

Il corpo come realtà mentalizzata del Sé

SOMMARIO

I tre contributi fanno parte di un panel che intende inquadrare il rapporto corpo-mente in linea con gli attuali orientamenti della filosofia della mente e delle scienze cognitive. Questo sfondo epistemico apre il primo contributo, che prosegue analizzando una emozione di base o primaria – la rabbia – concepita in qualità di dotazione somatica. Clinicamente viene preso in considerazione un caso in cui l'espressione emotiva della rabbia, a causa di alterazioni esperenziali e personali, può produrre equivoci nella trasmissione e ricezione dei dati, patologizzando la relazione.

Il secondo contributo propone una lettura della sessualità come prodotto di un lavoro e di un "modellamento" che il soggetto compie su se stesso e sul suo mondo esperenziale. Il soggetto, sperimentando la sessualità, si definisce e definisce il Sé, all'interno dell'esperienza acquisita. In questa ottica il corpo – consolidando i bisogni sessuali come richiesta – diventa strumento e codice d'informazioni a carico del Sé, trasmessi a se stesso e all'altro. La sessualità, in quest'ottica, è un prodotto derivabile e ricostruibile a partire dal personale concetto di relazione che l'individuo ha maturato e strutturato. A conclusione segue un caso clinico di disturbo della sessualità.

Nel terzo contributo è presa in esame la fame, come esempio di bisogno organico correlato al funzionamento psichico della persona. Viene presentato un caso di anoressia mentale, spiegato come espressione di un conflitto tra il desiderio inconscio di mantenere un Sé rigidamente strutturato e la tendenza a realizzarsi accogliendo stimoli evolutivi e di accrescimento. Il prodotto del conflitto è la negazione delle proprie aspirazioni, di cui la fame, autonegata, è protagonista e rappresentante simbolico.

SUMMARY

THE BODY AS A MENTALIZED REALITY OF THE SELF

These three papers form a panel which deals with the mind-body problem according to mind philosophy and cognitive sciences.

The first paper sets forth, at the beginning, this epistemic framework. The analysis of one of the basic or primal emotions – rage – follows. This emotion is conceptualized as a somatic endowment. The author shows the gap between emotional expression and emotional feelings. The gap is a cause of misunderstandings in the transmission and reception of the data. As a consequence it produces a pathological relationship.

In the second paper the author considers sexuality as resulting from how the subject copes with himself and his own experience. The subject, experiencing sexuality, defines himself within the experience which he gained. From this point of view, regarding sexual needs as a request, the body becomes an instrument for decoding the Self. The information is conveyed to the subject himself or to the other, both in a normal and, even more so, in a pathological situation.

As a consequence the way of thinking of or acting (or even not acting) sexuality is the result of the concept of the relationship, which the subject constructed and is continuing to maintain. At the end of the paper a case of sexual dysfunction is presented.

The third paper emphasizes biological needs. Hunger is taken into account, as an example of an organic need related to the psychic functioning of the subject. The topic is treated through a reflection on a case of

anorexia nervosa. The Authors assert that the pathology is caused by a conflict between the patient's unconscious wish to maintain the previous rigid image of herself and the tendency to fulfil herself following developmental stimuli. The result of the conflict is a rigid negation of her own wishes. Among them, symbolically hunger is the main representative protagonist.

Daniela De Robertis

Un caso clinico di disturbo grave del carattere

Il rapporto tra Soma e Self incrocia obbligatoriamente ciò che è stato definito il *mind-body problem*.

Si tratta di un argomento cruciale su cui la riflessione antropologica gioca oggi le sue carte.

Riguardo a questa complessa tematica di vecchia data non mancano distinti e opposti schieramenti, uno dei quali è rappresentato dalla teoria dell'identità (Feigl, 1967), che propone un'identità tra mente e cervello: la mente altro non è che il sistema nervoso centrale. In altri termini, il funzionamento neurologico è la condizione necessaria e sufficiente degli eventi mentali (Wilson, 1979).

Un diverso orientamento, cosiddetto mentalista, rivendica in che misura gli eventi mentali non si possono ridurre semplicemente a fatti fisici. Ciò non vuol dire negare la portata dell'elemento fisico o somatico. Quest'ultimo è da considerarsi condizione di realizzabilità dei fenomeni mentali: vale a dire possibilità che gli eventi mentali contraggano un *embodiment* (Moravia, 1991).

Un terzo orientamento nasce dalla critica al mentalismo. Si ritiene, infatti, che il limite del mentalismo stia nel considerare la mente come un ente e di entificare le funzioni mentali (Rorty, 1982).

La proposta è che bisogna scavalcare la considerazione che *mind is mind* e pensare che *mind is minding* (Goodman, 1984). Si tratterebbe, insomma, di operare una strategia: passare dal concetto di *Agency* al concetto di *Agent* (Aune, 1967).

Porsi la domanda di chi produce il *minding*, di chi confeziona costrutti di senso e di chi attribuisce rilevanze, rinvia necessariamente al Sé. È in questa prospettiva che collocherei il corpo. Infatti, la realtà somatica è da considerarsi non un'entità oggettivamente osservata da chi la abita, ma una realtà letta con gli occhi della personale soggettività di chi la interpreta. Il Soma, allora, oltre ad essere una realtà biologica, è anche uno spazio di significazioni attribuite dal Sé al proprio corpo e alle sue funzioni.

Questo approccio modifica la tradizionale concezione freudiana circa le fasi biologiche e somatiche. La teoria freudiana, infatti, fondata sulle fasi sessuali e quindi somatiche, postula che le pulsioni, in qualità di forze istintuali e biologiche, organizzino l'io.

La riflessione attuale non è orientata da categorie universali, come per esempio il concetto di bios, ma da principi meno estensivi e più individuali, come per esempio il concetto di soggetto. Questa è una delle ragioni per cui nel post-modernismo l'importanza del soggetto si è sostituita a quella della pulsione. Perciò, se prima si riteneva che fossero le pulsioni a organizzare l'io, oggi occorre rivisitare il soma e invertire l'ordine dei fattori. Infatti, si preferisce pensare che sia la nostra soggettività a modulare e autoregolare le istanze del soma.

In questa ottica non esiste significato nel biologico, piuttosto il significato si produce e si precisa sul senso che il soggetto attribuisce ai propri bisogni e sull'utilizzazione psico-funzionale che il soggetto fa dei propri bisogni, compresi naturalmente quelli biologici (De Robertis, 1994, p. 43).

