

Presentazione di Federico Dazzi^{*}, *Stefania Marinelli*^{**}

Come scrive in questo volume Antonio Ciocca (p. 23) “La mente nasce nel corpo e si sviluppa con esso... come oggetto reale che ci mette in contatto con la realtà”.

Ma non sempre sviluppare una relazione reciproca fra il corpo e la mente che consenta questo buon contatto, risulta poi così facile.

La crisi della relazione fra corpo e mente, o meglio nella prospettiva di lavoro di questo volume, dell'insediamento del sé corporeo nell'apparato psichico, possiamo considerarla come un evento che si trova a monte di infiniti processi. I prodotti di tali processi originati da quella “matrice di tutta la vita mentale” (Bion, *Cogitations*, p. 56) in cui gli elementi “primordiali anteriori agli oggetti beta sono in attesa di un oggetto che li metta in moto”, li ritroveremo a valle in numerosi aspetti, a piani, livelli e forme diverse della vita psichica del soggetto e plasmeranno tutta la sua organizzazione in modi molteplici e più dettagliati e complessi di quanto comunemente siamo portati a ritenere. La potenza spesso segreta di questo evento appunto matriciale segna profondamente le vie dei destini soggettivi, che durante la nostra ricerca e la nostra analisi incontreremo continuamente, almeno fino a quando troveremo o produrremo una pensabilità, un senso e una collocazione nelle processualità di elementi di quella costellazione originaria, nella quale la mente e il corpo si erano o non si erano incontrati (e “piaciuti” diremmo, citando dal primo volume di *Memoria del futuro* di Bion, dove corpo e mente si esplorano a vicenda e si contrastano).

Corpo, o soma, sono parole che incutono un reverenziale timore: il corpo è concreto? No? Viene prima di noi? Dopo? Ci contiene, contiene la mente? No? Il giorno della laurea i giovani medici che sono e saranno le guardie del corpo, giurano sul Giuramento di Ippocrate, e di nuovo miracolosamente la

* Psichiatra e psicoterapeuta; ricercatore presso l'Università degli Studi G. Marconi.

** Professore associato di Psicologia Clinica, Sapienza Università di Roma. Psicoanalista di gruppo con funzioni di training (IIPG).

tradizione conservatrice dell'istituzione, quella medica più sensibile di altre, garantisce ancora dopo millenni un istante di emozione. Il medico giura di mettere la cura prima di tutti e prima di sé.

Corpo allora non è la concretezza del funzionamento e della nostra rappresentazione. Corpo è vita, legame, non-conoscenza, ed è disturbo o presenza. Essere, origine, unità.

La letteratura ha illuminato aspetti generali e dettagliati del processo che presiede al legame fra la psiche e il corpo, fra il Sé corporeo e quello psichico. In questo volume una riverberazione di questi aspetti, interrogativi e perturbanti, ha prodotto varie trattazioni teoriche, esemplificazioni cliniche ed elementi di teoria della tecnica e anche alcuni risultati della ricerca empirica e neuroscientifica, sui quali riflettere e trovare connessioni significative verso il corpo. Le riflessioni psicopatologiche su anoressie e bulimie, considerate dal vertice del rapporto corpo/mente come perno della identità e del senso di sé, che sono presentate nell'“Introduzione” da Antonio Ciocca, fanno un percorso complesso all'interno del volume: dallo studio della “mente che nasce nel corpo e si sviluppa con esso” e del corpo come flusso continuo di sensazioni, che genera il sé corporeo (Ciocca, primo contributo) ed è ancoraggio della mente, la quale attraversa con l'anoressia la discontinuità dell'essere per l'incapacità di “sentire” (Ciocca, secondo contributo), fino all'esame della differenza fra versanti anoressici e bulimici sulla base dei diversi meccanismi di difesa (Marinelli, primo contributo) e al tema della distruttività, del conflitto corpo/mente, degli atti autolesivi e dell'anestetizzazione delle sensazioni (Ciocca, secondo contributo). Dagli studi di risonanza magnetica funzionale del Sé corporeo (Esposito), alle alterazioni dei processi percettivi legati al cibo (Dazzi, Lorigo). Dall'alimentazione come contesto interattivo e di regolazione affettiva nella prima infanzia tra il bambino e il caregiver (Cimino), all'alimentazione come contenitore di affetti “travasati” nel mondo inter-personale dell'adulto (Di Luzio), passando per il tema dei modelli di attaccamento e dell'impiego clinico dell'Adult Attachment Interview (D'Onofrio, Zavattini). Dallo studio delle ragioni della fame/sazietà come poli di processualità significative che realizzano il conflitto e ricollegano il corpo alla mente (Procaccio), all'esplorazione del digiuno e della scissione dal corpo, o *dissociazione psicosomatica*, della paziente anoressica che si nutre di nulla, per tentare una separazione impossibile (Chiarelli), a quelli sul problema della diagnosi e della memoria impressiva del primo colloquio (Di Cioccio); dalla disarmonia della relazione tra mente e corpo (Ginzburg), alla loro integrazione nel lavoro di psicoterapia (Cataldi), ai problemi specifici che nascono in relazione all'uso dell'interpretazione psicoanalitica in riguardo alle esigenze specifiche dei pazienti anoressici (Marinelli, secondo contributo) – ogni capitolo di questo volume è volto a

stimolare pensieri possibilmente nuovi e a creare una prospettiva distinta e sinergica o complementare, che consenta di fare con la teoria ciò che si dovrebbe ogni volta fare nella pratica clinica, in particolare quella anoressica: aiutare a produrre verità del corpo sconosciute o rinate o accantonate o anestetizzate o mai nate, e a ristabilire dal profondo i fili di una trama che ha rischiato di essere disintegrata o che non è ancora nata, per costruire funzioni vitali basate sul corpo e sulla possibilità che esso ridiventasse senziente e riconoscibile, percepito e rappresentato come vivente, integrato con tutto il soggetto. Un corpo “essere e avere un corpo” (Ciocca, p. 24) che non sia percepito né come una barriera onnipotente contro i pericoli della realtà, né come sistema chiuso e fobico (Ferrari) al pari di una sentina di tutti i rifiuti, i negati, gli scissi che non sono stati ammessi al vivere.

Un sé corporeo, se possibile, che abbia diritto di insediamento nella psiche e possa svolgere le sue funzioni di base nell’esperienza e nel conoscere.

Allora, leggendo il libro, un tumulto forse lo percorre, quello che l’anoressia aveva rinunciato, quello che la ricerca e la cura potrebbero ritrovare: i sentimenti del corpo e dell’esistere come individui interi e pieni. Come ricercatori, come pazienti e come lettori.

1. Pantagruale: alcune differenze nel ragionamento clinico a proposito delle personalità anoressiche e bulimiche

*di Stefania Marinelli**

Premessa

In questo lavoro mi propongo di esplorare alcune diversità e analogie del funzionamento psichico nei pazienti anoressici e bulimici.

I due termini *anoressico* e *bulimico* non sono usati nel corso della trattazione per indicare categorie diagnostiche, ma per designare due macroaree del disturbo preso in esame, una basata sullo stile restrittivo l'altra su quello accaparratorio, inglobante e per considerare le corrispondenze (reciprocità, opposizioni, simmetrie, complementarietà) che le collegano.

Non prenderò quindi in esame le differenze diagnostiche, bensì considererò le due forme sintomatiche come strutturate e originate in modi comuni.

Per uno studio informato e puntuale sul complesso problema della diagnosi e l'esame delle criticità del sistema di valutazione diagnostica dei disturbi alimentari del DSM IV rimando al contributo di Antonio Ciocca (2008) che ne considera gli aspetti limitativi e incongrui. Tra i più significativi: la contrapposizione fra categorialità e dimensionalità del processo diagnostico; la mancanza di un modello nosografico che contempli gli stili di personalità (interessante quello proposto da Westen¹, poi ripreso da vari autori, con la distinzione dei tre gruppi: ad alto funzionamento/perfezionista, coartato /ipercontrollato, disregolato emotivamente/con perdita di controllo); la associazione arbitraria di categorie sintomatiche e di sottogruppi che poco riflettono la complessa eterogeneità della realtà clinica; la valutazione "residuale" di disordini invece indicati in letteratura come i più frequenti. Il saggio mette in evidenza inoltre che

* Professore associato di Psicologia Clinica, Sapienza Università di Roma. Psicoanalista di gruppo con funzioni di training (IIPG).

