

Monica Medici, Domenico Arturo Nesci

**Dal Vis-à-Vis al Telefono in Psicoterapia:
riflessioni sulla natura *unheimlich* del corpo.**

Simona è una donna sposata sulla quarantina che vuole proseguire la psicoterapia dopo che la sua precedente terapeuta ha finito il tirocinio al Gemelli nell'area della Psico-Oncologia, essendosi diplomata. In questi casi diamo sempre ai pazienti la possibilità di continuare nell'ambito del SSN con un'altra professionista psico-oncologa (psicoterapeuta o specializzanda in psicoterapia presso la nostra Scuola).

La paziente è fortemente in sovrappeso ma si muove con una certa disinvoltura. Non è truccata ma risulta curata. Dimostra meno della sua età. Nel primo incontro con la nuova psico-oncologa (una psicoterapeuta della Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli", socia della DREAMS onlus) parla da subito della sua malattia. Nel venire a conoscenza della diagnosi la psicologa ricorda di aver letto da qualche parte di come le malattie autoimmuni attivino un meccanismo di autodistruzione in cui il corpo stesso non riconosce più gli antigeni che gli appartengono e inizia ad auto-attaccarsi come se ciò che ha dentro fosse una minaccia o un pericolo. Un'altra caratteristica delle malattie autoimmuni è l'associazione con la difficoltà a riconoscere le emozioni e/o con il vissuto degli affetti come una minaccia. Ascolta con preoccupazione il racconto di una crisi dopo della quale non ricorda più niente...

La paziente, successivamente, racconterà che quello sembra essere stato l'unico momento in cui i suoi fratelli si sono preoccupati per lei. Simona lamenta di essere stata sempre messa da parte, fin da piccola, dai fratelli. Infatti loro due erano complici in quanto maschi e quasi coetanei mentre lei, più piccola di vari anni, sembrava essere stata un ingombro, forse anche per i genitori. Nel suo vissuto controtransferale, la psicoterapeuta fa la fantasia che Simona non sia stata il frutto di una gravidanza desiderata. La paziente confermerà, nel percorso terapeutico, di aver ricercato da sempre l'attenzione, l'approvazione e l'amore di sua madre ma lei era, prima, tutta per i suoi

fratelli e poi, adesso, per le nipoti. Suo padre, malato oncologico è stato un grande lavoratore ed ha lasciato ai figli una sostanziosa eredità.

La psicoterapia di Simona ha una frequenza di una seduta ogni quindici giorni; è un modo per evitare di fare la brutta figura di non riuscire ad essere presente (per i motivi più diversi, ivi incluso il fatto che sul posto di lavoro non le consentono di assentarsi). In tutte le sedute appare sempre presente il tema del denaro e dell'eredità. Parla spesso del fatto che ai suoi fratelli sono state assegnate delle case di maggior valore rispetto alla sua. Dopo la morte del padre Simona parla dell'eredità e del fatto che ai suoi fratelli e alle sue nipoti sia stata data la fetta più grossa a sottolineare, ancora una volta, la sua condizione di figlia di serie B.

Simona lavora come dipendente in una ditta privata. I rapporti con i colleghi sono "inesistenti" o addirittura "pessimi": non la invitano alle cene aziendali. Il datore di lavoro non le concede i permessi che le spetterebbero, neanche per fare le visite mediche di controllo. Dice di sentirsi mobbizzata, di voler denunciare la situazione ma di non farlo per paura delle conseguenze. Nelle ultime sedute dice di essere molto preoccupata per un possibile licenziamento e alla domanda sul perché pensa questo risponde con un secco "gli altri non mi sopportano".

Nei suoi racconti Simona ironizza e fa battute, soprattutto sul fatto di essere "cicciona", ma alterna anche momenti in cui dice di vergognarsi del suo corpo e di sentirsi discriminata anche al lavoro per il suo aspetto.

Il tema del peso è affrontato in terapia anche dal punto di vista pratico (suggerimento di informarsi, di consultare un nutrizionista, di frequentare una palestra). Per un periodo la paziente riesce a dimagrire più di dieci chili per poi riprenderli tutti. Simona ripete spesso di avere il desiderio ma al contempo il terrore di dimagrire, come se dimagrendo non si riconoscesse più. Nelle parole della sua psicoterapeuta "il fatto che è saltato ai miei occhi è che la paziente potesse utilizzare il suo sintomo per essere vista".

