

## **“Quando mi drogavo stavo meglio”. Considerazioni sul corpo, dall’abuso alla comunità terapeutica**

*Francesca Sicoli*

### **Abstract**

L’articolo esplora l’anatomia della dimensione corporea della tossicodipendenza, considerando come questa si modifica di pari passo con le trasformazioni della relazione che l’individuo intrattiene con la sostanza di abuso e con il contesto. La parola *anatomia*, derivata dal greco ἀνατέμνω che significa tagliare, si avvicina a rappresentare l’intento del testo: sezionare la tossicodipendenza nel suo farsi carne. E’ questa un’esperienza fortemente orientata dalle sensazioni corporee che per la loro forza richiedono, o meglio, impongono, un’attenzione costante agli aspetti somatici. Accade questo nel corpo abusante, accade questo nel corpo astinente.

Nella tossicodipendenza, dove l’agito diventa lo strumento di bilanciamento dei vissuti negativi in un panorama di disregolazione affettiva (Porcelli, 2004), la possibilità di stringere un’alleanza con il corpo non può che essere considerata essenziale, poiché il corpo sa, ci conosce (De Toffoli, 2001) e diviene la tela sulla quale trovano espressione elementi che non “hanno parole”, che nel lavoro terapeutico possono recuperare una loro dimensione di pensabilità.

La comunità terapeutica diventa lo spazio in cui operare questa attribuzione di significato, traducendo aspetti corporei che il paziente può scarsamente considerare o addirittura ignorare, in vere e proprie narrazioni circa il suo vissuto.

**Parole chiave:** tossicodipendenza, memoria del corpo, funzione della sostanza, traumi muti, comunità terapeutica, comunicazione verbale e non verbale, rispecchiamento

### **Memoria del corpo**

La dimensione corporea nelle tossicodipendenze può essere intesa come una sorta di varco che permette al clinico e al paziente di accedere alla comprensione dell’esperienza. Quando i pazienti parlano della loro storia di abuso da sostanze psicotrope, ci si trova di sovente catapultati in racconti vividi, costellati da descrizioni di una intensità a tratti prepotente che riguardano sensazioni corporee. La sostanza diventa l’organizzatore dell’esperienza, cosicché chi abusa si trova a leggere la realtà in modo bidimensionale ovvero *con la sostanza*, che dona generosamente piacere e placa i dolori, o *senza la sostanza*, che provoca la sofferenza psicologica e fisica tipica degli stati di astinenza.

Il paziente decide di narrarsi principalmente attraverso il corpo, rievocando le tracce mnestiche fortemente ancorate ad esso e che a volte sembrano le sole ad essere fissate nella sua memoria psichica. Non è infatti insolito che dalla nebbia che avvolge diversi contenuti riguardanti il periodo della tossicodipendenza, emerga invece

florido il ricordo di quello che *un tempo* il corpo viveva, tanto florido da apparire recente anche a distanza di anni. Il paziente potrebbe riportare confusione rispetto a quello che accadeva al di fuori del suo incontro con la sostanza, al clima che si respirava in casa, alle sue relazioni affettive, a come viveva gli impegni concreti nella sua quotidianità, perfino la dimensione temporale può apparire sbiadita nei ricordi della persona ma a questa poca definitezza fa da contraltare la precisione millimetrica delle sue memorie somatiche, come le sensazioni orgasmiche del *flash* dell'eroina o l'esplosività di un corpo in espansione dopo aver usato cocaina, un corpo – come lo definiva un paziente - “*che aveva voglia di far festa*”.

### **Funzioni della sostanza**

Provando a fare una ricognizione delle sostanze psicotrope, emerge subito l'evidenza di trovarsi davanti ad un universo la cui significativa ampiezza - in questo momento – non ci interessa scandagliare quanto piuttosto cogliere, per partire da una prima e forse scontata premessa relativa proprio alla specificità dei meccanismi d'azione chimici delle sostanze che, determinando differenti effetti sul sistema nervoso centrale, producono differenti modificazioni corporee, per cui gli effetti delle sostanze stimolanti sono - ad esempio - ben diversi rispetto a quelli dei sedanti. Questo ci porta a una altrettanto fondamentale premessa: le persone non sviluppano dipendenza da una sostanza o da un'altra casualmente: è proprio come *quella* droga le fa sentire che costituisce la discriminante fondamentale e, come le persone si sentono, riguarda *in primis* come queste sentono il loro corpo.