¹ Vedi Ciocca A., Cargnelutti E., Ginzburg A., Lombardi R., Natali P. (2008), "Disarmonie della relazione corpo/mente: osservazioni cliniche e tecnica psicoanalitica", *Rivista di psicoanalisi*, 1.

la griglia diagnostica dei differenti tipi e sottotipi di disordine alimentare non considera la *fluttuazione sintomatica* che si manifesta in tempi o ravvicinati o longitudinali. Tale *scorrimento transdiagnostico* è stato in particolare indagato da Fairburn² che propone di raggruppare tutti i disturbi del comportamento alimentare in un'unica categoria, lungo un *continuum* che li considera come espressione di un unico nucleo patogeno. Su quest'ultimo punto è utile precisare che la ricerca clinica ed empirica³ ha dimostrato come nel campo della diagnosi di anoressia nervosa restrittiva sia presente una maggiore stabilità e polarizzazione e un maggiore rischio; mentre le forme anoressiche con oscillazione bulimica risulterebbero più vicine alla diagnosi di bulimia nervosa (risultato che al contrario non vale per la valutazione genetica); e le forme di disordine per eccesso risultano generalmente meno frequenti per durata e rischio⁴.

Non volendo entrare qui, come ho detto sopra, nel merito della complessità della diagnosi, presenterò un punto di vista per il quale entrambe le condizioni anoressica e bulimica e le altre di disordine alimentare risalirebbero ad un'origine patogenica e ad un'organizzazione psichica comuni.

L'oggetto che esplorerò in questo senso è lo psichismo dell'apparato difensivo comune a entrambe le condizioni, cioè lo studio dei diversi gradi di dissociazione, rigida nell'anoressia e caotica nella bulimia, con cui un soggetto ha corrisposto, al livello della formazione del sé corporeo, con il trauma che ha invaso il suo sviluppo (sviluppo alimentare, se per *alimentare* intendiamo la funzione di nutrimento psichico e relazionale che è stata compromessa) e la mancata integrazione del sé corporeo nel sé psichico. Da tale scissione originaria si sviluppa una costituzione identitaria rigida nell'anoressia, caotica nella bulimia, rocciosa o confusa, ma in tutti i casi seriamente vulnerabile, che si autoalimenta e si sostiene mantenendo dissociata l'esperienza del corpo (delle sensazioni, delle emozioni, dei sentimenti e, in un certo senso, di tutta l'esperienza reale) e trasforma l'esperienza reale in esperienza o concreta o intellettuale, l'una e l'altra prive di contatto verso l'interno e verso l'esterno. In entrambi i casi l'identità da cui il corpo è stato dissociato tende a rivelarsi falsa e vuota; gli scambi sia privati sia sociali, difficili, e la stabilità emotiva irraggiungibile. La segreta sensazione di colpa per avere abbandonato il corpo può diventare incontenibile e la difficoltà di contenere la delusione e la rabbia produrrà inevitabilmente presto o tardi una crisi o un rischio.

² *Ibidem.* ³ *Ibidem.* ⁴ *Ibidem.*

1. I due volti dell'identità vuota

Durante l'analisi vediamo che a differenza dei pazienti bulimici i quali dopo la paura iniziale tendono a coinvolgere l'analista in una falsa sensazione di abbondanza (dei pensieri degli affetti delle relazioni) e di desiderio (di fruire della terapia e legarsi facilmente all'analista) i pazienti anoressici invece non dimenticano mai dall'inizio l'anoressia: il rifiuto, la mancanza, l'assenza restano sempre attivi e presenti e il tentativo di annullare lo scambio continuo.

Un paziente bulimico, anche se ha un'organizzazione interna simile o reciproca, tende a far dimenticare all'analista che al di là del registro presentato come ingordo, produttivo e orientato alla comunicazione e alla socievolezza, si cela invece una tendenza al ritiro alessitimico altrettanto seria e soprattutto una incapacità di entrare in contatto e riconoscere una propria identità.

In entrambi i casi la carenza di costruzione identitaria e di esperienze soggettivanti ha preso posto nel sintomo (l'estrema magrezza e il digiuno; l'ingrassamento e/o le pratiche espulsive) e il sintomo è usato per conferire identità: "sono anoressica; faccio parte; ho molti nemici; non occupo alcuno spazio, non sento i bisogni, nessuno può cogliermi". "Sono grassa e forte; ho un ingombro espanso che mi conferma e mi protegge da chiunque e dalle sensazioni; non riesco a dimagrire perché... il mondo mi è nemico. Sono potente. Sono impotente").

2. La crisi

Nel caso della bulimia l'identità che si riempie indefinitamente ha sostituito l'altra vera che non si è mai sviluppata come organizzatore psichico soggettivante dell'esperienza e del riconoscimento di sé. La sua mancanza manda segnali nel tempo, ma questi sono negati e rinviati a favore di un'apparenza vivace e organizzata del temperamento che coinvolge il soggetto e anche l'ambiente. Presto o tardi il dispositivo fondato sul desiderio idealizzante e auto idealizzante, usato per schermare la carenza identitaria si scontra con le richieste reali, che rivelano una seria mancanza di equipaggiamento. Un incidente o trauma imprevisto potrà creare una improvvisa capitolazione; oppure i riempimenti abusanti di cibo o altra sostanza diventano allarmanti e impossibili da nascondere. Allora vengono a mancare i punti di riferimento, l'orientamento vacilla e nel vacillare si fa strada una visuale imprevista, sentita come estranea e incomprensibile.

Ciò che avviene è che l'istante dell'esperienza del non riconoscimento di sé, anche unico e veloce, lascia tracce indelebili: "ho sentito che al mio posto c'era altro, un non-me vuoto che non riconosco". Il pieno fittizio ha creato

improvvisamente e repentinamente un dentro sentito come spento e morto. Una fenditura insanabile del sistema ha preso posto nell'identità vuota e falsa. Nel caso anoressico l'identità mancante reclama continui autorifornimenti di fede nel nulla e nel rifiuto e l'identità presa a prestito dalla scissione e dalla negazione del contatto è più stabile: la crisi interviene quando l'eccesso di ritiro crea danni fisici o psichici allarmanti. In entrambi i casi un contatto con sensazioni diverse dalle scelte remote che

hanno strutturato il funzionamento di base mediante il lavoro della scissione e negazione, è ritenuto spaventevole. Nel caso bulimico l'adipe serve a frapporre una distanza concreta e una difesa voluminosa; nel caso anoressico la magrezza riduce la presenza e concretizza il simbolo del rifiuto e della sparizione: la rottura di questi fittizi equilibri mette in crisi lo schema introverso e crea un vortice.

3. Rifiutare il rifiuto

La persona anoressica fa da sempre l'esperienza del rifiuto e del non essere e il suo rifiuto attivo rappresenta un modo non passivo di finalmente "rifiutare il rifiuto" (Comelli, 2005). La conferma continua e autoindotta di non sentire le emozioni, i sentimenti, le sensazioni diventa nel tempo a sua volta un organizzatore coesivo. Le sensazioni corporee in particolare, sulle quali è caduto il rifiuto e il disprezzo di ciò che non potendo essere incluso a partecipare è stato dissociato, irraggiano in tutta la vita psichica l'elemento della perdita e della rinuncia all'esperienza: l'esperienza di essere stata espulsa dalle origini in un universo inaccessibile per il quale la persona anoressica continuerà sempre ad essere inadeguata e rifiutata e del quale non sarà e non sentirà mai di essere parte. Il conflitto originario si ripete e si riproduce infinitamente, spostato sullo iato che divide la mente idealizzata (le attività cognitive e le produzioni intellettuali, poste alla guida del funzionamento psichico) dal corpo che non vive e non sente le sensazioni (Ciocca, 2008) o spostato sulla scissione fra il corpo "inferiore" e "superiore" (Camassa, 2010), che fondamentalmente è nullo e annulla entrambi.

