

# *Letture*

*Psicologia Psicosomatica (ISSN 2239-6136) – 03 –*

*Data di pubblicazione: 17 Gennaio 2012*



## **DOLORE E CORPO.**

### **RIFLESSIONI SULL'ANORESSIA**

A partire dalla lettura di *“Un dolore INFAME. Genitori e anoressia, una lettura psicoanalitica”*, di Pamela Pace, Bruno Mondadori Editore, Milano 2010.

## di Riccardo Marco Scognamiglio

Le note che seguono derivano da una doppia esperienza di lettura. La prima riguarda l'ultimo libro di Pamela Pace: denso precipitato di una lunga esperienza nella clinica dei disturbi del comportamento alimentare soprattutto nel lavoro con i genitori. La seconda si riferisce a una lettura del fenomeno dell'incarnazione del dolore di esistere nel corpo, che rappresenta un focus essenziale della clinica dell'anoressia/bulimia. Quest'ultima ha preso la forma di un dibattito pubblico, nel marzo di quest'anno, presso lo Spazio Oberdan di Milano, intitolato: "Un dolore incarnato", che ha messo a confronto sul fenomeno clinico tre vecchi compagni di strada: oltre all'autrice del volume, Domenico Cosenza, psicoanalista e direttore della Comunità per DCA "La vela", nonché il sottoscritto quale portavoce della visione psicosomatica.

La mia lettura del libro di Pamela Pace si proietta, quindi, all'interno di questo contesto più ampio per interrogare, a partire dal volume, alcune implicazioni che interessano particolarmente la clinica del corpo.

I *topics* più generali, relativamente alla dimensione del corpo nella fenomenologia anoressico-bulimica che si evincono dalla stimolante esperienza dell'autrice li riassumerei in quattro punti essenziali:

- l'angoscia dei genitori rispetto alla sfida anoressica,
- l'odio per il corpo,
- la resistenza alle cure,
- lo sguardo della madre e i suoi vissuti rispetto all'esibizione del corpo emaciato.

Il corpo anoressico s'impone allo sguardo, non si può non vedere, il che conferisce al progetto anoressico una specifica connotazione di "oscenità" che, nel corso del libro connota quella voluta ambiguità significativa della parola "in-fame" – vero e proprio *leit-motiv* - che camuffa nella "fame/inedia" qualcosa che etimologicamente si riferisce, invece, a un "dire male", fino al "male-dire". All'infamia si assimila per reazione l'*osceno*: ciò che non si riesce, non si può dire del proprio dolore, assume uno statuto di rappresentazione per l'Altro, di teatro scabroso nato per imporsi allo sguardo.

Dal punto di prospettiva della clinica psicosomatica, il rapporto fra corpo e dolore (“Dolore e corpo” era appunto il titolo del mio intervento allo Spazio Oberdan) ci confronta con le diverse sfaccettature della fenomenologia del dolore:

- I codici con cui parla il dolore...
- compreso il silenzio e la messa in scena, la dimensione “oscena” del dolore nel corpo;
- l'Altro nel dolore;
- la differenza fra dolore del corpo e dolore psichico
- la specificità fenomenologica del corpo anoressico

La dimensione paradossale del dolore, quando si mostra nel corpo è ciò che sconfirma i rapporti tra soggettività e oggettività del sintomo, così, almeno, come vengono predicati dalla scienza medica. In realtà, nell’esperienza psicosomatica non si può che rilevare come il nucleo più “oggettivo” sia proprio, paradossalmente, l’esperienza soggettiva del dolore: dolore nella malattia e angoscia sono, infatti, solo due “modi di dire” della stessa esperienza del dolore, ossia codici dello stesso campo semiotico. Il vissuto d’angoscia è quindi senza soluzione di continuità col malessere percepito nel corpo e con la condizione di malattia. La questione cruciale, allora, nella clinica e nella terapia, si gioca nel punto di passaggio fra i codici del corpo e quelli della parola.