Gli effetti che vengono ricercati possono essere considerati come l'espressione di un bisogno a cui il corpo presta la voce; un corpo può chiedere di spegnersi e non sentire il dolore oppure desiderare di sentirsi pieno di energia, guidando così la scelta e la ricerca della sostanza. Questo orientamento molto racconta della persona e del suo funzionamento e apre uno squarcio sulle ferite che tenta di curare come ad esempio accade per quelle che Cancrini (1982) definisce “tossicomane traumatiche”, in cui l'aver vissuto uno o più importanti eventi traumatici fa sì che l'eroina spesso diventi la droga d'elezione in virtù delle sue proprietà anestetiche, capaci di sopire un dolore percepito come altrimenti non tollerabile.

Il soma diventa il laboratorio all'interno del quale il tossicodipendente ricerca e instaura delicati equilibri, esplorando e manipolando le sensazioni attraverso le differenti modalità di assunzione, il *timing*, la scelta della sostanza, ma anche la combinazione delle droghe. Sono frequenti infatti le condizioni di poliabuso che vedono l'associazione dell'alcol alla cocaina per “*smorzare*” - come si dice in gergo - ovvero ridurre sintomi spiacevoli come l'insonnia e “*mettere a riposo*” il corpo stremato; oppure l'uso di eroina insieme a diverse altre sostanze, tra cui la cannabis, utili a placare l'astinenza o amplificarne gli effetti sedanti.

Il dialogo che si instaura tra l'individuo e il proprio corpo è probabilmente l'interlocuzione più frequente che la persona sperimenta nella fase acuta della tossicodipendenza, per cui il racconto delle memorie somatiche di cui si parlava

inizialmente non è il racconto dello “*sballo*” o della “*rota*”, bensì la preziosa testimonianza di una storia di bisogni di cura e di cura dei propri bisogni.

### **Corpo e astinenza**

La visione binomiale di un corpo drogato e un corpo in crisi di astinenza rischia di privare l'esperienza senza la sostanza della sua varietà. La crisi di astinenza è infatti la risposta immediata all'interruzione dell'uso; essa arriva velocemente, è travolgente e altrettanto velocemente si esaurisce. Da un certo momento in poi il corpo del paziente inizia a risentire sempre meno della mancanza della sostanza; le sensazioni fisiche perdono di intensità per cui tutte le attenzioni precedentemente convogliate sul corpo, virano su altro. Superata la fase acuta, affievoliti o del tutto scomparsi quei sintomi più o meno invalidanti tipici della sindrome astinenziale, il paziente non si trova più assorbito da fastidi, dolori, crampi e tutte quelle sensazioni fisiche che avevano coperto ogni altro tipo di pensiero dal momento in cui i livelli di sostanza nel corpo avevano iniziato a decrescere. Cosa accade, ad esempio, al termine di una delle sindromi astinenziali che maggiormente mette a dura prova il fisico della persona, ovvero quella da oppiacei? Crisi, tra l'altro, che rende il corpo catalizzatore di tutte le attenzioni proprio per la caratura dei suoi sintomi, portatori di un eccezionale valore simbolico: la sensazione di freddo che sembra richiamare la necessità di essere coperti nel momento in cui ci si sveste della sostanza, l'attivazione di meccanismi difensivi quali il rialzo termico della febbre ma anche la sudorazione, la diarrea, il vomito che tentano di espellere ciò che dall'interno potrebbe danneggiare, raffigurano un corpo che nella sofferenza in realtà si protegge.

Esaurito il dolore della carne capita spesso al paziente e alle persone che gli gravitano intorno di dimenticarsi di quel corpo che fino a poco prima era invece elemento centrale dell'esperienza astinenziale, poiché quella sofferenza che potremmo definire “urlata” - in virtù dell'invasività e dell'intensità dei sintomi prima accennati - copriva tutto il resto, esisteva solo lei. Inoltre il corpo cessa di essere il campo su cui si gioca la battaglia contro la ricaduta; nelle prime battute il pericolo di tornare a usare la sostanza è infatti fortemente connesso alla necessità di mettere fine a quelle spiacevoli sensazioni corporee. Passate queste cosa importa più del corpo? Sembra spesso che ci si debba occupare di altro, di tutti quegli aspetti della storia della persona che hanno favorito l'incontro con la droga e il matrimonio con questa, che sia necessario spostarsi su un piano psichico – si potrebbe erroneamente pensare – come se le due dimensioni fossero realmente separate e separabili.