La persona bulimica non ha mai ammesso fino in fondo di vivere priva di sensazioni e di sentimenti in quanto per sua natura il desiderio l'ha portata a produrre, fantasticare e volere fortemente oggetti che riteneva veritieri e congruenti (legami, cose e rappresentazioni di cose, esperienze, persone) e questa pratica desiderante e caotica ha prevalso sull'altra del lamento e della deprivazione. I legami e i desideri stessi sono basati sul bisogno illimitato di riempimento e usati per non sentire le sensazioni, per non entrare in contatto con l'esperienza reale (di sé e dell'ambiente). Tali affetti dissociati sono stati

trasferiti su costrutti, idee, legami amicali e sociali, in modi confusi e onnivori o in modi selettivi. Non vi è stato spazio e tempo per percepire il vuoto, per riconoscere la soggettività dell'esperienza. Il pensiero su una condizione originaria di bisogno inappagato e frustrato che nell'anoressia è tenacemente negato e disprezzato, qui è stato negato ma poi sostituito con l'immaginazione di un pieno ingerito in un tempo precedente, che deve essere continuamente rialimentato.

Per difendersi dal bisogno frustrato la persona bulimica ha utilizzato con forza o violenza qualità decise: tanto forte è stata la deprivazione altrettanto forte è diventata la volontà di riempimento, l'immaginazione di averla già realizzata e la necessità di proseguire a farlo; tanto forte è stata la mancanza quanto forte la disinvoltura nel procacciare sostituti validi: però senza chiedersi se vi sia una integrazione possibile fra i due vissuti e fra tutte le differenze. Ogni esperienza di pieno è importante perché è piena e non va cercata una differenza, un'altra possibilità, un dubbio, in quanto il pieno è perfetto e così deve essere sentito, per questo è cercato, indipendentemente dalla capacità di ritrovarlo in una esperienza piuttosto di un'altra, poiché quello che conta è che entri a far parte di un sistema nel quale quel pieno è sentito come pieno: un pieno attuale e futuribile capace di riprodursi e agognato per questo.

L'idea di perfezione (del pieno e del nullo) presente in entrambe le condizioni, anoressica e bulimica, è applicata diversamente; in entrambi i casi investe non i sentimenti e le esperienze reali bensì le sostituisce investendo ideali, idee e rappresentazioni di cose che non hanno legami diretti con l'esperienza, bensì con la sua idealizzazione violenta o con la sua rappresentazione scissa e svuotata.

La persona bulimica rifiuta ciò che è debole, incerto, molle, indefinito, vuoto, imperfetto esattamente come la persona anoressica: la prima ricerca gli oggetti inversi per goderne in modo disordinato e alessitimico, si attiene all'esperienza ingorda ma razionalizzata per svuotarla; la seconda si attiene alla logica formale del ragionamento per organizzare la rinuncia al contatto e all'esperienza e usa l'imbrigliamento cognitivo per escludere entrambi. Il vuoto, idealizzato dalla persona anoressica al punto da renderlo "abitabile" e sicuro⁵ è riempito voracemente da quella bulimica in modi istantanei così come la sola e semplice azione può fare: non vi è tempo per pensare, per dilazionare e rinviare, per decidere; l'azione si compie, intessuta di immaginazioni che devono sostituire le sensazioni e i sentimenti. Il dolore del vuoto se c'era stato è sparito, è stato abbandonato come un oggetto infantile che lasciamo nella soffitta o cantina quando usciamo di casa da adulti, o ha subito altre sorti che lo

⁵ L'idea venne indicata durante una lezione presso la Facoltà di Medicina e Psicologia da alcuni partecipanti al corso dopo la lettura del presente capitolo.

hanno ingessato o caricaturizzato come un residuo infantilistico. Il momento in cui il soggetto bulimico incontra o avverte il vuoto – che il soggetto anoressico invece ha da sempre coltivato come cultura razionale nobilitante (“Il sacrificio è premio a se stesso”, spiegava Francesco Corrao) – se lo rappresenta come incongruenza, come sintomo incomprensibile privo di significato. La cognizione del dolore è riversata interamente sull'esterno, che è stato deludente e punitivo.

Convertire il ragionamento estrovertito in sviluppo di sensazioni ed emozioni e in esperienza di sé è la cosa più difficile da fare nei primi incontri da quando compare la domanda di aiuto del paziente bulimico o obeso – e i primi incontri, vissuti con urgenza e fretta di provvedere e “riempire” sono estremamente importanti per stabilire un legame e per formare un quadro di aiuto in cui riuscire a rappresentare ciò che sta avvenendo.

È quando un evento o un legame o un'esperienza sfuggiti al controllo sono potuti entrare più in profondità, più in contatto con la richiesta di “avere un'identità”, cioè un centro desiderante soggettivo non collegato al bisogno ingordo e alla frustrazione negata, che si crea una importante fenditura nel sistema bulimico. Se vi è stato un istante di vuoto, tutto il sistema cambia, il tutto pieno non può più esserci, la perfezione dell'appagamento reclama una perfezione che è venuta a mancare, si è interrotta.

Il soddisfacimento in questi soggetti deve essere non solo pieno e perfetto ma deve essere anche istantaneo, in quanto il tempo crea una interruzione, uno svolgimento (temporale) che ha una durata e cioè pone una differenza, una discontinuità (il tema fu acutamente trattato da Hermann (1963)). Il sistema dell'appagamento bulimico è confuso ma in ciò rigoroso, anzi rigido e impone le sue esigenze in modi tirannici al soggetto, che le ritrasmette al suo ambiente. Il mutamento, la possibilità che il sistema dell'appagamento non sia perfetto e non si riproduca validamente in tutte le circostanze con competenza e abilità, può non essere percepito per tanto tempo: ma un giorno un istante di esperienza diversa palesa la vulnerabilità del sistema dell'appagamento perfetto e continuo che si è autoalimentato per tanto tempo.

Nello psichismo del paziente bulimico il sistema è cieco, rigido e violento. La persona anoressica applica agli ideali (etici e ideologici) la medesima rigidità causativa del rifiuto originario, rimasta impressa negli oggetti primari come esclusione violenta e poi come bisogno violentemente scisso e negato. La persona bulimica tratta con violenza attiva e rigidità gli oggetti del desiderio che usa per saziarsi e che corrispondono agli oggetti violenti del rifiuto originario, o mancanza di oggetti, dai quali rigidamente si è separata mediante una scissione

marcatamente Alessitimica e una reazione ingorda e attiva. Le emozioni e i sentimenti dovevano restare esclusi o scissi o negati fino a perdere vita se doveva essere compiuto un atto rifondativo (che nasce al di là di un vuoto e di una frustrazione originaria intollerabili). Gli oggetti reinventati nella soluzione bulimica sotto forma di desiderio ingordo e insaziabile contengono una minaccia di vuoto e di deprivazione tremenda e per questo le sensazioni non devono essere avvicinate, bensì sostituite. Il contatto con il vero Sé si fa nel tempo sempre più minaccioso in quanto esso, accantonato tra gli oggetti scissi e negati si è impoverito e atrofizzato e la sua comparsa successiva appare troppo diversa (dal falso Sé) piccola e indifesa così che altro adipe ancora sarà necessario per difenderla.

La costruzione difensiva che la persona anoressica applica alla creazione di un sistema autosvuotantesi che nega e rifiuta rigorosamente il bisogno, il desiderio, il legame stesso e infine la soggettività stessa, nella bulimia si presenta invece come produzione infinita di oggetti, o pseudo-oggetti, con i quali il soggetto è collegato saldamente, almeno fino a quando si crea un dubbio e un bisogno di individuazione e di riconoscimento.

Torneremo successivamente sul modo di trattare tale oggetto privo di oggettualità all'interno della dinamica intrapsichica.