Il corpo obeso della paziente suscita spesso in lei vergogna e timore di essere emarginata. Nella clinica si osserva che i disturbi dell'alimentazione segnalano sempre un disturbo della relazione con l'altro. Di fronte alle inevitabili turbolenze che questa relazione comporta, il soggetto anoressico-bulimico o obeso sceglie la via del rifiuto del rapporto con l'altro in favore del rapporto

con la “sostanza” cibo. In questo senso anoressia, bulimia e obesità sono spie significative del disagio giovanile che può assumere la tendenza di un ritiro, di un disinvestimento dal mondo, di una chiusura, di un ritiro dai legami, di una esasperazione della dimensione protettiva del controllo (anoressia) oppure quella di una ricerca affannosa e disperata di sensazioni, di esperienze, di una compulsione al consumo di tutto, di una divorazione senza soddisfazione (obesità). Entrambi questi movimenti separano il soggetto dal suo desiderio e lo isolano in una condizione priva di progettualità. In questo suo isolarsi dal suo desiderio il soggetto obeso mostra molto spesso il disturbo come una soluzione, perché si è presentato come l’unica risposta possibile davanti a qualcosa di inaccettabile in cui si è imbattuto ad un certo punto della sua vita. Si tratta quindi di una soluzione inconsapevole per affrontare una difficoltà nel rapporto con l’altro.

La malattia alimentare rappresenta un tentativo disperato di difendersi dalla separazione dall’altro, disperato proprio perché non è possibile non dipendere dall’altro. In tal senso il sintomo vuole essere un tentativo, inconscio, di separazione dall’altro troppo invasivo o del tutto assente. Quindi per i disturbi alimentari si può parlare di malattie dell’amore ponendo l’accento sul carattere relazionale del disturbo, spostando il *focus* dall’effetto visibile (macchina/corpo) alle cause intime (affetti). Il bambino chiede a chi lo accudisce non solo di essere nutrito ma soprattutto di essere amato, perciò di essere riconosciuto e considerato importante nella sua unicità. Droghe, farmaci e cibo sono sostanze che si sostituiscono alla relazione amorosa, e garantiscono quella apparente libertà che è contenuta nel messaggio contemporaneo: “goditi da solo” (Recalcati e Zuccardi Merli, 2006)

A questo punto ci si chiede se curare un soggetto obeso consista nel normalizzare il suo appetito. Deve essere questo l’obiettivo della cura? Il fatto è che la cura non deve essere cieca rieducazione alimentare ma deve giocare sul piano della relazione fra terapeuta e paziente. Il terapeuta deve capire che non si può regolare il rapporto con il cibo senza capire a cosa serve il sintomo per la persona che lo manifesta. Si tratta di allentare con il tempo il legame con un godimento chiuso in sé stesso (mangiare fino a sentirsi scoppiare) per riallacciare la persona a un legame sociale possibile.

Va inoltre sottolineato come il corpo della paziente si dissocia dalla sua immagine narcisistica (la paziente si definisce spesso l'essere perfettissimo). Simona sembra a volte non percepire il corpo come il proprio, è come se la paziente separasse l'io (ideale) dal suo corpo. Il corpo funziona in questo caso come forza. Il fantasma che orienta l'obeso è un fantasma di appropriazione dell'oggetto. È un fantasma di possesso, è una spinta all'avere, all'incorporazione, al trattenimento dell'oggetto.

Nel caso di Simona ci troviamo di fronte a un caso di obesità grave. La libido non è più investita sull'oggetto ma è un movimento di ritorno sul corpo del soggetto. Paradossalmente, l'obesità può rivelarsi come un mezzo di trattamento dell'angoscia profonda del soggetto. Come un mettere tra sé e l'altro cattivo, persecutore (fratelli, colleghi...) la massa adiposa come difesa. In casi come questo si può capire quanto sia importante per il soggetto mantenere il proprio corpo obeso.

Questo peso assume lo statuto di un nome-proprio che garantisce alla paziente un'identità immaginaria riparandola dal rischio di una caduta nell'angoscia. Questa scaturisce non tanto dall'ingrassare ma paradossalmente dalla riduzione del peso corporeo, come se nel corpo grasso e in quel peso si fissasse l'identità della paziente in quanto obesa. La paziente rimane così legata al suo proprio corpo.

Una conferma di questa funzione compensatoria dell'obesità si può avere dalla considerazione dei pazienti trattati chirurgicamente. In questi casi la riduzione dell'obesità e quindi la perdita per il soggetto del suo involucro protettivo costituito dalla dilatazione del proprio corpo, può dar luogo a vissuti di una vera e propria depersonalizzazione. Il soggetto cerca, anche se dimagrito, di preservare l'immagine obesa del proprio corpo che gli garantiva un nome! (Recalcati, 2004).

La terapia allora diventa un'accoglienza del disagio senza un'opposizione al sintomo, senza farsi sopraffare, quando è possibile, dall'urgenza del fenomeno alimentare e della sua regolazione. Bisogna capire come il sintomo si colloca tra la vita passata, la storia personale, i traumi e la vita presente. In più occorre capire la funzione della malattia per la paziente. Rispettare la condizione di malattia è la prima cosa per impostare una cura e non produrre rifiuto (Guercioni e Nicastri, 2009).