Ma questa frattura non può appartenere a un sistema terapeutico che parte dal tangibile per arrivare al non tangibile e viceversa, in una circolarità che non ha un inizio e una fine né lati diversi, è un cerchio, un *continuum*. La possibilità di conferire all'astinenza una natura pienamente trasformativa, che vada ben al di là della sua definizione in termini di assenza di qualcosa, è sostenuta dalla possibilità di dotarla di un significato che si costruisce proprio sul ponte che connette corpo e psiche; questo è quello che accade all'interno di un contesto terapeutico come la comunità.

## **Vedere, vedersi, essere visto**

Il focus è posto sul corpo all'interno di un sistema di cura prendendo spunto, in particolare, dall'esperienza all'interno di una comunità terapeutica semiresidenziale per tossicodipendenti.

Una prima considerazione parte dal riecheggiamento di parole sentite più volte: "*Quando mi drogavo stavo meglio*", è questa una frase in cui non è insolito imbattersi nei contesti comunitari. Può capitare infatti di ritrovarsi ad accogliere lo stupore dei pazienti nel momento in cui si rendono conto che, da quando hanno smesso di usare sostanze, hanno cominciato a soffrire di malesseri fisici nuovi o presunti tali. Tradisce questo stupore una polarizzazione di segno completamente opposto a quella della fase di dipendenza ma di uguale intensità: se prima la droga era la panacea di tutti i mali, ora ne diventa principale matrice per cui, superata la crisi d'astinenza, il corpo dovrebbe esclusivamente godere dei benefici della disintossicazione e stare bene, sempre.

I pazienti leggono gli eventi più o meno in questo modo: *mi drogavo e quando ho smesso di drogarmi ho cominciato a soffrire di uno specifico problema*. Questo tipo di costruzione configura il malessere fisico come esito iatrogeno e ciò mina il pensiero magico accennato prima, nel quale si impone l'uguaglianza *fine dell'uso = benessere totale*, amplificando così il canto della sirena/sostanza. Un significato altro può essere però prodotto da una punteggiatura alternativa della sequenza (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1967) poiché l'inizio del racconto è sempre fissato arbitrariamente e quella che ora è la causa, può essere anche intesa come effetto e viceversa. Una nuova lettura è, ad esempio: *soffrivo di un problema e (per questo) ho iniziato a drogarmi, quando ho smesso me ne sono reso conto oppure mi drogavo, è subentrato un problema (che ignoravo perché la droga mi anestetizzava), quindi smetto di drogarmi e comincio ad accorgermene*. Ciò che cambia non è l'esistenza del dolore ma la percezione dello stesso.

In proposito, viene in mente il caso di Giacomo che ha 42 anni quando inizia la comunità e una lunga storia di tossicodipendenza alle spalle. Ha usato cocaina per brevi periodi ma la sostanza primaria di abuso è stata l'eroina e da qualche tempo è in terapia metadonica. Alcuni anni prima Giacomo ha avuto un brutto incidente in moto che ha reso necessario un intervento di protesi d'anca e l'inizio del percorso terapeutico – a detta sua - ha coinciso con l'aggravarsi della sua condizione di salute. Giacomo inizia infatti ad avere seri problemi di deambulazione che lo costringono a utilizzare le stampelle per riuscire a recarsi in comunità. E' interessante, da un punto di vista simbolico, porre momentaneamente attenzione proprio sulla stampella, poiché è attraverso questa che si può trovare una chiave che permette di uscire dall'ottica della spiegazione per entrare in quella della comprensione. Secondo la prima lettura (riduzionista ma senz'altro ineccepibile) la drastica riduzione della quantità di oppiacei (sostituiti in questo caso dal metadone, oppiaceo sintetico) porta a sentire un dolore precedentemente addormentato. Questo pensiero è evidentemente

corretto ma una tale banalizzazione si potrebbe forse tradurre nella pratica clinica in un altrettanto banale approccio al paziente, per cui magari accoglieremmo il suo dolore, continuando comunque a sostenere il comportamento astinente. Il prezzo da pagare per restare puliti? Prendere consapevolezza dell'ineluttabilità della sofferenza, talmente ineluttabile da metterla quasi sullo sfondo.