In sintesi, le esperienze corporee tra il soggetto e il proprio corpo non sono dirette, ma sono mediate e filtrate attraverso tutto il mondo esperienziale e rappresentazionale del soggetto: il corpo si fa oggetto di una costruzione rappresentativa.

Il corpo è segnato dall'individualità che lo abita.

Il corpo contrae una cornice di senso (Sacks, 1996).

Se ciò vale per i bisogni che traggono origine dalla sfera somatica, come la fame e la sessualità, vorrei applicare questo approccio anche alle emozioni nella misura in cui anch'esse sono una dotazione biologica legata alla sfera corporea. Intendo dire che piangere può anche non rappresentare soltanto dolore, urlare può anche non rappresentare soltanto aggressività e così via e che le emozioni possono non essere espresse in modo oggettivo, ma utilizzate in modo diverso a seconda del contesto soggettivo e personale. Quindi anche le emozioni sono lette e interpretate dal soggetto. Ne emerge un quadro in cui l'emozione, anche se somaticamente deputata a esprimere determinati contenuti, non sempre viene usata dal soggetto in termini oggettivi e fissi, per così dire biologicamente predisposti. Il soggetto autoregola e impiega ogni emozione in modo contestuale, individuale e semanticamente polivalente. Pertanto, vorrei dedicare questa seconda parte della mia relazione per vedere come il Soggetto modula, organizza e autogestisce le emozioni. Prenderò in considerazione, tra le emozioni di base, la rabbia, avvalendomi di materiale clinico tratto da un caso in trattamento.

Anna, una donna prosperosa sui quaranta anni, dall'aspetto matronale, si presenta al colloquio ostentando un'enorme sicurezza nei modi e una tendenza a imporre con piglio molto deciso la sua presenza.

Trattare male la gente – “mangiarsi le persone” come lei stessa dirà – schiaffeggiarle moralmente senza tanti complimenti, era la modalità relazionale ricorrente in questa paziente. Condotte aggressive e vissuti d'intensa rabbia accompagnavano una pesante storia di tracolli e fallimenti professionali, economici ed affettivi, che la facevano ritrovare – come emerse nel corso del trattamento – disperatamente sola, insoddisfatta e sempre più arrabbiata con se stessa e con il mondo.

Non c'è da meravigliarsi se, nel corso del trattamento, Anna adottasse le stesse modalità relazionali anche con me. Nel bel mezzo di una seduta, annunciava d'interrompere la terapia perché io non le offrivo ciò che lei voleva e sbandierava questo proposito come una minaccia.

Quando un guasto alla macchina o un intasamento del traffico la facevano giungere in ritardo alla seduta, la sua prima reazione era di rifiutarsi di entrare nella stanza o di sedersi, urlando contro la mia indisponibilità a concederle un'altra seduta in sostituzione dell'attuale. Più spesso esordiva all'inizio di una seduta, ingiungendomi con fare imperioso, quasi un comando: “Lei mi deve dire perché succede questo!”, senza nemmeno dirmi che cosa fosse accaduto.

Confesso che non mi è stato facile resistere alle trappole dei suoi attacchi. Ma l'alternativa alla collusione non mi pareva consistesse solo nel comprendere le ragioni genetiche della sua rabbia e nel riflettere sulle ragioni del mio “transfert”, quanto nell'entrare nel merito della funzione che svolgeva l'aggressività in questa paziente: in altri termini scoprire quali altre e diverse emozioni potessero celarsi dietro la dominanza dell'emozione rabbiosa. Si trattava in concreto di considerare l'aggressività un alleato della terapia, nel senso di utilizzarla come indicatore di significati che andavano al di là dei fenomeni aggressivi, pur viaggiando attraverso il canale dell'aggressività.

Cominciammo a scoprire a poco a poco che, attraverso il codice emotivo dominante della rabbia, Anna esprimeva una serie di significati che, nella maggior parte dei casi, avevano ben poco a che veder con la rabbia. Gradualmente comprendemmo che per Anna l'impiego della rabbia era una specie di passe-partout, che svolgeva la funzione di autoregolazione del suo Sé e delle sue relazioni. Via via che il trattamento procedeva si precisarono più concretamente queste funzioni. La rabbia agita verso l'altro era un espediente da lei adottato per contrastare la tendenza fortemente avvertita in sé di “staccare” la spina, di “vivere ai margini del bosco”. “Attaccare” la gente risultò uno stratagemma per rimanere “attaccata” alla gente. Ma era anche un modo per frenare le persone, per tenerle semplicemente a distanza, un suo uso personale per dire “basta” nei momenti in cui percepiva l'altro intrusivo e inarrestabile.

Per Anna la gestione dell'emozione rabbiosa era anche qualcosa che la faceva sentire in vita, di fronte a se stessa e agli altri, che la sosteneva e attivava in funzione antidepressiva. Insomma era una sorta di riempitivo esistenziale.

In altre occasioni l'espressione della rabbia era un mezzo che le permetteva di sentirsi in compagnia, di non sentirsi sola. In questo caso la comunicazione rabbiosa risultava una richiesta di conforto e di consolazione. "Strapazzare" era un modo per attivare e attirare l'altro, pensato distratto e lontano, un mezzo, appunto, "sopra le righe", per sollecitare l'attenzione del suo interlocutore. "Debbo urlare per farmi sentire" confessò una volta.

In altre situazioni, invece, l'uso personale che la paziente faceva di questa emozione risultò fortemente legato alla paura. Durante una seduta ammise, profondamente commossa: "Debbo mettermi a urlare per strapparmi la paura dall'anima!".

Nel corso dell'analisi, man mano che la rabbia si scoloriva e perdeva la sua dominanza, emergevano i significati di cui questa emozione era portavoce: emerse così anche la finalità "analgesica" che la rabbia assolveva in funzione di schermo e distrazione dal dolore. Solo allora capimmo in che misura la sua rabbia fosse diventata il suo biglietto da visita, tale da esprimere la sua identità profonda e tale da contrarre un potere di autodefinizione. Anna era andata a presentarsi in giro per il mondo dicendo: "Io sono colei che è arrabbiata".

BIBLIOGRAFIA

- Aune B. (1967) *Knowledge, mind and nature* Random House, New York.
- De Robertis D. (1994) *L'autoconvalida del sistema e la fuga nella clinica* RP Ricerca psicoanalitica, nn. 1-2, pp. 33-45.
- Feigl H. (1967) *The "Mental" and "Physical"* Univ. of Minnesota Press, Minneapolis.
- Goodman N. (1984) *Of mind and other essays* Harvard, U.P., Cambridge (MA).
- Moravia S. (1991) *Il soggetto della mente e il mentale come linguaggio del soggetto* in F. Bianco, G. Di Bernardo (a cura di) *Episteme e azione* Franco Angeli, Milano, 1991.
- Rorty R. (1982) *Contemporary philosophy of mind* Syntyhese, 53, pp. 332-348.
- Sacks O. (1996) *The island of the Colorblind and Cycad island* trad. it., *L'isola dei senza colore* Adelphi, 1997.
- Wilson E. (1979) *The mental as physical* Routledge, London.

