l'anoressia troneggia nella sua valenza mitica, e mi riferisco però in questo caso al mito nell'accezione meno nobile del termine, ossia come illusione priva di aderenza alla realtà, fantasia non riconosciuta come tale, certezza costruita su fondamenta d'argilla. Abbiamo invece escluso l'immaginazione realmente mitica dalla nostra coscienza – quella tramandata per millenni attraverso il racconto delle epopee fantastiche degli dei degli eroi leggendari – ma come per tutte le rimozioni psicologiche, il mito però ritorna, seppur scisso dalla sua essenza immaginale creativa. Si ripresenta sotto forma di chimere, illusioni, immagini irrelate, psicopatologie. E, a guardar bebne, esso compare anche dietro le ingannevoli apparenze dei luoghi comuni, degli equivoci e degli stereotipi. Oggigiorno si nomina spesso l'anoressia, ma pochissimi la conoscono davvero e si diffondono così consapevolezze spesso fallaci.

Si è così creato il mito dell'Anoressia.

Le bulimie, per esempio, sono molto più diffuse e per certi versi anche più problematiche delle anoressie, ma sono per lo più trascurate. Inoltre, ci s'immagina l'anoressia solo come quella del corpo rarefatto e scheletrico di ragazze giunte a livelli estremi di consunzione fisica mostrate spesso nei media; si crede tuttora si tratti di “problemi alimentari”, idea acriticamente fatta propria anche da molti psicologi). Vi è, infine, la salda convinzione, suffragata dalla nosografia psichiatrica in voga, che esistano tante forme psicopatologiche tutte appartenenti ai cosiddetti DCA – i disturbi del comportamento alimentare – e che ognuna richieda il suo specifico “trattamento”.

Quest'ultima fantasia, ossia quella del “trattamento”, è tipica della psiche comportamentista e proviene da una visione del mondo nella quale l'anoressia non è un sintomo, ma una malattia e come tale – psicologica o meno – vada comunque “trattata”. Le conseguenze di questo falso mito inducono la psicologia a rincorrere modelli medicalizzati di cura. Pertanto anche per le anoressie e le bulimie varrebbe la chimera delle terapie cognitive, i cui protocolli d'intervento millantano risultati sempre più rapidi, efficaci e soprattutto “dimostrati scientificamente”.

Vi sono, concludendo, alcuni pseudo miti ancora più subdoli di tutti questi. A volte fondati su presupposti logici o teorici che persino i clinici più esperti tendono a dare per scontati: l'anoressia è “causata” dalla relazione compromessa con la madre; è una patologia che colpisce solo le donne; le anoressie-bulimie sono patologie contemporanee non simbolizzanti; la spinta autodistruttiva del nuovo sintomo è alimentata dalla pulsione di morte, da Thanatos, e così via.

Questi ultimi miti, sono i più coriacei e sono proprio quelli che s'intende revisionare in questo lavoro. Ma a differenza dei primi (i disturbi alimentari, le immagini stereotipate delle anoressiche, le terapie sintomatiche ecc.) non li chiamiamo "miti" perché infondati o perché basati su vere e proprie forme di pensiero concreto. Non si tratta in questo caso di semplici luoghi comuni. Anzi, abbiamo a che fare con concetti che prendono origine da schemi archetipici profondi della psiche – questi sì realmente strutturati in forma mitica e immaginale – e pertanto difficilmente eludibili attraverso pensieri strutturati unicamente su base proposizionale e non immaginativa. Ecco perché per riuscire a pensare alle anoressie-bulimie, e più in generale a tutti i sintomi contemporanei con un approccio che sia veramente nuovo, occorrerà innanzitutto compiere uno sforzo a partire proprio dal nostro stesso modello immaginale.

Jung chiamava "archetipi", gli schemi innati che influenzano la nostra struttura di pensiero e che dunque sono alla base della nostra capacità simbolizzante. Per James Hillman e la psicologia archetipica essi organizzano la nostra psiche – a sua volta di natura essenzialmente immaginale – esattamente secondo le figure e le rappresentazioni del Mito. D'altronde, in molte teorie psicologiche si ritrova lo stesso "motivo" della configurazione psichica innata: i cognitivisti hanno i "sistemi motivazionali di comportamento"; Lacan chiamava "Altro" la struttura che "predetermina" e attraversa il soggetto; Bion, infine, parla di una "funzione  $\alpha$ " in grado di trasformare le protoemozioni in pitogrammi e dunque (anche in questo caso) in immagini, ritornando così all'idea di una psiche di natura immaginale, esattamente come teorizzata da Jung.