4. Pantagruelle

Un paziente ingordo e bulimico che vedevo vari anni fa in terapia, soffriva di una serie di disturbi legati alla sensazione di inutilità, di appiattimento, di discesa vertiginosa nel disorientamento e nel vuoto. Aveva 40 anni, era un professionista affermato e brillante, da sempre *single*; il suo passato familiare originario era stato distruttivo, basato su varie forme di abuso e abbandono. Le sensazioni di svuotamento e le crisi di frammentazione si ripresentavano periodicamente, dopo periodi di "pieno" nei quali aveva fatto esperienze anche appaganti e all'altezza dei suoi ideali. I suoi ideali erano collegati ad un'attività sociale e politica riparatrice e produttiva (attività di sviluppo per nazioni oppresse dalla miseria e dal sottosviluppo) e anche a legami sessuali e amicali non evoluti ma neppure falsi. Quando il soggetto, periodicamente a rischio di depressione, cessava di esistere nelle sue attività personali e nel suo ideale di soccorso sociale riorganizzante e vitalizzante, ridiventava ai propri occhi vuoto e misero come era stato all'origine della sua vita. Nonostante egli fosse dotato di una straordinaria intelligenza non solo professionale ma anche umana, sembrava vivere e trarre slancio vitale solo dalla presenza dell'altro: si mimetizzava a tal punto da diventare egli stesso un altro che in quel momento gli stava di fronte e lo coinvolgeva. Usando questi metodi mimetici aveva nel tempo

appreso tanti modi di relazionarsi con l'ambiente e si era a tal punto convinto da se stesso di avere tutti quei meriti che aveva visto negli altri e di cui aveva goduto mimetizzandosi per recitarli e per nutrirsene, da poterne usufruire a sua volta. Ma la sua esperienza delle *proprie* risorse non doveva mai essere sentita come *propria*, come soggettivante, perché la sua soggettività non era mai esistita, o insieme ad essa sarebbe riesistita la crisi delle sue origini. Egli era ampiamente e profondamente informato su molto, su tutto e su nulla; le sue ampie esperienze di lavoro (viaggi, contatti e conoscenze di strutture e culture sociali di molti paesi) erano ricche ed egli usava in seduta tutti quei materiali da racconto per sentirsi un se stesso che in effetti non era. Si sentiva un nomade, ne soffriva ma non tollerava legami stanziali. Se era entrato in contatto con il vuoto e l'impotenza che la cognizione delle differenze e il timore della passività periodicamente gli imponevano nel corso delle sue esperienze e nella rievocazione analitica, poteva avvenire che la seduta potesse raggiungerlo e che il fondo del suo sé reale si sentisse naufragare.

L'aspetto più difficile dell'analisi con questo paziente, bulimico di tutto e anche di se stesso era dato dalla percezione di stare con lui come dentro una matrioska, il cui elemento più interno era vuoto e identico agli altri proporzionalmente. Ogni strato di espressione che egli usava in seduta anche quando pareva autentico, riportava il discorso verso l'essere stato pensato dentro ad una immaginazione di sé presa a prestito da qualche costrutto o canovaccio con cui la vita lo aveva fatto (ingordamente e in modo dipendente) incontrare e secondo il cui paradigma si era camuffato.

Dunque anche il pensiero analitico dell'analista poteva essere salutato da lui come ottimo e suscitare una camaleontica trasformazione del proprio pensiero (che non c'era – se non a tratti) a favore di quello di lei; oppure, con la medesima procedura, il pensiero dell'analista veniva contraddetto secondo i principi della logica formale in modi simmetrici e infiniti, che avevano un effetto immobilizzante. Il suo linguaggio consueto in seduta era razionale e professionale; la psicologa che chiamava signora era sentita da lui come una collega esperta in un settore forse utile di cui al momento aveva bisogno; le sedute erano da lui chiamate lezioni – ciononostante mediante questo dispositivo che gli consentiva di mantenere una distanza di sicurezza, l'esperienza del dolore, il bisogno estremo di amore e la sua notevole intelligenza gli permisero di procedere. Solo raramente nel suo discorso comparivano tonalità affettive, o qualcosa che potesse somigliare ad un movimento transferale. Dopo molti sforzi e molta depressione il paziente percepì infine un possibile valore a cui aggrapparsi che gli avrebbe consentito di vivere un affetto fruibile (al di là dell'inevitabile idealizzazione e erotizzazione): quel valore per lui miracoloso consisteva nel potere sentirsi al centro della attenzione dell'analista.

L'esperienza del tutto nuova per lui lo indusse ad usare la sua forte intelligenza in modi meno vuoti e più fiduciosi e da quel momento egli iniziò faticosamente una vera relazione di lavoro analitico e di ricerca dell'autoindividuazione.

Il paziente temeva un sé violento, rabbioso e omicidario, di cui in due occasioni aveva dato prova nel corso del primo anno di analisi e temeva la propria non discriminazione fra bene e male e fra un sé adulto accomodante e civile e un sé remoto denigrato, gravemente deprivato, sfruttato e abusato dalla coppia dei genitori (aveva vissuto nella primissima infanzia anche periodi e dimensioni istituzionalizzanti per rifiuto e abbandono da parte dei genitori). Egli aveva contrapposto a quelle esperienze e alla frustrazione di non poter ricevere amore e valorizzazione, la potenza del proprio valore intellettuale (un quoziente di molto superiore alla norma) e lo sviluppo di una cultura professionale e sociale elevata, coltivata per anni in ambienti d'eccellenza all'estero. Non era mai riuscito ad integrare la sua cultura lavorativa però con la sua cultura privata, idealizzata, eversiva, mediante la quale dall'adolescenza in poi si era salvato dalla disperazione.

Nel suo caso, come in molti casi di bulimia e obesità, la cancellazione del fulcro identitario e la mancata autoindividuazione/differenziazione serviva presumibilmente a tenere eclissate le ragioni vere della delusione originaria, convertita in un dispositivo di segno opposto, attivo e ingordo, che aveva adottato molto presto, alla prima occasione in cui era riuscito a sentire la possibilità e la voglia di lottare. Lentamente nel corso dell'analisi usando il solo mezzo integro del paziente, la sua eccezionale intelligenza, fu possibile formare e far avanzare in lui la cognizione di una differenza fra universo adultizzato e universo originario, fra mondo interno ed esterno, fra abbandono e virilità; e fu proseguendo su questa via che il paziente poté rivivere e riconoscere come la relazione analitica non fosse una aggiunta professionale e cognitiva al suo bagaglio intellettuale né una qualità sociale aggiunta, bensì l'opportunità, prima nella sua vita, di essere compreso, di sentirsi visto, anche se questo gli era costato un terribile dolore e un rischio. Era il suo primo dolore, che aveva potuto riconoscere, di subire l'abbandono – come quello delle pause delle sedute – senza reagire e pre-reagire, senza accantonare il proprio vissuto in una sorta di “freezer” atrofizzante, bensì ricordando che il rifiuto e l'abbandono originari erano stati per lui veri e talmente potenti da fargli desiderare ripetutamente di morire. Ricordò ad esempio che non voleva fuggire dalla scuola in pericolo da cui tutti gli altri fuggivano al suono della sirena, perché non era sicuro che ne valesse la pena e perché non era certo di voler vivere, all'età di 8 anni.

5. Identificazione con l'esperienza di assenza: incorporazione e ingestione

Il paziente anoressico e il paziente bulimico inevitabilmente comunicano durante l'analisi la penosa esperienza di essere stati in contatto con uno stesso oggetto: l'oggetto *vuoto*. L'analisi spesso nel seguito rivela che essi si sono anche identificati con l'oggetto assente e vuoto, in forme diverse secondo la gravità del trauma: con un movimento identificativo nato da un processo di separazione e simbolizzazione; oppure più spesso e sempre nei casi gravi, con modalità incorporative o adesive.