Daniela Galardi

Un caso di disturbo della sessualità

Il caso del signor R. mi è sembrato un'interessante ed utile possibilità per approfondire, ad un livello interpretativo diagnostico, come la sessualità sia per il paziente ambito espressivo del proprio modo di viverci e di concepirsi.

Prima di iniziare l'analisi del caso, però, ritengo utile proporre un codice di lettura per codificare e contestualizzare le riflessioni che hanno accompagnato il mio lavoro analitico. Mi soffermerò, quindi, su alcune riflessioni teoriche riguardanti il rapporto tra il Soma e l'immagine del corpo che contestualizza nel tempo e nello spazio il Sé.

Risulterà evidente in questo paziente il nesso tra il bisogno sessuale, che caratterizza l'individuo nella propria specie e nel proprio genere, e la sessualità, nella sua componente di significato relativo ad un altro essere umano.

Se la libido e la sessualità sono parte della nostra condizione di mammiferi superiori, la sessualità senza significazione esprime il bisogno di un corpo senza relazione.

A livello teorico, sembra chiaro che l'organismo umano entra nel mondo con un bagaglio filogenetico che lo determina nel suo essere maschile o femminile ma che solo attraverso il processo di mentalizzazione, l'individuo giunge a sentirsi "uomo" o "donna".

Alcuni bisogni sono universali in quanto legati al genere, ma possono essere considerati come parte della personalità di ciascuno, solo in quanto diventano espressione e modalità del proprio modo di concepirsi. Il poter fruire dei bisogni e dei desideri, dell'impulso sessuale e del desiderio della relazione è, infatti, in stretta correlazione con il mondo psicologico ed esperienziale della propria struttura profonda.

Già Freud in *Studi sull'isteria* aveva colto l'importanza dell'andar oltre la fenomenologia descrittiva del modo d'essere che caratterizzava i pazienti, considerando il linguaggio del corpo come espressione dello psichico. Tuttavia la pulsione sessuale, definita da Freud come rappresentanza psichica, concetto limite tra lo psichico e il somatico, era letta in una prospettiva intrapsichica, non relazionale.

Nella nostra ottica il sintomo diventa oggettivazione dell'intersoggettività, diventa cioè espressione del rapporto tra il soggetto di desiderio e l'oggetto desiderato, e, ad un altro livello, espressione del rapporto tra il desiderio sessuale di genere, e, nel nostro caso, l'inquinamento dinamico inconscio del desiderio stesso. Di conseguenza, la mancanza di desiderio sessuale e l'impotenza del signor R. sono da considerarsi espressione dell'immagine di sé che il paziente ha strutturato nella relazione.

In relazione a queste premesse, mi sembra interessante proporre una organizzazione del Sé rispetto a:

- 1) un dato costituzionale, medesimo per tutti gli individui della specie umana dello stesso genere;
- 2) un'immagine del corpo, propria di ciascuna persona, legata al soggetto e alla sua storia soprattutto inconscia, intesa come sintesi vivente delle nostre esperienze emotive ed affettive, che si struttura nella memoria e nei significati.

In quest'ottica la sessualità, concepita come linguaggio, diventa dialogo che permette di manifestarsi comunicando la propria ipseità, tenendo ben presente il pericolo costante che la corporeità, anche nel contenuto specifico della sessualità, può essere oggettivata, reificata ed usata generando una concezione rigida e patologica di sé.

La sessualità viene intesa, quindi, come strumento e codice di comunicazione di informazioni e significati a carico del Sé, trasmessi a se stesso e all'altro, che inevitabilmente assumono caratteri di sintomi e perversioni quando viene ad evidenziarsi un disequilibrio, una disarmonia, una distorsione del Sé.

La sessualità era stata intesa da Freud come elemento spiegativo dello psichico nella sua dotazione costitutiva, forza biologica e fisiologica. Nella nostra accezione, essendo, invece, considerata fenomeno umano in quanto oggetto della riflessione dell'Io secondo modalità empiriche, relazionali, sistemiche, storiche e temporali, viene denaturalizzata, permettendo il superamento dell'approccio dualistico e riduttivo determinato dallo scientismo freudiano.

Se si rimane ancorati ad una teoria della libido che definisce l'Io e l'oggetto, è possibile concepire un soggetto che esista non agendo la propria sessualità?

L'esperienza clinica rimanda costantemente al come e al perché si attuino modalità differenti nel concepire e nel vivere la sessualità. Poiché l'Io non può essere oggetto di esperienza diretta, può accedere all'esperienza di sé attraverso il corpo. Il corpo diviene allora strumento di sperimentazione dell'Io, benché l'Io mai potrà identificarsi totalmente con esso.

La sessualità, quindi, si connota come un "essere" dell'Io - identità, struttura inconscia - e come un "avere" dell'Io - dato organico, pulsionale - dove le caratteristiche somatiche si pongono in un continuum con il Sé corporeo.

Entriamo ora più in dettaglio nel caso del signor R.

La sua richiesta di analisi è stata motivata da uno stato di grave ansietà e depressione. Il più evidente motivo di tale disagio è da una parte la mancanza di desiderio sessuale e spesso l'impotenza e, dall'altra, attacchi fobici che hanno per contenuto manifesto la paura di aver contratto l'AIDS in incontri casuali.

Queste paure a carattere ossessivo determinano nel paziente incapacità di concentrazione sul lavoro, ipercinesia, disturbi del sonno.

Chirurgo di ventisette anni, ha avuto una brillante carriera scolastica e professionale; sempre il primo della classe e molto disponibile ad assumersi i compiti e gli incarichi di lavoro e di ricerca, che i superiori gli affidavano per la sua grande precisione e puntualità. Al tempo della scuola prima e del lavoro poi, vissuti in modo "stressante ed ansioso" perché doveva dimostrare sempre la sua superiorità ed essere "il primo", egli contrappone il tempo delle vacanze d'estate, durante il quale tutto era permesso, considerandosi finalmente libero e potendo fare tutto quanto voleva.