Il simbolo della stampella consente invece di accedere a un'altra rappresentazione in quanto l'utilizzo di un ausilio è certamente connesso alla sofferenza ma anche al bisogno. Nel corso degli accertamenti medici a cui si sottoporrà, Giacomo scoprirà che la protesi è infetta da tempo, l'uso dell'eroina ha attutito sensibilmente la sofferenza, riducendo la possibilità di sentire il bisogno e chiedere aiuto e gli ha impedito di accorgersi di quanto stava accadendo, portando a un drastico peggioramento della situazione che rischia ormai di alletterarlo.

E' importante restituire a Giacomo la fotografia di lui che arriva col viso solcato da espressioni di dolore, mentre zoppica sulla sua stampella, è uguale ogni mattina, è l'immagine di un uomo che non solo può ora permettersi di accedere al dolore ma può anche sostenerlo, convivere senza restarne paralizzato. E' un uomo che impara a prendersene cura; se infatti inizialmente visite ed esami erano programmati ed eseguiti sotto la costante supervisione degli operatori della comunità, poiché Giacomo mostrava evidenti difficoltà a occuparsi di sé sotto il profilo medico e non solo, nel corso dei mesi l'uomo inizia a diventare sempre più autonomo, indicando il rafforzamento di una parte adulta che sa e può accudirsi.

Dall'iniziale associazione programma terapeutico – peggioramento dello stato di salute, il paziente approda all'associazione programma terapeutico - utilizzo delle stampelle che hanno una funzione di supporto e, non a caso, subentrano all'eroina rappresentando il passaggio dal bisogno di negazione al bisogno di sostegno.

Il caso di Giacomo racconta di un corpo a cui viene restituito il diritto di essere ascoltato al di là della droga, all'interno della comunità questo è un impegno che iniziano ad assumere i pazienti e che viene sostenuto dagli operatori, ascoltatori attraverso gli occhi.

Tramite il corpo la persona parla a chi sa ascoltare: dice qualcosa il paziente che inizia a ingrassare velocemente o il paziente che perde sensibilmente peso, parla un corpo trasandato e non curato negli aspetti estetici o in quelli funzionali. Porre attenzione a tutti questi aspetti diventa fondamentale nella pratica clinica e, in particolar modo, con i pazienti tossicodipendenti, la cui patologia è stata intesa come possibile esito di una dissociazione del legame tra i diversi registri di simbolizzazione dell'esperienza psicocorporea. La lettura psicologica degli stati del corpo non avviene, o meglio, il processo con cui avviene non sembra essere collegato ad alcun sistema simbolico. L'esperienza psichica e somatica non convergono, cosicché i processi affettivi non trovano forma, né verbale, né iconica; rimangono piuttosto intrappolati in sensazioni e agiti. Come sostiene Bucci (1997), i codici multipli qui dissociati non sembrano intrecciarsi, il sistema subsimbolico non confluisce con i

sistemi simbolici verbali e non verbali; non si crea quella commistione tra emozioni, parole e immagini che rendono l'esperienza di sé vitale ed unitaria, ovvero incarnata. Per questo in comunità lo sguardo sul corpo e sulla sua cura diventa quotidiano e costantemente calibrato, con l'obiettivo di implementare l'attività referenziale di cui parla Bucci, cioè ristabilire una connessione tra i codici. Riprendendo gli assiomi della comunicazione umana di Watzlawick, Beavin e Jackson (1967) si tratta di operare un passaggio dal registro analogico del non verbale a quello digitale<sup>1</sup>, al fine di rendere pensabile e "parlata" la comunicazione che avviene mediante il corpo.

Attraverso un gioco di specchi si restituiscono immagini e funzioni: io ti vedo e ti restituisco non solo la tua figura ma anche l'atto del vedere nella triplice forma del verbo; quella passiva per cui la persona è vista, quella attiva per cui può vedere a sua volta gli altri, quella riflessiva per cui può iniziare a vedersi attraverso il filtro dei suoi occhi. Ciò che gli ritorna è lui stesso, la sua immagine riflessa. Esser visto per ciò che egli è, nell'atto di riconoscimento del suo esserci, permette di aggiungere *qui* qualcosa che sembra esser mancato *là*, cosicché guardare ed esser visto diviene intrinsecamente terapeutico. Come dice semplicemente Winnicott (1967) parlando di funzioni, «quando guardo sono visto, così io esisto» (p. 233). La funzione "specchio" incarnata nella competenza di riuscire a vedersi con i propri occhi è qui una conseguenza benefica; i processi primari parlano di un lattante che guarda il viso materno: e «cosa vede il lattante quando guarda il viso della madre? (...) di solito ciò che il lattante vede è se stesso» (p. 231). "Di solito" è solo un avverbio che apre ad altri scenari; «molti lattanti (...) devono avere una lunga esperienza di non vedersi restituito ciò che essi danno. Guardano e non vedono» (p. 231). Semplicemente «la faccia della madre non è uno specchio» (p. 232). Dal punto di vista della strutturazione identitaria il processo ha notevoli implicazioni.