Nei primi tempi della vita è stato assunto un nutrimento psichico *vuoto* e la presenza psichica e affettiva della madre negli accudimenti e negli atti nutritivi era compromessa. Tale madre non presentava mobilizzava una reazione distruttiva indistinta o disperazione indiscriminata. Qualsiasi produzione distruttiva e "kleiniana" facesse quel bambino sottoposto all'esperienza vuota non mutava il *fatto* di quel vuoto di presenza della madre e/o dell'ambiente, che costituiva la sua unica esperienza di base. L'esperienza della madre scontenta indifferente e vuota, nel caso di Pantagruelle per esempio, era sostenuta dal contegno violento del padre e la sola reazione possibile per lui era stato il livellamento indiscriminato del sé. Salvare il salvabile nel suo caso voleva dire rinunciare a qualcosa (lo sviluppo della fiducia nell'esperienza e nell'individuazione del senso di sé) per ottenerne in cambio un'altra: desiderare di lottare per sopravvivere, rivolgendosi anche a fonti esterne (amici, maestri e l'opposizione ai genitori). La sola risorsa valorizzante e differenziante che gli venne incontro fu la scoperta della sua intelligenza, un IQ importante, una bandiera che avrebbe sostenuto molte guerre della sua esistenza; e anche la scoperta della virilità che, pur se legata alla violenza del padre e al rifiuto della madre, avrebbe comunque prodotto un importante embrione di processo soggettivante.

Più in generale e non solo per Pantagruelle, la qualità di assenza della madre o di chi faceva gli accudimenti, che stiamo esplorando può risalire a diverse cause: ad un ritiro interno, dovuto a delusione, sfiducia, timore, incapacità. Oppure la presenza materna era sottratta da un lutto, per una circostanza attuale o invece pregresso e più interno. O ancora la presenza materna era trattenuta da fattori come il bisogno di nascondere sentimenti segreti, inaccettabili per l'ambiente, come rabbia, frustrazione, scontentezza, desideri inappagati. Oppure la nostalgia di sogni irrealizzabili insediati stabilmente in una fantasia dominante occupava la maggior parte della vita soggettiva – eventualmente la parte più autentica e presente. Ancora, la presenza e la comunicazione della presenza potevano essere eclissate nella madre, o nel padre, o nella coppia e nell'ambiente, da un dialogo segreto, cronico e irrisolto, che si svolgeva all'interno della madre fra due o più parti di sé e che era stato adottato per sopravvivere ad un dolore precedente; o anche il dolore che tratteneva la presenza era attuale e causato dalla nascita del figlio/a e dalle difficoltà organizzative e di adeguatezza (della madre, della

famiglia e dell'ambiente).

Il paziente anoressico e bulimico in questi casi ricorda una madre attenta e attiva, interessata a lui, vigile, forse apprensiva, protettiva, ansiosa, ma mai indifferente o cattiva e ad essa è tenacemente attaccato – o fieramente avverso: egli fatica e non vuole discernere e ricordare segni di una sua presenza *vuota*. Nel tempo remoto il *vuoto* esperito nello scambio e il timore della sparizione sono stati assunti (ingoiati? incorporati?) dal paziente anoressico in modi indistinti e perfusivi nel sistema soggettivo, hanno uniformato lo sviluppo successivo, rendendolo passivo e indifferenziato.

Nel caso della reazione bulimica, più attiva e spesso violenta e caotica il *vuoto* esperito nello scambio e il timore della sparizione sono stati assunti aggressivamente e avidamente “ingoiati”, così come *si divora un animale “morto”* se si è sciacalli o iene. L'immaginazione di un evento remoto, come l'ingestione di un animale morto, sentito come avvenuto prima può essere analoga all'idea espressa da Winnicott in *Fear of Breakdown*, per la quale l'immaginazione di una catastrofe imminente corrisponderebbe ad un fatto già avvenuto, in un tempo nel quale la mente non poteva riconoscerlo e che successivamente viene proiettato verso il futuro (1974). Si può ipotizzare che il disgusto bulimico per le sensazioni e la discriminazione corrisponda alla minaccia di un attacco (fantasie di smembramento ad esempio) immaginato come avvenuto e “divorato”. Analogamente il disgusto anoressico per il corpo e il cibo somiglierebbe all'immaginazione di un divoramento morto e “congelato”.

Stiamo tentando di descrivere un processo di identificazione con l'oggetto assente del tutto introverso e condensato, nel quale il movimento di separazione dall'oggetto che normalmente consente l'identificazione con esso mediante la sua simbolizzazione, qui è stato sostituito da un atto incorporativo che contiene una negazione e una morte. La funzione della *fantasia di avere ingerito l'animale morto* è stata quella di dare ancoraggio e consistenza al sé deprivato e rifiutato per riuscire a includere l'oggetto assente nel sistema, ancorché livellato, del sé sopravvissuto al rifiuto.

L'ipotesi di un processo immaginativo condensato all'origine della scissione potrebbe essere descritta anche come esercizio di una funzione contenitore-contenuto “invertita” così come l'ha contrassegnata Bruni (2004), solo che qui si assegna un oggetto (l'animale morto ingerito) ad una negazione, nello stesso modo con il quale si potrebbe dare un oggetto (l'animale morto ingerito) a quella che Bion ha indicato come “allucinazione invisibile”.

L'intensità e gravità di questa incorporazione può dipendere, oltre che dalle

risorse e dalla costituzione individuale soprattutto dalla violenza negativa dell'esperienza e dal contesto – il resto della famiglia, i fratelli, le esperienze esterne alla famiglia; e dalla conferma o meno del sistema di assenza. Il sistema dell'assenza può essere ribadito nel seguito, oppure essere smentito e corretto da cambiamenti, riparazioni e nuove esperienze differenziate e differenzianti: ad esempio un trattamento della madre o della coppia; un mutamento o risoluzione di problemi a monte. In quest'ultimo caso potrebbero avviarsi quei processi di discriminazione che nel caso di una conferma prolungata del sistema di assenza sono stati invece stabilmente compromessi e sostituiti.

In tutti i casi l'esperienza passiva o attiva dell'assenza è stata incorporata e l'impossibilità di realizzare i processi della soggettivazione identitaria in mancanza del modello di presenza e reciprocità resterà a far parte del sistema identificativo di base e non sarà riconoscibile per il soggetto come elemento che può essere simbolizzato, ricollegato e rielaborato. L'oggetto *assente e vuoto*, o *pieno di un oggetto morto* si è insediato nel soggetto e si è organizzato: o come rinuncia restrittiva e anoressica; o come espansione bulimica, onnivora e prepotente dei desideri e delle rivendicazioni del sé negato. Nel tempo successivo l'oggetto vuoto ricercherà una cultura appropriata che lo rappresenti e mediante cui si collegherà, al livello della formazione *sostitutiva* dell'Io, con correlati simbolici o pseudosimbolici (Tagliacozzo, 1993) selezionati (ad esempio nel campo dell'ascetismo, della creatività artistica, della filosofia sociale).

6. Fantasma di assenza e processi identificativi: personificazione, alone, rito

Certamente la frustrazione collegata al timore di essere abbandonati e di perdere l'oggetto d'amore è parte strutturante dello sviluppo normale; ma l'eccessiva quantità di esperienze frustranti e di reiterazione che confermano la perdita non riparabile produce una differenza.

Quello che qui si vuole sottolineare è la particolare esperienza di ambiguità e di confusione che si crea quando la madre non è stata apertamente assente o indifferente, non ha abbandonato (abusato, sedotto e tradito) in modo palese. Bensì la madre ha eclissato la propria presenza emotiva nel legame, il suo significato, privilegiando una comunicazione indiretta, confondente e per lo più manipolativa. La madre e spesso tutto l'ambiente all'apparenza si sono comportati in una cornice di presenza, ma nella sostanza hanno restituito un campo psichico, emotivo e affettivo o fortemente ambivalente o sostanzialmente indifferente.

È sensibile la parentela del tipo di sviluppo che può generare l'esperienza di

ambiguità e assenza con quello che Winnicott ha chiamato il falso Sé protettivo del vero Sé: il costrutto potrebbe in parte spiegare l'intrigo di vicissitudini sofferenti, di autoannullamenti, di escamotages, di trucchi e strategie sostitutive che il paziente fa per sopravvivere alla deprivazione e per tenere in vita esigenze diverse dalla compiacenza.