Oggi, soprattutto in ambito lavorativo, i rapporti con i colleghi, dopo un inizio positivo, hanno acquisito un aspetto di forte conflittualità a causa della sua ubbidienza cieca al primario, che suscita gelosie e contrasti. Il rapporto stesso con il primario è particolarmente ambivalente: da una parte lo considera come il "padre", che lo stima e lo valorizza, affidandogli ciò che avrebbe dovuto fare lui stesso; dall'altra si sente trattato da lui come se fosse "al suo servizio" con richieste di lavori da espletare all'ultimo momento, a volte anche eccessive e comunque mai apprezzate ufficialmente.

Il quotidiano viene quindi ad essere considerato dal signor R. come un ambito d'insopportabile pesantezza e tensione, in cui tutto è centrato sul suo dover dimostrare di essere capace di fare, anche se poi sembra che nessuno gli riconosca i risultati ottenuti.

Il suo forte senso del dovere è legato alla identificazione con l'altro e alla sua tendenza ad aderire a quanto immagina che l'altro voglia da lui. La quotidianità è per lui caratterizzata dal dovere di essere in relazione con l'altro adeguatamente, cioè in modo tale da confermare la propria immagine ideale: essere "il primo", l'unico veramente buono, colui che soddisfa sempre le richieste che gli vengono rivolte.

Se la vita quotidiana è legata al dovere, avvertire una dimensione di piacere personale sembra possibile solo in vacanza, fuori dai contesti abituali. Paradossalmente, la necessità e il dovere rendono più accessibile ciò che egli desidera - il riuscire nel lavoro e negli affetti - perché non coinvolgono l'aspetto del riconoscimento di sé in quello che fa: "Se mi dico che qualcosa mi piace, devo riconoscere ciò che mi fa piacere come mio; se, invece, agisco per dovere, quanto sto facendo non riguarda me, ma l'altro che me lo chiede".

La contrapposizione tra il piacere e il dovere, che si è sempre manifestata in ogni ambito della sua vita, sembra essere, quindi, la modalità strutturale caratteristica della personalità del paziente.

Dai suoi ricordi d'infanzia emergono alcuni episodi drammatici di liti tra il padre e la madre, degenerati in violenza anche fisica, ai quali egli assisteva "impaurito e senza poter fare nulla per difendere la madre". Avrebbe voluto fare "qualcosa" ed intervenire, ma poi si ritrovava, impotente e sopraffatto dall'angoscia, rannicchiato a piangere dietro la porta.

Prima della fidanzata attuale ha avuto un'altra esperienza affettiva significativa con una coetanea quando era studente. Il rapporto viene ricordato con nostalgia per la naturalezza e semplicità della relazione intercorsa in cui anche il rapporto sessuale, "gratificante ed entusiasmante" era considerato parte integrante della relazione stessa.

Mi sembra che questi rapporti sessuali giovanili debbano essere considerati esplicitazione di una spinta pulsionale che il paziente ha agito per confermare uno schema corporeo adulto. Con il passare degli anni, però, dovendo sempre più assumersi una consapevolezza di sé - "sono grande e quindi uso della sessualità" - sembra scegliere di rinunciarvi. Infatti, mentre all'inizio la relazione in fase di innamoramento con la fidanzata - poi moglie - era "splendida", c'era "attrattiva sessuale, molta comunicazione e tutto era fatto insieme", con il passare del tempo, sentendosi accolto come potenziale genero e avvertendo sempre più la richiesta di dover definire la sua relazione affettiva - la madre compra a sua insaputa l'anello di fidanzamento che dovrà regalare alla ragazza a Natale - la relazione ha assunto sempre più caratteristiche di amicizia fraterna.

Il signor R. passava molto tempo insieme con la fidanzata, condividendo svaghi e interessi culturali, ma il desiderio di rapporti sessuali con lei è iniziato a diminuire, fino a scomparire del tutto. Anche quando, accondiscendendo alle continue richieste della ragazza, il paziente intraprendeva un rapporto sessuale, era costretto a riscontrare la propria impotenza.

Viceversa, dovendosi spesso recare all'estero per congressi internazionali, al paziente accadeva, e accade ancor oggi, di trovarsi coinvolto in esperienze occasionali di trasgressione a contenuto sessuale a cui non è capace di rinunciare e che vive come molto soddisfacenti. Tali relazioni, tuttavia, generano forti sensi di colpa che trovano l'esplicitazione più evidente nella paura del contagio da AIDS.

Così come il signor R. evidenzia nello studio e nel lavoro una forte rigidità nel percepirsi come colui che non può sottrarsi alle richieste dell'altro con la speranza, poi da lui stesso negata, di ricevere gratificazioni, allo stesso modo tale struttura si ripropone anche nelle relazioni affettivamente significative. Le sue relazioni, infatti, risultano improntate dal continuo adeguarsi a quanto viene vissuto come richiesta più o meno esplicitata da parte della madre, del padre, del primario e della fidanzata. Tale condizionamento viene contrapposto dal paziente a quei momenti connotati dallo "essere in vacanza", in cui tutto poteva diventare lecito e possibile e dove possiamo collocare anche le trasgressioni a contenuto sessuale.

Ma perché il signor R. dimostra desiderio sessuale e capacità di rapporto soddisfacente quando il rapporto sessuale ha come contesto una relazione occasionale?

Proviamo a considerare i significati di cui viene caricata la pulsione sessuale, essendo evidente come l'impotenza e la mancanza di desiderio sessuale non siano sintomi di una patologia fisica, ma "dialogo", traduzione di una utilizzazione che il paziente fa della sessualità nel suo essere maschile.

Questa riflessione ha origine dal nostro presupposto teorico che ogni intenzione e motivazione diventano causa di comportamento del soggetto e che il sintomo ha un significato di compromesso tra la struttura inconscia del paziente e le sue relazioni significative.

Quali significati veicola per il paziente la sessualità esperita in incontri trasgressivi o negata in una relazione stabile quale può essere quella con la moglie? Perché la sessualità come patrimonio genetico caratteristico del proprio essere uomo non può essere vissuta dal signor R. nel quotidiano, in una relazione stabile?

Il quotidiano per il signor R. sembra essere caratterizzato dall'altro che richiede - il primario, la madre, la fidanzata, la sua famiglia - e da cui egli finisce per far dipendere quanto sta vivendo.

Niente sembra poter essere assunto come scelta propria; niente sembra originare piacere, né lo studio, né il lavoro, né la relazione affettiva.