Lacan (1949) immagina "di solito" un bambino che si specchia; ciò che il bambino riceve, in quel solo attimo, è duplice e irreversibile: in un istante gli è chiaro che ciò che è riflesso è altro, estraneo, non di sua appartenenza, non è suo; dall'altra, l'istante prosegue con una sensazione di giubilo, è un istante di gioia esplosiva: egli è uno!

Nella storia del tossicodipendente questo essere *uno* e *altro* dalla madre non viene dalla madre restituito al bambino; lo specchio si rompe, è uno *specchio infranto* i cui frammenti verranno illusoriamente uniti in futuro dalla sostanza d'abuso, che assume la funzione di collante (Olievenstein, 1981).

Guardarsi e ritrovarsi nello specchio a distanza di anni diventa quindi uno degli obiettivi terapeutici che prende forma, tra l'altro, in una delle regole della comunità che richiede una quotidiana rasatura della barba o, in alternativa, la cura metodica della stessa. Ciò che potrebbe apparire una mera e formale questione di immagine, rappresenta invece un appuntamento con sé, con il Sé perché per farsi la barba ci si deve mettere davanti allo specchio e mettersi davanti allo specchio, fa fare i conti con se stessi.

Una barba incolta diventa quindi un messaggio da cogliere, la cui comprensione non può prescindere dal contesto che - come afferma Bateson (1984) - «ne fissa il significato». Bisogna mettersi in guardia dal rischio di rimanere indifferenti o minimizzare qualcosa nel corpo del paziente che cambia, questo altererebbe la danza della retroazione che governa i sistemi in interazione, inviando al paziente un pericoloso segnale di disconferma. Vedere il corpo dell'altro, coglierne le oscillazioni e da queste farsi toccare è imprescindibile perché il terapeuta può perturbare nella misura in cui è perturbabile, egli modifica la comunicazione che in questo caso avviene attraverso il corpo e da questa viene modificato. Generalizzando un concetto chiave del modello di Minuchin, Rosman e Baker (1980) relativo ai disturbi psicosomatici, infatti, ancor più centrale di determinati aspetti corporei è come il paziente si relaziona a questi e al resto del sistema e come il sistema si organizza intorno a tali elementi.

### **Il volume del corpo**

Uno dei cambiamenti che più frequentemente capita di osservare in comunità riguarda, ad esempio, il peso corporeo; a volte questo cambiamento si sviluppa lontano dalla consapevolezza dei pazienti che faticano ad apprezzare variazioni anche significative, che l'esterno ha quindi il compito di accogliere e rimandare. A volte invece sono i pazienti stessi a chiedere agli operatori un feedback rispetto alla loro forma fisica: *“sono ingrassato molto?”* oppure *“si vede che sto facendo la dieta?”*, esplicitando così il desiderio di essere visti e rispecchiati.

Ogni esperienza necessita di essere esplorata insieme al paziente per permettere una ridefinizione di senso e valore che conferisca profondità alla superficie. Il corpo che ingrassa ha il diritto di essere connesso non alle abbuffate e alla disregolazione dell'alimentazione ma, in alcuni casi, alla necessità di colmare quel senso di vuoto che l'abbandono della sostanza ha generato e che appare intollerabile; ad esempio spesso i pazienti parlano delle mangiate per noia, raccontando e vivendo uno spazio desertificato piuttosto che uno spazio lasciato a disposizione.

Nella relazione trova spazio la co-costruzione di questi significati, dove gli oggetti sono simboli in trasformazione per cui la rappresentazione dell'evoluzione del corpo può anche essere apparentemente identica e sostenuta dai medesimi comportamenti ma non dagli stessi processi, che variano da persona a persona ma anche in seno al medesimo individuo in una prospettiva diacronica.