L'oggetto vuoto e assente internalizzato o incorporato nella vita primaria, verrà successivamente *culturalizzato* e poi "infuso" come sistema di condotte e di pensiero nelle attività del soggetto nel suo ambiente privato e sociale. Inoltre l'oggetto assente viene quasi sempre circondato da una sorta di "alone protettivo" che ha la funzione di confermarne e aumentarne la consistenza fino a farlo diventare una sostanza, una struttura soggettiva. L'"alone" che circonda l'assenza ne ripropone l'esperienza (e la non-esperienza) e la memoria; esso consiste in un contenitore di residui delle esperienze incomprese o non vissute e dei tentativi che il soggetto ha fatto per sopravvivere all'assenza e averne una rappresentazione, che fosse tale da consentire una continuità plausibile. Nel contenitore dei residui, o "alone" che circonda l'assenza, sono depositati elementi protopsichici misti che sono stati selezionati non per affinità, contiguità o altra parentela di origine o appartenenza di categoria. Gli elementi sono selezionati in modo casuale o meglio, come dice Corrao quando raccomanda l'uso in gruppo di un pensiero non causale e *logico* (Corrao, 1985), in modo *analogico*, accorpendo le tracce residue delle esperienze di confusione, rottura e rigidità che avevano fatto seguito alla reiterante attesa di assenza. L'alone – lo abbiamo chiamato così per connotare contenuti psichici che fanno parte del soggetto ma con una qualità particolarmente volatile e mista; forse potremmo usare piuttosto l'immagine concreta di una soffitta nella quale sono state ammassate e racchiuse le esperienze non metabolizzate che non hanno superato i processi di separazione, individuazione e simbolizzazione – (l'alone) crea una intercapedine fra il soggetto, che è introverso e ritirato, e l'altro reale, che deve essere costantemente controllato perché non invada e colonizzi alcun territorio del soggetto. L'alone aiuta l'elaborazione delle manovre difensive che pur se basate su assunti iniziali schematici, sono complesse e sofisticate. Esso ha una qualità e una funzione staticizzante e ipnotica sia verso l'interno sia verso l'esterno ed è trattato dal soggetto come un soggetto a sua volta, come una struttura usata per organizzare un infinito gioco di rimandi a matrioska: "non sono dunque non mangio dunque sono immobile dunque sono immobile perché non mangio dunque non ho bisogno dunque nessuno può invadermi" ecc. Oppure: "mangio così esisto ma non è sufficiente allora divorò tutto ma non torno presente, così divorò" ecc. In mancanza di una presenza e di una esperienza della presenza gli oggetti dell'assenza non sono evoluti nel tempo e si sono invece specializzati e culturalizzati, sono stati investiti di valore soggettivo (falsamente) soggettivante e identitario in funzione di sostenere il peso del

vuoto.

Funzioni, strutture psichiche, qualità inconsce, culture e caratteri dell'Io cosciente non essendo ben differenziabili ed essendosi originati in modi inappropriati e sostitutivi durante lo sviluppo e durante il mancato sviluppo, formano un continuum nell'apparato psichico del soggetto, utilizzato per difendersi dal caos e dal rigore. Può darsi che l'insieme di tali sub-strutture così create collabisca con il sistema del vero Sé soggiacente e segreto e ne riceva autenticità vitale. O più probabilmente nel lavoro defaticante delle manovre difensive tali sub-strutture finiscono invece per eclissare il vero Sé e sprofondarlo in lontananze misteriose e inaccessibili. Frequentemente durante l'analisi non riusciamo a sapere se progredendo troveremo ancora vivo il "vero Sé" o se lo troveremo atrofizzato; né possiamo sapere se le paure del paziente siano dovute alla paura del cambiamento o piuttosto a prudenza.

Similmente alle vicissitudini di quello che abbiamo chiamato "alone" o micro proto-universo psichico che circonda il nucleo psichico soggettivo del paziente, il quale ha corrisposto all'esperienza di assenza e ambiguità con un'organizzazione *alimentare* – anche il rito della ripetizione (*alimentare* e altri collegati) adottato con qualità ossessive e compulsive più o meno rilevanti, è usato per dare al soggetto conferma e presenza: anch'esso riveste un ruolo importante, di contenimento e di sostituzione del contatto. Anche il rito ripetitivo, come l'alone, ideato e praticato dal soggetto per motivare e riempire l'assenza, finisce per essere investito di sentimenti "ontologici" che ne faranno una struttura soggettiva operativa, personificata e personificante (vedi il tema della personificazione delle emozioni primitive in Gaburri, 1992).

Questi sistemi difensivi che abbiamo solo in parte descritto sono basati sul tentativo di corazzare la parte del sé che è rimasta dissociata e priva di corporeità e esperienza reale ed è sentita per questo difettosa e a rischio. Quando in uno di essi si produce una crisi la confusione e la falsificazione sono denunciate: questo avviene quando l'esperienza reale è eccessivamente frustrante rispetto ai compiti sostitutivi che l'Io si è dato per sostenere la vulnerabilità e smentisce le strategie di difesa. Potremmo forse parlare in tutti questi casi di un *fantasma dell'assenza* insediato all'origine della vita psichica che avrebbe, come i *fantasmi* della castrazione, dello smembramento e disseminazione di sé messi in vista dalla psicoanalisi francese (Anzieu), la qualità strutturante della vita inconscia. Le fragili difese del paziente sottoposte al contatto troppo diretto con il fantasma di assenza rivelano infine che né il rito ripetitivo né l'alone statico personificati sono soggetti attendibili strutturanti di un campo psichico fruibile e che si rende necessario un nuovo rifornimento e tentata una integrazione.

7. Ps e D

È molto interessante ricordare sui temi esposti la revisione operata da Bion sulla evoluzione delle posizioni PS-D teorizzate da Melanie Klein e in particolare il valore maggiore da lui dato a PS rispetto a D (Eigen, 1987). Stabilita l'esistenza del terrore e della solitudine primitivi (PS) che sono all'origine della socialità indistinta e angosciante dell'individuo, la possibilità di ricollegarsi alle origini mediante processi (PS-D) di crisi (PS) di rottura del progresso (D) e ritorno al regresso (PS), di ricostruzione (D) e decostruzione del senso e della presenza (PS) garantirebbe la possibilità di rialimentare non l'equilibrio omeostatico, ma la consapevolezza della presenza mediante l'aumento conoscitivo e la veritizzazione dell'esperienza fondativa.

Se nell'analisi di questi pazienti siamo riusciti come analisti a sopravvivere alla deprivazione e al *vuoto*, forse saremo in grado di reperire e alimentare insieme a loro il contatto con microquote della persecuzione primitiva utili a rinnovare l'equipaggiamento di una possibile presenza emotiva sensoriale e affettiva e contribuire ad una speranza di fondazione identitaria per loro mediante la elaborazione metabolizzante e cognitiva dell'esperienza. Se nello spazio dell'analisi le risorse della posizione schizoparanoidea sono riconosciute come veritanti e produttrici di processi soggettivi, il paziente anoressico potrebbe produrre l'inizio di una sua presenza tradizionalmente rifiutata; il paziente bulimico potrebbe rinunciare ai fasti dell'ingordigia a favore di una autenticazione della presenza e della rassicurazione data dal limite e dalla discriminazione.