Possiamo pensare che, se il signor R. scegliesse "qualcosa per sé", se riconoscesse il piacere di quanto sta vivendo come proprio e non come qualcosa che viene fatto solo per l'altro, dovrebbe assumersi la relazione con l'altro e riconoscere i propri desideri reali, le proprie capacità, il proprio piacere e la possibilità di dare piacere all'altro, anche lui soggetto di desiderio.

Viceversa l'uso dell'altro per provare piacere - esperienza di cui sembra connotarsi l'esperienza occasionale - sembra essere la modalità inconsciamente scelta per non permettersi di riconoscere se stesso nel proprio desiderio sessuale. Il riconoscimento di sé nel quotidiano comporterebbe la definizione di sé nella relazione con l'altro.

A tale proposito mi sembra opportuno mettere a fuoco come il piacere - ed in modo ancor più evidente il piacere sessuale - è una dimensione molto personale in quanto l'esperienza del piacere è individuale e non condivisibile con l'altro; l'aspetto relazionale, invece, caratterizza l'ambito della possibilità reciproca che i partner si offrono per poter accedere al piacere dell'amplesso.

Ma perché il signor R. non si può riconoscere il proprio desiderio sessuale con la fidanzata-moglie e quindi si nega la possibilità di gestirlo? O meglio, quale può essere il significato inconscio del suo desiderio?

Il paziente ha affermato con grande disagio che le volte in cui è riuscito ad avere un rapporto sessuale con la fidanzata-moglie, gli è sembrato di “fare l'amore con la propria madre”. Al di là di una lettura edipica, che reputo troppo semplicistica, in tale affermazione mi sembra di cogliere come il paziente si sia andato strutturando molto rigidamente in “io devo essere quello che risponde sempre a quanto mamma = l'altro chiede”. Possiamo pensare che il paziente abbia identificato nel “fare l'amore con mamma” tutto ciò che avrebbe voluto fare per lei: mamma da difendere, mamma da amare.

“Mamma”, l'altro, sembra venire a coincidere con “possibilità di esistere”, fine per cui vivere. Quando il paziente accede al desiderio sessuale con la partner, si evidenzia la componente inconscia, intoccabile e rigida del desiderio di totale unità con l'altro significativo che trova il suo culmine, anche da un punto di vista corporeo, nell'amplesso “fusione fisica”.

Aderire alla fusione con l'altro vuol dire per il paziente definirsi in questo bisogno, porsi attivo rispetto a quanto desidera. Ciò non sembra essere possibile e, di conseguenza, impotenza e passività vengono a connotare un “Io niente”, un Io che nel “dovere” non può assumersi la relazione “sapendo fare”, cioè riconoscendosi e definendosi in rapporto alla consapevolezza di sé.

“La mancanza di relazione è una difesa contro l'angoscia della dissoluzione del Sé; il Sé, con la sua estrema sensibilità alla risposta dell'altro, viene protetto creando un'illusione di assenza di desiderio o di interesse dell'altro” (Modell, 1984, p. 209).

Ma perché il paziente non sembra potersi riconoscere attivo in una relazione stabile e definita?

Possiamo pensare, cogliendo nell'identificazione con l'altro una strategia difensiva, che tale modalità relazionale sia funzionale alla copertura di un forte senso di colpa nei confronti della madre. Forse perché non è stato in grado di difenderla da un padre svalorizzante e violento?

In questi termini possiamo pensare che il paziente si sia strutturato con l'identità inconscia di chi vive per sostituire il padre agli occhi della madre; sostituire chi per il signor R. non ha saputo rispondere adeguatamente al desiderio d'amore di sua madre.

Per perseguire tale modalità, il signor R. sembra dover rinunciare al proprio essere adulto, distinto e separato che nella sessualità ha una delle più grandi espressioni.

La sessualità è espressione dell'essere adulto attivo, ma il signor R. non può riconoscerlo, imprigionato nel suo desiderio di grande unità, un desiderio che diventa così assoluto da negare all'Io la gestione della pulsione sessuale. Solo nelle vacanze, venendo meno il dover essere risposta all'altro, perché l'altro vissuto come richiedente - l'oggetto dell'obbligo - viene a mancare, l'Io sembra potersi finalmente affermare diventando un “Io pretesa” con diritto a tutto.

Durante la vacanza l'altro viene ad essere considerato “niente”, qualcosa da usare, da prendere in avventure travolgenti, passionali e, in ultima analisi, violente in cui il paziente sembra potersi concepire capace, forte, attivo.

Possiamo ritenere che, se il signor R. ama, se si riconosce attivo e adulto nella relazione, egli si sente violento come era il padre con la madre. Una relazione, quindi, sembra possibile solo se l'oggetto del desiderio non è distruttibile perché, essendo una persona occasionale, è niente.

In questi termini possiamo supporre che, se il signor R. si dimostrasse anche nelle relazioni quotidiane capace di riconoscere a se stesso il desiderio sessuale, si sentirebbe come colui che, definendosi e non avendo più bisogno dell'altro per esistere, potrebbe divenire violento e distruttivo.

Conseguenza della trasgressione è l'inevitabile senso di colpa che il signor R. vive con angoscia e che è da considerarsi difensivo rispetto al suo non potersi riconoscere nel proprio desiderio realizzato. La malattia - la paura dell'AIDS - sembra caratterizzare il suo sentirsi contaminato dal desiderio sessuale non controllato e, nello stesso tempo, diventa ulteriore motivo della richiesta di essere accolto, che egli rivolge all'altro, ristabilendo l'unità messa in discussione dalla trasgressione.

Dopo il matrimonio la modalità relazionale non è cambiata, nonostante i sei mesi trascorsi, grazie ad una borsa di studio, negli Stati Uniti, dove anche la moglie si era trasferita rinunciando al proprio lavoro ben avviato in uno studio, nella speranza che la novità della situazione potesse “rendere più vivo e diverso” il rapporto. Il trasferimento, inteso come possibilità terapeutica, era di fatto fallito perché il paziente si era portato “in valigia” tutto il suo modo d'essere e di concepirsi, che anche nella situazione diversa si è ripresentato in tutta la sua rigidità.

Concludendo, mi sembra che la storia del signor R. sia un esempio emblematico dei significati diversi, e in questo caso anche opposti, in cui viene a connotarsi a livello fantasmatico il dato bio-fisiologico della sessualità nel genere specifico, in questo caso, di persona sessuata maschile.

Da una parte il sintomo della mancanza di desiderio sessuale e l'impotenza nelle relazioni quotidiane e significative, che avrebbero dovuto avere come presupposto la possibilità da parte del paziente di riconoscersi come uomo adulto e marito; dall'altra il sintomo del non poter controllare la pulsione sessuale negli incontri occasionali.