D'altronde come ha ricordato Mario Trevi:

Il primo problema, sul quale Jung si scontra con il maestro, è nel riconoscimento che la personalità dello psicologo, come costruttore di teorie psicologiche, entra inevitabilmente nelle teorie stesse (*La Repubblica*, 2010).

Dunque, solo se tutti – inclusi noi psicologi – saremo in grado di liberarci per un attimo dalla struttura sociale, culturale, mentale che condiziona la nostra stessa psiche, probabilmente, riusciremo anche ad affrontare sia i falsi miti dell'immaginario collettivo, che le potenti figure del Mito che costellano l'immaginazione pseudo-scientifica intorno ad anoressie-bulimie.

Si vedrà meglio nel corso di questo lavoro le motivazioni che mi esortano a utilizzare l'espressione "pseudo-scientifica"; è sufficiente per adesso esprimere la mia convinzione secondo cui una scienza che ha perduto la sua capacità immaginativa e creativa, il dubbio, il contatto con il proprio fine ultimo che è sempre l'uomo, non può dirsi veramente scienza. È una scienza che si è atrofizzata nel suo scopo, nonostante i propri mezzi tecnologici ipertrofici. Se perciò si vuole riprendere in modo veramente scientifico la rifles-

sione teorica e clinica sul sintomo contemporaneo non si può fare a meno di includere il pensiero immaginale, la filosofia, il genio creativo che solo la variabile anima è in grado di apportare, scompaginando di continuo tutte le impossibili standardizzazioni a cui la deriva comportamentista vorrebbe costretti pazienti e terapeuti. Forse così potremo anche riuscire a comprendere perché, nonostante il proliferare di tante teorie, trattamenti e terapie, alcuni sintomi sembrano sempre così lontani dall'essere realmente debellati. Riusciremo a rivedere le idee sull'anoressia già presenti, in una prospettiva archetipica, avanzare nuove ipotesi e lasciar affiorare domande che sinora non ci eravamo mai posti. E sono precisamente questi gli obiettivi che mi hanno spinto a scrivere *Il mito dell'anoressia*.

Negli ultimi anni si sta inoltre assistendo a un fenomeno psicologico di portata epocale. È in corso un cambiamento drastico nel modo di presentarsi del sintomo e più in generale della psicopatologia. Il malessere psicologico della contemporaneità ha ormai poco o nulla in comune con la sintomatologia a cui eravamo abituati sino a non molto tempo fa. Non si evidenzia solo una differenza qualitativa del sintomo rispetto al passato più recente, ma anche quantitativa. Le forme morbose definite anche come nuovi sintomi sembrano in effetti inarrestabili, e noi stessi psicologi appariamo come assuefatti e impotenti dinanzi alla loro prepotente escalation: dipendenze, attacchi di panico, ludopatie, compulsioni, acting-out. Queste ultime sono le forme della psicopatologia contemporanea a cui i clinici sono chiamati a confrontarsi con la loro crescita esponenziale emblematicamente rappresentata nello spietato dilagare dei fenomeni anoressico-bulimici.

Proprio le anoressie bulimie guideranno perciò la mia analisi, riferendomi però con questo nome – come ormai si è già probabilmente intuito – a tutto quell'insieme di disagi che attraverso un neolinguismo che ne snatura il vero senso e il significato, sono erroneamente considerati DCA: bulimie, obesità, e così le altre più eterogenee declinazioni nosografiche. Particolare attenzione verrà dedicata a quell'assurda quanto ben distinguibile coerenza che tutte queste patologie hanno rispetto al il sistema sociale contemporaneo.

Tenterò anche di mostrare, attraverso le raffigurazioni mitologiche e a esempi clinici, quanto sintomatologie apparentemente dissimili nella specifica manifestazione, partecipino in realtà a una medesima trama psicologica.