Questi punti comuni a tutte le forme cliniche del dolore necessitano una revisione delle procedure terapeutiche: quelle votate a sconfiggere il sintomo vs quelle dedicate a reinterrogare le istanze soggettive, a ridare voce a ciò che, nel suo statuto “infame”, incarna nel corpo l’insopportabile dolore di esistere. Su questa scena “infame”, il processo di dipendenza dal cibo (ma estendibile a qualunque *addiction*) appare soggettivamente come una soluzione a parziale, temporaneo – e quindi ripetitivo – tamponamento dell’angoscia: quello che io chiamo il *bricolage terapeutico* con cui il paziente cerca di sopravvivere al male di vivere.

Il tema della “centralità del corpo nell’epoca moderna” (nel testo a pag. 116) nella sua “promessa di felicità” definisce, quindi, lo scenario ideale del *dis-incontro* con



l'Altro, in primis, quello genitoriale: *"Il vero sintomo del programma della civiltà moderna – la promessa di felicità – è la ferita narcisistica dei nuovi genitori"* (pag. 119). Il genitore è così anch'esso ridotto, di fronte all'unica espressione "infame" del corpo sofferente, alla stessa impotenza cognitiva del dolore: non c'è – parafrasando al negativo Gadda - cognizione possibile del dolore.

Il cibo sta al posto di una parola "piena" della presenza affettiva e lascia quindi "a bocca

asciutta". *"Il corpo è l'ostaggio"* (pag.13) fra Sé e l'Altro. *"Il corpo defedato della figlia anoressica produce allora la caduta o la perturbazione (sull'Altro) dell'immagine narcisistica operando uno strappo traumatico"* (pag. 53).

Se non c'è cognizione possibile del dolore, la malattia minaccia la razionalità: *"l'anoressia non consente alla famiglia né di fare valere principi razionali né deduzioni logiche"* (pag. 71).

*"Perché proprio mia figlia?"* (pag. 97) risulta così la domanda che mantiene il genitore, a sua volta, a bocca aperta, nel vuoto di risposte, facendo così da contrappasso alla bocca vuota/piena di cibo della figlia, mettendo così in risalto varie infami simmetrie: *"Il miglioramento delle condizioni della figlia anoressica si accompagna al peggiorare della situazione di un altro membro della famiglia...aspetti sintomatici o disturbi psicosomatici"* (pag. 182).

L'oscenità dello scenario relazionale rappresentata nel teatro del corpo anoressico fa risaltare un fondamentale criterio di diagnosi differenziale rispetto al "male in corpo" del paziente organico. Nonostante gli usi strumentali del corpo offerto oscenamente spesso anche nella malattia fisica allo sguardo impotente dell'Altro, nei disturbi del comportamento alimentare troviamo un nucleo fondamentale della presenza soggettiva: la paura del dolore e della morte. Nell'anoressica, viceversa, alla paura si sostituisce spesso quello che, con un'espressione icastica Pamela Pace

definisce un *“flirtare con la morte”* (pag. 85), mentre la paura insieme al dolore, quando il meccanismo di catturare lo sguardo dei genitori funziona, passa a loro.

Isolerei tre elementi nucleari della presenza del dolore nell’Altro nello scenario anoressico/bulimico:

- il primo nucleo del dolore dell’Altro si esprime come un insieme di rabbia/impotenza/colpa: il dolore induce una terribile e colpevolizzante condizione di rabbia determinata dall’impotenza a cambiare o a capire. La Pace scrive: *“L’amore convive con l’odio, la tolleranza con la rabbia, la comprensione con il rifiuto, il voler fare con l’angoscia dell’impotenza”* (pag. 8). In questa impotenza si affaccia però anche una inconscia consapevolezza che questo dolore stia dicendo *“qualcosa”*.
- Il secondo nucleo si enuncia come disvelamento della verità: ovvero, che questo *“qualcosa”* che sembra di avvertire come un messaggio implicito, sia una qualche verità sul proprio desiderio: desiderio fuori legge? – ad esempio. In ogni caso dovrebbe spingere ad interrogare quale posto la figlia occupa nel desiderio del genitore.
- Il terzo nucleo, conseguenza dei precedenti, si esprime come minaccia, che porta con sé una funzione disvelatoria: la malattia sembra provare ad incarnare una funzione giuridica, normativa, di regolazione dei ruoli e del desiderio.