È evidente che il Soma non può essere considerato in questo caso causa-origine del disturbo.

Il sintomo fisico nei suoi due aspetti contrapposti è invece, a parer mio, da considerarsi soluzione trovata dal paziente rispetto al suo modo di concepirsi e alle conseguenti strategie relazionali assunte: da una parte l'immobilità, l'impotenza, l'a-sessualità contestualizzata nel rapporto fraterno con la moglie-madre; dall'altra l'uso della sessualità, negando la possibilità di viverla in una relazione stabile in cui il soggetto possa riconoscere il proprio essere adulto e distinto dall'altro affettivamente significativo.

BIBLIOGRAFIA

- Dolto F. (1984) *L'immagine inconscia del corpo* trad. it., Red Edizioni, Como, 1996.
Eagle M. (1984) *La psicoanalisi contemporanea* trad. it., Laterza, Bari, 1988.
Freud S. (1915) *Pulsioni e loro destini* in OSF, Boringhieri, Torino, 1978-79.
Freud S. (1892-95) *Studi sull'isteria* in OSF, Boringhieri, Torino, 1978-79.
Modell A. (1984) *Psicoanalisi in un nuovo contesto* trad. it., Cortina, Milano, 1992.
Thomä H., Kächele H. (1985) *Trattato di terapia psicoanalitica* vol. 1° trad. it., Bollati Boringhieri, Torino 1990.

Massimo Fontana, Maria Luisa Tricoli

Un caso clinico di anoressia mentale

Nell'ambito delle riflessioni che riguardano il rapporto tra mente e corpo, una patologia che ha sempre destato notevole interesse è senz'altro l'anoressia mentale. Questo, per il ruolo che in essa assume la lotta contro un bisogno biologico fondamentale come la fame e, in ultima analisi, la lotta contro il corpo intero, come dato biologico che è la base della vita.

In campo psicoanalitico, si è passati da una visione dell'anoressia mentale come manifestazione isterica, in cui meccanismi di conversione operano nell'ambito di conflitti che riguardano la sessualità e la paura di ingravidazione orale (Freud, 1892 e 1895; Fenichel, 1934), ad una visione in cui la sessualità viene considerata in una prospettiva che coinvolge lo sviluppo dell'intera personalità e l'acquisizione dell'identità di genere.

Gli autori, rimasti fedeli al modello pulsionale, hanno centrato la spiegazione sul conflitto intrapsichico, che si scatena con il mutamento dell'economia libidica della pubertà e che porta ad una regressione orale (Thomä, 1967).

Noi ci collochiamo in quell'ambito teorico che considera l'anoressia mentale come una "patologia di genere", derivante dal fallimento del processo di individuazione all'interno della relazione della bambina con la madre (Nunziante Cesaro, 1996). A riempire il vuoto lasciato dalla mancata individuazione, viene costruita un'immagine di sé rigidamente identificata con i desideri inconsci della madre. È questa la soluzione difensiva che la bambina inconsciamente escogita per la propria sopravvivenza. È una soluzione profondamente conflittuale, in cui il conflitto non è tra pulsione e difesa in senso classico, ma tra uniformarsi alla madre o sentirsi libera di divenire se stessa, un essere determinato anche dal genere che gli è proprio. La soluzione inconscia adottata è quella di farsi risposta al desiderio della madre assumendone i contenuti; quindi, il conflitto adolescenziale può essere espresso come desiderio ormai strutturato di essere la madre e, insieme, non poterlo essere.

Il Sé così costruito è apparentemente funzionale, spinge la persona ad essere docile, ed amabile, una vera figlia modello, finché, nell'adolescenza, le trasformazioni puberali non intervengono a sovvertire il precario equilibrio della situazione. La ragazza non riesce ad accettare le evidenti trasformazioni sessuali, che sollecitano una nuova definizione di sé come diversa e separata. Accettare la propria identità di genere viene vissuto come un annullamento del Sé, quindi come una sparizione di sé e dell'oggetto a cui si è cercato di uniformarsi. La patologia alimentare diviene, quindi, la soluzione radicale per annullare il corpo come veicolo di un'immagine di sé inaccettabile perché estranea e nemica, così come l'amenorrea è espressione della vittoria ottenuta sulla propria identità di genere.

A proposito del disturbo anoressico, come in tutte le patologie gravi, si è soliti accentuare il rapporto di fusione-confusione nella relazione madre-figlia. Le riflessioni suscitate dall' *Infant research*, e i risultati di esperimenti recenti presentati da Beebe e Lachmann (1997), sottolineano l'attività del bambino e l'accuratezza delle sue percezioni. Ciò induce ad utilizzare in modo migliore la ricca e fruttuosa intuizione bowlbiana sull'attaccamento-separazione. L'individuazione è un processo né automatico, né spontaneo, che avviene in un contesto culturale e si attualizza in relazione al bisogno primario del bambino di essere accettato ed amato. La spinta alla vita è biologica, ma i modi per realizzarla sono appresi all'interno dell'interazione. Proprio grazie all'accuratezza delle sue percezioni il bambino può distinguere il messaggio della madre ed uniformarsi ad esso nei suoi comportamenti e nel suo corpo, ancor prima della comparsa del pensiero verbale, per rispondere al suo bisogno di sicurezza.

Come esempio di questa posizione teorica, verrà presentato il caso di una giovane donna di diciannove anni, Elisa, che ha concluso positivamente la sua analisi, condotta da un analista di sesso maschile, per un periodo di cinque anni.

Elisa è una ragazza graziosa, alta e sottile. Parla con un fil di voce, ma senza incertezze. Sta per entrare all'Università, dove ha scelto di occuparsi di antropologia. È l'unica figlia di una famiglia dai valori tradizionali.

Il quadro diagnostico è quello tipico dell'anoressia, accompagnato da amenorrea, ma non così grave da comprendere disturbi della percezione corporea.

Attualmente dice di star bene e di non sopportare che nessuno, in particolare sua madre, le dica che cosa e quanto debba mangiare. Ciò che le sembra veramente insopportabile è che il suo piatto possa essere più pieno di quello degli altri, anche se non sa dire perché provi questa sensazione. A causa di questa preoccupazione deve servirsi sempre per ultima ed anzi da parecchi mesi non mangia più a tavola con i suoi familiari. Evita gli inviti a cena degli amici ed anche gli inviti a bere qualcosa al bar. Anche lì può bere solo caffè, che non le piace, perché è la bevanda più piccola che ci sia ed anche quella che costa meno.