8. La discriminazione

Abbiamo indicato l'indistinzione e la non verità dell'esperienza nei pazienti anoressici e bulimici e come essa sia generata dalla necessità di organizzare una risposta all'*assenza*, alla *manca*za di *esperienza della presenza e della reciprocità*. In questi pazienti si può notare come all'origine dell'esperienza emotiva vi sia stata una matrice indifferenziante che ha reso loro inaccessibile l'esercizio della discriminazione. Il motivo per il quale in questi pazienti infatti manca la discriminazione – dei sapori e della soddisfazione prima e in seguito di tutte le differenze, come il dentro e fuori, il tempo e lo spazio, il finito e l'infinito, il presente e l'assente, il vuoto e il pieno, il me e il diverso da me ecc. – risiede nell'esperienza iniziale dell'*oggetto assente*, nella mancanza di apprendimenti e competenze che ne è derivata e nelle difese che è stato necessario approntare. L'apprendimento della presenza e della funzione attiva e rispecchiante è mancato e la fiducia nella possibilità di partecipare ha prodotto piuttosto una certezza inversa: l'oggetto/soggetto presentatosi nel tempo remoto vuoto e

svuotante ha inibito l'esercizio della presenza e ha prodotto la diffidenza. La discriminazione, il senso della differenza e del limite e l'orientamento spaziotemporale hanno subito una sorte simile in quanto tutta l'esperienza è stata immersa nel vuoto indistinto e nel bisogno di difendersi dai suoi fantasmi.

Il paziente anoressico rivolge l'esperienza di indifferenziazione contro se stesso e crea un mondo interno plasmato sulla restrizione e il controllo degli impulsi crudeli (rivalsa, rivendicazione lamentosa, rinuncia vendicativa, punizione). Il paziente bulimico di questo universo interno frammentato e privo di senso e presenza fa, almeno all'apparenza, un dardo rivolto verso l'altro, scagliato con rabbia ingorda e aggressiva, con rivalsa, competizione e con l'esigenza di predominio sul rivale, sia esso reale e simile all'oggetto assente o immaginario. In quest'ultimo caso se la lotta per ottenere il trionfo sull'assenza non può contare su un contenitore adeguato a ricevere la proiezione può scatenarsi una crisi: il rimpianto per la presenza agognata si potenzia e la difesa rivelandosi fragile impedisce di dare una significazione all'esperienza inattuabile. Ma poiché le risorse soggettive, se di soggetto possiamo parlare, del paziente bulimico sono comunque più attive, la "guerra" per catturare un frammento dell'oggetto presente è meno "masochistica", almeno ad un primo piano dell'analisi: la capacità di nutrirsi dell'oggetto non appena compaia uno stimolo riconoscibile e la disponibilità a riconoscerne il bisogno non appena compaia una seppur minima discriminazione della sua qualità nutriente – il suo gusto, la sua capacità di dare soddisfazione – è una capacità che somiglia maggiormente alla capacità vitale di individuare l'oggetto e collegarvisi. Anche se non siamo di fronte ad una esperienza d'oggetto e di relazione oggettuale siamo comunque di fronte ad una simulazione maggiormente interessata alle sue qualità, mediante l'uso del desiderio, della curiosità, della speranza di progredire e anche di riparare. Il gusto vorace del paziente bulimico, nella misura in cui gli aspetti distruttivi siano canalizzabili e modulabili, ancorché indiscriminato e inglobante nell'incontro con l'oggetto, anche in un certo senso lo garantisce dalla sfida del ripiegamento anoressico. Quando questo tipo di situazione si chiarisce nell'analisi è probabile che vi sia qualche possibilità in più che il ritmo analitico possa giovare delle tendenze ingorde del paziente per indurlo a prendere consapevolezza della violenza dei suoi impulsi e della sua esperienza dell'assenza indiscriminata e indiscriminante: l'analista potrebbe riuscire in un secondo momento, se il legame di fiducia sia stato confermato, a giocare, come descriveva Freud a proposito del suo paziente ossessivo, *l'Uomo dei topi*, una parte del paziente (alleata e vorace) contro l'altra (vuota e distruttiva). La resistenza comunque rigida e il bisogno del tipo: "adesso subito e tutto intero o rifiuto", per dirlo con le parole di Antigone costituiranno una sfida e un ricatto per tutto il tempo dell'analisi nel quale i desideri non siano stati soddisfatti o la crisi riconosciuta e rielaborata nei termini di un riconoscimento individuante.

Nel caso della deprivazione anoressica, quando ormai è stabilizzata e ricorsiva si crea nell'analisi un ritmo maggiormente freddo e diffidente, che rende più difficile l'accesso all'esperienza delle sensazioni e delle emozioni, ancorché, probabilmente, rende più diretta la loro comparsa e l'emergere delle poche occasioni di esperienza viva, ma autentica.

9. Assenza, corpo

Prima di indicare come l'esperienza dell'assenza nei pazienti anoressici e bulimici si sia iscritta nel corpo, va fatta la seguente precisazione: nel nostro percorso parliamo di pazienti anoressici e bulimici e di alcune differenze che si ritrovano nel lavoro clinico con loro: ma tali pazienti "puri" raramente si ritrovano nella realtà. Attualmente vanno sotto il nome di anoressia e bulimia una serie di condizioni che si servono del disturbo alimentare per conformità, per moda (Corrao, 1994) o altri motivi, ma che appartengono piuttosto al disturbo di personalità o disordini di natura narcisistica e fragilità del Sé: i casi veri di anoressia e bulimia sono rari (Dazzi, 2011). Trattiamo qui lo schema generale di quella che si presenta, fatta la tara rispetto alla moda sociale, come una gamma frastagliata di organizzazioni psichiche, costellazioni, movimenti interni, qualità che possono organizzarsi e configurarsi o come unità definita (anoressica o bulimica) o più spesso articolarsi con nuclei psichici prossimi (di fragilità identitaria e disordine della personalità).

Un elemento costante che si presenta ogni volta che siano state gettate le basi del disturbo anoressico e bulimico e dei disturbi affini riguarda il corpo. Quella che abbiamo indicato come esperienza primaria dell'*assenza* si ripresenterà nell'epoca adolescenziale, epoca in cui la richiesta del corpo puberale convoca tutte le risorse, con le loro qualità, dello sviluppo infantile per riorganizzarle nella prospettiva del cambiamento evolutivo e dello sviluppo adulto. Ma l'insediamento del Sé corporeo nel Sé psichico nel tempo primario è stato critico e lo sarà a maggior ragione ora: la presenza è stata vacillante o nulla e l'integrazione di mente e corpo inabbordabile. Sono stati nel seguito adottati sistemi sostitutivi e strategie falsificanti per celare l'esperienza del Sé e per organizzare la sopravvivenza ai rischi enormi del *vuoto*. In adolescenza l'esperienza del *non esserci e non esserci mai stati* (F.M. Pontani la nominava nella sua *Storia della letteratura greca* come "*l'antica nostalgia di Sileno*", riferendosi ai versi del poeta) ha la sua piena occasione di rivelarsi e strutturarsi. La scelta organizzativa più comune diventa quella di riversare l'assenza nel corpo in quanto è proprio il corpo incerto e indefinito che rappresenta concretamente la perdita e la mancanza. La lotta fra i due poli della vita organico e psichico creano in quest'epoca un campo presente che scherma l'esperienza originaria di *assenza*. Mente e corpo sono ora vicendevolmente contrapposti in

modo tale che nessuno dei due sia presente e nel loro insieme in questo modo garantiranno il proseguimento della vita negata e rinnegata: uno potrà essere idealizzato, la mente, per esprimere ciò che era stato agognato e mai ottenuto – la presenza; l'altro, il corpo, ospiterà la parte negativa e ciò che era stato rifiutato – la presenza, lo scambio, la reciprocità e dunque la sensazione e l'emozione della presenza propria e dell'altro. Il corpo diventa la sede delle sensazioni terrifiche, sporche e colpevoli, degradate, anestetizzate mentre la mente ne organizza il compianto. Si insedia di seguito il rito del commiato (dal corpo) che reinscena o la rinuncia anoressica o l'ingordigia indiscriminata e bulimica: in entrambi i casi l'integrazione dello psicosoma e l'ordine spaziotemporale della sua esperienza sono sovvertiti e trasgrediti. Sarà necessario compiere una serie di sforzi per vicariare gli elementi così trattati e per domare l'ansia di ricevere comunque il loro messaggio mai sopito: *non era presente, non eri presente*. Io, corpo, sono l'oggetto della testimonianza, io, mente, testimonia.