Una mia paziente, donna di 35 anni, a cui ho scelto di dare il nome di Maria, ha sofferto di anoressia per alcuni anni, poi è diventata bulimica e lo è da almeno 10 anni. Nelle sue parole, più che in tante distinzioni teoriche, si può trovare l'essenza di questa trama, il *continuum* dal quale sono attraversate le anoressie-bulimie: “prima ero in fuga dal mondo intero, che voleva farmi mangiare a tutti i costi; adesso fuggo da me stessa, per evitare di mangiarmi tutto il mondo”.

Sembrerebbe, insomma, essersi aperto il vaso di Pandora e di fronte all'inattesa ondata psicopatologica in cui sono affiorate le nuove forme del sintomo contemporaneo, la psicologia terapeutica pare essere rimasta spiazzata. In questo frangente, la psicoanalisi, nella sua accezione più ortodossa, ha rivelato definitivamente tutti i propri limiti. Da Jung in avanti anche la stessa psicologia analitica "classica" non è andata però molto oltre. Pochi i contributi della psicologia analitica nel tentare di indagare i sintomi anoressici, né tantomeno questa sembra particolarmente interessata a esplorare i mutamenti più recenti avvenuti nella psiche contemporanea. Ovviamente, il discorso è di carattere generale e non si considerano le eccezioni di quei preziosi riferimenti che in questo contributo, almeno in parte verranno ricordati.

Dall'altro lato, però, si sta assistendo soprattutto al palese fallimento, con buona pace dei sostenitori del trial clinico, della moda terapeutica istituitasi con l'inflazione di rimedi basati su modelli cognitivo-comportamentali. Si tratta di un'evidenza ormai innegabile: la correlazione tra l'espansione epidemiologica delle dipendenze (cibo, droga, alcool) e la tendenza del momento a rifugiarsi nelle terapie cognitivo-comportamentali – inclusi i cosiddetti trattamenti brevi e focalizzati – indica che essi fanno parte di uno stesso discorso sociale e culturale.

Questi approcci terapeutici implicano l'idea del "trattamento". Di una psiche che si può trattare e riparare come un qualunque organo. La fantasia del trattamento psicologico, il suo agire acefalo, però, non fa altro che conformarsi perfettamente al modello sociale dominante e alle sue stesse patologie: la massificazione e normalizzazione del "diverso", la spinta al consumo sfrenato, illimitato, istantaneo. Pertanto, così come *l'anoressia* va declinata sempre nel suo plurale *le anoressie*, la psicopatologia stessa deve trovare una collocazione immaginativa nel collettivo e non più solo nel singolo individuo. E quest'ultimo è chiamato a trasformarsi da individuo singolo e in solitudine nel contesto sociale, a soggetto singolare in relazione con altri soggetti. Questo è il passaggio cruciale per l'uomo contemporaneo: transitare da una caotica solitudine nella folla a una recuperata individualità nelle relazioni. La singolarità resta quindi l'obiettivo di qualunque discorso clinico, che consiste appunto nel restituire il singolo in quanto soggetto alla società, perché quegli sia in grado creativamente di proporre il cambiamento.

Ecco però che grazie a un ritrovato fermento culturale, pare rientrare in scena la psicoanalisi. Certo, quest'ultima da capostipite della psicoterapia psicologica pareva destinata a diventare la Cenerentola nella casa della psicologia. Eppure proprio la fiaba di Cenerentola ha insegnato che le apparenze non debbono trarci in inganno, poiché sarà forse proprio grazie alla psicoanalisi, da tanti erroneamente ritenuta obsoleta, lunga, costosa, ostica, che ci potremo

permettere di comprendere e affrontare la ragione di sintomi altrimenti incomprensibili e considerati da un certo tipo di psicologia terapeutica unicamente come malattie dalle quali guarire. Sintomi che sono “trattati” senza comprendere la ragione profonda del loro manifestarsi: e pertanto destinati a ripresentarsi, a evolversi, a trascinare, così com'è osservabile nella diffusione delle anoressie bulimie e delle tossicomanie.

Non risparmierò critiche però, come accennato nei passaggi precedenti, neanche alla stessa psicoanalisi: in particolare a un certo modo di agire terapeutico della psicoanalisi, definito bonariamente “ortodosso”.