Elisa è stata convinta a sottoporsi ad analisi dai suoi genitori, che erano preoccupati per la sua salute. Ha accettato un intervento specialistico solo a condizione che l'analista fosse un medico che l'avrebbe trattata esclusivamente a livello analitico, per evitare il rischio di "guadagnare peso".

La ragazza parla di sua madre con rispetto ed ammirazione: è una persona forte, che ha sofferto molto durante la vita, ma ha sempre affrontato le difficoltà con determinazione e forza d'animo. È molto religiosa e attenta ai valori morali. Il rapporto con lei è stato ed è tuttora molto stretto. Durante la fanciullezza, che Elisa descrive come molto bella ("il periodo in cui i miei genitori erano sempre vicini a me ed io, poiché ero piccola, potevo aspettarmi tutta la loro attenzione"), Elisa e la madre giocavano insieme come "due bambine". La paziente è contenta se la madre l'accompagna quando esce per comprare dei vestiti e richiede il suo consiglio: lei infatti non sa che cosa le piaccia veramente.

Del padre parla poco. Non sa dire con precisione che lavoro faccia. È un tipo scherzoso, che riesce spesso ad alleggerire le situazioni emotivamente pesanti. Elisa ha sempre apprezzato questo atteggiamento, ma nell'ultimo anno ha iniziato a disapprovarlo perché "non si può scherzare sempre su tutto".

Attualmente non ha amici, solo più tardi e quasi per caso, Elisa dirà di un flirt, di un anno prima, proprio prima dell'inizio della sua dieta, con un ragazzo più vecchio di lei di dieci anni, che l'ha delusa perché aveva bisogni "ovviamente" molto differenti dai suoi: manifestava infatti desideri sessuali, mentre i suoi erano di affetto e di comprensione, più adeguati alla sua età, come lei dice.

Che cosa ha portato questa ragazza a vagheggiare l'annullamento del suo corpo come meta ultima dei suoi desideri? Dobbiamo cercare la risposta nelle relazioni primarie in cui il Sé si è costruito.

Consideriamo il corpo come espressione del Sé che si struttura nella relazione. Ciò significa che il modo di pensare e di agire (o eventualmente non agire) i bisogni biologici, è l'espressione dell'immagine di sé, che il soggetto ha costruito durante la vita, fin dalle relazioni primarie. Di conseguenza, un disturbo nel soddisfacimento dei bisogni biologici primari deve essere considerato come il risultato dei significati attribuiti dal soggetto alle relazioni su cui si è modellato.

Elisa ha desiderato da sua madre una grande accettazione e l'ha perseguita, uniformandosi al messaggio che ha percepito venirla da lei. Nella sua ricerca inconscia di amore, ha annullato tutti i suoi desideri fino a non sentirli più. In particolare ha cancellato i desideri legati alla sessualità, che costituirebbero il principale "tradimento" verso la madre. Che la madre la inciti a mangiare ora la irrita a livello cosciente e mette in crisi la sua identità a livello più profondo. Infatti, proprio non mangiando Elisa rende asessuato il suo corpo, non accedendo ad una identità femminile ed obbedendo così a ciò che per lei è il desiderio di sua madre.

La nostra posizione è diversa da quella di autori (Bruch, 1988; Selvini Palazzoli, 1981) che considerano l'anoressia come effetto del comportamento della madre incapace di dare risposte adeguate ai bisogni alimentari e di autonomia del bambino.

Appare molto probabile che la madre di Elisa sia una donna rigida che ha soffocato i propri desideri ed in particolare quelli sessuali. Sembra anche certo che ella tema che la figlia, crescendo, divenga diversa dal modello familiare, religioso e retribuito. Ma, benché in una prospettiva relazionale, non abbia valore ricercare la causa della patologia solo nel soggetto o solo nell'ambiente, poiché il malessere soggettivo si sviluppa all'interno di un processo interattivo (Mitchell, 1988), siamo portati a sottolineare, come causa di patologia, non il deficit di cure materne, ma la "lettura", che il soggetto inconsciamente fa della relazione reale con l'oggetto primario in ordine al suo bisogno di sentirsi amato e sicuro. Nei primi diciotto mesi di vita, tale "lettura" è costituita da percezioni, che si sedimentano nell'individuo e a cui solo con l'apparire del pensiero verbale viene dato un significato (Harris, 1997). Questi significati costituiscono il Sé, divengono rigidi e intoccabili, non si trasformano tenendo conto della realtà, non sono funzionali alle relazioni reali. La mancata sintonizzazione con i bisogni reali del bambino da parte della madre porta il bambino ad attribuire un significato di non accettabilità a quei bisogni, che vengono cancellati perché pericolosi, se perseguiti nell'interazione (Stolorow, 1994; Sampson e Weiss, 1986).

Anche l'assenza o la lontananza emotiva del padre, come sempre avviene nei soggetti anoressici, non favorisce il processo di individuazione-separazione. Se il soggetto si attesta sul messaggio materno: "Sii

tutta mia, perché io ho bisogno di tutta te”, l’alternativa affettiva al padre è preclusa perché entra in vigore nel soggetto la convinzione patogena che, se è amato dal padre, la madre verrà meno.

Tornando alla nostra paziente, il lavoro analitico è iniziato con lunghi e pesanti silenzi, ora distratti ora indifferenti; ferme dichiarazioni di non voler manifestare nulla di sé; sensazione di estraneità alle situazioni e sentimento di essere invisibile; fastidio verso qualsiasi curiosità o interesse nei suoi confronti; rabbia quando qualcuno le chiede di uscire dal silenzio o di mangiare; timore che l’analisi produca in lei dei cambiamenti di cui gli altri possano accorgersi (paura di ingrassare); continue minacce di interruzione del trattamento.

Questi comportamenti possono essere sintetizzati in una decisa opposizione a tutto ciò che possa fare emergere qualsiasi desiderio riguardante la paziente stessa o il proprio corpo. È necessario sostenere che non ci sono problemi, che non ci sono desideri, che tutto fila liscio, anche se corre verso la morte. L’analisi e l’analista, che cercano di introdursi in questa realtà impenetrabile, dove tutto è negato e razionalizzato, divengono un pericolo. Ad essi è necessario opporsi con l’isolamento e il silenzio, che sono le soluzioni storicamente adottate nelle relazioni vissute come pericolose.

Compare un sogno che esprime bene questa problematica.