Molti piaceri/dolori sostitutivi e contenitivi possono essere in seguito trovati per eludere gli ostacoli dati dalle esigenze che si sono create con la pubertà e l'ingresso nella vita adulta e soprattutto per sopravvivere *senza, senza corpo, senza presenza*. Fra i più comuni che ritroviamo nelle culture dei pazienti anoressici e bulimici vi sono: l'eroismo del sacrificio; il dono della presenza all'altro, immaginario o reale o proiettivo; il lamento; la ricerca reiteratamente frustrata; la certezza assoluta di essere unici e sublimi nel dolore della perdita e della rinuncia e nel piacere di riviverla e combatterla e altri elementi che faranno da corrimano nel percorso della sopravvivenza. Purché non si espliciti mai in tutta la sua grandezza l'esperienza intera dell'assenza, ma essa resti sempre lì a far vivere il suo sistema, resti in memoria per sempre come testimone, vendicativo o martire e come sponda organizzante per contenere la ferita originaria, rinnovarla, purificarla, in qualche caso per curarla in un tempo longitudinale – che può essere anche a volte trasformativo.

10. Conclusioni

Questo scritto tratta temi sui quali da un lato è necessario essere precisi e dall'altro attenti a non usare modelli troppo creativi e disturbanti (Jaffè, 2005) nell'analisi di personalità fragili e disordinate, sviluppate nella cultura della rinuncia e della dissociazione di una parte di sé. Il lavoro non fa riferimento ad una teoria e a un metodo di lavoro clinico in particolare. Vi si tiene in conto l'idea di delusione narcisistica originaria (Kohut); il Vero e Falso Sé di Winnicott; la funzione contenitore-contenuto invertita di Bion; ma anche il disimpasto pulsionale e l'identificazione proiettiva. Questo sincretismo non corrisponde ad una predilezione eclettica dell'autrice, bensì esso si rende

necessario per il paziente disturbato al livello del Sé vulnerabile e della formazione dell'identità, che può pervenire alla consultazione in momenti diversi della sofferenza e della fase di malattia e sotto la spinta di diverse motivazioni: dunque è utile sapergli corrispondere in modi differenti e a diversi piani. Per fare qualche esempio su diversi modi di concepire i disturbi di cui abbiamo parlato Winnicott e gli Indipendenti britannici hanno indicato con chiarezza (Wright, 2008) che la presenza dell'identificazione proiettiva patologica non è un meccanismo difensivo costituzionale del mondo interno bensì il segnale di fallimento della capacità della madre di corrispondere e sintonizzarsi al livello del desiderio relazionale innato nel bambino. Kohut ha esplorato con efficacia e chiarezza la ferita narcisistica. Bion ha indagato l'attacco al legame e all'apparato mentale negli psicotici: questi differenti modelli riemergono nel nostro ascolto ogni volta che l'oggetto frammentato e *bizzarro* richiede un nuovo atto di comprensione e svolgimento ma sarà utile tenerli sullo sfondo del nostro ascolto e comprendere. Ci troviamo a chiederci come dare vita e svolgimento ai contenuti introversi e congelati del paziente e come seguire la poliedricità delle sue soluzioni cangianti (Marinelli, 2004) e intermittenti, spesso geniali (questo non va dimenticato, pur se nell'ambito di scelte dissocianti e di idealizzazione della mente) che ci emarginano in un altrove spesso freddo e isolato oppure vertiginoso. Quando il paziente tende a perdersi nella sua mancanza di contatto con il corpo e nelle sue risposte all'emarginazione può avere bisogno di essere contenuto severamente, cioè dobbiamo individuare i contenuti e gli stili della sua identificazione proiettiva e l'uso esagerato di quel meccanismo, o per una restituzione verbale che pone un confine a fronte dell'assenza o perché possiamo pensarli e rifornire la relazione analitica, a rischio di esilio. La deprivazione originaria organizza in modi diversi lo sviluppo delle difese e il deposito dei residui psichici frammentati. Se riusciremo a lavorare con i meccanismi primitivi della difesa riusciremo a comprendere quali fattori disturbanti dell'evoluzione della personalità siano stati maggiormente responsabili e quali risposte abbia dato il paziente di volta in volta. Questo può aiutarlo a veritare la storia narrativa della sua esperienza e a renderla più coesa e presente.

L'identità vuota e ferita del paziente che si è difeso da una sofferenza estrema ha trovato un'organizzazione apparente di personalità con disturbo alimentare, o anoressica o bulimica a seconda l'intensità della difesa dissociante e lo stile di funzionamento che abbiamo cercato di descrivere. Al suo interno potranno prevalere elementi diversi e diverse associazioni ed evoluzioni di elementi.

Nell'approccio alla consultazione e soprattutto durante l'analisi si dovrà tenere conto di piani e modelli di lavoro diversi e poter imbrigliarli fra loro in modo da afferrare il nucleo principale del trauma – anche se non è facile dire se e quando

sia il caso di approcciarlo e trattarlo: v. il contributo di Correale sull'interpretabilità del trauma; e il successivo più ampio studio del 2009 *Area traumatica e campo istituzionale*, pubblicato da Borla, che mette in relazione il moderno disturbo borderline e il suo trattamento istituzionale con le sue origini sociali e la risposta che si sviluppa all'interno del gruppo curante. Sarà importante per fare scelte di ascolto e lavoro più attive o più di attesa usare il nostro ascolto "sognante" in maniera da non addormentarci se non quel tanto che serve a sognare una condivisione creativa.

Bibliografia

Anzieu D. (1976), *Il gruppo e l'inconscio*, Roma, Borla, 1979.

Bruni A. (2004), Relazione contenitore-contenuto invertita, relazione presentata al Congresso Mondiale dell'IPA, Nizza, 2002.

Camassa P. (2010), Relazione Presentata al Congresso della Società Italiana di Psicoanalisi di Taormina.

Ciocca A., Cargnelutti E., Ginzburg A., Lombardi R., Natali P. (2008), Disarmonie della relazione corpo/mente: osservazioni cliniche e tecnica psicoanalitica, *Rivista di Psicoanalisi*, 1: 11-29.

Comelli F. (2005), Gruppi monosintomatici con pazienti anoressico-bulimiche e assunti di base: la dimensione somatica delle pazienti e la posizione dell'analista, *Funzione Gamma*, 14.

Corrao F. (1980), Conversazione con colleghi del Centro Ricerche di Gruppo Il Pollaiolo, riuniti in gruppo a Palermo.

Corrao F. (1985), Il gruppo esperienziale. Fondamenti epistemologici, *Orme*, Milano, Raffaello Cortina, 1998.

Corrao F. (1990), comunicazione durante una supervisione.

Correale A. (2000), Fino a che punto indagare l'area traumatica, *Rivista di psicoanalisi*, 4.

Correale A. (2009), *Area traumatica e campo istituzionale*, Roma, Borla.
Dazzi F. (2011), comunicazione personale.

Eigen M.(1987) Catastrofe e fede, in Neri C., Correale A., Fadda P. (a cura di), *Lecture bioniane*, Borla, Roma.

Gaburri E. (1992), Emozioni, Affetti, Personificazioni, *Rivista di Psicoanalisi*, XXXVIII, 2.

Hermann I. (1963), *Psicoanalisi come metodo*, Bari, Dedalo, 1990.

Jaffè R. (2005), Ripetizioni nel tempo e microtrasformazioni. Dieci anni di lavoro con un gruppo di pazienti anoressiche e bulimiche, *Funzione Gamma*, 14.

Marinelli S. (2004), *Il gruppo e l'anoressia*, Milano, Raffaello Cortina. Searles H.F. (1986), *Il paziente borderline*, Torino, Bollati Boringhieri, 1988.

Tagliacozzo R. (1993), Intervista a cura di S. Marinelli, Il simbolo in Bion, *Metaxù*, 16. Winnicott D.W. (1974), "Fear of Breakdown", *Int. Rev. Psychoanal.*, 1. Wright K. (2008), "Preoccupazione materna primaria e refrattarietà materna", in Marinelli S. (a cura di), *Studi ed esperienze a partire da Bion*, Roma, Borla.