Inoltre, si rimetterà in discussione il costrutto archetipico che anima la psicoanalisi sin dalla sua fondazione come terapia: il suo immaginario tipicamente maschile e la sua conseguente difficoltà a comprendere il femminile. Questa peculiare visione del femminile, come vedremo, non ha però fatto a meno di condizionare anche quelle recenti intuizioni psicoanalitiche che, dagli anni Novanta a oggi, possono rappresentare un riferimento all'interno del dibattito attuale teorico-clinico delle nuove sintomatologie. Proverò allora in questo lavoro, piuttosto che ad approfondire dettagliatamente un singolo argomento in modo verticale, a portare uno sguardo ampio sull'orizzonte delle nuove sintomatologie, sulla loro evidente relazione con il sociale contemporaneo. Utilizzando e servendomi dei contributi di studiosi apparentemente lontani tra loro, o almeno sino a oggi mai studiati congiuntamente. Avremo pertanto come riferimenti, oltre alle teorie di Freud e Jung, anche i pensieri sviluppati in questi anni da Aldo Carotenuto, Massimo Recalcati, Umberto Galimberti, Luigi Zoja, da Francesco Comelli e dall'ABA.

Tra questi contributi, quelli ai quali si farà maggiore riferimento sono di James Hillman. Quest'ultimo, infatti, con la sua psicologia archetipica è stato in realtà il vero precursore di queste riflessioni. Egli, con la sua opera ha difatti definitivamente sdoganato la psicoanalisi dalla dimensione interindividuale, e sulla scia delle intuizioni junghiane, si è spinto sino a ricollocarla nel mondo e nella collettività.

È incomprensibile la mancanza di dialogo e di riconoscimento reciproco che c'è stata sinora tra queste intelligenze, pur dissimili nelle loro premesse teoriche, ma sorprendentemente convergenti sotto tanti altri punti di vista.

A mio avviso, soprattutto nelle rispettive etiche di fondo, le quali individuano pur sempre nel soggetto e nel mondo il fine ultimo delle loro riflessioni. Tenteremo pertanto di gettare un seme affinché a ciò si inizi a porre rimedio. Cominceremo a farlo partendo proprio da ciò che accomuna le psicologie del profondo e che le distingue drasticamente da altre psicologie terapeutiche come, per esempio, quelle forme di correzione del sintomo tese alla normalizzazione dell'individuo, prive di un'etica centrata nel sog-

getto e contrassegnate per questo da un'ipertrofia dei mezzi a cui corrisponde un'atrofia dei fini.

La psicoanalisi "classica" sembra peraltro, invece, ormai irrimediabilmente avvilita attorno ai soliti interrogativi che ancora continua a definire come cruciali: "se l'epoca determini forme diverse di sofferenza oppure no, e come si iscriva nel disagio" (Rinaldi e Stanzione, 2012). Dimentica di aver, ella stessa, già fornito ampie prospettive di risposta a domande simili (che siano o meno retoriche) e persino molto esaurienti già dai tempi di Freud e Jung. Per decenni, un certo tipo di psicoanalisi, chiusa nel suo autismo egosintonico, ha scansato il confronto con il sociale, il relazionale e il collettivo. Da qualche anno finalmente sembra interessata a recuperare il tempo perduto, ma spesso non si accorge di incespicare su gambe visibilmente atrofizzate dalla propria disabitudine. Il pur interessante lavoro di alcuni psicoanalisti (tra tutti Nicola Peluffo) si rifà al pensiero junghiano senza tuttavia citarlo esplicitamente.

Zangrilli e altri ([www.psicoanalisi.it](http://www.psicoanalisi.it), 12 novembre 2013) si sono persino spinti sino a formulare concetti che ricalcano in maniera quasi del tutto corrispondente la teoria archetipica, ovviamente tralasciando di citarla.

Oggi sappiamo che lo psichismo umano ha delle determinanti che lo condizionano [...]. Non solo. Attribuiamo una grande importanza a quello che definiamo il "terreno psichico" definito come l'insieme dei fattori costituzionali, ereditari o acquisiti, che intervengono nella comparsa e nell'evoluzione di uno stato sintomatico.

Sono così tante le evidenze che sarebbe difficile richiamarle tutte, ma ciò che desta maggiore preoccupazione è la convinzione di tali psicoanalisti d'aver "scoperto" oggi verità oramai assodate da quasi un secolo. Che cosa c'è di pionieristico nell'elaborare idee che erano state (meglio) formulate circa 100 anni orsono e che fanno parte da sempre dell'humus teorico su cui si fonda l'intero sapere junghiano?