Come nel caso di Gabriele, trentacinquenne con problemi di dipendenza da cocaina che lo hanno portato ad avere serie ripercussioni sul piano penale. Al suo ingresso in comunità, di Gabriele colpisce immediatamente il sorriso caloroso e l'esuberanza, è espansivo e nel corpo espanso; lo caratterizza infatti un discreto sovrappeso su cui non perde occasione per ironizzare, anche perché l'ironia è il bigliettino da visita con cui si presenta al mondo e che gli permette di entrare rapidamente in relazione con compagni e operatori. Gabriele mangia quantità enormi di cibo che lo portano a ingrassare ulteriormente durante il programma terapeutico, è consapevole

dell'aumento di peso e dice che mangia in continuazione per noia, riuscendo a vedere quel vuoto lasciato dalla sostanza che al momento non vuole però contattare. Egli parla della sua iperfagia come di un problema ma non ne sembra mai autenticamente turbato.

La comunità offre uno *spazio - nello spazio* prezioso ovvero la cucina dove insieme, ogni giorno, operatori e pazienti consumano il pasto e che propone uno spaccato rappresentativo di ruoli, modalità e confini che tracciano la mappa del sistema.

La possibilità di vedere quotidianamente Gabriele a tavola permette di cogliere il rapporto che egli ha con il cibo; il pensiero di quelle mangiate compulsive era abitato da fantasie violente in cui Gabriele era aggressore famelico del cibo e al contempo vittima ma la realtà offriva un'immagine diversa. Gabriele sembrava volere bene al cibo, nei suoi soliti siparietti parlava con le pietanze del giorno, le elogiava per la loro bellezza e bontà, insomma si trattava di una tenera relazione affettiva come la si può immaginare con qualcuno che conosciamo da tempo, che ci ha sempre voluto bene, qualcuno che forse ci ha anche protetti. Il valore di questa relazione infatti viene rintracciato nella storia di Gabriele che a pochi mesi di vita ha perso la sorella per un terribile incidente domestico. Insieme alla sorella egli perde anche la madre che, in seguito al lutto, cade in una profonda depressione e non riesce più a prendersi cura di Gabriele il quale, invece, tenta di prendersi cura di lei attraverso giochi, scherzi e sorrisi, iniziando così a strutturare il copione del giullare.

Matteo Selvini (2007) associa l'iperfagia a un vissuto di debolezza sostenendo inoltre che questo «potrebbe essere legato a vari fattori relazionali, uno dei quali è la discontinuità delle cure primarie: nelle fasi di solitudine il bambino ha imparato ad autosostenersi con il cibo. Oppure, in rinforzo di ciò, la figura di attaccamento ha cercato di compensare le sue assenze con il cibo». E anche questo sembra ritornare nella storia di Gabriele che ancora oggi parla di una madre estremamente fragile, che trascorre le ore ai fornelli a cucinare per lui, per i suoi fratelli e le rispettive famiglie. Rispetto al tema della solitudine viene in mente quanto la sostanza possa aver tenuto per molto tempo compagnia a Gabriele, per cui al cibo - da sempre fedele compagno - viene ora chiesto di esserci di più, di esserci anche al posto della cocaina.

Il programma terapeutico di Gabriele viene interrotto a seguito del suo arresto; dopo circa un anno di detenzione torna libero e si ripresenta in comunità lasciando tutti spiazzati dal suo vistoso dimagrimento. Nessuno lo aveva mai visto così magro e anche se ha un peso nella norma, viene percepito come gracile, quasi indifeso senza quel sostanzioso strato di adipe. Egli associa il suo dimagrimento alle “*sofferenze del carcere*”, in particolare riporta di aver vissuto quell'anno tormentato dall'angoscia di essere abbandonato dalla sua famiglia; Gabriele è insolitamente magro e insolitamente triste. Ottimismo, sorrisi e ironia sembrano aver fatto spazio a un dolore che lo ha segnato anche nel corpo e l'immagine del “*ciccione allegro*”, come descritta da Selvini in riferimento a una personalità evitante-istrionica, in cui i vissuti negativi vengono congelati, appare scalfita nei suoi aspetti somatici ed emotivi. A partire dal dimagrimento Gabriele riesce a parlare, senza più scivolare via, della sua



sofferenza e del terrore di perdere i suoi affetti nei confronti dei quali nutre un grande senso di colpa e, al contempo, una profonda mancanza di fiducia. Questi vissuti e il pensiero di un ineluttabile destino di solitudine sono familiari per l'uomo, a cui è stato raccontato fin da piccolo che la sorellina era morta mentre lui veniva allattato e che quindi si è sempre sentito colpevole della tragedia, non meritevole di cure, di essere oggetto di quelle attenzioni che nella sua esperienza avevano generato morte e dolore.