E' da circa un anno che la paziente ha chiesto di effettuare le sedute via telefono. Abbiamo accolto questa sua richiesta perché abbiamo pensato che il corpo obeso poneva a Simona un problema simile a quello del corpo malato di cancro (Nesci e Coll., 2018), che Simona sentiva come perturbante, capace di indurle uno "spaesamento" pericoloso (l'episodio critico di cui non ricorda nulla). Simona si sente Freudianamente *unheimlich*, priva di un corpo/casa familiare, non voluta, emarginata, diseredata...

Al Policlinico Gemelli facciamo terapie via Skype, tramite WhatsApp e per telefono. Di regola, i pazienti che seguiamo in questo modo si sono trasferiti all'estero o sono perlopiù malati oncologici con problemi fisici emergenti, o anziani, o agorafobici. Nel caso di Simona la richiesta è stata accolta perché abbiamo "sentito" che questa era, in questa fase del suo percorso, la giusta distanza: non essere vista.

A conferma di questa nostra interpretazione, la psicoterapeuta che la seguiva (e che tuttora la segue) ha associato quello che stava accadendo con l'aneddoto dei porcospini di Arthur Schopenhauer. In questa prospettiva il lavoro con Simona consisterà allora nel trovare la giusta distanza reciproca, eventualmente modificando di nuovo il setting della psicoterapia, probabilmente col ritorno al *vis-à-vis* nel momento in cui sarà per lei nuovamente possibile (magari in modo più stabile e consapevole) essere vista da una terapeuta/madre/sorella che sia diventata, nel suo mondo interno, meno persecutoria e rifiutante.

Di fatto, mentre riflettevamo su queste tematiche Simona è tornata in seduta di persona, spontaneamente, invece di telefonare.

La seduta, significativamente, è stata incentrata da lei sul desiderio di cambiare abitudini alimentari, di trovare una nutrizionista (ne ha già scartata una che non le è piaciuta), di cercare di perdere peso. Si potrebbe pensare che il lungo periodo (circa un anno) di psicoterapia a distanza (per telefono) in cui era invisibile per la terapeuta le abbia consentito di svolgere un più proficuo lavoro psicoterapeutico essendo più tranquilla, meno angosciata di un inconscio rifiuto da parte della terapeuta per il suo aspetto fisico. Nel dialogo col supervisore la terapeuta riesce a focalizzare il fatto che Simona, spesso e volentieri, mancava alle sedute, con la precedente psicologa, che la

“vedeva” esclusivamente *vis-à-vis*, e che questo succedeva, a volte anche con lei nel lavoro *vis-à-vis*, mentre non era mai accaduto nel lavoro psicoterapeutico telefonico.

La terapeuta accoglierà quindi la richiesta di incontri *vis-a-vis* con la paziente che nell’alternanza della presenza assenza denuncia il suo disagio per un corpo ‘metamorfizzato’ che sembra vincere su tutto ma che in realtà è vissuto dalla paziente come un troppo pieno soffocante che rischia di cancellarla come soggetto e dove il mangiare continuo risponde a una logica compensativa alla frustrazione della domanda d’amore. Il corpo si dilata, si gonfia, immobilizza la paziente, diventa un peso, un ingombro estraneo.

La posizione di ascolto della psicoterapeuta che accetta entrambe le modalità comunicative, *vis-à-vis* e telefonica, accoglie interamente la paziente e la rispetta bonificando il campo inquinato del rapporto con l’altro. Riteniamo che, con il tempo, questa elasticità nella costruzione del setting, questo considerarlo in modo “transizionale” (Nesci e Coll., 2018) piuttosto che fisso e immutabile, permetterà l’apertura del desiderio, che si ritroverà meno soffocato e spaventato, capace di investirsi nuovamente in un legame amoroso o in un progetto di vita meno distruttivo.

Bibliografia

Freud, S. [1919] “Il Perturbante” in Opere, vol. IX, Boringhieri, Torino, 1977.

Guercioni, P., Nicastri, C. *Anoressia e Bulimia* Di Girolamo, Trapani, 2009.

Nesci e Poliseno, *Metamorfosi e Cancro* Roma, Società Editrice Universo, 1997.

Nesci, D.A. in collaborazione con: Averna, S., Banchi, P., Benedetto, E., Ciuffi, S., Colasanti, V., Corona, E., Duma, I.D., Fioretti, A., Gamba, E., Di Iorio, M., Maggipinto, D., Medici, M., Mincuzzi, E.E., Pellegrini, I., Petrachi, A., Poliseno, T.A., Radi, G., Ritrosi, G., Tamilia, A., Savoia, V., Scopone, V., Serafino, D., Sonsini, E., Strangio, A., Veccia, F. “La Psicoterapia Online nel Setting Istituzionale.” *Doppio Sogno*, Giugno 2018.

Recalcati, M. *Clinica del vuoto. Anoressie, Dipendenze Psicosi*, Franco Angeli, Milano, 2004.

Recalcati, M. e Zuccardi Merli, U. *Anoressia, Bulimia e Obesità*, Bollati Boringhieri, Torino, 2006.