“Mi trovavo in una stanza molto riscaldata a causa di un caminetto acceso, con tante persone disposte in circolo, che cercavano di decifrare una scrittura misteriosa. Tra loro distinguevo bene una donna immobile, autorevole e minacciosa, fasciata come una mummia. Si riusciva a decifrare una sola parola: “cuf”. La scena cambia e mi trovo in una stanza più grande in cui un ragazzo, disteso su un lettino, si faceva dei buchi con una siringa, iniettandosi delle droghe. La stessa donna di prima, vestita di nero e senza più le fasce, recitava formule strane per costringerlo ad iniettarsi quelle sostanze”.

La paziente si è svegliata con una grande angoscia, perché il ragazzo, o forse era una ragazza, andava verso una fine inesorabile e non si poteva far niente per impedirlo.

Non riferiremo qui associazioni, ad eccezione di quella molto significativa sulla parola “cuf”, che alla paziente che studia antropologia e si interessa delle antiche civiltà mediorientali ricorda l’alfabeto cufico. Si tratta di una lingua misteriosa, impenetrabile, che nessuno parla più. Sicuramente la scritta potrebbe rivelare dei segreti.

Il sogno esprime l’attesa di essere al centro di una grande attenzione in relazione al desiderio inconscio di ricevere ciò che si desidera passivamente dall’esterno. La difesa si intravede nel fatto che la donna potente (= analista) è una figura minacciosamente immobile, che tace non rivelando i suoi segreti, anzi elargisce sostanze tossiche. In questo senso anche le parole dell’analista, che cercano di dar parola all’indicibile, sono pericolose e tossiche.

Quando questo livello di negazione viene in parte superato, Elisa comincia a manifestare interesse per la relazione con l’analista e il disturbo alimentare, nella sua forma più evidente, scompare. Il cibo non è più proibito, anche se ella ha sempre un rifiuto fobico a condividere i pasti con gli altri, dovendo mantenere il suo piatto sempre più vuoto di quello dell’altro.

“Ora posso mangiare - ella dice - perché non mangio per me!” Ciò che è importante salvare è il non avere desideri. Il sintomo, quindi, può scomparire perché il suo significato viene ora giocato apertamente nella relazione di transfert, in cui la ragazza si permette di entrare. Può emergere, con forza sempre maggiore, il suo desiderio di essere al centro dell’attenzione da parte dell’analista ed approvata da lui. Nello stesso tempo il desiderio è vanificato da comportamenti sottilmente aggressivi e, come sempre, da silenzi, che hanno però ora la connotazione più aperta del non prendere e non dare. Se tutta la realtà disconferma la validità della scelta storica di essere tutta della madre, allora la madre, che la tradisce rifiutandola, deve essere accusata e punita.

Si verificano anche degli acting, come ritardi e mancati pagamenti, che esprimono certamente aggressività, ma nello stesso tempo mettono in crisi l’immagine di figlia modello, che Elisa ha sempre

tenuto a dare di sé. La ragazza, quindi, abbandonata la maschera che si è sempre data, inizia a prendere contatto con se stessa. Ciò che viene disconfermato è la soluzione storica da lei adottata, che si esprime in: "Mi faccio come tu mi vuoi (mite, docile e asessuata), così tu sarai obbligato ad amarmi".

Si capisce ora come il modellare il proprio corpo a proprio piacimento possa dare l'illusione di essere forti e potenti, suscitare la sensazione euforica di essere i padroni del mondo e annullare la morte. L'anoressia dà un'identità, anche se fittizia, in luogo dell'annullamento del Sé, che è stato operato attraverso la rinuncia all'individuazione. Quindi, può essere perseguita con passione e determinazione.

Percorrendo questo cammino a ritroso nella relazione analitica, Elisa si confronta con la sua paura-certezza di morire, se non piegherà l'altro al suo desiderio. Contemporaneamente, violentando l'oggetto col vagheggiare la morte, lo colpirà, accusandolo della propria distruzione.

Dopo un lungo lavoro analitico, incentrato sulla credenza patogena di scomparire se accederà ad un'identità diversa da quella che storicamente si è data e sulla rabbia che l'accompagna, scompare il sintomo dell'amenorrea. Contemporaneamente Elisa entra nella fase più delicata del suo cammino. La certezza, che ora manifesta, è che l'analista e la madre scompariranno se lei si definirà come differente da loro. Definirsi come differente e separata è proprio ciò che la ragazza sta facendo, innamorandosi di un compagno di corso, svolgendo brillantemente i suoi studi universitari e, soprattutto, percependo finalmente le sue scelte come proprie.

Dice all'analista: "Se posso perseguire i miei desideri ed essere una donna, allora sono autonoma. Ciò significa che l'analisi finirà e proprio questo mi fa temere di farti del male".

La mancanza di definizione di sé si esprime attraverso lo stesso tipo di relazione: sia l'oggetto che il soggetto scompaiono perché un'esistenza indipendente appare impossibile.

L'ulteriore elaborazione del timore inconscio di distruggere l'oggetto apre la strada alla conclusione del lavoro analitico: faticosamente Elisa ha ridefinito se stessa su coordinate nuove, legate alla possibilità di assumere come propri i suoi desideri reali e di accettare le risposte che la realtà le rimanda.

BIBLIOGRAFIA

- Beebe B., Lachmann F., Jaffe J. (1997) *Mother-infant interaction structures and presymbolic self – and object representations* Psychoan. Dialogues, vol. 7, 2, pp. 133-182.
- Bruch H. (1988) *Anoressia. Casi clinici* trad. it., Cortina, Milano, 1988
- Fenichel O. (1934) *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi* trad. it., Astrolabio, Roma, 1951.
- Freud S., Breuer J. (1892-95) *Studi sull'isteria* OSF, vol.1, Boringhieri, Torino, 1967.
- Harris A. (1997) *Commentary on Paper by Beebe, Lachmann and Jaffe* Psychoan. Dialogues, vol. 7, n. 2, pp. 197-206.
- Mitchell S. (1988) *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi. Per un modello integrato* trad. it., Cortina, Torino, 1993.
- Nunziante Cesaro A. (1996) *Del genere sessuale. Saggi psicoanalitici sull'identità femminile* A. Guida, Napoli.
- Sampson H., Weiss J. (1986) *The psychoanalytic process* The Guilford Press, New York-London .
- Selvini Palazzoli M.P. (1981) *L'anoressia mentale* Feltrinelli, Milano.
- Stolorow R.D., Atwood G.E., Brandchaft B. (1994) *La prospettiva intersoggettiva* trad. it., Borla, Roma, 1996.
- Thomä H. (1967) *Anorexia nervosa* International Universities Press, New York.