Perché dunque l’anoressia non è una somatizzazione?

Riflettendo sui punti nodali dell’esperienza clinica dell’anoressia/bulimia, su cui più o meno tutti gli autori concordano, fin dagli studi più classici come quelli della Palazzoli Selvini, possiamo individuare alcuni punti nodali che caratterizzano il rapporto col corpo scisso fra:

1. Corpo come *“oggetto cattivo”*: il corpo è espressione della parte inaccettabile di sé, assimilato proiettivamente (fuso) alla dimensione prepotente e invasiva dell’Altro. Il corpo, cioè, non conterrebbe l’oggetto cattivo, bensì sarebbe fuso con esso (quel fenomeno che, ad es. Jacques Lacan chiama *“olofrase”*).

2. Corpo come proprietà: il corpo è, però, anche una proprietà e come tale è investito positivamente con un tentativo “allucinatorio” di riscatto dallo stato d’impotenza e dagli effetti d’angoscia.

Alla luce dei più recenti modelli di orientamento neuroscientifico in psicosomatica, questo investimento lo dovremmo concepire come favorito da uno specifico effetto neurofisiologico di adattamento all’emaciazione, potenziato dall’ottundimento della capacità di riconoscere i segnali del corpo. Questo *splitting* è, tuttavia, ciò che consente all’anoressia di non trasformarsi in depersonalizzazione né farsi somatizzazione: il corpo, nel tentativo da parte del soggetto di sottrarsi all’Altro per la propria individuazione, è anche investito libidicamente, tenendo la componente cattiva dell’oggetto, sotto stretto controllo “dietetico”.

Se non si può ascrivere, dunque il comportamento alimentare patogeno ai disturbi di somatizzazione, allora il rapporto col corpo richiama piuttosto i processi di disregolazione. Anche questo filone ha una lunga storia: Hilde Bruch, ad esempio, vicina all’ottica psicosomatista evolutivista, aveva già messo in evidenza di un difetto percettivo dei bisogni interni, presumibilmente determinato da carenti processi d’iscrizione simbolica del corpo nelle relazioni primarie marcate da una radicale ambivalenza e inadeguatezza delle risposte ai bisogni. A questo va aggiunto un disturbo dell’immagine del corpo di tipo pseudo-delirante, che costringe a contrastare l’angoscia devastante di perdere il controllo della pulsione *orale*, fino a spingere il soggetto a livelli di diniego onnipotente, difficilmente contrastabili con l’interpretazione psicoanalitica.

Pamela Pace cerca, infatti, una strada integrativa all’esperienza di psicoterapia dell’anoressia, affrontando l’altro versante dello scenario del corpo, quello dello sguardo genitoriale: lavora coi genitori per rendere leggibile quel dolore la cui infamia nel corpo si sottrae alla parola e al senso. Questo lavoro mira a de-corporeizzare il dolore, non solo quello incarnato che, nella pelle e ossa della figlia, drammatizza il grande enigma dell’esserci per l’Altro, ma per riarticolare anche quello che io chiamo “Corpus”, cioè il corpo gruppale. Per esempio, nel nostro caso, il corpus familiare che, nelle patologie del comportamento alimentare, tende a fare “uno”, una massa comune, inarticolata – dove cioè l’Altro non si distingue dall’uno – tenuto insieme dall’indicibile, infame, del dolore.