Così, scopo di questo lavoro, sarà anche quello di proporre una nuova possibile lettura dell'anoressia attraverso lo sguardo della Psicologia Analitica junghiana e post junghiana, con particolare riferimento, come detto, all'opera di James Hillman. Questo però, ci tengo a precisarlo, non tanto con l'intento di avventurarmi in ulteriori ipotesi teoriche o proposte di modalità operative che abbiano una maggior pretesa esplicativa dei fenomeni che ci stanno a cuore, ma al contrario, proprio nell'interesse della psicoanalisi e della sua pratica. E a differenza di alcuni colleghi ricordati poc'anzi, non avrò difficoltà ad ammettere e sottolineare tutti i contributi, ai quali avrò attinto. Mi piacerebbe, infatti, proporre questo lavoro come un ponte tra orientamenti, così affini eppure così tanto distanti nel comunicare, per una proposta di integrazione giammai teorica, ma almeno etico-metodologica tra le principali linee guida che ci indirizza-

no quotidianamente nel lavoro con i nostri pazienti. Il mio intento consiste inoltre nell'argomentare le motivazioni della limitata propensione a considerare, la pur brillante intuizione lacaniana e post lacaniana – egregiamente riassunta nel lavoro di Massimo Recalcati – che individua nel sintomo anoressico una mancanza totale del soggetto dell'inconscio. Non è esattamente così che stanno le cose e tenterò di dimostrarlo.

Il lavoro di Recalcati e del suo gruppo di ricerca, non può comunque più essere ignorato da chiunque si accosti a queste patologie. Non solo per i contributi unici e originali forniti negli anni precedenti, ma anche per il continuo stimolo che le sue opere più attuali apportano al pensiero clinico e scientifico in materia. In questo lavoro, guidato anche dalle sue opere, vedremo dunque come alcuni dei concetti da lui elaborati o rielaborati, possono a mio avviso essere riconsiderati e ridefiniti secondo una nuova prospettiva. Ci soffermeremo a tal proposito più a lungo sul concetto di *pulsione di morte*, che sembra segnare, così come sostiene lo stesso Recalcati, tutta l'esperienza anoressica e dei nuovi sintomi in generale. Questi ultimi, contraddistinti dal dominio della pulsione di morte, sembrano mostrarsi come svuotati di significati simbolici. Paiono infatti sottrarsi alle leggi psicologiche classiche della rimozione, e si presentano piuttosto come pura e brutale manifestazione dell'Es.

Però, proprio nel tentativo di osservare in parallelo contributi teorico-clinici mai accostati fino a ora, si proverà a riformulare totalmente il concetto stesso di pulsione di morte. Ciò innanzitutto a partire proprio dalla sua reale origine teorica, molto diversa come vedremo da quella che ci viene presentata e che sembra venga data per scontata. L'intento è anche quello di dimostrare come in realtà questo concetto (la pulsione di morte) sembri aver perduto definitivamente le caratteristiche di un principio simbolicamente significativo, ma solo perché siamo noi stessi immersi nelle Strutture (linguaggio, psiche, inconscio, cultura sociale) di cui facciamo parte. Per questo e altri motivi che avremo modo di riconoscere, si riesce solo con grande fatica e con molti limiti, a osservare la nostra psiche utilizzando le sue stesse caratteristiche. Se ci sfugge il significato simbolico, persino individuale, della pulsione di morte, forse è perché l'osserviamo troppo da vicino. Al contrario dovremmo iniziare invece a intenderne la sua struttura mitica; a guardarla da una distanza maggiore, ben consapevoli però della necessità di comprenderla con gli stessi strumenti con i quali essa si esprime. La psiche può infatti essere osservata solo ricorrendo direttamente a se stessa: questo è e sarà sempre il paradosso della psicologia. La comprensione di questa irriducibile particolarità della psicologia, ci consentirà di assumere un atteggiamento realmente scientifico nei confronti del fenomeno psichico e delle sue ricadute sociali e individuali. Tutto ciò a dispetto dell'approccio pseudoscientifico di stampo