Il corpo di Gabriele è testimone di processi in evoluzione in cui i simboli si trasformano e racconta nel suo allargarsi il tentativo di riempire un vuoto, nel suo ridursi il contattato con questo vuoto che, alla pari di un buco nero, tutto risucchia e nella sua graduale ricrescita (come avverrà nei mesi successivi alla ripresa del lavoro terapeutico) della possibilità di nutrirlo a differenza dei mesi di detenzione in cui - come dice lui - stava così male da non riuscire ad assimilare nulla.

Il lavoro di elaborazione di Gabriele sarà ovviamente lungo e articolato ma il suo caso aiuta a comprendere l'importanza di cogliere i segnali del corpo e la loro natura evolutiva, fuoriuscendo dalla logica del *deficit* in quanto si tratta comunque di espressioni che trovano spazio laddove prima non gliene era concesso alcuno (Bucci, 2009), ed è attraverso la possibilità di ascoltarli e di farlo *con* il paziente che si può ricercare la *struttura che connette* batesoniana e - permettendo alle diverse costruzioni del reale di incontrarsi e contaminarsi - di ampliare gli orizzonti possibili (Elkaim, 1992).

## **Bibliografia**

Bateson, G. (1984), *Mente e Natura*. Milano: Adelphi.

Bucci, W. (1997), *Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization*. *Psychoanalytic Inquiry*, 17(2), pp. 151-172.

Bucci, W. (2009), *Evidenze convergenti sul processo Referenziale dalla Psicoanalisi, dalle Scienze Cognitive e Neuroscienze*. Giornata di Studio Il Processo Referenziale, Studi Clinici e Ricerca Empirica, Roma.

Cancrini, L. (1982), *Quei temerari sulle macchine volanti*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.

De Toffoli, C. (2001), *Psichosoma. Il sapere del corpo nel lavoro psicoanalitico*. In C. De Toffoli, *Transiti corpo - mente. L'esperienza della psicoanalisi* (pp. 139-158). Milano: Franco Angeli, 2014.

Elkaim, M. (1992), *Se mi ami non amarmi*. Torino: Boringhieri.

Lacan, J. (1949), *Lo stadio dello specchio come formatore della funzione dell'Io*, XVI Congresso internazionale di psicoanalisi, Zurigo.

Minuchin, Rosman e Baker (1980), *Famiglie psicosomatiche. L'anoressia mentale nel contesto familiare*. Roma: Astrolabio.

Olievenstein, C. (1981), *L'infanzia del tossicomane*. *Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, XLII: 431-444.

Porcelli, P. (2004), *Updates sul costrutto di alexithymia*, 1° Convegno Internazionale sull'Addiction. L'era dell'eccesso: Clinica e psicodinamica dell'addiction, Palermo.

Selvini, M. (2007), *La complessità dell'obesità: situazioni ricorrenti e qualche idea per la terapia*, 2° Convegno dell'associazione Centri Mara Selvini Anoressia e Disturbi del comportamento alimentare. Iperfagia ed obesità: quale psicoterapia?, Milano.

Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1967), *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio, 1971.

Winnicott, D. W. (1967), *La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile*, in *Psicoanalisi dello sviluppo*, Roma: Armando, 2004.

### **Note**

(1) Il quarto assioma della comunicazione umana postula l'esistenza di differenti moduli comunicativi: il modulo analogico (tipico della comunicazione non verbale e in grado di definire la natura delle relazioni) e il codice digitale o numerico (tipico della comunicazione verbale).

**Francesca Sicoli** è psicologa, psicoterapeuta sistemico relazionale e terapeuta EMDR. Ha maturato esperienza nell'ambito delle dipendenze patologiche (Ser.d e comunità terapeutica); in collaborazione con il Ministero della Giustizia svolge attività di osservazione e trattamento dei detenuti all'interno degli Istituti Penitenziari.

E-mail: francesca.sicoli1988@gmail.com